

Delirium

Vanlig, farlig og oversett
Mulig å forebygge, vanskelig å behandle

Geir Rørbakken

Grimstad april 2017

sangrea.net



THE EXORCIST

Sårbare eldre

- **Reservekapasiteten er redusert** i slik grad at **kroppsfunksjoner** er nær ved eller har **sviktet**
- Konsekvensen er **sykdom** og/eller **funksjonssvikt** selv ved **små belastninger**
- Forståelse av dette er helt sentralt for å forstå sykdom hos eldre
 - Sviktende funksjon som et (tidlig) men uspesifikt sykdomstegn
 - «Liten tue kan velte et stort lass»
 - «Det svakeste leddet svikter først»

Dominerende fysiologiske områder

- mobilitet/motorikk
- balanse
- muskelstyrke
- **kognisjon**
- ernæring
- utholdenhet
- fysisk aktivitet

Presenterende symptomer

Ustøhet
Gangvansker
Fall
Immobilitet

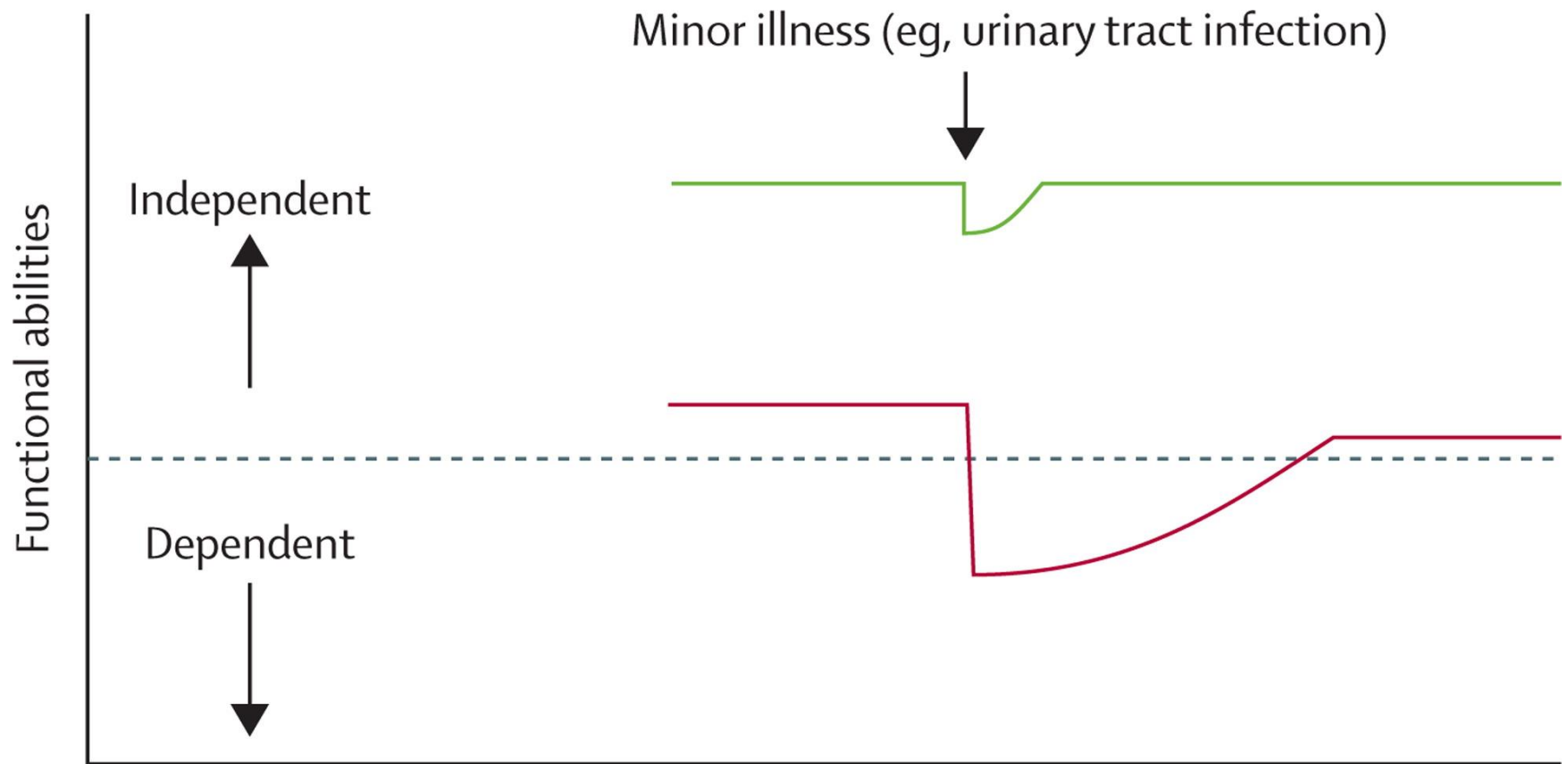


Delirium
Vektnedgang



Passivitet
Økt hjelpebehov
Inkontinens

Geriatriske syndrom



Delirium (akutt forvirring)

- Akutt «overbelastning av hjernen»
 - «Hjernesvikt»
 - «Psykiske» symptomer men somatisk årsak
- Samspill mellom disponerende og utløsende forhold
- Vanlig «symptom» ved (akutt somatisk) sykdom hos sårbare eldre
 - Demente pasienter med samtidig somatisk sykdom er en høyrisikogruppe for delirium
- Farlig
 - Død
 - Varig redusert funksjon
- «Alle» har sett det men ikke alle vet det...

Predisponerende faktorer/
sårbarhet

Utløsende hendelser

Høy sårbarhet

Sterkt skadelig
akutt påvirkning

Alvorlig demens
Alvorlig kronisk sykdom
Alvorlig kombinert sansesvikt

Stort kirurgisk inngrep
Opphold i intensivavdeling
Bruk av flere psykofarmaka

Neerland, Watne, Wyller.
Tfdnlf. 2013

Søvnmangel

Frisk, robust eldre person

Én dose sovemedisin

Lav sårbarhet

Lite skadelig
akutt påvirkning

RISIKO/UTLØSENDE FAKTORER

Tabell 1 Vanlige risikofaktorer og utløsende faktorer for delirium

Vanlige risikofaktorer

Høy alder

Kognitiv svikt/demens

Depresjon

Tidligere gjennomgått delirium

Omfattende komorbiditet

Sansesvikt

Lav kroppsmasse

Vanlige utløsende faktorer

Hoftebrudd

Kirurgiske inngrep

Infeksjon

Hjerneslag

Akutt koronarsyndrom

Dehydrering

Metabolske forstyrrelser

Smerter

Polyfarmasi og sederende medikamenter

Delirium- diagnostiske kriterier (DSMV)

A	Forstyrret oppmerksomhet (reduisert evne til å fokusere, opprettholde og endre oppmerksomhet) og bevissthet (reduisert orientering til miljøet omkring seg)
B	Forstyrrelsene utvikler seg i løpet av kort tid (vanligvis timer til noen få dager), representerer en endring fra vanlig oppmerksomhet og bevissthet, og har tendens til å fluktuere i grad av alvorlighet gjennom døgnet
C	Forstyrret kognisjon (f.eks. hukommelse, orientering, språk eller persepsjonsforstyrrelser)
D	Forstyrrelsene i kriteriene A og C blir ikke bedre forklart av en allerede kjent neurokognitiv lidelse eller oppvåkingsfasen fra et koma
E	Det er holdepunkter fra sykehistorie, klinisk undersøkelse eller laboratoriesvar for at forstyrrelsen er en direkte fysiologisk konsekvens av en annen medisinsk tilstand, forgiftning av kjemiske substanser (rusmidler eller legemidler), abstinens, annen toksisk påvirkning eller har multiple årsaker



Oppmerksomhet
Bevissthet



Rask utvikling
Endring
Fluktuasjon



Kognisjon
Persepsjonsforstyrrelser



Eks ikke «bare» demens



Infeksjon. Lårhalsbrudd.
Hjerteinfarkt. Hjerneslag.
Medikamenter + + +

Delirium undergrupper

- Hyperaktiv
 - agitasjon, aggressivitet, hallusinasjoner, vrangforestillinger
- Hypoaktiv
 - nedsatt reaksjonsevne, treg tale og langsomme motoriske funksjoner, mimikkfattig
- Blandet
- Sub-syndromalt (ikke helt delirium)
- Persisterende (gir seg ikke!)

Delirium forekomst

- Ved innleggelse i sykehus: **14-24%**
- I løpet av sykehusoppholdet: **6-56 %**
- Hoftebrudd: **35-65 %**
- Intensivavdelinger : **19 – 83 %**
- Hos terminale pasienter: **85-90%**
- Pas med demens: 50% får delirium ved sykehusinnleggelse
- **På sykehjem..?**

FOREBYGGENDE TILTAK

- Tidlig mobilisering
- Hyppig reorientering og aktivisering
- Forebygging av dehydrering
- Korreksjon av hypovolemi hypoksi, anemi, elektrolyttforstyrrelser og feber
- Optimalisering av tilstander/sykdommer
- Redusert bruk av psykoaktive medikamenter
- Forebygging av søvnmangel
- Forebygging av obstipasjon
- Briller/høreapparat

Hvordan diagnostisere delirium?

- Først og fremst ha skjerpet mistanke
 - Akutt endring
 - Uforståelig adferd
- Bruk av hjelpemidler...



Screening for delirium og kognitiv svikt

Pasientens navn: _____ (etikett)

Fødselsdato: _____

Pasientnummer: _____

Dato: _____ Tidspunkt: _____

Testen er utført av: _____

[1] ÅRVÅKENHET (forholder seg normalt til omgivelsene)

Pasienten virker tydelig døsig (dvs. vanskelig å vekke og/ eller er åpenbart søvnnig ved undersøkelsen) eller motorisk urolig/hyperaktiv. Observer pasienten. Hvis pasienten sover, forsøk å vekke pasienten med vanlig stemme eller ved varsom berøring på skulderen. Be pasienten oppgi navn og adresse til hjelp med vurderingen.

Normal (helt årvåken, ikke urolig ved undersøkelse)	0
Lett søvnnig < 10 sekunder etter oppvåkning, deretter normal	0
Tydelig unormal(!)	4

[2] AMT4 (Forkortet mental vurdering)

Alder, fødselsdato, sted (navnet på sykehuset eller bygning), årstall

Ingen feil	0
1 feil	1
2 feil eller flere/ikke testbar	2

[3] OPPMERKSOMHET

Spør pasienten: "Kan du i baklengs rekkefølge nevne for meg årets måneder, begynn med desember"
Å hjelpe pasienten med et innledende spørsmål «hva er måneden før desember?» er tillatt

Rekkefølgen av årets måneder baklengs	Oppgir 7 måneder eller flere korrekt	0
	Begynner, men klarer <7 måneder/ avslår å begynne	1
	Ikke testbar (er uvel, døsig, uoppmerksom)	2

[4] AKUTT ENDRING ELLER FLUKTUASJON I TILSTAND

Haldepunkter for betydelige endringer eller fluktusjoner knyttet til: årvåkenhet, kognisjon, annen mental funksjon
(F.eks. paranoide symptomer, hallusinasjoner) oppstått i løpet av de siste to uker og fremdeles tilstede de siste 24 timer

Nei	0
Ja	4

≥4: mulig delirium og/ eller kognitiv svikt
1-3: mulig kognitiv svikt
0: delirium eller alvorlig kognitiv svikt usannsynlig (men fremdeles mulig delirium hvis informasjon under punkt [4] er ufullstendig)

4AT SKÅR

VEILEDNING

Instrumentet 4AT er utformet for en rask førstegangs-vurdering av delirium og kognitiv svikt. En skår på 4 eller mer antyder delirium, men er ikke diagnostisk. En mer detaljert vurdering av mental status kan være aktuelt før en setter diagnosen. En skår på 1-3 antyder kognitiv svikt. Mer detaljert kognitiv testing og informasjon om pasienten er påkrevd. En skår på 0 ekskluderer ikke sikkert delirium eller kognitiv svikt. Mer detaljert testing kan være påkrevd, avhengig av den kliniske situasjonen. Vurderinger under punkt 1-3 er kun basert på observasjon av pasienten når undersøkelsen gjøres. Punkt 4 krever informasjon fra én eller flere kilder, som din egen kunnskap om pasienten, annet personell som kjenner pasienten, fastlege, dokumentasjon, pårørende. Den som utfører vurderingen bør ta hensyn til kommunikasjonsutfordringer (hørselsnedsettelse, dysfasi, mangel på språk) når vurderingen gjennomføres og resultatene tolkes.

Årvåkenhet: Endret nivå av årvåkenhet er sannsynligvis delirium i en generell sykehus-setting. Hvis pasienten viser betydelig endret årvåkenhet ved undersøkelsen, sett skår 4 på dette punktet.

AMT4 (Forkortet mental vurdering - 4): Denne skåren kan overføres fra AMT10 hvis denne er gjort rett før 4AT. Akutt endring eller fluktuierende tilstand: Fluktuerende tilstand kan oppstå uten delirium i noen tilfeller hos personer med demens, men tydelig fluktuerende tilstand indikerer delirium. For å avdekke hallusinasjoner og/ eller paranoide tanker, spør pasienten spørsmål som: "Er du bekymret for hva som skjer her?", "Er du redd for noe eller noen?", "Har du sett eller hørt noe usannlig?"

© 2014, Sarah Paul-Conger (M, MD), PhD, Howard Ashford (MD), Catherine de Souza (Psychiatrist, MB), og Robert Trueman (MD), PhD (Australia). Revider Juni 2015, utarbeidet for Sørlandet sykehus.

Utredning ved etablert delirium

- Somatisk undersøkelse
- Komparent anamnese
- Supplerende undersøkelser

Somatisk undersøkelse

- Kan være vanskelig! Legg forholdene til rette!
- Bevissthet/våkenhet
- Observere spontan aktivitet
 - Pareser?
 - Språk?
 - Smerte ved bevegelse?
- Registrer objektive funn
- Undersøk
 - Fra topp til tå
 - Gjentatte ganger dersom ikke får til en fullstendig undersøkelse
 - Mtp infeksjon
 - Mtp retensjon

Medikamenter og delirium

- Mulig både som disponerende og utløsende årsak
- Vurder alle medikamenter
 - Nye ?
 - Økt dose ?
- Seponer/reduser dosen på det medikamentet som er sannsynlig utløsende årsak; dersom mange mulige
 - Sep alle antikolinerge medikamenter (antikolinerg "load")
 - Evaluer bruk av analgetika
 - Sep Bz dersom brukt < en uke; dersom >en uke gjøres det gradvis
 - Vurder indikasjon og dose til alle andre medikamenter (nyrefunksjon?)

Legemidler som gir risiko for delirium (= forvirring)

Høy risiko	Moderat risiko	Lav risiko
Atropin Skopolamin Klozapin Petidin	Nortryptilin L-dopa Dopaminagonister Selegilin Levopromazin Klorpromazin Fenobarbital Diazepam Indometacin Morfin ACE-hemmere Digitoxin Cimetidin Ranitidin Prednisolon Litium Cytostatika	SSRI Haloperidol Olanzapin Risperidon Fenytoin Tolterodin Oksazepam Klometiazol Zopiklon/zoldipem Ibuprofen Dekstropropoksyfen Kodein Betablokkere Diuretika Kalsiumantagonister

Komparent samtale

- Tidligere funksjon (ADL/IADL og kognisjon)
 - Lignende episode tidligere?
- Forløp av den aktuelle episode
 - Symptomer som gir mistanke om utløsende årsak?
- Medikament bruk/misbruk
- Informasjon til pårørende

Behandling

- Diagnostisere og behandle underliggende sykdom (utløsende årsak)
 - Flere mulige årsaker?
 - Ingen åpenbar årsak?
- Medisinsk støttebehandling
- Miljøtiltak
- Observasjon/monitorering
- Oppfølging

Behandling

- Skjerming, ro behagelig lys
- Unngå unødvendige endringer (pers/omg)
- Hyppig reorientering
- Klokke og kalender
- Pårørende tilstede
- Øyekontakt, berøring, vennlig men tydelig
- Minimalisere ubehagelig utstyr (iv/kateter)
- Forebygge pneumoni/DVT (hypoaktivt delir)

Hva med medisiner...?



Typiske sitat fra oppsummerende artikler:

“existing studies provide tentative support...”

“the lack of evidence from well-designed studies...”

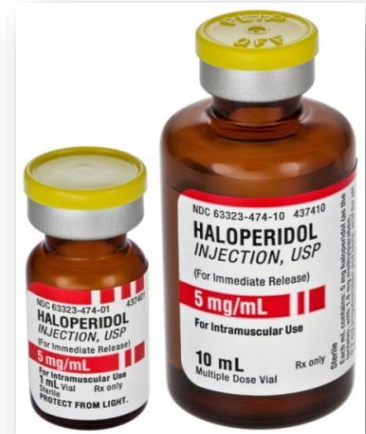
“pharmacological management of delirium is often guided by empirical knowledge rather than well-designed efficacy studies”

Ingen medikamenter har delirium som indikasjon (?)

Kilde: Felleskatalogen

Haldol

Akutt og kronisk schizofreni og andre psykoser, spesielt paranoide former. Psykomotorisk agitasjon ved psykoser. Tics. Antiemetikum.



Risperdal

Schizofreni. Moderate til alvorlige maniske episoder i forbindelse med bipolare lidelser. Korttidsbehandling (opptil 6 uker) av **vedvarende aggresjon** hos pasienter med moderat til alvorlig **Alzheimers** demens, som ikke responderer på **ikke-farmakologisk behandling**, og når det er **risiko** for selvskading eller skade av andre.



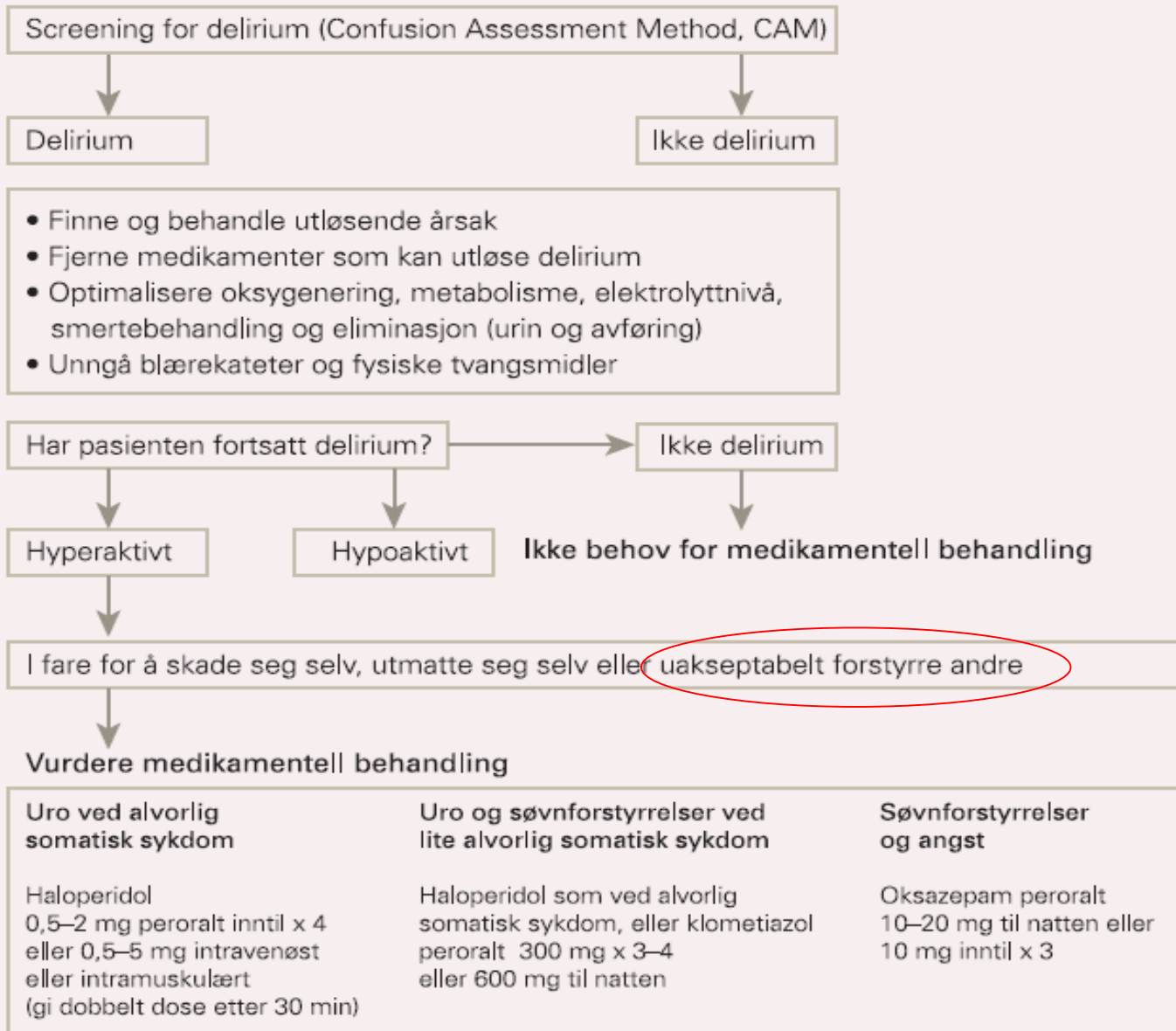
Heminevrin

Abstinenssymptomer ved alkoholisme, delirium tremens. **Søvnforstyrrelser hos eldre**, spesielt i forbindelse med nattlig uro. **Agiterte konfusjonstilstander kombinert med uro hos geriatriske pasienter**. Status epilepticus.



bjorn.erik@neerland.net

Algoritme for medikamentell behandling ved delirium hos eldre innlagt i sykehus



Oppfølging

- Alvorlig prognose
 - Kognisjon
 - Funksjon
- Høy forekomst av udiagnostisert demens
- Risikofaktor med mulighet for intervensjon
- ”Debriefing”