

 Gastromedicin og Geriatri SHS Udskrevet er dokumentet ikke dokumentstyret.		Delir			Niveau: 
Dokumentbrugere: SHS/SHS Med sy Læseadgang: Alle	Forfatter: Barbara Ratajczyk	Dokumentansvarlig: SHS/Med Aa AL	DokumentID / Dokumentnr. 487232 /	Version: 1.4	Retningslinje Godkendt af: Barbara Ratajczyk 27.11.2020

- 1) Formål
- 2) Definition
- 3) Symptomer ICD-10 kriterier
- 4) Prævalens
- 5) Prognose
- 6) Patofysiologi
- 7) Disponerende faktorer
- 8) Årsager
- 9) Former
- 10) Delir screening
- 11) Diagnostik
- 12) Behandling
- 13) Nonfarmakologiske interventioner
- 14) Farmakologiske behandling
- 15) Varighed af delir
- 16) Lovmæssige aspekter ved delir. Tvangsforanstaltninger.
- 17) Kilder

1) Formål

Identificering, diagnosticering, pleje og behandling af patienter med somatisk betinget delir på somatiske afdelinger på Sygehus Sønderjylland.

2) Definition

Organisk/ somatisk betinget psykosyndrom, som opstår AKUT og har et SVINGENDE FORLØB med diagnostiske kernesymptomer i form af- se pkt. 3

3) Symptomer ICD-10 kriterier

- 1) **Bevidsthedsuklarhed** -svækket opmærksomhed og nedsat opfattelse
- 2) **Kognitive forstyrrelser**-svækkelse af korttidshukommelse og umiddelbar genkaldelse og
 - Relativt velbevaret langtidshukommelse
 - Desorientering i tid, sted og egne data
- 3) **Psykomotoriske forstyrrelser** med mindst 1 af følgende:
 - Hurtigt skift fra hypo- til hyperaktivitet
 - Øget reaktionstid
 - Øget eller nedsat talestrøm
 - Tendens til sammenfaren
- 4) **Forstyrret nattesøvn** med mindst 1 af følgende:
 - Søvnløshed eller omvendt døgnrytme (vågen om natten)
 - Natlig forværring af delirøse symptomer
 - Urolige drømme og mareridt, hallucinationer eller illusioner.

5) Akut indsættende og fluktuerende forløb

6) Organisk ætiologi (fysisk sygdom/tilstand)

4) Prævalens

Hospitaliserede patienter generelt 10-30%

Hospitaliserede **ældre** patienter ca. 10-40%

Indlagte **terminalt syge, svær demente eller kritisk syge** patienter op til **89%**

50% patienter **med hofte-nære frakturer** risikerer at udvikle delir.

5) Prognose

- **Øget indlæggelsestid**
- **Funktionstab, dårligere genoptræningsresultat** samt **øget risiko for institutionsplacering**
- **Øget dødelighed**
- **Øget risiko for fald**
- En langtids follow-up-undersøgelse dokumenterer **øget udvikling af demens hos patienter med postoperativ delirium**
- **Ca. 30% af ptt har kognitiv svækkelse 6 mdr efter delir.**

6) Patofysiologi

- **Flere hypoteser, ingen tilstrækkeligt evidensbaseret**
- **Neurotransmittere**- lav kolinerg og høj dopaminerg aktivitet i hjernen skal angiveligt spille en rolle
- **Neuroinflammatorisk hypotese** – rolle af cytokiner, endotoksiner fra bakterier, molekyler fra ødelagte celler bl.a. hjernens immunceller- microglia.

7) Disponerende faktorer

- Høj alder
- Få kognitive reserver (f.x. demens, hjerneskade, Parkinson sygdom)
- Sansedefekter: syns/ hørenedsættelse
- Multimorbiditet
- Polyfarmaci (især centralt virkende midler- antiparkinsonistiske, hypnotika, morfika)
- Dårlig ernæringsstatus
- Psykisk belastning
- Terminal sygdom (f.x. cancer)

8) Årsager

- **Infektioner** (UVI, pneumoni, KOL i exa, sepsis, influenza, COVID19, infektionsbetinget gastroenterit , cholecystit, sårinfektioner, divertikulit, erysipelas, meningit, encephalit, endocardit, artrit og mange flere)
- **Dehydrering**
- **Elektrolytforstyrrelser (obs. hyponatriæmi, hypercalciæmi)**
- **Smerter**
- **Anæmi**
- **Urinretention, obstipation**
- **Hypoksi** (KOL, respirationsinsufficiens, lungeemboli, pneumoni)
- **Kardiele tilstande** (AMI, incompensation, arytmier, hypotension)
- **Cerebrale lidelser** (apoplexi, subduralt hæmatom, hjerneblødning)
- **Cancersygdomme**
- **Lægemidler** (benzodiazepiner, morfika, steroider, NSAID, betablokker, antiparkinsonmidler, tricykliske antidepressiva, Detrusitol -anticholinerge)
- **Abstinens** (brat seponering af benzodiazepiner, morfika, SSRI)
- **Operation**
- **Miljøskift**

- **OBS. Oftest flere årsager til stede på samme tid –MULTIFAKTORIELT BETINGET**

9) Former

1. Hyperaktiv = Agiteret delir
 - Agitation, øget psykomotorik, desorientering, øget faldrisiko, ofte hallucinationer, vrangforestillinger, invers døgnrytme.
2. Hypoaktiv= „stille delir“
 - Nedsat psykomotorik, apati, dødsighed, konfusion, med sjældent hallucinationer, sværere at mobilisere, risiko for underernæring, liggesår.
3. Blandingsdelir
 - Hurtige skift mellem de to former (fra minutter til timer)

10) Delir screening

THE CONFUSION ASSESMENT METHOD (CAM)

- CAM anvendes ved screening for delir (konfusion). Oplysninger om nedenstående symptom områder fås ved egne observationer, som altid suppleres med observationer fra familiemedlem, hjemmehjælper eller sygeplejerske med henblik på at få observationer, der dækker hele døgnet.

<p>1. symptom. Akut begyndelse og flukturerende forløb</p> <p>Er der kommet en mere eller mindre pludselig ændring af den psykiske tilstand i forhold til det sædvanlige, og er denne ændring snart mere, snart mindre tydelig i døgnets løb. Det vil sige, er der en tendens til, at ændringen kommer og går eller tiltager og aftager i intensitet?</p> <p>Ja / Nej</p>
<p>2. symptom. Uopmærksomhed</p> <p>Har vedkommende fået svært ved at fastholde opmærksomheden, sådan at forstå at hun/han er påfaldende let at aflede eller har svært ved at følge tankegangen i en samtale?</p> <p>Ja / Nej</p>
<p>3. symptom. Uorganiseret tankegang</p> <p>Er tankegangen blevet kaotisk eller usammenhængende, visende sig ved irrelevant og usammenhængende samtaleforløb, uklar eller ulogisk strøm af idéer eller uforudsigelig skiften fra emne til emne?</p> <p>Ja / Nej</p>
<p>4. symptom. Ændret bevidsthedsniveau</p> <p>Hvordan vil du betegne bevidsthedsniveauet, når du skal vælge mellem følgende muligheder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Naturligt 2. "Har et øje på hver finger" 3. Sløv 4. Sover og er vanskelig at vække 5. Bevidstløs <p>Hvis der er sat kryds ved 2-5: Ja Hvis der er sat kryds ved 1: Nej</p>

Tolkning: (markér med afkrydsning)

Kriteriet for delirmistanke ved screeningen er, at der skal være svaret **JA** til både symptom 1 og 2 samt 3 eller 4.

Kriterier opfyldt for delirmistanke i henhold til CAM: **Ja / Nej**

I Cosmic kan CAM resultat dokumenteres ved hjælp af frasen: geri_cam

11) Diagnostik

Afdækning af udløsende årsag-afgørende

1. grundig ! anamnese (uddybet via familien, egen læge eller hjemmeplejen)
2. obj. undersøgelse incl. neurologisk (obs vitale værdier og TOKS-kriterier)
3. biokemi og mikrobiologi (væsketal, infektionstal incl diff.tælling, a-punktur, u-stix, EKG, levertal, Ca ion, TSH, glucose, TRC, cobalamin, relevante dyrkninger eller podninger, hvis nødvendigt, obs evt.

lumbalpunktur, serum koncentration af medikamenter f.x. lithium, digoxin, urin "narcostix"

4. billeddiagnostik: Rtg th, CTC, UL abd, CT abd etc.

5. **medicingennemgang**

12) Behandling

1. Behandling af udløsende årsag!
2. Sikring af basale behov – væske, ernæring, O₂, osv.
3. Stabilt og roligt miljø, støjfri enestue, pt skal skærmes

13) Nonfarmakologiske interventioner

1. Kortfattet og letforståelig kommunikation
2. Reorientering, synligt ur og kalender,
3. Velfungerende høreapparater og briller, tilstrækkelig belysning
4. Personalekontinuitet
5. Beroligelse, langvarigt tilstedeværelse af pårørende
6. God døgnrytme, undgåelse af natlige undersøgelser, målinger
7. Mobilisering og evt. fysioterapi tidligt i forløbet
8. Undgå så vidt muligt kateterisation
9. FAST VAGT: Skal lægeordineres og journalføres. Daglig revurdering

Frase: geri_fastvagt

Behov for fast vagt

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------|
| 1. Er pt sengeflygtig: | nej._. ja._. Beskriv._. |
| 2. Er pt afdelingsflygtig: | nej._. ja._. Beskriv._. |
| 3. Er pt rodende/ sep venflon /KAD os | nej._. ja._. Beskriv._. |
| 4. Er pt ukritisk og faldtruet | nej._. ja._. Beskriv._. |
| 5. Er CAM-score positiv | nej._. ja._. Beskriv._. |
| 6. Er pt utryg ved at være alene | nej._. ja._. Beskriv._. |
| 7. Er pt råbende | nej._. ja._. Beskriv._. |
| 8. Er pt aggressiv | nej._. ja._. Beskriv._. |

Tolkning:

Svares der ja til et punkt fra 1-4, er der GOD INDIKATION til fast vagt. Dog skal der overvejes hvor udtalt pt's symptomer er, ud fra beskrivelsen.

Svares der ja til et punkt fra 5-8, er der IKKE GOD INDIKATION til fast vagt. Dog skal der overvejes hvor udtalt pt's symptomer er, ud fra beskrivelsen.

Ordination:

Fastvagt skal altid lægeordineres og dokumenteres af læge.

Skal vurderes dagligt. Frase udfyldes i hver vagt.

14) Farmakologiske behandling

- Der findes IKKE evidens for, at nogle af antipsykotika skal være bedre end andre!
- Ingen af undersøgte midler kan forebygge udvikling af delir
- VURDER HVER PATIENT INDIVIDUELT!

Haloperidol (Serenase) 1. valgs præparat, med undtagelse af Parkinson og Lewy Body demens ptt

- Fordele: billig, mangeårig erfaring, findes som sc, im injektioner, po i oral opløsning og tablet form, mindre risiko for sedation, ulemper: største risiko for ekstrapyramidale symptomer, QTc- forlængelse
- Ved svære tilfælde med aggression 0,5- 1mg pn x 2-3 med 0,5-1 times mellemrum til effekten kommer herefter evt. fast ordination 0,5- 1mg x 2 dgl
- Ved milde tilfælde 0,5- 1 mg x 2 dgl po i ca 2-3 døgn (fast ordination bedst)

Kontraindikationer:

- Parkinsonsygdom/ parkinsonisme og Lewy Body demens!
- forlænget QT-interval inklusiv medfødt lang QT-syndrom eller ventrikulære arytmier,
- samtidig behandling med lægemidler, der forlænger QT-intervallet,
- nylig akut myokardieinfarkt,
- ubehandlet hjerteinsufficiens,
- komatøse tilstande CNS-depression,
- ukontrolleret hypokaliæmi,
- progressiv supranukleær parese (PSP)

Forsigtighed ved lever og nyreinsufficiens-dosis reduktion

Risperdal (Risperidon) – findes kun i po form, risiko for sedation og hypotension og evt. ekstrapyramidale symptomer

- 0,5 -1mg x 2 dgl i 2 -3 døgn

Seroquel (Quetiapin): 1. valgs- præparat hos Parkinson og Lewy Body demens ptt

- findes kun i p.o. form, risiko for sedation og hypotension
- initialt 12,5- 25 mg pn max 100 mg per døgn, ved behov mere end 1-2 døgn tilrådes fast behandling: 1 til nat i ca. 1- max. 4 uger

Olanzapin (Zyprexa): risiko for sedation og hypotension og evt. ekstrapyramidale symptomer, relativt dyr behandling men ikke mere effektiv

- dosering 2,5- 5 mg 2 x dgl. og evt 2,5 mg pn max 10 mg dgl

Benzodiazepiner er relativt kontraindicerede, kan have en **paradoks effekt**, men hvis pt er **meget forpint**, kan ikke finde ro, kan ikke sove, er **angstpræget**, bruger vi nogle gange **Oxabenz** dvs Oxapax 7,5-15 mg pn i **kombination med antipsykotika**

15) Varighed af delir

VARIGHED AF DELIR

- Varighed fra timer til måneder, oftest dage
- Vigtigt, at man hurtigst muligt afdækker tilgrundliggende årsag og indleder relevant behandling

16) Lovmæssige aspekter ved delir. Tvangsforanstaltninger.

Tvangsforanstaltninger i somatisk regi på Sygehus Sønderjylland reguleres af en samarbejdsaftale: [Somatiske patienter med behov for psykiatrisk assistance/tilsyn, tvangsindlæggelse, tvangsbehandling og overflytning til Psykiatrisk Afdeling](#)

Generelle regler omkring tvang i somatikken fremgår [Anvendelse af tvang i somatikken](#)

Den delirøse patient er **midlertidigt inhabil** og derfor ikke i stand, at give **informeret samtykke** til behandling.

Ubehandlet delir kan være en potentielt **livstruende** tilstand, derfor kan og skal behandles uden informeret samtykke **ved øjeblikkeligt behandlingsbehov**, vurderet på baggrund af forbedret chance for overlevelse eller behandlingsresultat. ([Sundhedsloven § 19](#))

Absolut påkrævet fysisk tilbageholdelse eller tilbageførsel af patienten på sygehusets område kan ske ved risiko for personskade ([§27](#)) uden politinvolvering. Dog må patienten ikke fastspændes eller låses ind (([§2](#): stk.2)

Tvangsbehandling –([Psykiatriloven § 13](#) – sjældent indiceret, foregår altid i samråd med psykiatri.

1. Pt skal være psykotisk eller i en tilstand der sidestilles med psykose eller være til fare for sig selv eller omgivelser
2. Det vil være uforsvarligt ikke at tvangsindlægge pt mhp behandling af delir. Pt er i livstruende tilstand („**RØD TVANG**”)
3. Uden behandling vil udsigten til helbredelse eller en betydeligt og afgørende bedring blive væsentligt forringet („**GUL TVANG**”)

Pt skal være indlagt formelt på psykiatrisk afdeling, men er oftest udstationeret på somatisk afd..

17) Kilder

- 1) Delirium- diagnosis, prevention and management. NICE guidelines, 2010
- 2) Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. Lancet 2014; 383:911
- 3) Klinisk retningslinje om delirium Center for Kliniske retningslinjer, Multidisciplinær Cancer Gruppe for Palliativ Indsats (DMCG-PAL), 2013
- 4) Benjaminsen S, Delirium blandt ældre indlagte patienter er hyppig og har dårlig prognose, Ugeskr Læger 2014;176
- 5) Lonergan E. et al, Antipsychotics for delirium, Cochrane Database Systematic Review, Editorial Group: Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group, 2007
- 6) Sundhedsstyrelsen 2016: [NKR: Forebyggelse og behandling af organisk delirium](#)
- 7) SHS 2017: Delir. [Informationsmateriale til pårørende.](#)