

 SØRLANDET SYKEHUS		Klinikknivå			Prosedyre
Akutt forvirring (delirium), Med.avd. SSA					Side 1 av 3
Dokumentplassering: IL.SOA.MEA.2.MED.GER-1		Godkjent dato: 03.02.2025	Revideres innen: 03.02.2027	Sist endret: 03.02.2025	Revisjon: 7.01

Klinikknivå\Somatikk Arendal\Medisinsk avd. SSA\Pasienter og brukere\Medisinskfaglig

ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: Endret fagansvarlig. Videreføres for 2 nye år i samråd med fagansv. Settes direkte i bruk.

Forlenget gyldighet til 03.02.2027

Akutt forvirring/Delirium

er vanlig som sykdomspresentasjon hos syke gamle men kan også sees hos kritisk syke yngre (intensivpasienter som ved multiorgansvikt og store traumer). Til tross for sin hyppighet hos eldre er det en oversett tilstand og symptomene kan misoppfattes som forårsaket av psykiatriske sykdom eller pleiebehov. De fleste sykdommer kan gi akutt forvirring hos gamle men infeksjoner og medikament- bivirkninger er det vanligste. Tilstanden gir risiko for skade, dårlig prognose og økt dødelighet, men kan forebygges og behandles med best resultat hvis det blir håndtert raskt. Delirium kan være hyperaktivt (preget av motorisk uro, plukkete adferd og agitasjon), hypoaktivt (preget av søvnighet) eller veksle mellom disse to.

1. Diagnostiske kriterier (ICD-10)

A. Redusert bevissthetsnivå

- ✓ nedsatt oppfattelse av omgivelsene
- ✓ svekket oppmerksomhet

B. Kognitive forstyrrelser

- ✓ Svekket korttidshukommelse og umiddelbar gjenkallingsevne med relativt velbevart langtidshukommelse
- ✓ Desorientering i tid, sted eller egne data

C. Psykomotoriske forstyrrelser med minst en av følgende

- ✓ Rask endring fra hypoaktivitet til hyperaktivitet
- ✓ Økt reaksjonstid
- ✓ Økt eller nedsatt talestrøm

D. Forstyrret søvn-våkenhetsrytme med minst en av følgende

- ✓ Insomnia eller invertert søvnrytme
- ✓ Nattlig symptomforverring
- ✓ Mareritt som kan fortsette som hallusinasjoner eller illusjoner når pasienten har våknet

E. Akutt start og fluktuerende forløp

F. Underliggende cerebral eller fysisk / systemisk sykdom

2. Utredning

Anamnesticke opplysninger som må hentes fra komparent

Tidligere funksjonsnivå og sykdommer og detaljert sykehistorie for aktuelle episode:

- ✓ mistanke om demens/kognitiv svikt
- ✓ lignende episoder før?

Utarbeidet av: Audhild Egeland Torp/Øystein Svendsen/Anita Rasmussen	Fagansvarlig: Anita Rasmussen	Verifisert av:	Godkjent av: Geir Noraberg	Dok.nr: D00131
--	---	----------------	--------------------------------------	--------------------------

 SØRLANDET SYKEHU	Akutt forvirring (delirium), Med.avd. SSA				Side: 2 Av: 3
Dokument-id: II.SOA.MEA.2.MED.GER-1	Utarbeidet av: Audhild Egeland Torp/Øystein Svendsen/Anita Rasmussen	Fagansvarlig: Anita Rasmussen	Godkjent dato: 03.02.2025	Godkjent av: Geir Noraberg	Revisjon: 7.01

Klinikknivå\Somatikk Arendal\Medisinsk avd. SSA\Pasienter og brukere\Medisinskfaglig

- ✓ organlokaliserende symptomer?
- ✓ utløsende forhold (fall, nye medisiner, smerter osv)?

Informer pasienten, og kommuniser enkelt og tydelig

- hvem du er /hva du skal gjøre/ evt med bruk av høreforsterker

Undersøkelse av pasienten

Bruk evt. kartleggingsverktøy: 4 AT (evt. CAM)

Grundig somatisk undersøkelse, evt gjentatte ganger

Smerter? Infeksjoner? Oversette brudd? Syn/hørsel

Laboratorieprøver: MEDI, urin

EKG

O2- metning eller blodgass

Røntgen thorax

Dersom dette ikke avklarar situasjonen, eller klinisk tilstand tilsier det, vurder:

Supplerende prøver: Infarktprøver, D-dimer, TSH, HbA1c, vitamin B₁₂, magnesium, toksikologiske undersøkelser, medikamentkonsentrasjon i blodet (litium og digoxinspeil)

Spinalpunksjon og andre røntgenundersøkelser styrt av klinikk

CT cerebri kan avventes/utelates dersom det ikke er fokale utfall ved undersøkelse eller anamnese, bruk av antikoagulasjon og fall.

Henvielse til annen spesialist og/eller geriater

3. Behandling

Finne og behandle årsak

Seponer medisiner som ikke vurderes som nødvendige, men unngå om mulig brå avslutning av betablokkere og vanedannende medisiner som pasienten har brukt lenge.

Skjerming og re-orientering

- ✓ briller og høreapparat
- ✓ gi mulighet for å orientere seg (klokke, dato, egnet belysning)
- ✓ unngå over- og understimulering; korridorpass er uegnet
- ✓ stabilt personale

Sikre oksygenering, sirkulasjon, nær normoglykemi og normale elektrolytter

Adekvat smertelindring

Tidlig mobilisering og etterstrebe en normal døgnrytme

Sikre ernæring og hydrering

Forebygge fall, trykksår, infeksjoner og DVT

Forebygge og oppdage obstipasjon og urinretensjon. Unngå permanent kateter.

For å unngå komplikasjoner samt å sikre god oppfølging av naturlige funksjoner må det vurderes fastvakt eller svært tett personaloppfølging hos pasienter med alvorlig delirium.

 SØRLANDET SYKEHU	Akutt forvirring (delirium), Med.avd. SSA				Side: 3 Av: 3
Dokument-id: II.SOA.MEA.2.MED.GER-1	Utarbeidet av: Audhild Egeland Torp/Øystein Svendsen/Anita Rasmussen	Fagansvarlig: Anita Rasmussen	Godkjent dato: 03.02.2025	Godkjent av: Geir Noraberg	Revisjon: 7.01

Klinikknivå\Somatikk Arendal\Medisinsk avd. SSA\Pasienter og brukere\Medisinskfaglig

Tilbakeføring til kjente omgivelser (hjem, sykehjem) vurderes først når det er gjennomført tilstrekkelig utredning og dersom adekvat behandling og oppfølging kan gis.

Farmakologisk behandling

Det er utilstrekkelig evidens for å anbefale bruk av antipsykotika, deksmedetomidin eller benzodiazepiner i behandling av delirium. Kortvarig, antipsykotisk behandling i lave doser kan overveies dersom pasienten er betydelig plaget av psykotiske symptomer, eller er til fare for seg selv eller andre. Det kan også være nødvendig å gi medikamenter for å få gjennomført nødvendig diagnostikk og behandling av de utløsende årsakene.

Aktuelle medikamenter og dosering:

Haloperidol 0,5 - 1 mg p.o. eller i.m., maks 2 mg/døgn. Til eldre og pasienter med demens kan 0,25 - 0,5 mg være tilstrekkelig første døgn.

Risperidon 0,25 - 1 mg x 2 p.o.

NB! Antipsykotika er relativt kontraindisert ved Lewylegemedemens og Parkinsons sykdom. Quetiapin kan vurderes (25 - 100 mg/døgn, fordelt på 2 doser). Behandlingen skal være kortvarig og antipsykotika bør seponeres før utskrivelse.

Benzodiazepiner skal aller helst unngås. Ved betydelig angstkomponent kan oksazepam eller midazolam vurderes. Benzodiazepiner skal ikke bråseponeres ved allerede bruk grunnet stor abstinensfare.

Klometiazol (Heminevrin) har vært mye brukt i Norge for å indusere søvn ved delirium. Det er ingen evidens for effekt på delirium. Brukes kun til pasienter som er respiratorisk og sirkulatorisk stabile, og kun til kveldstid; 300 - 600 mg vesp. Alternativt kan melatonin eller zopiklon benyttes.

4. Oppfølging

Adekvat oppfølging og kontroll må sikres også etter utskrivningen

Har pasienten demenssykdom eller kognitiv svikt? Gi råd og anbefaling i epikrise om videre utredning i primær helsetjenesten eller vurder eller be fastlegen som kjenner pasienten bedre, vurdere henvisning til poliklinikk for aldring og hukommelse (fortrinnsvis for yngre pasienter eller med uventet eller uvanlig symptombylde).

For utfyllende prosedyre vises til:

<http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/delirium-diagnostikk-og-behandling>

Eksterne referanser

Esther et al: Delirium in Older Persons Review. JAMA. 2017; Volum 318, Number 12