

# Delirium – forebygging, diagnostikk og behandling

**Utgitt av:**

Haraldsplass Diakonale Sykehus.

Ansvarlig: Paal Naalsund-seksjonsoverlege geriatrik seksjon.

Arbeidsgruppen har bestått av: Trine Lin Leknessund, Irmelin Smith Eide (ergoterapeuter), Irene Hunskår (bibliotekar/ansv litteratursøk), Trine Espeland, Kamilla Kvamme Skagen (spesialsykepleiere geriatri), Mala Naik, og Paal Naalsund (overleger geriatri)

**Versjon:**

Versjon 2, revidert 2020/2021 (1. versjon ferdigstilt 21.12.16)

**Siste litteratursøk:**

11.11.21

**Helsepersonell prosedyren gjelder for:**

Helsepersonell som er delaktig i behandling og pleie av delirpasienten

**Pasienter prosedyren gjelder for:**

Voksne innlagt i sykehus med delirium av ulike årsaker

## Innhold

Hensikt og omfang.....	2
1. Målgruppe .....	2
2. Definisjoner .....	2
3. Arbeidsbeskrivelse.....	3

3.1.	Kartlegging.....	3
3.2.	Diagnostisering.....	4
3.3.	Risiko- og utløsende faktorer .....	4
3.3.1	Rusmidler og delirium .....	5
3.3.2	Intensivpasienter og delirium.....	5
3.3.3	Palliative pasienter og delirium .....	6
3.3.4	COVID-19 og delirium .....	6
4.	Tiltak for å forebygge delirium .....	6
5.	Behandling.....	9
5.5.1	Håndtering av stress og agitasjon .....	10
5.5.2	Dersom manglende bedring og vedvarende delirium.....	10
5.5.3	Medikamentell behandling av delirium .....	10
5.5.4	Videre oppfølging ved mistanke om udiagnostisert kognitiv svikt og demens (3) .....	12
6.	Informasjon og støtte.....	12
7.	Referanser .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
8.	Lenker til relaterte dokumenter.....	12
9.	Delirium- brosjyre til pårørende.....	13

## Hensikt og omfang

Prosedyren beskriver tiltak for å forebygge, identifisere, diagnostisere og behandle delirium hos voksne pasienter innlagt i sykehus. Prosedyren omhandler ikke delirium tremens.

Kartlegging, utredning og tiltak skal utføres av helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse og opplæring i håndtering av pasienter med delirium eller som er i risiko for utvikling av delirium (1) .

Pasienter med delirium kan ha redusert innsikt i egen tilstand og kan motsette seg behandling og pleie. Det er viktig å sikre at all relevant tilrettelegging er iverksatt og at pasienten behandles med ro og respekt. Nødvendig behandling må dokumenteres grundig i journal.

## 1. Målgruppe

Helsepersonell på sykehus.

## 2. Definisjoner

**Delirium** kalles også akutt forvirring og karakteriseres ved forstyrrelser i bevissthet, kognitiv funksjon eller persepsjon (2, 3). Det har en akutt debut og svingende forløp og utvikler seg vanligvis over 1- 2 dager, men kan også utvikle seg over noe lengre tid. Delirium er en vanlig og alvorlig tilstand som assosieres med risiko for skade, dårlig prognose og økt dødelighet, men kan forebygges og behandles med best resultat hvis det blir håndtert raskt (3, 4).

Delirium kan være hyperaktivt, hypoaktivt eller veksle mellom disse to, også kalt blandingsdelirium (3).

**Hyperaktivt delirium:** undergruppe av delirium karakterisert ved pasienter som har stor uro, er rastløse, opphissete eller aggressive og kan ha hallusinasjoner og vrangforestillinger (3, 5).

**Hypoaktivt delirium:** undergruppe av delirium karakterisert ved pasienter som er tilbaketrukket, stille, døsig, apatisk og initiativløs (3).

### 3. Arbeidsbeskrivelse

#### 3.1. Kartlegging

Følgende faktorer er assosiert med økt risiko for delirium og skal kartlegges ved innleggelse (3):

- 65 år eller eldre
- Kognitiv svikt eller kjent etablert demenssykdom
- Hoftebrudd
- Alvorlig sykdom, både akutt og underliggende
- Delirium ved tidligere innleggelser
- Komorbiditet
- Sansesvikt
- Smerter
- Infeksjon

#### **Dersom pasienten har en eller flere av risikofaktorene - tenk på delirium:**

Kartlegg risikopasienter ved innleggelse og deretter daglig for symptomer og tegn på delirium. Endringene kan komme brått (timer eller dager) og ha et svingende forløp (gjennom døgnet og fra dag til dag). Vær særlig oppmerksom på adferd som indikerer hypoaktivt delirium. Hypoaktivt delirium er mest vanlig og blir ofte oversett (6).

Endringene ved delirium kan rapporteres av pasienten selv, pårørende eller helsearbeidere. Disse endringene kan påvirke (3, 7):

- **Kognitiv funksjon:** forverret konsentrasjon, lang latenstid, forvirring, desorientert for tid og sted, oppmerksomhetssvikt, redusert hukommelse
- **Persepsjon:** syns- eller hørselshallusinasjoner.
- **Fysisk funksjon:** redusert mobilitet, redusert bevegelse, rastløshet, agitasjon, endret appetitt, søvnforstyrrelse.
- **Sosial adferd:** manglende samarbeidsevne, tilbaketrekking, endringer i kommunikasjon, endringer i humør og/eller holdning.

Dersom noen av disse atferdsendringene er tilstede gjennomføres en strukturert kartlegging for å bekrefte diagnosen (3), se Diagnostisering.

### 3.2. Diagnostisering

Ved symptomer og tegn på delirium gjennomføres en vurdering med 4AT (8-12), og det er aktuelt å videre gjøre en strukturert kartlegging basert på DSM-V kriterier (2) eller kortversjon av Confusion Assessment Method (CAM) (3). Hvis pasienten er innlagt i en intensiv enhet, vurderes CAM-ICU å være best egnet (13-16).

Det er viktig å innhente opplysninger fra pårørende/helsepersonell for å få frem endringer hos pasienten, samt symptomer på underliggende og utløsende årsaker (17) .

- **Kartleggingsverktøy:**
  - 4AT (8-12, 18).
  - Kortversjon av CAM (3, 5, 17, 19-21).
  - På intensiv og oppvåkningsavdeling etter kirurgi benyttes Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) (3, 5, 13-17, 19, 21, 22)

For bruk av alle kartleggingsverktøyene må nødvendig opplæring være gitt (20).

- **Kartlegging og undersøkelser for å finne underliggende og utløsende årsaker** (3, 5, 17, 22), se Risiko- og utløsende faktorer under og tabell 1.
- **Differensial-diagnoser:** alvorlig depresjon, psykotisk sykdom og demens (17). Ved demens vær spesielt oppmerksom på APSD (adferds og psykiatriske symptomer ved demens) som kan oppstå relativt akutt. Det er viktig å innhente komparentopplysninger om tidligere adferdsutfordringer.

Dersom det er vanskelig å skille mellom delirium, demens eller delirium hos pasienter med demenssykdom, behandles delirium først (3). Demens er den viktigste predisponerende faktoren for delirium (3, 5, 17, 22).

### 3.3. Risiko- og utløsende faktorer

Delirium har en multifaktoriell etiologi og jo flere risikofaktorer som er tilstede, dess større sannsynlighet er det for at pasienten vil utvikle delirium (23).

**Følgende faktorer og tilstander gir økt risiko for delirium:**

- Alder
- Anemi
- Dehydrering
- Demens
- Depresjon
- Diabetes
- Elektrolyttforstyrrelser
- Hjerneslag (24)
- Hoftebrudd
- Hypertensjon
- Høy alvorlighetsgrad av sykdom ved innleggelse, ev. med behov for intensiv behandling (25) som alvorlige tilstander som for eksempel akutt hjerte-/lungesykdom, hjernesykdom, systematisk organsvikt
- Infeksjon
- Inkontinens
- Kognitiv svikt
- Lav BMI
- Mange medikamenter
- Metabolske forstyrrelser
- Miljøfaktorer
- Nedsatt mobilitet
- Obstipasjon
- Redusert blodgjennomstrømning/O<sub>2</sub>-metning
- Sansesvekkelse
- Smerter
- Søvnmangel
- Urinretensjon

(3, 5, 7, 17, 18, 22, 26-28)

### 3.3.1 Rusmidler og delirium

Seponering av alkohol, rusmidler samt legalt foreskrevne A- og B preparater kan også utløse delirium, men ofte med et noe annet klinisk bilde, blant annet defineres alkoholdelir som delirium tremens (29).

### 3.3.2 Intensivpasienter og delirium

For intensivpasienter er følgende faktorer årsaker til å utvikle delirium: akutt sykdom, alvorlig sykdom, koma, akutt kirurgi, (multi)traume, vedvarende smerter, psykoaktive medikamenter, metabolsk acidose, søvnmangel, iatrogeniske hendelser, organsvikt, respirasjonsvikt og hypoxemi, mekanisk ventilasjon, alvorlig sepsis, delirium dagen før, dehydrering og hypotensjon (12, 28).

Postoperativ delirium er velkjent, særlig hos eldre pasienter. Ofte er postoperativ delirium assosiert med lengre opphold på sykehuset, hyppigere utskrivelse til institusjoner, høyere risiko for komplikasjoner og økt mortalitet (30).

Postoperativ delirium kan være forårsaket av både pre-operative årsaker (immobilisering, smerter og dehydrering) og intraoperative årsaker (hypoxi, elektrolyttforstyrrelser, polyfarmasi og anestesi) (30).

### 3.3.3 Palliative pasienter og delirium

Hos palliative pasienter er i tillegg følgende faktorer aktuelle: opioidindusert nevrotoksisitet, hjernetumor/-metastaser, kreftbehandling (kjemoterapi, strålebehandling), paraneoplastiske syndrom (19, 31).

### 3.3.4 COVID-19 og delirium

Covid-pandemien, 2020/2021, viser all tydelighet at viral infeksjon hos eldre, og da spesielt skrøpelige pasienter, gir høy forekomst av delirium. Klinisk er det viktig å være klar over at delirium kan være et debutsymptom ved Covid-19, og andre infeksjoner, slik at en potensielt smitte ikke overses (32).

## 4. Tiltak for å forebygge delirium

- Sammensatte tiltak forebygger delirium hos pasienter innlagt på medisinske og kirurgiske avdelinger (23, 26, 33, 34).
- Pleie og behandling bør i varetas av helsepersonell som er kjent for pasienten. Unngå unødvendig flytting av risikopasienter (3, 7).
- Eliminer eller minimer risikofaktorer hvis mulig (7).
- Tidlig geriatrisk konsultasjon til pasienter med hoftebrudd (33).
- Individuell tiltaksplan basert på resultat av kartlegging og pasientens individuelle behov bør tilbys av et tverrfaglig team (3), se tabell 1.

Tabell 1 Oversikt over kliniske faktorer og tiltak

Kliniske faktorer som kan bidra til delirium	Tiltak for forebygging, behandling, pleie og omsorg
Kognitiv svikt og/eller desorientering (3, 7)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tilstrekkelig lys (3, 7)</li><li>• Klokke og kalender bør være tilgjengelig (3, 7, 26)</li><li>• Reorientering i forhold til tid, sted, person og hvilken rolle du har (3, 7, 26)</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitivt stimulerende aktiviteter (3, 7, 26)</li> <li>• Regelmessig besøk av familie og venner (3, 7, 13, 26)</li> <li>• Ta med kjente ting fra hjemmet (7)</li> <li>• Kommuniser tydelig, forklar aktiviteter (7)</li> <li>• Enkel repetert og konsistent informasjon (3)</li> </ul>
Sensorisk overstimulering eller understimulering (7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hensiktsmessig sensorisk stimulering (7)</li> <li>• Ved overstimulering kan det være behov for skjerming som for eksempel stille rom, adekvat belysning, unngå flere aktiviteter på samme tid, redusere støy (7)</li> </ul>
Dehydrering og/eller forstoppelse (3, 7, 31)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forebygg/korriger dehydrering (7)</li> <li>• Oppmuntre til tilstrekkelig drikke. Vurder eventuelt behov for subkutan eller intravenøs væske (3)</li> <li>• Hensiktsmessig regulering av avføring (7)</li> </ul>
Urinretensjon (35)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kartlegg vannlatning</li> <li>• Sikre hensiktsmessig tømming av blære (7)</li> <li>• Blærescane ved mistanke om urinretensjon. Ved behov for kateterisering vurder engangskateterisering fremfor permanent kateter</li> </ul>
Hypoksi/hypoperfusjon/hypoksemi (3, 7, 35)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sikre tilstrekkelig oksygenering (oksygentilførsel, blod, blodtrykk støtte ved behov) (7)</li> </ul>

<p>Infeksjon (3, 7)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utred og behandle eventuell infeksjon (3, 7, 26)</li> <li>• Unngå unødvendig kateterisering (3)</li> </ul>
<p>Immobilitet eller begrenset mobilitet (7) Fysisk begrensende utstyr (7, 26)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilstreb maksimal mobilitet (7)</li> <li>• Tidlig mobilisering (3, 22, 26, 36)</li> <li>• Ganghjelpemidler ved behov (3)</li> <li>• Motiver alle også de som ikke er i stand til å gå, til å utføre lette aktive øvelser for å vedlikeholde bevegelse i ledd (3, 7)</li> <li>• Unngå fysiske begrensninger (for eksempel sengehester) og urinkateter (7, 26)</li> </ul>
<p>Medikamenter (3, 7, 26, 31)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamentgjennomgang hos pasienter som tar flere medikamenter (antall og type medikamenter) (3, 7)</li> <li>• Seponer uhensiktsmessige medikamenter (26, 36)</li> <li>• Vente med medikamenter som ikke har vital betydning</li> <li>• Reduser eventuelt dose</li> </ul>
<p>Smerter (3, 7, 26, 35)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kartlegg smerter. Se etter non-verbale tegn på smerter, særlig hos pasienter med kommunikasjonsproblemer (3)</li> <li>• Sikre adekvat smertebehandling hos pasienter med identifisert eller mistenkt smerte (3, 7, 26, 36)</li> <li>• Bruk ikke-opioide medikamenter om mulig (26)</li> </ul>
<p>Dårlig ernæring (3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sikre adekvat ernæring (7)</li> <li>• Følg gjeldende ernæringsråd (3)</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kartlegg ernæringsmessig risiko (se lokale prosedyrer). Ved score 3 eller mer på ernæringscreening, skal det utarbeides individuell ernæringsplan (se lokal prosedyre)</li> <li>• Dokumenter inntak av mat og drikke</li> <li>• Sikre at eventuelle proteser fungerer tilfredsstillende (3)</li> </ul>
Sansesvekkelse (syn, hørsel) (3, 7, 26)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Løs reversible årsaker som for eksempel ørevoks (3) (3)</li> <li>• Sikre at syns- og hørselshjelpemidler er tilgjengelig, i god stand og benyttes ved behov (3, 7, 26, 36)</li> </ul>
Søvnforstyrrelse (3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilstreb god søvnhygiene og søvnmønster (3, 7, 26, 36)</li> <li>• Unngå sykepleie- og behandlingstiltak på natt om mulig (3, 26)</li> <li>• Reduser støy til et minimum i søvnperioder (3, 26)</li> </ul>
Elektrolytt- og metabolske forstyrrelser (hypercalcæmi, hyponatremi, hypokalemi, hypoglykæmi, hypercarbia) (7, 31, 35)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontroller blodprøver</li> <li>• Korrigere elektrolytt- og metabolske forstyrrelser (7)</li> </ul>

## 5. Behandling

- Det viktigste i behandlingen av delirium er å påvise og behandle underliggende årsaker eller kombinasjoner av årsaker (3, 26, 35).
- Bred gjennomgang av pasientens sykdomsbilde og funksjonsnivå.
- For hospitaliserte eldre gjennomføres geriatrikks konsultasjon (7) hvis tilgjengelig kapasitet.  
Eventuelt kontakte alderspsykiatrisk avdeling ved differensialdiagnostiske spørsmål i forhold til psykisk sykdom.

- Unngå faktorer som er kjent for å forårsake eller forverre delirium (26), se tabell 1.
- Iverksett multifaktorielle tiltak tilpasset pasientens individuelle behov (3, 26), se tabell 1.

### 5.5.1 Håndtering av stress og agitasjon

Hvis pasienten er stresset/plaget eller i fare for seg selv eller andre:

- Ikke-medikamentelle tiltak utgjør alltid basis i håndtering av pasienten (26, 37), se tabell 1.
- Verbale og nonverbale teknikker for å roe ned situasjonen (3).
- Unngå å flytte pasienter mellom avdelinger eller bytte rom, med mindre det er absolutt nødvendig (3).
- Vurder behov for fastvakt, helst av noen som kjenner pasienten (26).
- Vurder kortvarig medikamentell behandling bare hvis verbale og nonverbale teknikker ikke er effektive eller de er uhensiktsmessige (3, 26), se Medikamentell behandling av delirium.
- Relativt ofte må man behandle pasienten uten informert samtykke, og i noen tilfeller er det nødvendig å begrense bevegelsesmuligheter, samt medisinerer pasienten, på grunn av adferd som kan være til skade for pasienten og/eller omgivelsene. Ved behandling over en begrenset periode kan man vise til Helsepersonelloven §7 (1), samt at man dokumenterer nøye indikasjon for tiltak og behandling i pasientens journal. Ved mer langvarig delirium og behov for tiltak over tid, bør man sende vedtak etter Pasient- og brukerrettighetsloven §4a (38) for godkjenning i helseavdelingen hos Fylkesmannen.

### 5.5.2 Dersom manglende bedring og vedvarende delirium

- Revurder underliggende årsaker (3). Årsaker til delirium kan være komplekse og sammensatte. Ved en del delirium har man en eller flere underliggende årsaker som ikke lar seg korrigerer fullt ut (for eksempel betydelig demenssykdom, alvorlig organsvikt og langtkommen kreftsykdom). Da vil miljøtiltak, egnet omsorgsnivå og kanskje i større grad medisinering være aktuelt. Ved persisterende delirium i en siste livsfase kan det være aktuelt å vurdere lindrende sedering etter gjeldende retningslinje (39, 40).

### 5.5.3 Medikamentell behandling av delirium

- Ingen medikamenter har delirium som indikasjon, men kan likevel vurderes benyttet ved hyperaktivt delirium med krevende hyperaktiv adferd og hvor pasienten blir en fare for seg selv eller andre. Det kan også være en indikasjon hvor adferden hindrer nødvendig medisinsk behandling eller ved plagsomme psykotiske symptomer. Skal ikke brukes ved hypoaktivt delirium.

- Nevroleptika: Vurder kortvarig behandling med antipsykotika til utvalgte pasienter med delirium (3, 23, 26, 41-43). Nevroleptika har ikke vist effekt som profylakse (44, 45). Vanlig brukte medikamenter er: haloperidol, risperidone, olanzapin og quetiapin (37, 46), alle i lave til moderate doser.

Førstevalg er ofte haloperidol (37), helst gitt per oralt, hvis nødvendig intramuskulært. Dosering i utgangspunktet 0,5-1 mg x 2. Vurder enda lavere dosering hos de skrøpeligste pasientene. Ved manglende effekt kan doseøkning vurderes, men da ytterligere viktig å vurdere bivirkninger, interaksjoner og arytmirisiko (se under). Et likeverdig alternativ er olanzapin, også her helst per oralt, eventuelt intramuskulært, med dosering i utgangspunktet 5-10 mg kveld. Hos pasienter som ikke kan ta medisiner per oralt, eller motsetter seg dette, kan man velge å gi injeksjon. Den skal da settes intramuskulært, og ikke intravenøst eller subkutant (med mindre pasientens vitalia kan kontinuerlig overvåkes (monitor). Det skyldes at det er økt fare for arytmi, med QT forlengelse og ventrikulære arytmier gitt intravenøst og subkutant. I utgangspunktet skal man unngå bruk av nevroleptika hos pasienter med parkinsonisme eller Lewy legeme demens. Hvis det likevel anses nødvendig er quetiapin førstevalg på grunn av mindre tendens til ekstrapyramidale bivirkninger, med en dagsdose på mellom 50-100 mg, kan kun gis per oralt (35). Det er viktig at man har en klar indikasjon for bruk av nevroleptika, at effekten evalueres fortløpende, og at behandlingen er kortest mulig. Medikamentene har potensielt alvorlige bivirkninger, og ukritisk bruk frarådes (47).

- Det er ikke vist signifikant effekt på deliriumsymptomer av acetylkolinesterasehemmere (3, 23, 41, 48).
- Det er ikke vist signifikant effekt på deliriumsymptomer av benzodiazepiner (26, 41, 44, 48, 49). Tvert om kan disse medvirke til delirium. Benzodiazepiner skal ikke bråseponeres ved allerede bruk, på grunn av stor abstinensfare.
- Klometiazol (Heminevrin®) er et benzodiazepinderivat som brukes mye i Norge, ofte i kombinasjon med nevroleptika, for å indusere søvn ved delirium. Klinisk erfaring viser effekt hos utvalgte pasienter, men det er nærmest ingen studier på preparatets effekter på delirium. Bør kun brukes for å oppnå nattesøvn, og kun hos pasienter som er respiratorisk og sirkulatorisk stabile. Anbefalt dose 300-600 mg om kvelden.
- Melatonin for å korrigere søvnrytmeforstyrrelser ved delirium: Enkelte lovende studier (50), men ikke nok til å anbefale som klinisk praksis.
- Dexmedetomidin: Dexmedetomidin er i bruk ved mange intensivavdelinger. Enkeltstudier har vist redusert forekomst og varighet av delirium sammenlignet med andre anestesimidler (51, 52). Flere studier har også vist effekt over placebo på forebygging av delirium etter elektiv kirurgi (53, 54), men litteraturen er ikke entydig (55). En placebo kontrollert studie viste gunstig effekt hos deliriøse pasienter på respirator (56). Er et anestesimiddel som må administreres ved en intensivhet.

Ved aktuell behandling viktig med tett samarbeid med intensivmedisiner og/eller anestesilege.

#### 5.5.4 Videre oppfølging ved mistanke om udiagnostisert kognitiv svikt og demens (3)

Den største enkeltstående risikofaktoren for å utvikle delirium er kognitiv svikt og demens. Hvis det er kjent fra før, tas det med i helhetsvurderingen og behandlingen av pasienter med delirium. Dersom pasienten ikke har en kjent demens, men dette mistenkes i forløpet, anbefales en kartlegging. Det bør da innhentes komparentopplysninger fra nærmeste pårørende, og det anbefales at man fyller ut Informant questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE) (57). Det skal ikke stilles noen demensdiagnose i et akutt-forløp med delirium. Pasienten bør utredes videre etter gjeldende retningslinjer for demensutredning hvis pasienten hadde symptomer på kognitiv svikt før aktuelle delirium. Det tas ny vurdering etter 1-3 måneder enten hos fastlege eller ved en demenspoliklinikk (58).

## 6. Informasjon og støtte

Gi informasjon til pasienter som er i risiko for utvikling av eller som har delirium og deres pårørende og/eller omsorgspersoner (3, 7). Tilpass informasjonen til pasientens kulturelle, kognitive og språklige behov (3).

- Informer om at delirium er vanlig og vanligvis kortvarig (3).
- Beskriv pasienters erfaring med delirium (3).
- Oppmuntre pasienter med risiko og deres pårørende/omsorgspersoner om å rapportere plutselige endringer eller svingninger i adferd til helsepersonell (3).
- Oppmuntre pasienter som har hatt delirium til å dele sine erfaringer med helsepersonell når de er i bedring.
- Ved utskrivelse til oppfølging i kommunehelsetjenesten, bør det dokumenteres i *Epikrise og sykepleiersammenfatning samt at det bør utarbeides en individuell omsorgsplan for pasienter som er i delirium eller har hatt delirium under innleggelse* (6).
- [iDelirium](#) er et nettsted som kan anbefales for å lese mer om delirium.

## 7. Lenker til relaterte dokumenter

[D07604 Delirium\\_PICO skjema 1](#)

[D07605 Delirium\\_PICO skjema 2](#)

[D07606 Delirium\\_Dokumentasjon av litteratursøk 2014](#)

[D07607 Delirium\\_Dokumentasjon av litteratursøk 2016](#)

[Delirium Dokumentasjon av litteratursøk 2020](#)

[D07136 Metoderapport: Delirium - forebygging, diagnostikk og behandling](#)

[D07249 Delirium - oversikt over kliniske faktorer og tiltak - kortversjon](#)

[D06877 Instruksjonsmal - BL Trygg pleie. Vurdering av ernæringsmessig risiko.](#)

[D06878 Instruksjonsmal - BL Ernæringsplan](#)

<http://nevro.legehandboka.no/handboken/skjema/skarings skjema/cam-skarings skjema-for-delir/>

## 8. Delirium- tekst til brosjyre til pårørende

### INFORMASJON TIL PÅRØRENDE TIL PASIENTER MED AKUTT FORVIRRING(DELIRIUM)

Delirium kan forstås som en overbelastning av hjernen. Det oppstår ofte ved akutte sykdommer og skader eller som følge av bivirkninger av medisiner. Tilstanden er vanlig, særlig blant eldre pasienter som er innlagt akutt i sykehus. Den kan utløses for eksempel av en vanlig blærekatarr, smerter eller for lite å drikke.

Omtrent 15 prosent av alle pasienter på sykehus opplever delirium under innleggelsen. Alle mennesker kan utvikle et delirium i forbindelse med akutt sykdom, men noen personer er mer utsatt enn andre. Personer med størst risiko er de som:

- har høy alder
- har kjente problemer med hukommelsen
- braker mange medisiner
- har mange kroniske sykdommer
- har redusert syn eller hørsel

Blant pasienter over 70 år anslår man at mellom 20 og 30 prosent opplever delirium i løpet av sykehusoppholdet.

#### **Kjennetegn**

Akutt forvirring (delirium) kjennetegnes av unormale, ofte raske endringer i oppførsel og tankegang.

Under et delirium kan pasienten:

- være uvanlig oppspilt og urolig
- ha merkelige ideer
- være desorientert
- ha hallusinasjoner
- ha redusert våkenhet (bevissthetsnivå)
- problemer med å holde fokus (oppmerksomhet)
- bli uvanlig stille og tilbaketrukket

Delirium gjør at pasienten endrer sin normale oppførsel. Det er derfor ønskelig å få informasjon fra pårørende (eller andre som kjenner pasienten godt) om hvordan hun/han vanligvis oppfører seg.

**Hva kan du som pårørende gjøre i situasjonen?**

Er du pårørende til en person som er rammet av delirium, kan du være til hjelp ved å være et trygt og kjent holdepunkt i en uoversiktlig og uvant situasjon. En samtale på telefon kan også hjelpe pasienten. Kjente personer kan berolige og trygge pasienten og hjelpe til med å formidle pasientens behov til sykehushets ansatte.

Du kan hjelpe pasienten med å:

tilpasse briller og høreapparat

komme seg opp og ut av sengen

legge til rette for god nattesøvn

holde seg i enkel aktivitet (for eksempel småprate, spille enkle spill)

gjenopprette orienteringen ved å fortelle om tid og sted

bruke et enkelt språk og gjenta informasjon

### **Behandling av delirium**

Strakstiltak rettet mot underliggende sykdom, eller justering av medisiner som kan ha utløst delirium er den viktigste behandlingen.

### **Tiden etter et delirium**

Et delirium oppstår ofte raskt, men det går vanligvis også raskt tilbake når den akutte sykdommen som utløste deliriet er under kontroll. Hos eldre personer med kjente vansker med hukommelsen, ser man at det kan ta lengre tid før forvirringen går tilbake. Noen pasienter kan få forsterkede hukommelsesvansker etter et delirium. Det kan også føre til at pasienten trenger mer hjelp for å klare seg i dagliglivets aktiviteter.

Omtrent halvparten av pasienter som har vært gjennom et delirium husker episoden i etterkant. De beskriver ofte deliriet som en stor belastning. Andre pasienter vet ikke at de har opplevd et delirium, men forteller om marerittlignende drømmer fra sykehuset eller om hendelser som ikke stemmer overens med virkeligheten. Det er viktig for både pasient og pårørende å vite at et delirium er vanlig og kommer av den akutte sykdommen.

## 9. Referanser

1. Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v. av 1999-07-02 nr 64.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Delirium: prevention, diagnosis and management. NICE clinical guideline [CG103]. 2010. Last updated: 14 March 2019 [Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>] Hentet 7.6.2021.
4. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *The Lancet*. 2014;383(9920):911-22.
5. Pisani M. Evaluation of delirium: *BMJ Best Practice* 2019. Last updated: Aug 20 2021; [Available from: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/241>. Hentet 15.9.2021.
6. Koirala B, Hansen BR, Hosie A, Budhathoki C, Seal S, Beaman A, et al. Delirium point prevalence studies in inpatient settings: A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical nursing*. 2020;29(13-14):2083-92.
7. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Delirium. In: Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. Hartford Institute for Geriatric Nursing. NGC:009708. 2012.

[Guideline Clearing Report]. [Available from: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=43920>] Hentet 7.6.2021.

8. Evensen S, Forr T, Al-Fattal A, de Groot C, Lønne G, Gjevjon ER, et al. Nytt verktøy for å oppdage delirium og kognitiv svikt. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 2016;136(4):299-300.
9. Maclulich A. 4AT: rapid assessment test for delirium. Tilgjengelig fra: <http://www.the4at.com/> Hentet 7.6.2021.
10. Pérez-Ros P, Martínez-Arnau FM. Delirium assessment in older people in emergency departments. A literature review. *Diseases*. 2019;7(1):14.
11. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Delirium, dementia, and depression in older adults: Assessment and care*. 2nd ed. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario Toronto; 2016 [Available from: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-older-adults-delirium-dementia-and-depression>]. Hentet 7.6.2021.
12. Tiegés Z, Maclulich AM, Anand A, Brookes C, Cassarino M, O'connor M, et al. Diagnostic accuracy of the 4AT for delirium detection in older adults: systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*. 2021;50(3):733-43.
13. Cupka JS, Hashemighouchani H, Lipori J, Ruppert MM, Bhaskar R, Ozrazgat-Baslanti T, et al. The effect of non-pharmacologic strategies on prevention or management of intensive care unit delirium: a systematic review. *F1000Research*. 2020;9(1178):1178.
14. Gélinas C, Bérubé M, Chevrier A, Pun BT, Ely E, Skrobik Y, et al. Delirium assessment tools for use in critically ill adults: a psychometric analysis and systematic review. *Critical care nurse*. 2018;38(1):38-49.
15. Ho MH, Montgomery A, Traynor V, Chang CC, Kuo KN, Chang HC, et al. Diagnostic Performance of Delirium Assessment Tools in Critically Ill Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2020;17(4):301-10.
16. Mariz J, Costa Castanho T, Teixeira J, Sousa N, Correia Santos N. Delirium diagnostic and screening instruments in the emergency department: an up-to-date systematic review. *Geriatrics*. 2016;1(3):22.
17. Francis J, Young BG. *Diagnosis of delirium and confusional states*. UpToDate. 2015. Last updated: Feb 11, 2020. [Available from: <http://www.uptodate.com/contents/4824>]. Hentet 7.6.2021.
18. Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK. Delirium in older persons: advances in diagnosis and treatment. *Jama*. 2017;318(12):1161-74.
19. Chang VT. *Approach to symptom assessment in palliative care*. UpToDate. 2015. Last updated: Mar 30, 2020. [Available from: <http://www.uptodate.com/contents/2196>], Hentet 7.6.2021.
20. De J, Wand AP. Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients. *The Gerontologist*. 2015;55(6):1079-99.
21. Gusmao-Flores D, Figueira Salluh JI, Chalhub RT, Quarantini LC. The confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU) and intensive care delirium screening checklist (ICDSC) for the diagnosis of delirium: a systematic review and meta-analysis of clinical studies. *Critical Care*. 2012;16(4):R115.
22. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit*. [Guideline Clearing Report. NGC:009692]. Society of Critical Care Medicine. 2013. [Available from: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=43903>]. Hentet 7.6.2021.
23. Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J, et al. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(3):Cd00563.
24. Klimiec E, Dziedzic T, Kowalska K, Slowik A, Klimkiewicz-Mrowiec A. Knowns and unknowns about delirium in stroke: a review. *Cognitive and Behavioral Neurology*. 2016;29(4):174-89.
25. Ungarian J, Rankin JA, Then KL. Delirium in the Intensive Care Unit: Is Dexmedetomidine Effective? *Critical care nurse*. 2019;39(4):e8-e21.

26. Francis J. Delirium and acute confusional states: Prevention, treatment, and prognosis. UpToDate. 2014. Last updated: May 22, 2019. . [Available from: <http://www.uptodate.com/contents/4823>. Hentet 7.6.2021.
27. Ruppert MM, Hashemighouchani H, Bihorac E, Williams S, Velez L, Cupka JS, et al. A Survey of Electronic Health Record (EHR) Variables Associated with Postoperative Delirium: A Systematic Review. medRxiv. 2020.
28. Zaal IJ, Devlin JW, Peelen LM, Slooter AJ. A systematic review of risk factors for delirium in the ICU. *Critical care medicine*. 2015;43(1):40-7.
29. Schuckit MA. Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens). *New England Journal of Medicine*. 2014;371(22):2109-13.
30. Reddy SV, Irfal JN, Srinivasamurthy A. Postoperative delirium in elderly citizens and current practice. *Journal of anaesthesiology, clinical pharmacology*. 2017;33(3):291.
31. Bruera E, Dev R. Overview of managing common non-pain symptoms in palliative care. UpToDate. 2014. Last updated: Feb 23, 2021. [Available from: <http://www.uptodate.com/contents/2199>. Hentet 7.6.2021.
32. Emmerton D, Abdelhafiz A. Delirium in older people with COVID-19: Clinical scenario and literature review. *SN Comprehensive Clinical Medicine*. 2020:1-8.
33. Moyce Z, Rodseth R, Biccadd B. The efficacy of peri-operative interventions to decrease postoperative delirium in non-cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. *Anaesthesia*. 2014;69(3):259-69.
34. Thomas E, Smith JE, Forrester DA, Heider G, Jadotte YT, Holly C. The effectiveness of non-pharmacological multi-component interventions for the prevention of delirium in non-intensive care unit older adult hospitalized patients: a systematic review. *JBI Evidence Synthesis*. 2014;12(4):180-232.
35. Glick DB. Overview of post-anesthetic care for adult patients. UpToDate. 2018. Last updated Jun 16, 2021. [Available from: <https://www.uptodate.com/contents/14946>. Hentet 15.9.2021.
36. Mattison M, Marcantonio E, Schmader K, Gandhi T, Lin F. Hospital management of older adults. UpToDate. 2013. Last updated: Oct 13, 2020. [Available from: <https://www.uptodate.com/contents/hospital-management-of-older-adults>. Hentet 7.6.2021.
37. Tremblay P, Gold S. Prevention of post-operative delirium in the elderly using pharmacological agents. *Canadian Geriatrics Journal*. 2016;19(3):113.
38. Pasient- og brukerrettighetsloven. 1999. Lov om pasient- og brukerrettigheter av 1999-07-02 nr 63.
39. Den norske legeforening. Retningslinjer for lindrende sedering i livets slutfase Oslo: Den norske legeforening. 2014. ; [Available from: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/cc8a35f6afd043c195ede88a15ae2960/retningslinjer-for-lindrende-sedering-i-livets-slutfase-2014.pdf>. Hentet 7.6.2021.
40. Førde R, Materstvedt LJ, Markestad T, Kongsgaard UE, von Hofacker S, Brelin S, et al. Lindrende sedering i livets slutfase–reviderte retningslinjer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2015;135(3):220-1.
41. Maldonado JR. Neuropathogenesis of delirium: review of current etiologic theories and common pathways. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2013;21(12):1190-222.
42. Neufeld KJ, Yue J, Robinson TN, Inouye SK, Needham DM. Antipsychotic medication for prevention and treatment of delirium in hospitalized adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2016;64(4):705-14.
43. Schrijver EJ, de Graaf K, De Vries OJ, Maier AB, Nanayakkara PW. Efficacy and safety of haloperidol for in-hospital delirium prevention and treatment: a systematic review of current evidence. *European journal of internal medicine*. 2016;27:14-23.
44. Postoperative delirium in older adults: best practice statement from the American Geriatrics Society. *Journal of the American College of Surgeons*. 2015;220(2):136-48.e1.



45. Schrijver EJ, De Vries OJ, Van De Ven PM, Bet PM, Kamper AM, Diepeveen SH, et al. Haloperidol versus placebo for delirium prevention in acutely hospitalised older at risk patients: a multi-centre double-blind randomised controlled clinical trial. *Age and ageing*. 2018;47(1):48-55.
46. Markowitz JD, Narasimhan M. Delirium and antipsychotics: a systematic review of epidemiology and somatic treatment options. *Psychiatry*. 2008;5(10):29-36.
47. Agar MR, Lawlor PG, Quinn S, Draper B, Caplan GA, Rowett D, et al. Efficacy of oral risperidone, haloperidol, or placebo for symptoms of delirium among patients in palliative care: a randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*. 2017;177(1):34-42.
48. Steiner LA. Postoperative delirium. part 2: detection, prevention and treatment. *European journal of anaesthesiology*. 2011;28(10):723-32.
49. Lonergan E, Luxenberg J, Areosa Sastre A. Benzodiazepines for delirium. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2009(4):Cd006379.
50. Walker CK, Gales MA. Melatonin receptor agonists for delirium prevention. *Annals of Pharmacotherapy*. 2017;51(1):72-8.
51. Li Y, Yu Z-X, Ji M-S, Yan J, Cai Y, Liu J, et al. A pilot study of the use of dexmedetomidine for the control of delirium by reducing the serum concentrations of brain-derived neurotrophic factor, neuron-specific enolase, and S100B in polytrauma patients. *Journal of intensive care medicine*. 2019;34(8):674-81.
52. Maldonado JR, Wysong A, van der Starre PJ, Block T, Miller C, Reitz BA. Dexmedetomidine and the reduction of postoperative delirium after cardiac surgery. *Psychosomatics*. 2009;50(3):206-17.
53. Liu Y, Ma L, Gao M, Guo W, Ma Y. Dexmedetomidine reduces postoperative delirium after joint replacement in elderly patients with mild cognitive impairment. *Aging clinical and experimental research*. 2016;28(4):729-36.
54. Su X, Meng Z-T, Wu X-H, Cui F, Li H-L, Wang D-X, et al. Dexmedetomidine for prevention of delirium in elderly patients after non-cardiac surgery: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *The Lancet*. 2016;388(10054):1893-902.
55. Deiner S, Luo X, Lin H-M, Sessler DI, Saager L, Sieber FE, et al. Intraoperative infusion of dexmedetomidine for prevention of postoperative delirium and cognitive dysfunction in elderly patients undergoing major elective noncardiac surgery: a randomized clinical trial. *JAMA surgery*. 2017;152(8):e171505-e.
56. Reade MC, Eastwood GM, Bellomo R, Bailey M, Bersten A, Cheung B, et al. Effect of dexmedetomidine added to standard care on ventilator-free time in patients with agitated delirium: a randomized clinical trial. *Jama*. 2016;315(14):1460-8.
57. IQCODE. Spørreskjema til pårørende. Ny norsk rev. utg. 2019.
58. Jackson TA, MacLulich AM, Gladman JR, Lord JM, Sheehan B. Undiagnosed long-term cognitive impairment in acutely hospitalised older medical patients with delirium: a prospective cohort study. *Age and ageing*. 2016;45(4):493-9.