

	Odense Universitetshospital & Svendborg Sygehus - Tværgående Udskrevet er dokumentet ikke dokumentstyret.				Niveau: Instruks
	OUH, Håndtering af delirium				 Godkendt af: Peter Sigerseth Grøn
Dokumentbrugere: OUH Læseadgang: Alle	Forfatter: Malene Sandahl Sørensen	Dokumentansvarlig: OUH /KPR	DokumentID / Dokumentnr. 684692 /	Version: 1.4	10.02.2022

- 1) **Formål**
 - 1.1) **Anvendelsesområde**
- 2) **Fremgangsmåde**
 - 2.1) **Baggrund**
 - 2.2) **Definitioner**
 - 2.3) **Fremgangsmåde**
 - 2.3.1) **Identifikation af delirium**
 - 2.3.2) **Behandling af udløsende årsag**
 - 2.3.3) **Non-farmakologisk behandling**
 - 2.3.3.1) **Dataindsamling**
 - 2.3.3.2) **Sanseoptimering**
 - 2.3.3.3) **Orientering og kognitiv stimulation**
 - 2.3.3.4) **Kommunikation**
 - 2.3.3.5) **Mobilisering**
 - 2.3.3.6) **Ernæring og hydrering**
 - 2.3.3.7) **Mave-, tarm- og blærefunktion**
 - 2.3.3.8) **Døgnrytme**
 - 2.3.3.9) **Skærmende omgivelser**
 - 2.3.3.10) **Inddragelse af pårørende**
 - 2.3.4) **Farmakologisk behandling af delirium**
 - 2.3.5) **Varighed**
 - 2.3.6) **Lovgivningsmæssige forhold ved konfusion**
- 3) **Dokumentation**
 - 3.1) **Dokumentation af aktivitet**
 - 3.2) **Udarbejdet af**
- 4) **Referencer og litteratur**
- 5) **Evidens**

1) Formål

Identifikation af delirium med henblik på behandling af udløsende årsag samt non-farmakologiske og farmakologisk behandling af patienter over 65 år.

1.1) Anvendelsesområde

OUH Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus.

2) Fremgangsmåde

2.1) Baggrund

Delirium er hyppigt forekommende hos patienter med høj alder, demens, kognitiv dysfunktion, skrøbelighed, funktionsnedsættelse eller akut sygdom.

Delirium er en alvorlig og lidelsesfuld tilstand, der kan have langvarige psykiske konsekvenser for patient og pårørende.

Delirium har en dårlig prognose med markant øget risiko for død, funktionstab, længerevarende kognitive problemer, hospitalserhvervede komplikationer (ex. fald, infektion), demens og forlænget indlæggelsestid.

Derfor bør delirium identificeres og behandles for derved at bedre prognosen for patienten.

Sundhedsstyrelsen anbefaler screeningsredskabet CAM (Confusion Assessment Method) til identifikation af delirium. CAM er valideret og giver en hurtig, kort og præcis vurdering af, hvorvidt patienten potentielt har delirium.

2.2) Definitioner

Delirium

Ved delirium forstås en akut udviklet tilstand med springende og usammenhængende tankegang. Symptomerne på delirium omfatter kognitiv dysfunktion, hvor patienten kan fremtræde uopmærksom, desorienteret og forvirret, have påvirket hukommelse og ændret opfattelsesevne samt sproglige forstyrrelser. Tilstanden udvikler sig over kort tid (timer til dage) og fluktuerer over tid.

Delirium er en reversibel tilstand. I modsætning til differentialdiagnosen demens.

Der er tre forskellige typer af delirium

- *Den hyperaktive:* Karakteriseret ved øget psykomotorisk aktivitet, urolig adfærd samt højtråben.
- *Den hypoaktive:* Karakteriseret ved, at patienten er døsig, svarer langsomt på spørgsmål og sjældent tager initiativ til at foretage sig noget. Der er risiko for, at patienten med hypoaktivt delirium fejldiagnostiseres som depressiv.
- *Blandet delirium:* Der viser sig som en blanding mellem de to typer.

Confusion Assessment Method - CAM

CAM er et valideret screeningsredskab, der er udviklet til at sikre identifikation af delirium hos indlagt voksne (>18 år).

2.3) Fremgangsmåde

2.3.1) Identifikation af delirium

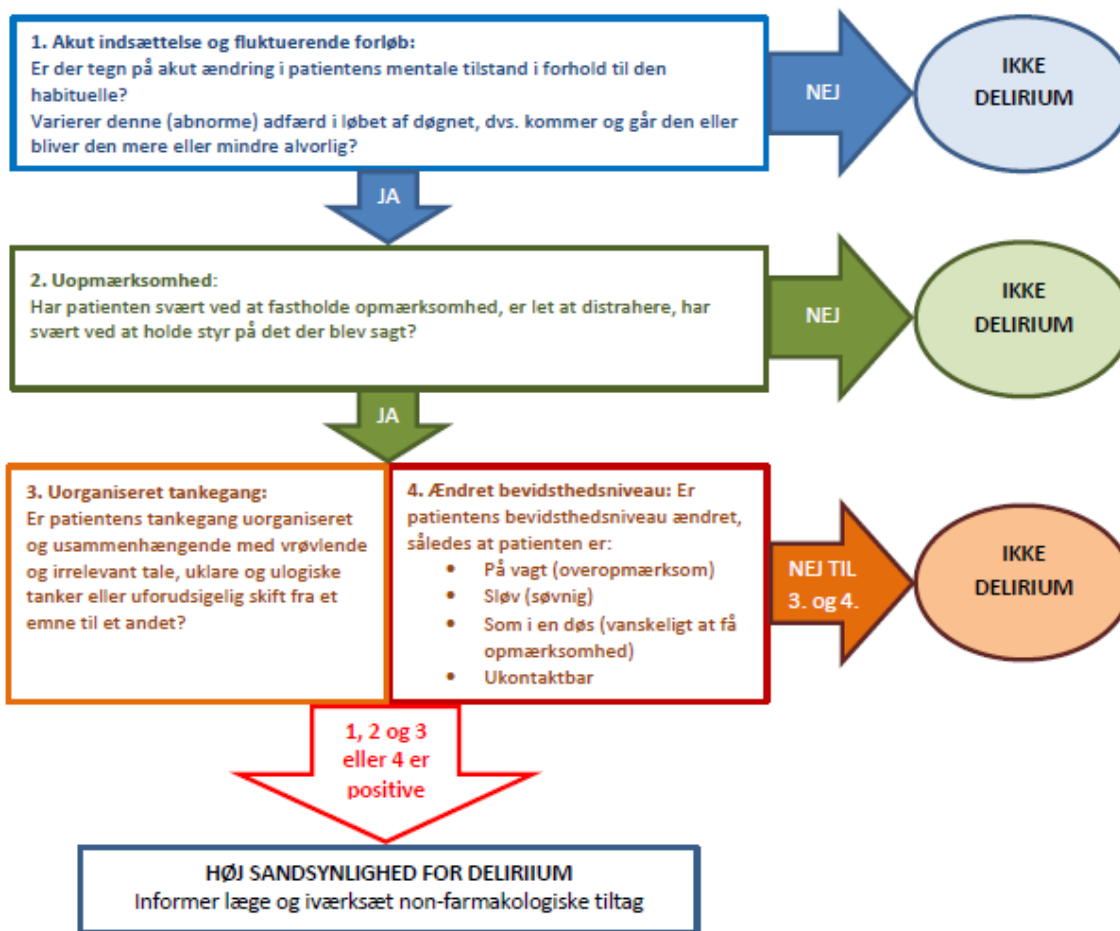
Disponerede faktorer

- Over 65 år
- Demens
- Hjerneskade
- Skrøbelighed
- Syns-/hørehandicap
- Psykisk belastning
- Centralt virkende medikamenter (Parkinsonmidler, analgetika, hypnotika)
- Polyfarmaci
- Dårlig ernæringstilstand

Confusion Assessment Method - CAM

Alle patienter > 65 år screenes systematisk via CAM.

Delirium er en fluktuerende tilstand og det anbefales, at man CAM scorer minimum 2 x dagligt om muligt kl. 08:00 og kl. 22:00 i hele indlæggelsesforløbet.



Modellen er med afsæt i reference (5).

Lommekortet kan bestilles hos Regionens trykkeri <https://intra.reg.rsyd.dk/kommunikation/grafiktryk/grafiske-opgaver/Sider/default.aspx>

For vurdering af delirium ved patienter indlagt på intensiv afdeling se dokumentet "*CAM-ICU Scoring - Vurdering af delirium af kritiske syge patienter*".

2.3.2) Behandling af udløsende årsag

Det vigtigste element i behandlingen af patienter med delirium, er identifikation og behandling af den udløsende årsag.

Eksempler på årsager

- Infektion
- Urinretention/obstipation
- Dehydrering
- Smerte
- Hypotension
- AMI
- Anæmi
- Hypoglykæmi
- Hypoksi
- Apopleksi
- Abstinens
- Postoperative forløb
- Medicinændringer (opstart/seponering/abstinenser)
- Psykisk sygdom, ofte depression
- Miljøskift
- Subduralt hæmatom

OBS: Flere årsager kan være til stede på samme tid.

2.3.3) Non-farmakologisk behandling

Det anbefales, at der som hovedregel iværksættes non-farmakologisk multikomponent behandling hos alle patienter med øget risiko for delirium.

Interventionerne kan bestå i sanseoptimering, orientering, kommunikation, mobilisering, ernæring og hydrering, mave-, tarm- og blærefunktion, døgnrytme, skærmende omgivelser og dialog med pårørende.

2.3.3.1) Dataindsamling

En grundig dataindsamling fra pårørende og eventuelt hjemmepleje er en forudsætning for non-farmakologiske tiltag til den delirøse patient.

Dataindsamlingen skal tage udgangspunkt i:

- patientens behov for hjælp og støtte
- patientens personlighed
- patientens vaner og rutiner
- patientens søvnmønster.

2.3.3.2) Sanseoptimering

Synssansen

Rum med tilstrækkeligt lys, så patienten kan orientere sig. Husk at give patienten sine briller på.

Berøring

Hensigten med berøring skal være meningsfuld og forudsigelig. Adskil ubehagelige og behagelige interventioner, således at handlingen føles klar og entydig for patienten.

Høresans

Ved brug af høreapparat – husk disse – tjek batterier.

Meningsløse og forstyrrende lyde skal reduceres, fordi de kan være angstprovokerende og stressfremkaldende for patienten.

Undgå private samtaler og unødvendig tale. Hvisken kan opfattes som information, der skal skjules for patienten og dermed skabe unødigt angst.

Lugtesansen

Duftstimuli, som patienten kender og holder af fra hverdagen, fx hovedpude, eget tøj, creme, deodorant eller blomsterdufte, kan forsøgsvis testes.

2.3.3.3) Orientering og kognitiv stimulation

- Synligt ur og evt. kalender på stuen.
- Fremskaf eventuelt hjemlige ting, fotos, lommeværkløse, strikkesøj, bøger, musik m.m.
- Kig ofte ind til patienten, der kan være bange eller hallucineret og ude af stand til at bede om hjælp eller bruge klokkesnoeren.
- Vær specielt opmærksom på, at patienten kan have behov for hjælp ved toilet besøg, da døre, vandhaner osv. på sygehuset fungerer helt anderledes end i de fleste hjem.

2.3.3.4) Kommunikation

En patient med delirium kan ofte kun holde koncentrationen i kort tid og har svært ved at huske. Adfærd, kommunikation og information må derfor tage udgangspunkt i:

- Vær opmærksom på at have et roligt kropssprog.
- Tal konkret og entydigt. 1-7 ord af gangen.
- Klart konkret sprog. Undgå ord som kan misforstås.
- Hyppig reorientering om, hvor patienten er, hvad dag det er, og hvad tid det er på døgnet.
- Ved hver kontakt med patienten orienteres om, hvem sundhedspersonen er og hvad opgaven er
- Har patienten vrangforestillinger (uvirkelige og virkelige hændelser, som er blandet sammen) og fortæller patienten om oplevelser, som personalet ikke opfatter som virkelige brug da mild korrektion i kommunikationen. Undgå at afvise patientens vrangforestillinger som forkerte, men spørg ind til hvad det er, der gør, at patienten oplever, det vedkommende gør.
- Fortæl patienten, at man er klar over at vedkommende ikke er sådan til daglig og at vi nok skal hjælpe, men at det tager tid.

2.3.3.5) Mobilisering

- Tidlig og hyppig mobilisering forebygger delirium. Har patienten udviklet delirium forkortes varigheden af delirium ved mobilisering.
- Terapeuter kan guide og vejlede, så mobiliseringen bliver sikker for patient og personale.
- Sørg for at patienten har sine vanlige hjælpemidler - stok, rollator m.m.
- Stillingsændring hver 3. time ved fast sengeleje.

2.3.3.6) Ernæring og hydrering

- Før væskeskema
- Ordination af væsketerapi
- Sørg for, at patienten hovedsageligt får væske indtil et par timer før sengetid, således at patienten ikke føler vandladningstrang om natten
- Lav kostregistrering og sikr sufficient ernæring.

2.3.3.7) Mave-, tarm- og blærefunktion

- Sikr, at patienten har vandladning og regelmæssig afføring. Det er vigtigt at dokumentere dette, da patienten muligvis ikke selv kan redegøre for det
- Undgå så vidt muligt *KAD*, da det kan virke generende for patienten. Overvej om det er mere skånsomt at *SIK patienten*, hvis denne lider af urinretention
- Få ordineret afføringsmiddel ved behov.

2.3.3.8) Døgnrytme

- Forsøg at opretholde vanlig døgnrytme. Spørg patient, pårørende og/eller hjemmeplejen
- Sygepleje- og behandlingsinterventioner bør samles, for ikke at forstyrre patientens hvile- og søvnperioder
- Belysning bør dæmpes til natten, for at understøtte en naturlig døgnrytme
- Patienten kan med fordel lægges på en stue med vindue, så denne kan orientere sig i tid på dagen, året, vejret osv.
- Undgå sovemedicin, da det kan forværre patientens delirium.

2.3.3.9) Skærmende omgivelser

- Undgå uvedkommende og uhensigtsmæssige stimuli
- Ro omkring patienten, vælg en stue væk fra støj og larm
- Drøft overvågningsbehov med lægen
- Evt. *skilt på dør med "Stillezone"* (printvenlig udgave).
- Evt. baldakin omkring hovedgærde på seng, der kan begrænse sanseindtryk. Se foto



2.3.3.10) Inddragelse af pårørende

Skriftlig information

- Udlever pjece til pårørende og patient - link til pjece.

Mundtlig information om delirium

- At delirium er en reversibel tilstand, som kan behandles, men at det kan tage flere dage inden patienten igen er "sig selv"
- Anbefal stille nærvær
- Anbefal besøg af enkelte pårørende af gangen
- Fortæl, at besøgende behøver ikke tale med patienten, men kan blot være til stede
- Orienter om, at lade patienten være "ved siden af sig selv"
- Opfordr til, at tale oplevelsen igennem med patienten efter udskrivelsen.

2.3.4) Farmakologisk behandling af delirium

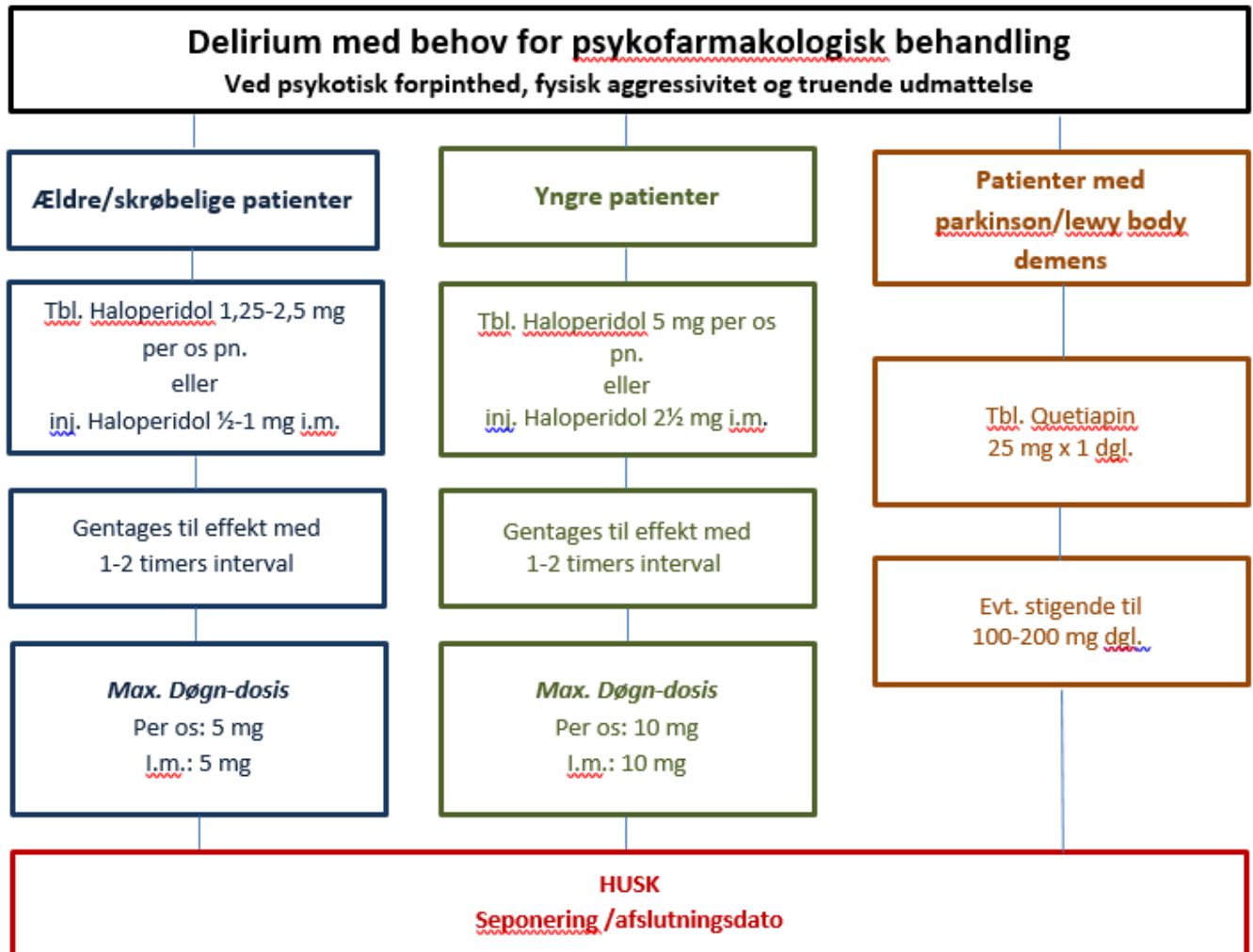
Ved mistanke om abstinenser, se [instruks om abstinensbehandling](#).

Det anbefales ikke at anvende behandling med antipsykotika rutinemæssigt til alle patienter med delirium, men kan overvejes, når nonfarmakologiske tiltag er utilstrækkelige, til (SST 2021):

- Patienter der er i fare for sig selv eller andre
- Patienter hvor delirium forhindrer sufficient diagnostik og behandling
- Patienter der er forpint af eksempelvis hallucinationer og vrangforestillinger
- Terminale patienter i de sidste dage/timer

Være desuden opmærksom på:

- Forlænget QTC, vurder risikofaktorer. Haloperidol er kontraindiceret ved forlænget QTC.
- Vurder ekstrapyramidale symptomer (EPS) (tremor, rigiditet, bradykinesi, akatisi). Ved EPS kontakt psykiater eller geriater – overvej risperidon.
- Behandlingen kan umiddelbart seponeres ved mindre end 14 dages varighed



2.3.5) Varighed

- Sædvanligvis nogle dage, men evt. langt efterslæb med kognitiv forringelse.
- Hvis varighed over 4-5 dage søg hjælp hos psykiater eller geriater.

2.3.6) Lovgivningsmæssige forhold ved konfusion

- Delirium er en psykose, der ubehandlet er potentiel dødelig. Patienter med delirium vil kunne tvangsindlægges, tvangstilbageholdes og tvangsbehandles på en psykiatrisk afdeling i henhold til psykiatriloven.
- En delirøs patient er midlertidigt inhabil og kan derfor ikke give informeret samtykke til behandling. Ved akut fare for patienten pga. delir, må handles i nødværge evt. med tvang.

Ved behov for tvang udover akut fare bør psykiater kontaktes vedr. tvangsbehandling, evt. med patienten indlagt med tvang på psykiatrisk afd. men udstationeret i en seng på somatisk afdeling. Hvis patienten er delirøs på baggrund af svær hjernelidelse/-skade og habituelt varigt inhabil, kan tvangsbehandling ske uden medvirken af psykiater i henhold til bekendtgørelsen om tvang i somatikken - "*OUH, anvendelse af tvang i somatikken*".

3) Dokumentation

3.1) Dokumentation af aktivitet

Dokumentation af CAM-scoring: Dokumenteres i patientjournalen under "GCS".

Arbejdsgruppen anbefaler at afdelingen får udarbejdet nedenstående frase (ouh_cam)

1. Akut indsættende og fluktuerende forløb ._.
 2. Uopmærksomhed ._.
 3. Uorganiseret tankegang ._.
 4. Ændret bevidsthedsniveau ._.
- CAM: Negativ ._.
CAM: Positiv ._.

Dokumentation af CAM-ICU (for intensiv afdelingerne): dokumenteres i hhv. CIS og PICIS.

Dokumentation af non-farmakologisk behandling:

Intensiv dokumenterer i patientjournalen under relevant nøgleord (ex. patienten er blevet SIK'et => nøgleord "renalt")

Øvrige afdelinger dokumenterer i patientjournalen under relevant nøgleord.

Dokumentation af farmakologisk behandling:

Normal dokumentation i patientjournalen jf. gældende journalføringsprincipper.

Dokumentation af diagnosekode: DF059

3.2) Udarbejdet af

Projektleder: Malene Sandahl Sørensen, FAM, OUH

Klinisk Sygeplejespecialist Lise Ewald Rekvad, Q2, OUH

Klinisk Sygeplejespecialist Sanne Have Beck, Afd. G, OUH

Intensiv sygeplejerske Jette Heidelberg, Afd. V, OUH

Intensiv sygeplejerske Rikke Boje, Afd. V, Svendborg

Oversygeplejerske Pia Dybdal, Afd. D, OUH

Specialkonsulent Berit Charlotte Andersen, Klinisk Udvikling, OUH

Afdelingslæge Katja Thomsen, Afd. G, OUH

Overlæge Thomas Strøm, Afd. V, OUH

4) Referencer og litteratur

1. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/~media/9B627A494BCC4A8F804BE7BDCC3421BA.ashx>

(National retningslinje for forebyggelse og behandling af organisk delirium – SST 2016)

2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2015.

3. <http://infonet.regionsyddanmark.dk/#DokID=77336> (CAM-ICU Scoring – Vurdering af delirium hos kritisk syge patienter)

4. Cohen-Mansfield, J., Libin, A., Marx, M. Nonpharmacological Treatment of agitation: A con-trolled trial of systematic individualized intervention. Journal of Gerontology 2007; vol.62A, no.8; 908-16

5. Inouye, S, Bogards,S., Charpentier,P. et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. The New England Journal of Medicine 1999 Vol.340, no.9;669-76
 6. Lundström, M., Edlund, A., Brännström, Bucht, G., Gustafson,Y. A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization and mortality in delirious patients. Journal of American Geriatrics Society 2005; Vol.53;622-28
 7. Nydahl P, Bartoszek G. Basal stimulation. Munksgaard Danmark 2005.
 8. Tranholm, Leah. Stop volden nænsomt: en bog om voldsforebyggelse. Leah Tranholm.dk 5. oplag 2016.
 9. Bagger C, Svenningsen H. Stille intensivdelirium er et overset fænomen I sygeplejen. Sygeplejersken 2009. Blad nr.8;42-7
 10. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. Lancet 2009; 373(9678):1874-1882.
 11. Mistraletti, G., Carloni, E., Cigada, M., & mfl 2008. Sleep and delirium in the Intensive care Unit. Minerva Anestesiologica 2008, 74, 329-33
 12. Weinhouse, G., Schwab, R., Watson, P., Patil, N., Vaccaro, B., Pandharipande, P., & Ely, W. Bench-to-bedside review: delirium in ICU patients - importance of sleep deprivation. Critical Care 2009, 13, 234-41.
 13. Wei LA, Fearing MA, Sternberg EJ, Inouye SK. The Confusion Assessment Method: A Systematic Review of Current Usage. JAGS 2008;56:823-830.
14. National klinisk retningslinjer: Forebyggelse og behandling af organisk delirium, SST: 2021
https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/NKR-delirium/1_-National-klinisk-retningslinje-for-forebyggelse-og-behandling-af-organisk-delirium.ashx?la=da&hash=AC37112646602F84A7503F940D526CB493E3F267

5) Evidens

Anvendelse af CAM-score: Ia

Screening med CAM-score i hver vagt: IIa

Nonfarmakologisk intervention: IIa

(ÆNDRINGSLOG)

Version/dato	Ændring
1 / Februar 2020	Første version af dokumentet
1.1 / Januar 2021	Ændring i afsnit 2.3.1 - præcisering af bestilling af lommekort
1.2 / Maj 2021	Diagnosekode i afsnit 3.1 er ændret fra "DF05" til "DF059".
1.3 /September 2021	Henvisninger til "COSMIC" ændret til "patientjournalen". Link til, hvor lommekort bestilles er ændret.
1.4 /Februar 2022	Det anbefales ikke rutinemæssig opstart af Serenace, dette i henhold til nyeste retningslinje fra SST 2021. Afsnit 2.3.4.

Alkoholabstinensbehandling under indlæggelse

Bilag: Stillezone (pdf)

CAM og non-farmakologiske tiltag

CAM-ICU Screening - Vurdering af delirium hos kritisk syge voksne patienter

OUH, Anvendelse af tvang i somatikken

OUH, Engangskateterisation-SIK/RIK

OUH, Kateter à demeure

Bilag:

Stillezone



Stillezone

Udarbejdet af Lise Rekvad Klinisk sygeplejespecialist FAM-OUH. Jan. 2019



Stillezone

Udarbejdet af Lise Rekvad Klinisk sygeplejespecialist FAM-OUH. Jan. 2019



Stillezone

Udarbejdet af Lise Rekvad Klinisk sygeplejespecialist FAM-OUH. Jan. 2019