



Organisk delirium

Organisk delirium er et syndrom defineret som en akut opstået – oftest fluktuerende – bevidsthedsplumring ledsaget af forstyrrelser i døgnrytme og psykomotorik. Tilstanden opstår på baggrund af somatisk sygdom eller medicinpåvirkning.

Delir ses i tre former:

- Hyperaktivt
- Hypoaktivt (overses ofte)
- Som en blanding af de to ovenstående

Symptomer fluktuerer og kan være fraværende i perioder, hvorfor observation over hele døgnnet er yderst vigtigt.

Denne folder er udarbejdet af delirarbejdsgruppen, Bispebjerg & Frederiksberg Hospital og psykiater Simon Ploug Gartner, Psykiatrisk Center København, Afdeling Bispebjerg.

Disponerende faktorer:

- Høj alder
- Demens/kognitiv svækkelse og cerebrale sygdomme
- Tidligere delir
- Overforbrug/misbrug af alkohol og/eller stoffer
- Lavt funktionsniveau
- Sansesvækkelse (syn, hørelse, sprog mm.)
- Svækket almentilstand/skrøbelighed
- Polyfarmaci
- Terminal/præ-terminal patient

Forebyggelse af delir:

- Kognitiv stimulation (f.eks. samtale om dagligdags emner)
- Understøttelse af normal døgnrytme
- Sikring af tilstrækkeligt føde- og væskeindtag
- Daglig mobilisering
- Korrektion af sansedeficit (briller og høreapparat)

Følgende symptomer bør rejse mistanke om delir:

- Søvnforstyrrelser, f.eks. indsovningsproblemer, urolig søvn, mareridt eller forstyrrelser i døgnrytme
- Motorisk uro, irritabilitet, rastløshed
- Rodende og seponerende adfærd
- Apatisk og inaktiv adfærd
- Vrangforestillinger og hallucinationer
- Angst- og depressive symptomer
- Koncentrationsbesvær, desorientering, nedsat opmærksomhed, usammenhængende tale
- Nytilkommen hukommelsessvækkelse eller akut forværring af vanlig nedsat kognitiv funktion

Eksempler på udløsende årsager (ofte mere end én):

- Infektioner
- Smerter
- Obstipation eller urinretention
- Dehydrering/elektrolytforstyrrelser
- Hypoxi/syre-base forstyrrelser
- Dysreguleret diabetes og andre endokrinologiske lidelser
- Cerebrale lidelser
- Postoperative tilstande
- Medicin (især med antikolinerg effekt)

Sygeplejefaglige handlinger (forebyggelse og behandling):

- Vitale parametre: Stil mod somatisk stabilitet. Undgå især hypoxi og hyper-/hypotension.
- Ernæring/væskebalance: Indtag sikres og registreres. Obs behov for at nøde patienten. Evt. tilskud gives i form af proteindrikke, væsketerapi eller parenteral ernæring.
- Udskillelser: Vandladning og afføring sikres og registreres. Obs urinretention (blærescanning/SIK) og obstipation. Fast toilettregime, da pt kan have svært ved at angive trang. Undgå om muligt KAD (pga. risiko for UVI).
- Smerter: Identificeres, monitoreres (VRS/NRS), forebygges og behandles effektivt. Præparat og dosis skal matche smertetype og -intensitet.
- Kognitive funktioner: Reorienter dagligt (tid/sted). Præsenter dig hyppigt. Tilpas mængden af stimuli.
- Mobilisering: Flere gange dagligt. Minimerer funktionstab og forebygger komplikationer.

Ved mistanke om delir kan b-CAM, eller CAM anvendes til screening. Resultatet indgår i en samlet tværfaglig delir-vurdering

Brief Confusion Assessment Method, b-CAM

1. Akut indsættende og fluktuerende forløb:

- a) Er der tegn på akut ændring i patientens mentale tilstand?
b) Varierer dette over døgnet?

Både a) og b) er negative

Ingen delir

a) og/eller b) er positiv

2. Uopmærksomhed:

Bed patienten om at nævne årets måneder bagfra fra december til juli

0-1 fejl og mindre end 15 sek. pause

Ingen delir

Mere end én fejl eller mere end 15 sek. pause

3. Ændret bevidsthedsniveau:

Score på Richmond Agitation Scale (RASS):
+4 Stridbar, voldelig, umiddelbar til fare for personalet
+3 Stærkt agiteret. Forsøger at fjerne katetre og sonder.
Aggressiv
+2 Oprevet. Hyppige formålsløse bevægelser
+1 Rastløs, angst, bange, rolige bevægelser
0 Vågen og rolig
-1 Døsigt. Ikke helt vågen, men kan holde sig vedvarende vågen på opfordring (åbne øjne /sikker kontakt i mindst 10 sekunder)
-2 Sløv. Kortvarig vågen på opfordring (øjnenåbning /sikker kontakt under 10 sekunder)
-3 Ingen øjenkontakt, men bevægelse eller øjenåbning på opfordring
-4/-5 Kan ikke delirium vurderes

RASS forskellig fra 0

Delir

RASS=0

4. Uorganiseret tankegang:

Bed patienten svare på:

- Kan en sten flyde på vand?
- Er der fisk i havet?
- Vejer et kilo mere end to kilo?
- Kan man bruge en hammer til at slå søm i med?

Kommando: "Hold så mange fingre op" (vis 2 fingre). "Nu skal du gøre det samme med den anden hånd" (uden at du viser fingrene igen).
Eller "Tilføj endnu en finger" (Hvis patient ikke kan bruge begge arme)

Mere end 0 fejl

Ingen fejl

Ingen delir

Forslag til delirvenligt miljø:

- Skab rolige og veloplyste omgivelser.
- Undgå unødige flytninger.
- Skærm patienten eller tilpas stimuli afhængigt af patientens tilstand. Undgå unødig støj på stuen.
- Hav kalender og ur på stuen. Oprethold vanlig døgnrytme.
- Prioriter kontinuitet og evt. fast vagt.
- Informer og inddrag pårørende (husk delir pjece).
- Undgå unødige natlige undersøgelser/forstyrrelser og dæmp lyset om natten.
- Forebyg fald og ambulering via tæt personalekontakt.
- Skab tryghed f.eks. via genkendelige genstande, eget tøj, velkendte dufte eller musik.

Kommunikation:

- Tal langsomt og tydeligt. Giv korte og konkrete beskeder. Stil ikke for mange spørgsmål.
- Tal kun ved sikker kontakt.
- Realitetsorienter i stedet for at korrigere. Undgå diskussioner.
- Aflæs kropssproget og om pt. er bange eller truende.
- Tal om emner som patienten interesserer sig for (brug evt. delirblomsten).

Somatisk udredning:

Udredning af de udløsende årsager er en tværfaglig opgave og afgørende for patientens behandling. Flere forhold kan bidrage til den delirøse tilstand, hvorfor diagnostisk udredning bør foregå samtidigt med somatisk behandling.

Jo mere sårbar en hjerne er, des mindre skal der til for at udløse delir. Når den/de udløsende årsag(er) er behandlet, kan delir stadig persistere i dage til uger.

Anamnesticke oplysninger:

- Tidligere kognitivt og fysisk funktionsniveau
- Habituel døgnrytme
- Medicinforbrug inkl. håndkøbsmedicin, med særlig opmærksomhed på ny medicin og ændrede doser
- Debut og udvikling af symptomerne
- Somatiske problemer (smerter, obstipation, infektion, fald mm.)
- Tidligere episoder med delir
- Overforbrug/misbrug af alkohol og/eller stoffer (også hos ældre)
- Demenssygdomme og psykiatriske lidelser

Parakliniske undersøgelser:

- BS, Hgb, infektions- og væsketal, calcium, levertal, nyretal, TSH, EKG, urinstix + evt. urin- og bloddyrkninger. A-punktur kan overvejes.
- Der kan suppleres med coronarenzymer, rtg. af thorax, CT-scanning af cerebrum, forgiftningsprøver, supplerende dyrkninger, lumbalpunktur, EEG.

Lægefaglige tiltag, herunder farmakologisk intervention:

- Behandl de udløsende årsager til patientens delir og stabiliser patientens somatiske tilstand.
- Gennemgå patientens medicin og pauser ikke-livsnødvendig medicin, især medicin med antikolinerg virkning.



Medicin:

Det anbefales ikke at behandle delirøse patienter med antipsykotika rutinemæssigt. Det kan dog overvejes, når non-farmakologiske tiltag er utilstrækkelige til patienter:

- som er til fare for sig selv eller andre.
- hvor delirium forhindrer sufficient diagnostik og behandling.
- som er forpinte af f.eks. hallucinationer og vrangforestillinger.
- som er terminale (de sidste dage/timer).

Vejledende startdoser:

	Under 65 år	65 år og derover
Haloperidol (Serenase)	5 mg nocte + 2,5 mg pn Max 20 mg/døgn p.o.	2,5 mg nocte + 1,25 mg pn Max 10 mg/døgn p.o.
Olanzapin (Zyprexa)	10 mg nocte + 5 mg pn Max 30 mg/døgn	5 mg nocte + 2,5 mg pn Max 15 mg/døgn

Ved svær psykomotorisk uro skal dosis ofte øges til højere dosis end vejledende max dosis (både fast + pn ordination). Denne overskridelse bør begrundes i SP. Der skal dagligt tages EKG og undersøges for bivirkninger (dystoni, tremor, parkinsonisme, stivhed i muskler – husk at undersøge rygmuskulaturen).

Antipsykotika behandler ikke delir, men kan lindre symptomerne.

Antipsykotika gives samtidig med behandling af tilgrundliggende årsager og skal altid ledsages af relevant sygepleje.

Psykiatrisk tilsyn:

- Er indiceret når vanlig instruks ikke er sufficient, eller ved differential-diagnostiske overvejelser.
- Kan bestilles via SP eller akut via telefon. Tilsyn ved psykiatrisk sygeplejerske kan bestilles til sygeplejefaglige problemstillinger.

ECT:

Ved behandlingsrefraktær delir kan man overveje ECT behandling. Dette foregår efter drøftelse med psykiatrisk afdeling.

Jura:

Det kan blive nødvendigt at behandle patienter med delir mod deres vilje. Her er der ofte lovhjemmel i sundhedslovens §19. Patienter med delir kan være afdelingsflygtige. Ved behov må pt. fysisk forhindres og tilbageføres. Der er lovhjemmel for dette i sundhedslovens §27e.

Der vil sjældent være behov for at anvende psykiatriloven, men det kunne f.eks. være i situationer, hvor man midlertidigt finder det nødvendigt at fiksere patienten. Dette bør dog altid være sidste udvej.

Registrering af delir diagnosen i SP:

- ICD-10 DF05.0 delir uden demens
- ICD-10 DF05.1 delir med demens
- ICD-10 DF05.9 delir UNS

Kilder: Organisk delirium/akut konfusion hos indlagte patienter (VIP) og NKR: Forebyggelse og behandling af organisk delirium (SST 2021)