

DELIR / AKUTT FORVIRRING hos eldre

– en hyppig og alvorlig tilstand som trenger rask utredning og behandling



En veileder for helsepersonell

Hva er delir?

Delir, også kalt konfusjon eller akutt forvirring, er et akutt, reversibelt mentalt syndrom preget av svingende bevissthetsnivå, desorientering, nedsatt kognitiv funksjon, oppmerksomhetssvikt, forstyrret søvnrytme og enten redusert eller økt psykomotorisk tempo.

Delir forekommer hos ca 20-45% av akutt syke eldre.

Tilstanden er alvorlig og har dårlig prognose med tanke på overlevelse og funksjon. For å forhindre varige hjerneskader må årsaken til delir oppdages og behandles.

Karakteristiske symptomer er at pasienten ofte er mindre våken, har redusert oppmerksomhet og endret søvnrytme. Forståelsesevnen er redusert, vrangforestillinger og synshallusinasjoner kan forekomme. Svært ofte har pasienten svekket hukommelse og orienteringsevne for her- og nå-situasjonen.

Enkelte er motorisk urolige, **hyperaktivt** delir (ca. 30-35%).

Andre er apatiske og for rolige, **hypoaktivt** delir (ca. 20-25%).

Ca. 40-45% av delir er av **blandet type**.

Symptomene varierer gjennom døgnet.

Varigheten kan være fra få timer til dager og uker.

Predisponerende faktorer:

- Høy alder
- Kognitiv svikt
- Dårlig allmenntilstand og underernæring
- Syns- og hørselnedsettelse
- Flere kroniske sykdommer
- Polyfarmasi/bruk av flere medisiner samtidig (se vedlegg 1).

Utløsende faktorer:

- Akutte somatiske sykdommer som f. eks infeksjoner, hjerteinfarkt og hjerneslag
- Blødningsanemi
- Lavt eller høyt blodsukker
- Dehydrering
- Brudd og andre skader
- Obstipasjon eller urinretensjon
- Smerter
- Fall
- Søvnmangel
- Overstimulering

Jo mer fysisk og kognitivt svekket pasienten er på forhånd, jo mindre skal til for å utløse et delir.

Utredning:

1. Vær oppmerksom på delir ved akutt oppståtte mentale forandringer.

2. Fremskaff opplysninger fra pårørende eller kjent personale med sentrale spørsmål som bør stilles:

- Når startet symptomene?
- Kom forandringen brått?
- Har pasienten nylig startet med nye medikamenter?
- Har pasienten kjent kognitiv svikt?
- Hvilket funksjonsnivå har pasienten til vanlig?
- Har pasienten sluttet brått med alkohol?

3. Let etter årsaker, kan det eksempelvis være?:

- Medikamenter (se vedlagt medikamentliste)
- Ikke oppdaget infeksjoner eller akutte sykdommer
- Fall med brudd
- Lav O2 metning
- Dehydrering med elektrolyttforstyrrelser
- Blødninger
- Dårlig ernæringsstatus med lavt blodsukker
- BT- fall
- Smerter
- Urinretensjon, (evt. engangskateteriser)
- Obstipasjon
- Forverring av kronisk sykdom
- Stress (lite søvn, miljøskifte, uro, emosjonelle påkjenninger)

4. Observer pasientens mentale status og atferd ved bruk av CAM (se vedlegg 2)

5. Ta følgende undersøkelser:

- BT, puls, temp
- Urin stix
- Evt. hemofec
- Evt. O2 metning
- Evt. EKG

Evt labprøver som bør taes:

- HB
- CRP, hvite
- Blodsukker
- Elektrolytter, kreatinin og leverfunksjonsprøver
- Evt. ktr. digitoxin i serum

6. Lege eller annet helsepersonale må kontaktes for å vurdere innleggelse i institusjon

Behandling og oppfølging:

Behandling av utløsende årsak(er) er det viktigste. Vær oppmerksom på at pasienten ikke nødvendigvis klarer raskt opp selv om riktig behandling er iverksatt.

- Korrigjer årsaksforhold evt. i samråd med lege. Gi for eksempel O2/ væske/smertestillende, senk temperatur, legg inn urinblærekateter
- Vurder legemiddelbruk i samråd med lege med tanke på midlertidig seponering, evt. igangsetting av medikamenter
- Tilrettelegg miljø:
 - Sørg for ro, skjerming, tett personkontakt ved få og kjente personer
 - Oppfordre pårørende til å være til stede
 - God søvn
 - God ernæring
 - Reorientering med tidsangivere som klokke og kalender
 - God belysning i kommunikasjonssituasjonen
 - Riktig lys-mørkerytme
 - Høreapparat må virke
 - Rene briller
 - Unngå TV, radio og andre støyfaktorer

Kontakt lege ved urolig adferd og psykotiske symptomer med tanke på medisinerings (aktuelle medikamenter er Haldol, Zyprexa, Heminevrin, Risperdal, Sobril).

Vedlegg:

1. Oversikt over medikamenter som kan utløse delir:

Anticholinergika (Scopolamin, Atropin)

Antidepressanter (Cipramil, Cipralex, Remeron, Sarotex)

Smertestillende (Paralgin Forte, Morfin, Fentanyl, Voltaren, Ibux)

Hjertemedikamenter og antihypertensiva (Metoprolol, Digitoxin, Furix, Methyldopa)

Kortikosteroider (Prednisolon)

Antiparkinsonmidler (Madopar, Sinemet, Stalevo, Sifrol)

Antiepileptika (Tegretol, Epinat, Orfiril)

Antipsykotika (Apodorm, Flunipam, Nozinan, Stemetil)
og andre **CNS-aktive midler** (Aricept, Lithium, Stesolid, Vival)

Antibiotika (Selexid, Amoxicillin, Imacillin, Apocillin, Keflex, Ery-Max, Klacid, Nebcina) og **sulfanilamider** (Trimetoprim, Bactrim)

Midler med gastrointestinal virkning (Afipran, Losec, Zantac, Lanzo, Nexium, Loperamid)

Antihistaminer (Vallergan, Zyrtec, Cetirizin)

2.

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

Hvis alle punktene i
Boks 1 og minst ett i
Boks 2 er avmerket,
er diagnosen
delirium sannsynlig.

I	AKUTT DEBUT OG VEKSLENDE FORLØP		BOKS 1
	a) Finnes det tegn på akutte endringer i pasientens mentale tilstand i forhold til hvordan han/hun er til vanlig?	Nei ☐	Ja ☐
	b) Vekslet den (unormale) atferden i løpet av dagen, det vil si, hadde tegnene en tendens til å komme og gå eller øke eller avta i styrke?	Nei ☐	Ja ☐
II	UOPPMERKSOMHET		
	Hadde pasienten problemer med å holde oppmerksomheten, for eksempel ble han/hun lett distraheret, eller hadde han/hun problemer med å få med seg det som ble sagt?	Nei ☐	Ja ☐
III	DESORGANISERT TANKEGANG		BOKS 2
	Var pasientens tankegang desorganisert eller usammenhengende, for eksempel ble han/hun lett distraheret, uforutsigbar endring fra tema til tema?	Nei ☐	Ja ☐
IV	ENDRET BEVISSTHETSNIVÅ		
	Generelt sett, hvordan vurderer du pasientens bevissthetsnivå?		
	☐ Våken (normal)		
	☐ Oppspilt (anspent)		
	☐ Somnolent (søvnig, lett å vekke)		
	☐ Stuporøs (omtåket, vanskelig å vekke)		
	☐ Komatøs (umulig å vekke)		
	Er det noen kryss i det grå feltet?	Nei ☐	Ja ☐

Litteratur:

Francis, J. Jr., Yong, GB, (2010) Up to date. Last literature review version, 18.1: jan.2010

Ranhoff, A.H. (2004) Medikamentell behandling av delirium hos eldre.

Tidsskrift Nor Lægeforen nr 23,

Engedal, K. Wyller, TB (2001) Delirium (akutt forvirring) Metodebok Ullevål.

Engedal, K Ranhoff, AH, Wyller, TB (2005) Veileder for utredning av delirium (akutt forvirring) Norsk geriatriisk forening,

Juliebø, V. (2009) Delirium- en vanlig og farlig tilstand blant eldre. Demens & Alderspsykiatri, vol. 13-nr.1

Engedal, K. Haugen, PK (2006) Demens, fakta og utfordringer, s 151-171

Aresvik, N (2008) Somatisk delir. Vestre Viken HF Sykehuset Buskerud Medisinsk klinikk.

Utarbeidet av geriater Natalia Aresvik, Vestre Viken HF, Drammen sykehus, Medisinsk klinikk og spesialsykepleierne i geriatri Bente Hervig Hovland og Torun Merete Mogensen geriatriisk team Drammen geriatriiske kompetansesenter.