

		PASIENTER OG BRUKERE		Retningslinje
INTENSIV DELIRIUM: NON-FARMAKOLOGISK FOREBYGGING OG BEHANDLING				Side 1 av 2
Dokument ID: II.SOK.AIO.SSK.2.a-14	Gruppe: []	Godkjent dato: 04.04.2024	Gyldig til: 04.04.2026	Revisjon: 3.07

Somatikk Kristiansand/Anestesi, Intensiv, Operasjon/Intensiv - SSK/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner

PASIENTGRUPPE/PASIENTFORLØP/ANNEN MÅLGRUPPE: PASIENTER INNLAGT INTENSIV AVDELING, INTENSIV SSK FORMÅL

Å unngå, samt sikre tidlig diagnostisering og behandling av intensivdelirium.

Består av 4 delinstrukser:

- [Instruks om anvendelse av RASS score](#)
- [Veiledning i anvendelse av CAM-ICU](#)
- Non-farmakologisk forebygging og behandling av intensiv delir (denne instruks)
- [Farmakologisk behandling av intensiv delir](#)

DEFINISJON AV BEGREPER

Bevissthetsforstyrrelser:

- Bevissthetsløring:** pasienten er våken → sløv → søvning → sovende → bevisstløs. RASS skalaens negative tallverdier.
- Bevissthetsplumring:** våken pasient med kognitive forstyrrelser (*cogito*= jeg tenker): tankeforstyrrelser herunder forvanskning av sanseinntrykk som desorientering, svekket oppmerksomhet og konsentrasjonsevne, språklige forstyrrelser, vrangforestillinger, illusjoner, hallusinasjoner.
- Blandinger.**

Intensiv delir:

En tilstand som: 1. oppstår på en intensiv avdeling **utviklet over en kort periode** (i motsetning til demens), med 2. **bevissthetsplumring**, se ovenfor, og med 3. **agitasjon** (RASS positive tallverdier), se nedenfor.

Undertyper av delirium:

- Hypoaktivt delir** (mest vanlig)
 - Apatisk
 - Hypoaktiv
 - Tilbaketrukket
 - Depressiv
 - Med økt latenstid
- Hyperaktivt delir** (sjeldnest):
 - Agitert

Utarbeidet av: Fagspl. Frode Kleveland	Først utgitt: 09.03.2011	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Ole Georg Vinorum	Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik	[]
--	------------------------------------	--	--	----

 SØRLANDET SYKEHU		Intensiv delirium: non-farmakologisk forebygging og behandling			Side: 2 Av: 2
Dokument-id: II.SOK.AIO.SSK.2.a-14	Utarbeidet av: Fagspl. Frode Kleveland	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Ole Georg Vinorum	Godkjent dato: 04.04.2024	Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik	Revisjon: 3.07

Somatikk Kristiansand/Anestesi, Intensiv, Operasjon/Intensiv - SSK/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner

- Psykomotorisk hyperaktiv
- Seponerende (tuber, katetre etc)
- Aggressiv
- Følelseslabil

3. En blanding av de to typer (nest vanligst)

Intensivdelir oppleves svært lidelsesfullt for pasienten og har vist å gi økt respirator tid, lengre intensiv opphold samt økt mortalitet. Ofte langvarig rekonvalesens med "Post traumatisk stress lidelse" (PTSD), vedvarende kognitiv svikt og generelt usikker helbredelse. Viktig å forebygge og behandle.

Patogenesen er kompleks med ubalanse i forskjellige neurotransmittsystemer i hjernen. Underskudd av acetylcholin og overskudd av dopamin og Gaba. Et vell av medikamenter i alminnelig dosering påvirker disse systemer og er vist å disponere for utvikling av delir. Likeledes disponerer mange non-farmakologiske faktorer for utvikling av intensivdelir. Nedenfor er nevnt en rekke forskjellige faktorer.

Risikofaktorer: cerebral hypoksi, demens, urinretension, sepsis, hjertesvikt, hypertermi, abstinenser, thyreoideaforstyrrelser, abnormt blodsukker, antikolinerg medisin, stress, postoperativ tilstand spesielt etter akutt operasjoner, etter forbrenning og traumer. OBS benzoediazepiner, opioider og propofol som kan utløse/vedlikeholde delir.

Indre og ytre forhold kan stresse pasienten, som f eks støy, søvnforstyrrelser, smerter, angst for fremtiden etc. Ukjente sanseinntrykk, hørsel- og synsnedsettelse kan vanskeliggjøre orientering og tidsfornemmelse og derved disponere ytterligere.

FREMGANGSMÅTE

Forebygging og behandling av intensiv delir: Eliminering av risikofaktorer så langt som mulig. F.eks. reduksjon av sedativa og optimering av smertebehandling.

Non-farmakologiske tiltak:

Er vist å forebygge delir hos intensiv pasienter, er uten bivirkninger og er en viktig del av behandlingen.

- Optimér sanseinntrykk: syn og hørsel (briller og høreapparat)
- Kommunikasjon med konkret innhold
- Kommunikasjon med kort tidshorisont (minutter)
- Hyppig orientering om tid og sted
- Reduksjon av støy: alarmer, TV, personale
- Opprettholde døgnrytme: f eks. døgnrytmeplan, belysning
- Mobilisering med henblik på naturlig tretthet
- God søvn - vekk kun en sovende delirøs pasient hvis *absolutt* nødvendig
- Akseptér pasientens opplevelser - uten å forsterke dem
- Beroligende musikk
- Trekk inn pårørende

Ofte også behov for medikamentell behandling: [Farmakologisk behandling av Intensiv delir](#)