

Velkommen til kursus

Delirium ved hoftenære frakturer

Elsebeth Glipstrup
Uddannelseskonsulenter
Nationalt Videnscenter for Demens



Hovedmenu

Om demenssygdomme Få viden om demenssygdomme, symptomer, udredning samt tal og statistik.	Behandling og indsats Få mere viden om bl.a. behandling og pleje, psykosocial indsats og træning.
Tal og statistik Her kan du finde de vigtigste nøgletal og statistikker om demens.	Faglige redskaber Se de mange faglige redskaber, der kan bruges til klinisk vurdering af personer med demens.
Projekter og forskning Læs om videnscentrets forskellige forsknings- og interventionsprojekter.	Netværk Nationalt Videnscenter for Demens faciliterer landsdækkende netværk på tværs af kommuner, regioner og faggrupper.
Kurser og konferencer Få overblik over vores uddannelses tilbud, kurser, konferencer og temadage.	ABC Demens ABC Demens er gratis e-learning til forskellige faggrupper, der arbejder med mennesker med demens.

- Omfattende viden om sygdomme, behandling, pleje og rehabilitering
- Tal og statistik om demens
- Forskningsnyheder og nyhedsbrev
- Faktaark

Nøgletal om demens



Nyheder om demens

12. oktober 2021

Ny rapport: Flere bekymringspunkter i demensudredningen

Kvaliteten af udredninger for demens i de danske udredningsenheder er generelt god, men et højt antal udredningsenheder, sparsom brug af...

05. oktober 2021

Stort fald i andel af ældre med demens

Andelen af ældre mennesker, der årligt diagnosticeres med demens eller sættes i behandling med demensmedicin, er faldet markant, viser nyt...

Nyhedsbrev om demens

Hold dig opdateret på demensområdet. Tilmeld dig Nationalt Videnscenter for Demens' nyhedsbrev, der udkommer ca. en gang om måneden.

Nyhedsbrevet indeholder blandt andet nyt om forskning, kurser og konferencer, samt andet relevant for dig som arbejder med demensområdet.

Tilmeld nyhedsbrev

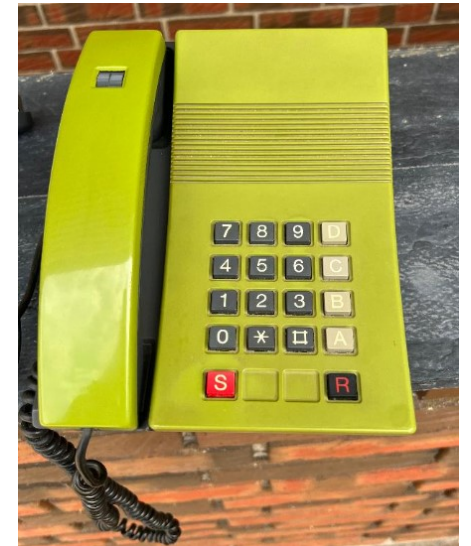
Mailadresse

☐ Jeg giver samtykke til, at Nationalt Videnscenter for Demens kan bruge oplysningerne om min mailadresse til at sende mig e-mails med nyhedsbrev.

Tilmeld



Hav telefonen klar!



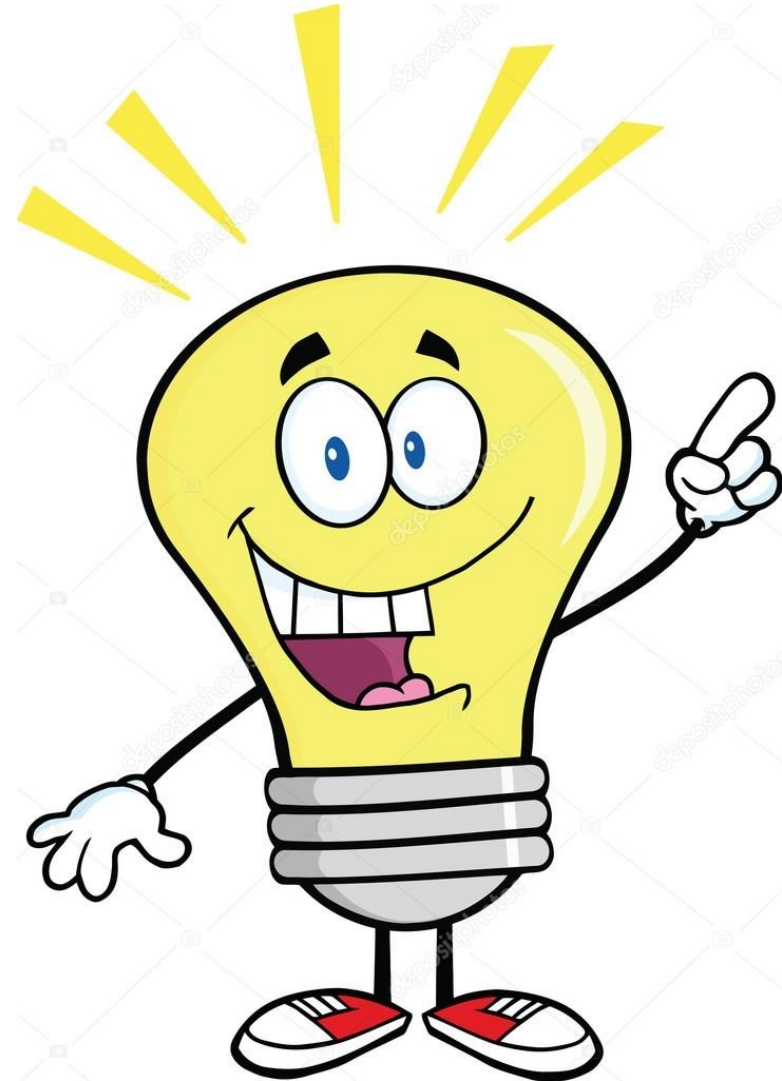


Hvad vil du gerne kunne gøre bedre efter dette kursus?

Gode ideer er velkomne

Hvis I får eller har kommentarer eller gode ideer til hvordan det tværasektorielle samarbejde omkring patienter/borgere med delirium kan forbedres, så skriv det løbende i chatten under oplægget

Så tager vi det op til sidst!



Der kommer lige lidt, som er mest til sygehusene, eller er det!!



En af indikatorerne fra Dansk Tværfagligt register for
Hofte- og lårbrud er screening for kognitiv svækkelse,
opstået forud for hoftebruddet



5	Funktionsniveau	Andelen af patienter der er opereret for et hofte- eller lårbrud som får vurderet og indberettet score for Modified Barthel's Activity Score (NMS) forud for aktuelle brud	Proces	$\geq 90 \%$	HOFTER_66_00 2
6	Kognitiv svækkelse	Andelen af patienter, som er blevet screenet for kognitiv svækkelse opstået forud for aktuelle fraktur	Proces	$\geq 90 \%$	HOFTER_67_00 1
7	Ernæring	Andelen af patienter, hvor ernæringsplan er udarbejdet.	Proces	$\geq 90 \%$	HOFTER_30_00 2

Mange bliver screenet for kognitiv svækkelse forud for aktuelle fraktur – men hvordan??

Indikator 6: Kognitiv svækkelse

Indikator 6: Andelen af patienter, som er blevet screenet for kognitiv svækkelse opstået forud for aktuelle fraktur

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%	Tæller/		01.12.2023 - 30.11.2024		2022/23	
	opfyldt	nævner		Andel	95% CI	Antal	Andel
Danmark	Nej	6.353 / 7.441	0 (0)	85,4	(84,6-86,2)	5.926 / 7.538	78,6
Hovedstaden	Ja	1.966 / 2.110	0 (0)	93,2	(92,0-94,2)	1.521 / 2.087	72,9
Sjælland	Nej	932 / 1.195	0 (0)	78,0	(75,5-80,3)	963 / 1.228	78,4
Syddanmark	Nej	1.380 / 1.735	0 (0)	79,5	(77,6-81,4)	1.306 / 1.751	74,6
Midtjylland	Nej	1.276 / 1.565	0 (0)	81,5	(79,5-83,4)	1.330 / 1.627	81,7
Nordjylland	Ja	799 / 836	0 (0)	95,6	(94,0-96,9)	806 / 845	95,4

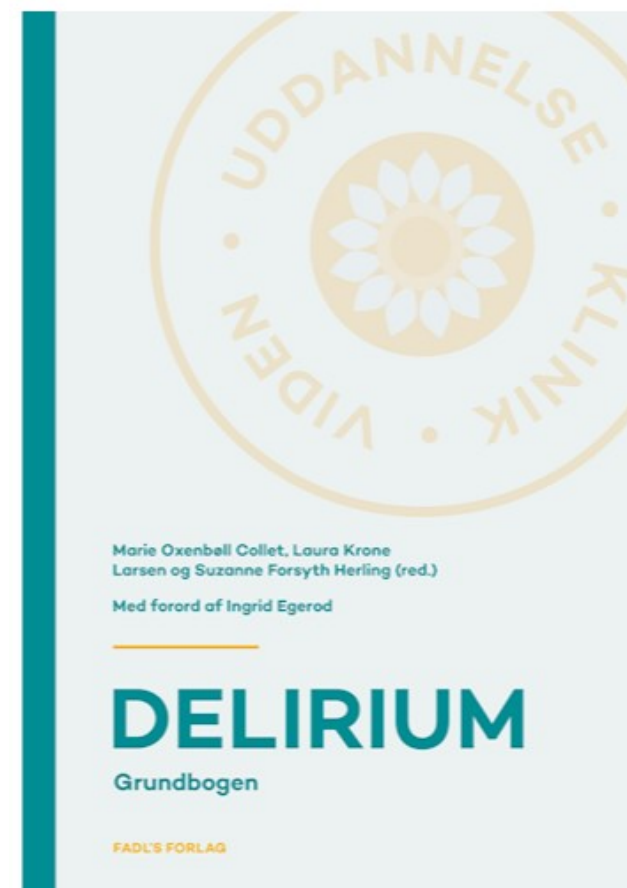


Hvordan screener I for kognitiv svækkelse opstået forud for aktuelle fraktur?

Adfærdsforstyrrelser ved demens kan ligne delirium så meget, at nytilkomne adfærdsforstyrrelser hos mennesker med demens bør betragtes som delirium og derfor afstedkomme somatisk udredning, herunder medicingennemgang

Overlæge Hanne Pedersen

(Citat fra grundbog i delirium)



- Stor variation i forekomsten af delirium hos ældre patienter efter operation for hoftefraktur. Skyldes nok forskellige måder at undersøge på, fx forskellige screeningsmetoder
- I praksis ligger incidensen nok et sted mellem 15-30 % for hele gruppen
- For patienter med demens 50-60%

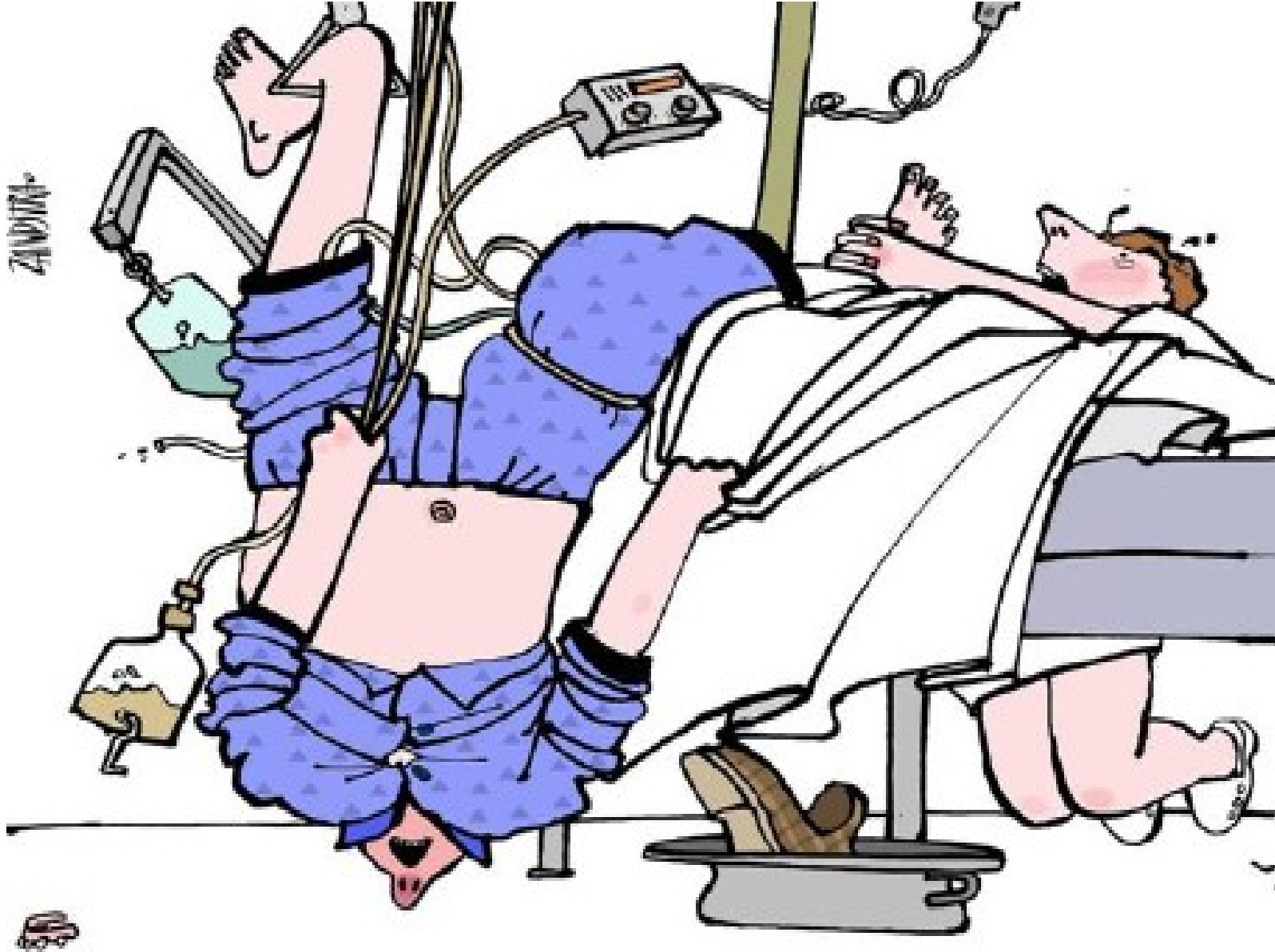
Christina A. Mosk et al. 2017 og XiaoLing Chen et al. 2025

Hvad er delirium?

Symptomer og patogenese



Hvilket symptom er altid til stede ved delirium?







Definition og symptomer

Organisk delirium (WHO DF05.x) er en **akut** opstået **hjerneinsufficiens** med baggrund i **fysisk sygdom eller forgiftning**

Symptomerne er pludselige opståede ændringer:

- Svingende bevidsthed
- Forstyrrelser i psykomotorik
- Forstyrrelser i døgnrytme



Svingende bevidsthedsplumring:

- Nedsat opmærksomhed
- Desorienteret, fx tid, sted og egne data

Forstyrrelser i psykomotorik:

- Indre uro
- Motorisk uro
- Nedsat motorisk tempo

Forstyrrelser i døgnrytme:

- Sover afbrudt, vågner let
- Vender om på dag og nat

Der kan være psykotiske symptomer :

- Hallucinationer på syn og hørelse
- Vrangforestillinger

Alle symptomer svinger over døgnet, forværring i aften- og nattetimerne

Interview efter delirium episoder

- Stuen var fyldt med blod.
- Rummet blev mindre og mindre.
- Sengen faldt ned i et dybt hul.
- Personalet var døde mennesker, der gik omkring.
- Følte, at hun blev voldtaget af personalet.
- Det lå en mand med et gevær udenfor og skød.
- Personalet tog livet af andre patienter.
- Der var fodbold 24-7 på væggen
- Blomsterne dansede ovenover vasen



[nature](#) > [nature reviews disease primers](#) > [primers](#) > [article](#)

Primer | [Published: 12 November 2020](#)

Delirium

[Jo Ellen Wilson](#) , [Matthew F. Mart](#), [Colm Cunningham](#), [Yahya Shehabi](#), [Timothy D. Girard](#), [Alasdair M. J. MacLulich](#), [Arjen J. C. Slooter](#) & [E. Wesley Ely](#)

Age and Ageing 2013; **42**: 667–674
doi: 10.1093/ageing/af148
Published electronically 25 September 2013

© The Author 2013. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society.
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>), which permits unrestricted reuse, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

NEW HORIZONS

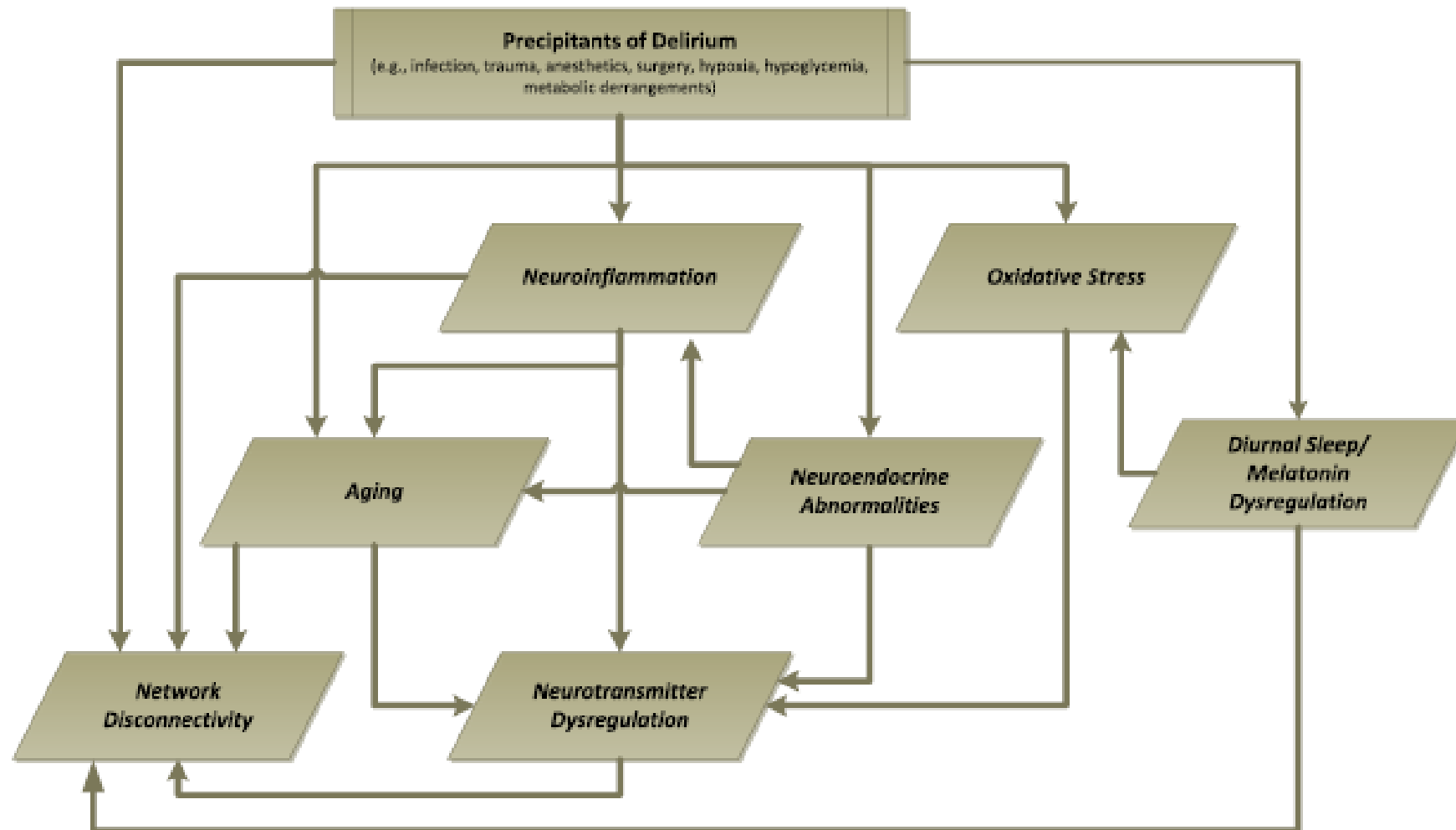
New horizons in the pathogenesis, assessment and management of delirium

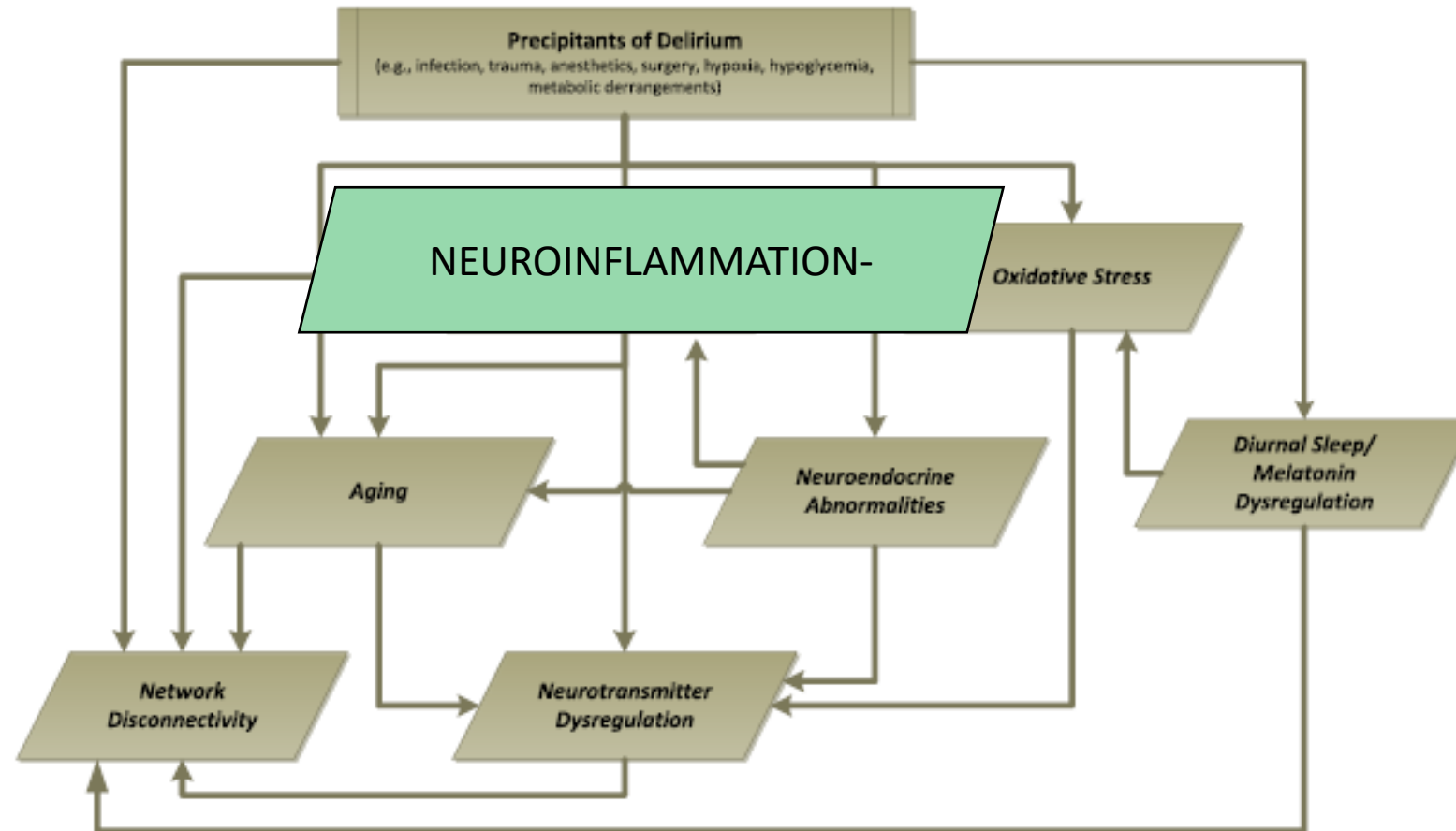
ALASDAIR M. J. MACLULICH^{1,2}, ATUL ANAND¹, DANIEL H. J. DAVIS^{2,3}, THOMAS JACKSON⁴, AMANDA J. BARUGH^{1,2}, ROANNA J. HALL^{1,2}, KAREN J. FERGUSON^{1,2}, DAVID J. MEAGHER⁵, COLM CUNNINGHAM⁶

Review Article

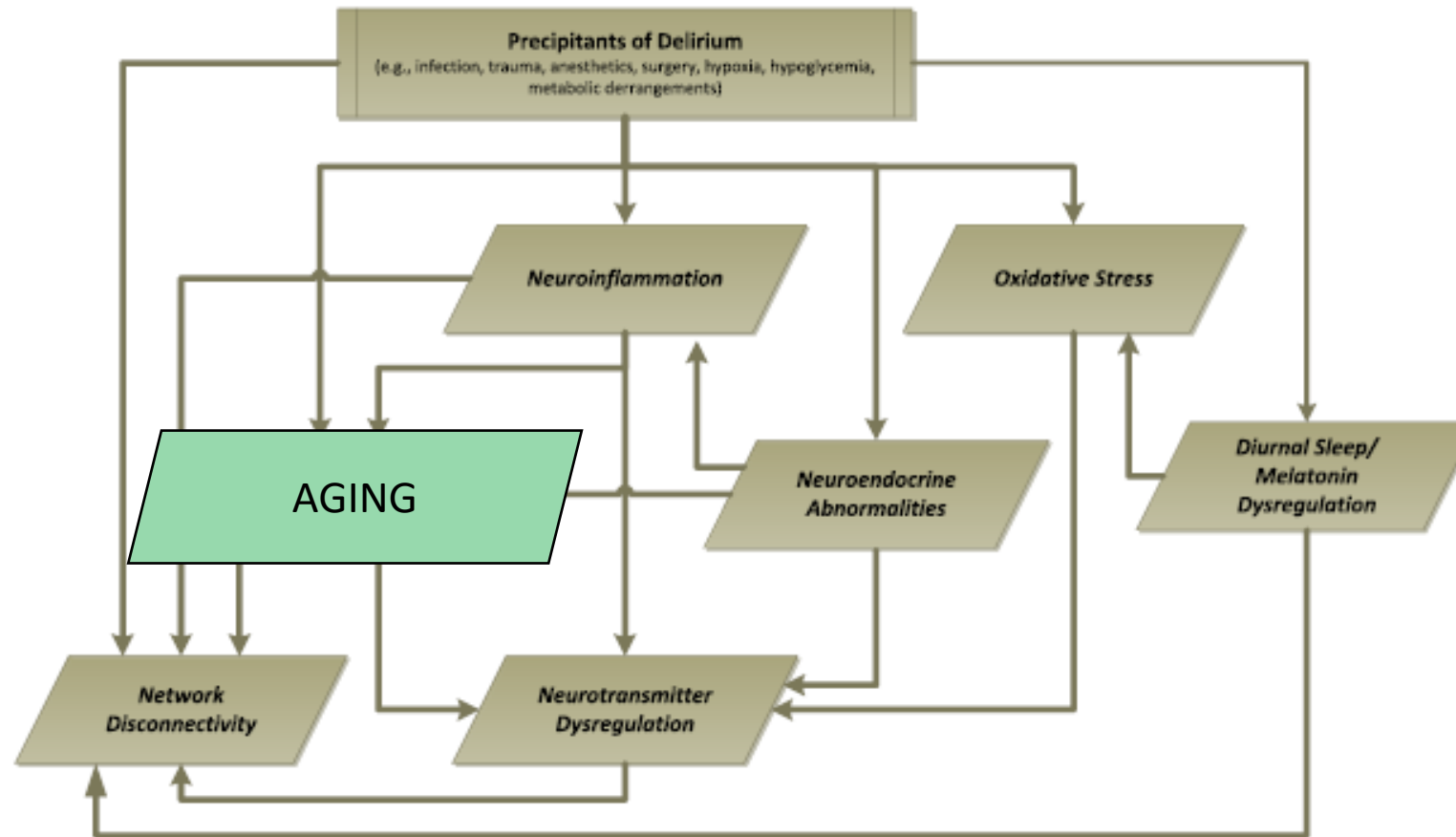
Unravelling the pathophysiology of delirium: A focus on the role of aberrant stress responses

[Alasdair M. J. MacLulich](#) ^a  , [Karen J. Ferguson](#) ^b, [Thomas Miller](#) ^a, [Sophia E. J. A. de Rooij](#) ^c, [Colm Cunningham](#) ^d

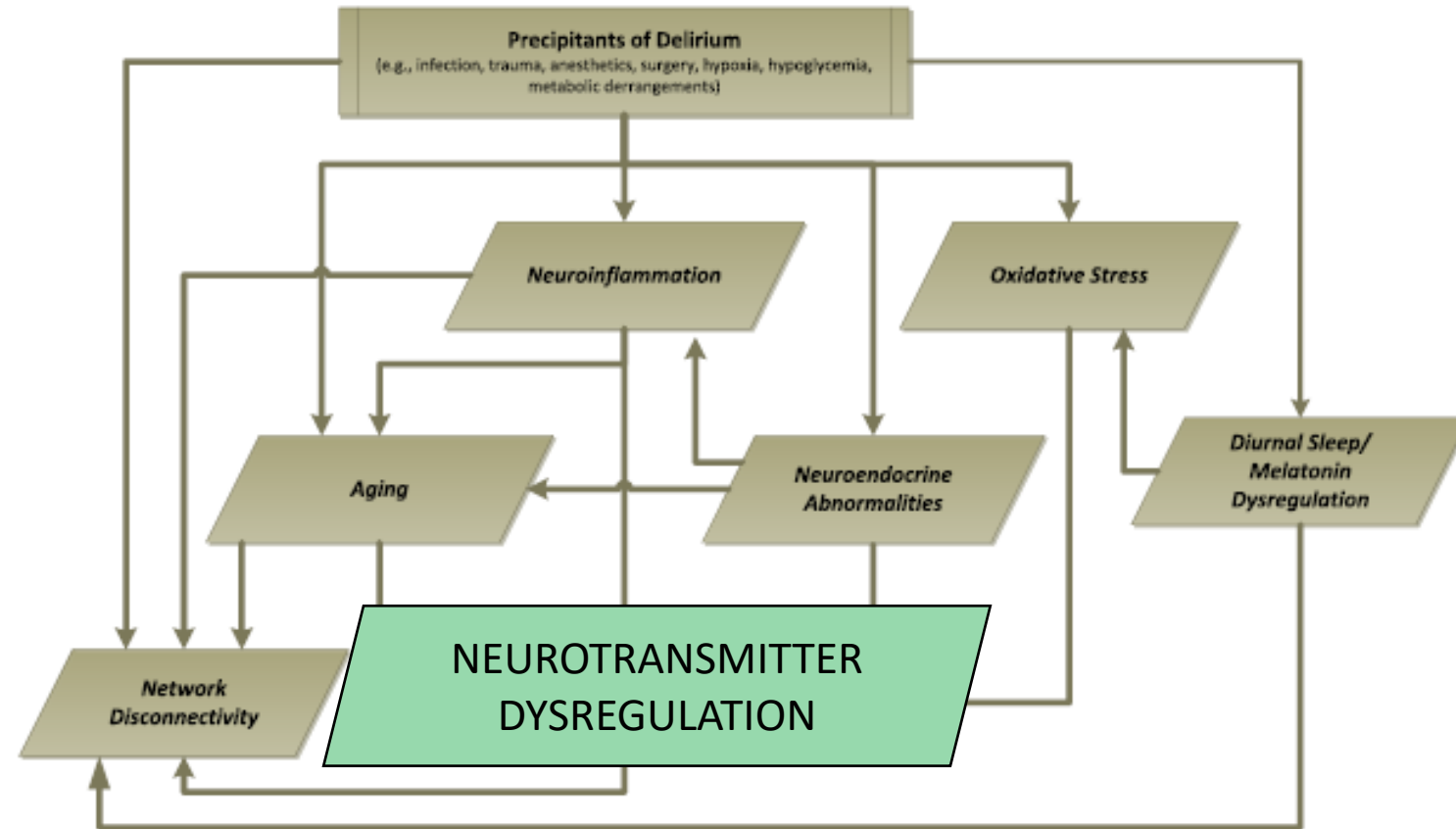


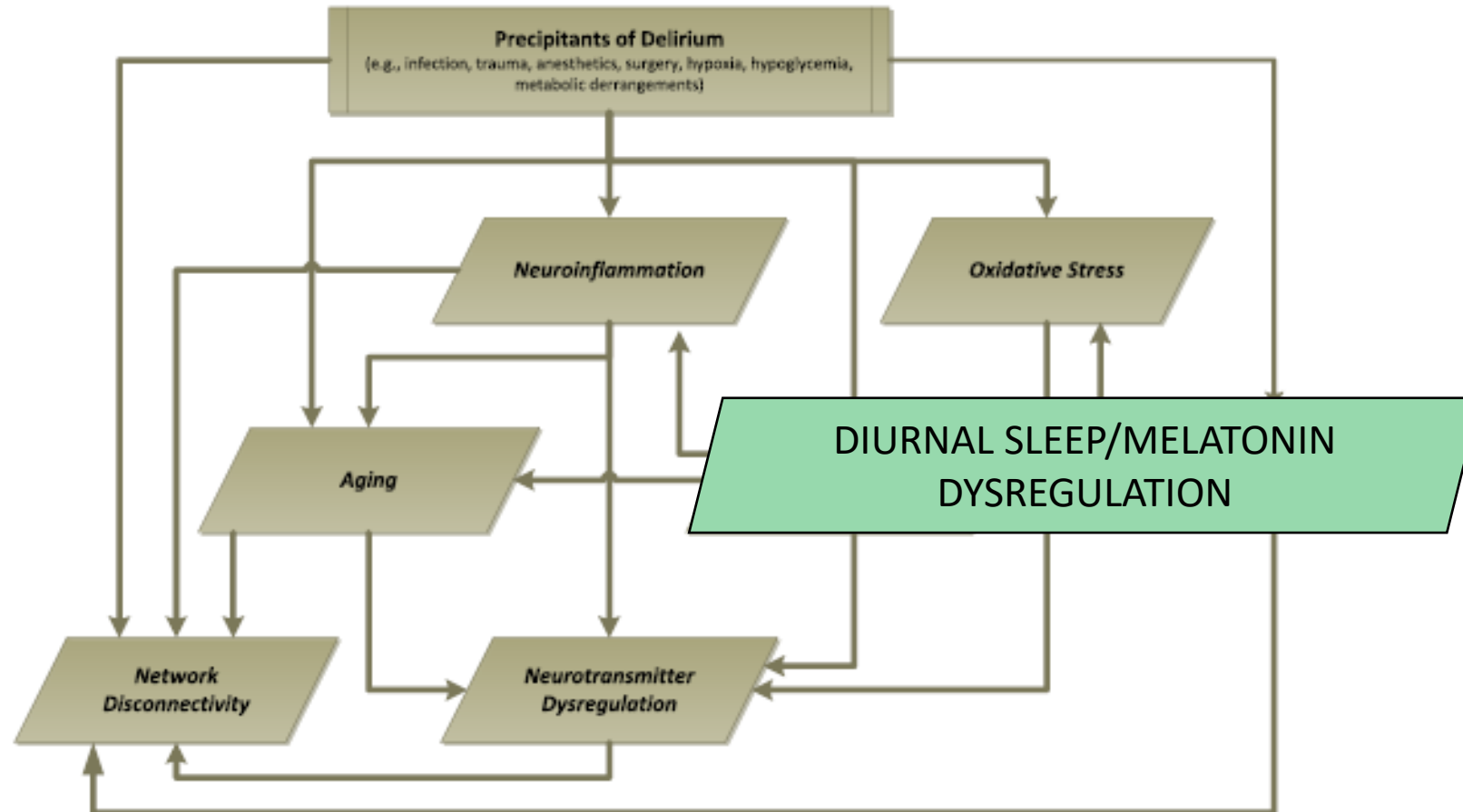


Maldonado, Am J Geriatr Psychiatry 2013



Maldonado, Am J Geriatr Psychiatry 2013





Maldonado, Am J Geriatr Psychiatry 2013

The systems integration failure hypothesis

SIFH peger på, at en kombination af ubalance i hjernens signalstoffer, forskelle i, hvordan sanseindtryk og bevægelser bearbejdes, samt forstyrrelser i hjernens netværksforbindelser, der tilsammen bidrager til de kognitive og adfærdsmæssige ændringer – og de motoriske symptomer – man ser ved delirium.



Risikofaktorer og udløsende årsager

Hvem er i særlig risiko for at udvikle delirium?

- Alder > 65 (eller < 12)
- Eksisterende nedsat kognitivt funktionsniveau (demens, tidl. blodprop i hjernen, medfødt hjerneskade)
- Misbrug af alkohol og stoffer
- Eksisterende psykiatrisk sygdom
- Multisyg, får meget medicin



Demens og organisk delirium hænger tæt sammen. Borgere med demens har betydelig højere risiko for at udvikle delirium, når de bliver fysisk syge end andre.

Mennesker med kognitiv svækkelse har større risiko for delirium

- Et Hollandsk review fandt, at risikoen for delirium øges markant for hjemmeboende og personer på plejehjem med moderat til svær demens, når de bliver syge. Muligvis op til 70 %
- Op til 89 % af personer med demens udvikler delirium i forbindelse med fysisk sygdom og indlæggelse



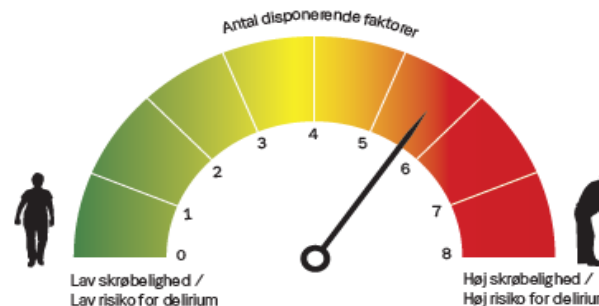
Morandi, A. et al. The Diagnosis of Delirium Superimposed on Dementia: An Emerging Challenge. J Am Med Dir Assoc. 2017 January; 18(1): 12–18

delirium is seen in one-third of patients in an acute hospital setting. Identification, pharmacologic and non-pharmacologic treatment is inadequate. (Nørbæk & Glipstrup. Danish medical journal 2015)

Prevalence, presentation and prognosis of delirium in older people I the population, at home or in long term care: a review (E.D. Lang et al. ger. Psychiatry. 2011)

Delirium forudsiger øget risiko for alvorlig sygdom og død

- Delirium skal betragtes som et uspecifikt “rødt lys” signal på linje med et højt blodtryk eller en høj puls. Det kan være tegn på alvorlig sygdom
- Men tærsklen for hvor alvorlig sygdommen skal være før det fremkalder delirium falder, jo mere skrøbelig patienten er



Delirium as a Predictor of Mortality in Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit.
E. Wesley Ely, MD, MPH

Delirium giver uoprettelige skader i hjernen

- Delirium forårsager varigt funktionstab hos personer med demens*
- Jo længere den delirøse episoden varer, jo større er skaden



*Delirium is a risk factor for further cognitive decline in cognitively impaired hip fracture patients. Maria Krogseth

- Enhver fysisk sygdom eller ubalance (ændringer i kroppens homeostase) kan udløse delirium
- Jo mere svækket hjernen er, jo mindre skal der til og jo hurtigere går nedbrydningsprocessen i hjernen



Skal oftest foregå som en tværfaglig indsats, hvis ikke basale observationer giver et svar

Hvis vi ikke kan finde og behandle de udløsende årsager, vil borgeren formodentlig fortsat være delirøs



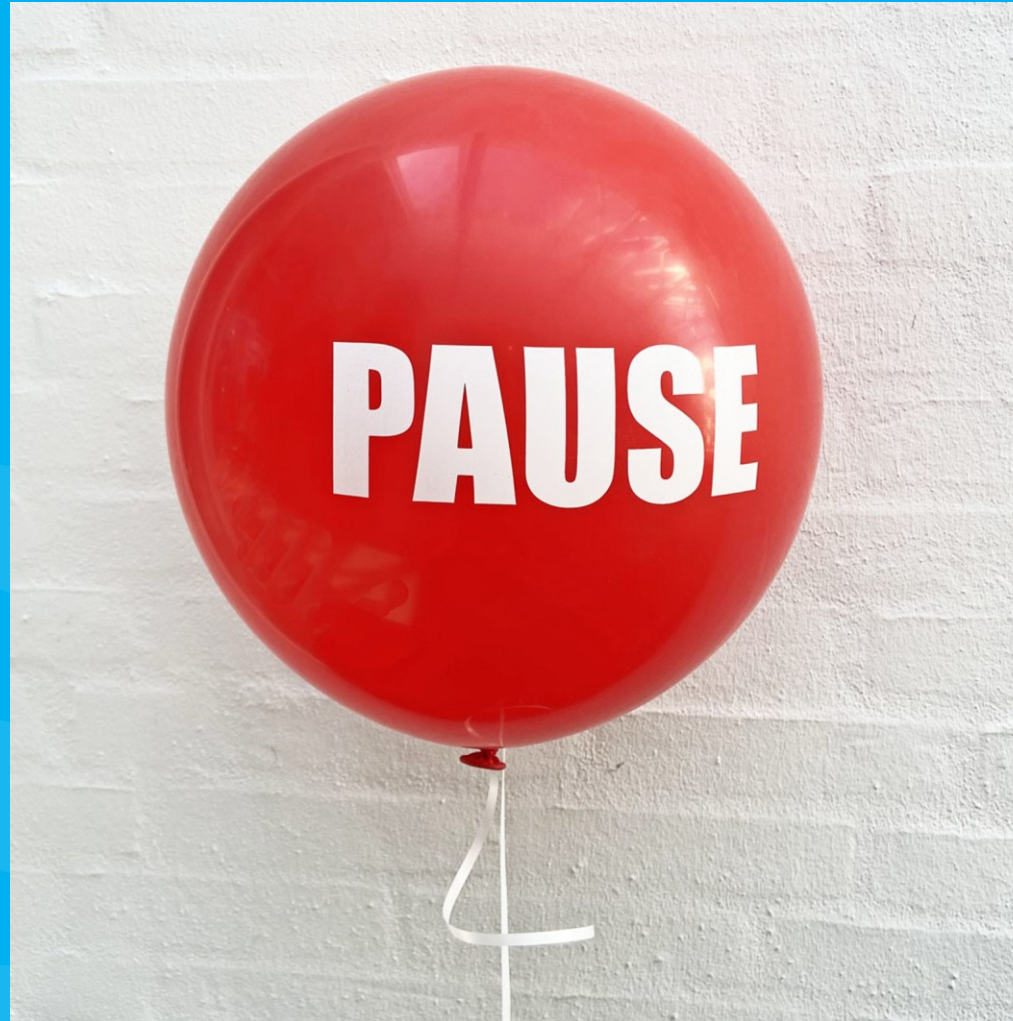
Gennemgang af medicin

- Medicinliste bør gennemgås af læge
- Stillingtagen til pause eller seponering af medicin, som kan give delirium
- Fx benzodiazepin, sovemedicin, medicin med antikolinerg virkning eller morfin.

Se i øvrigt værktøjet START/STOPP version 2 på Dansk Geriatrisk Selskabs hjemmeside

risikofaktorer	Udløsende faktorer, eksempler	Medicin, som kan udløse delirium	Vedligeholdende/ medvirkende miljømæssige faktorer
Høj alder/lav alder	Infektion	Smertestillende, fx morfin	Sensorisk overstimulation, støj,
Hjernesygdom som fx demens	Akutte hjernesygdomme	Beroligende (benzodiazepin)	Utryghed, stress
Misbrug	Forstyrrelser i saltbalancen	Sovemedicin, fx Imovane	Immobilisation
Nedsat syn og hørelse	Leversygdom	Hormoner, fx steroid	Manglende dagslys
Polyfarmaci	Nyresygdom	Medicin med antikolinerg virkning, fx, antihistamin, antidepressiva	Manglende mulighed for søvn
	Smerter		Manglende hjælp til basale behov
	Obstipation/urinretention		
	Kirurgisk stressrespons (operation)		
	For højt- eller for lavt blodsukker		

10 minutter



Forebyggelse borgere/patienter med delirium





**Arbejder I, på din arbejdsplads
systematisk med forebyggelse af
delirium?**

Delirium kan være første (og eneste) tegn på alvorlig og potentielt livstruende sygdom

- Delirium er akut hjernesvigt udløst af fysisk sygdom og/eller medicin
- Delirium er meget hyppigere blandt mennesker med demens end hos kognitivt velfungerende. Op til 85% af ældre med demens udvikler delirium ved fysisk sygdom
- Delirium kan resultere i irreversibel hjerneskade (og forværring af demens). Graden af skade er afhængig af hvor skrøbelig hjerne er i forvejen og hvor længe delirium tilstanden varer

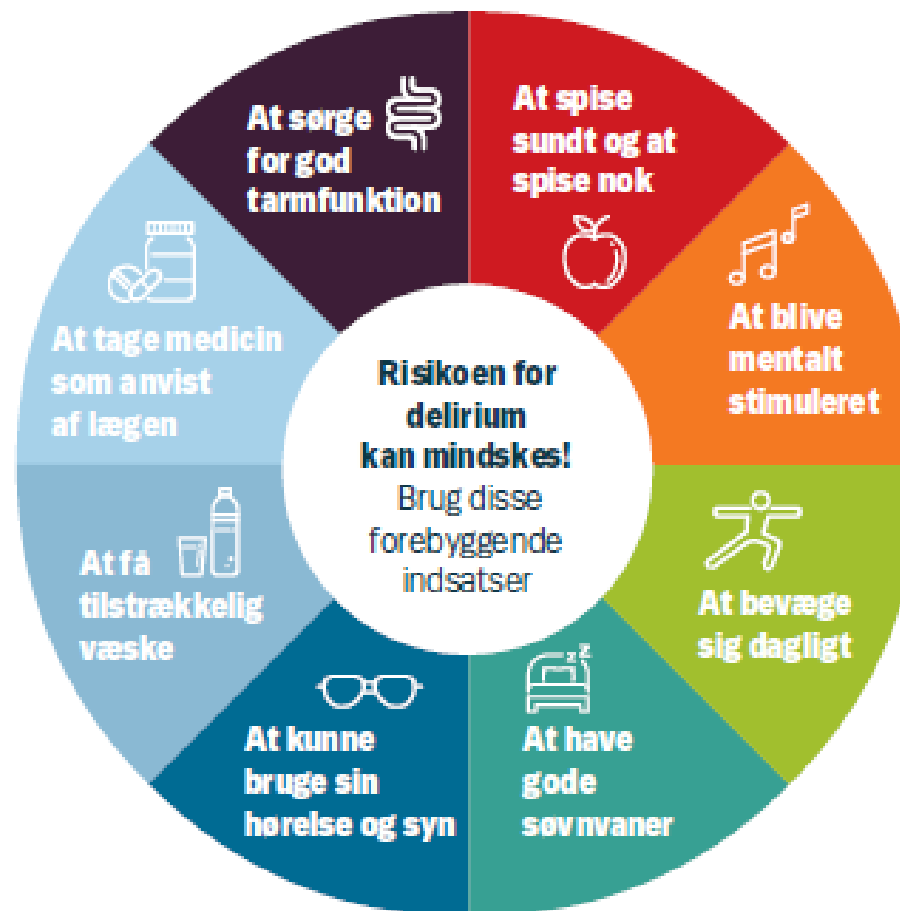


- Primær forebyggelse = At forhindre skaden, dvs. at forhindre delirium i at opstå
- Overordnet mål for primær profylakse er at forebygge at borgeren/patienten udvikler delirium hvis/når de bliver syge



Primær delirium profylakse i borgerens eget hjem og på plejecentre

- Kendskab til den enkelte borgers samlede situation
- Individuelt tilpasset pleje og omsorg
- Ekstra opmærksomhed på fysisk helbred, som ernæringstilstand, mavefunktion, personlig hygiejne, motion, medicin osv.*
- Hurtig behandling af fysisk sygdom og ubalance
- Fokus på løbende revision af medicin



*Wenche H. Skrettenberg et al. Delirium During Acute Events in Nursing Home Patients. JAMDA 2022

Identifikation af patienter med nedsat kognitiv funktion ved indlæggelsen

- Hurtig kognitiv test (BASIC Q), eller enkle spørgsmål, som fx "Hvornår er du født", "hvor er du lige nu" eller "hvilken årstid har vi?"
- Supplere med observationer af uforståelig adfærd. Fx tager ting ud og ind af tasken, går op og ned af gangen uden at kunne sige hvorfor
- Kontakte pårørende eller andre omsorgspersoner, som kender patienten og høre om de har bemærket ændringer i hukommelse eller evne til at klare hverdagen og hvor længe det har stået på
- Kigge journalnotater igennem for tidligere observationer af nedsat kognitiv funktion eller demensdiagnose

Hvis der er mistanke om nedsat kognitiv funktion, kan det markeres på elektroniske patienttavler og besked gives videre til andre afdelinger, hvis patienten skal videre.

- Tilpasser arbejdsgange, kommunikation og personalekontakt, så de tilgodeser eventuelt nedsat kognitiv funktion
- Foretager medicingennemgang
- Sørger for sufficient smertedækning
- Tilpasser sensorisk stimuli fra omgivelserne
- Sørger for overskuelighed, fx ur, kalender,
- Sørge for at eventuelle briller og høreapparat er på og virker
- Sørger for minimum 6 timers uforstyrret søvn, hvis forsvarligt
- Sørger for mobilisering hurtigst muligt
- Sørger for tilstrækkelig væske og ernæring
- Forebygger obstipation/urinretention
- Forebygger hypoxi
- Inddrager pårørende



Behandling og pleje, patienter/borgere med delirium (sekundær profylakse)





<https://www.youtube.com/watch?v=MCFEFG8D43M>

Målet med behandling og pleje (sekundær forebyggelse):

- At begrænse uheldige følger af skaden, dvs. at begrænse uheldige følger af delirium
- Gøres ved at forkorte den delirøse episode mest muligt og mindske gener af symptomer mest muligt





**Hvilke oplysninger er vigtige for dig at have
når du skal vurdere om en patient har
delirium?**

Du kan forkorte den delirøse episode mest muligt og mindske gener af symptomer mest muligt ved at sørge for...



Pårørende kan være en stor støtte for patienten med delirium



Støtte og hjælp til basale fysiske behov

Oftest skal hjælpen og tiden øges:

- Personlig hygiejne og påklædning
- Måltider og drikke
- Toiletbesøg
- At få hvilet og sovet
- At få ro og struktur på dagen
- At blive mobiliseret



- Mobilisering er en del af behandlingen
- Kort mobilisering er bedre end ingen
- Mobilisering hjælper mod uro
- Mobilisering hjælper til reorientering

Borgeren/patienten kan have svært ved at bedømme rum, retning og afstand



Der udbydes en række sansestimulerende hjælpemidler

Formål med sansestimulerende hjælpemidler ved delirium er at reducere psykomotorisk uro, angst og/eller skabe tryghed. ***"Men ved vi egentligt om det virker til personer med delirium?"***

Rolig musik

Kugledyner/tyngdedyner

Tyngdeveste/tyngdenakkepuder

Gyngestol

Delirsprutter og tangles

Sansestole

Døgnrytmelys

"vindue" med rolig udsigt



Musik og delirium

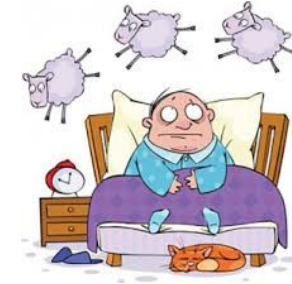
- Metaanalyse af litteraturreview viste, at der var ca. 50 % reduction i risikoen for at udvikle delirium hos postkirurgiske patienter og patienter på ICU, når de blev eksponeret for musik, sammenlignet med patienter som ikke blev eksponeret*
- Et randomiseret pilot og “feasibility” studie med 26 geriatriske patienter viste effekt på alle symptomer, undtaget agitation. Musikken var udvalgt ud fra patientens præferencer*



**Music Interventions and Delirium in Adults: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis Jelena Golubovic et al. Brain Science 2022*

**A Randomized Pilot and Feasibility Trial of Live and Recorded Music Interventions for Management of Delirium Symptoms in Acute Geriatric Patients. Jelena Golubovic et al. BMC Geriatrics 2024 (under review)*

Døgnrytme og søvn



Delirium medfører oftest en forstyrret døgnrytme med et fragmenteret søvnmønster.

- Som udgangspunkt vækker vi ikke en *naturligt* sovende borger/patient med delir
- Målet er at genetablere en naturlig døgnrytme, hvor borgeren/patienten er *mest* vågen i de lyse timer og sover i nattetimerne.
- Dvs. små hvil om dagen, afbrudt af aktivitet og ubrudt søvn om natten, helst 6 timers ubrudt søvn

SÅDAN KOMMUNIKERER DU MED PATIENTEN MED DEMENS

Etabler kontakt fra starten

Få øjenkontakt, vær i øjenhøjde og brug patientens navn.

Brug et tydeligt kropssprog

Dit kropssprog og din mimik er vigtig for at skabe tillid og tryghed. Vis, hvad der skal foregå.

Vær rolig og tålmodig

Sæt dit tempo ned. Hjernen arbejder langsommere, når man har demens, så nøjes med at sige og gøre én ting ad gangen.

Formulér dig konkret og enkelt

Vær konkret, stil ja/nej spørgsmål eller afgrænsede spørgsmål med kun to valgmuligheder, fx "Vil du have saft eller vand?"

Anerkend patientens oplevelser

Ved at møde patienten i hans/hendes oplevelse og følelser, er det lettere at hjælpe.

Afled patienten

Flyt patientens opmærksomhed til noget andet, fx fra at ville forlade afdelingen til at få noget at drikke.

Afrund kontakten tydeligt

Patienten har brug for forudsigelighed og tydelighed. Afrund samtalen tydeligt og fortæl, hvad der skal ske herefter. Skriv vigtige aftaler ned.



Angst og stress øger og forstærker de delirøse symptomer, som fx uro og agitation.

- At være helt alene kan være skræmmende, der er behov for at kunne være tæt på en rolig rollemodel
- En anden persons konstante tilstedeværelse, kan være for meget. Vær eventuelt tæt på, uden at kunne ses konstant. Fx tæt på borgerens/patientens bolig eller stue
- Sørg for at der er orienteringsmuligheder, fx ur, kalender
- Velkendte genstande kan virke beroligende, et særligt tæppe, pude eller andet
- Beroligende musik*

*Sikandar H. Khan et al. Decreasing Delirium Through Music: A Randomized Pilot Trial. Am J Crit Care. 2020



Hvad er skærmning i forbindelse med delirium?

Borgerens/patientens hjerne er belastet og kan ikke bearbejde sanseindtryk, **Så..**

- Tilstræb rolige og overskuelige rammer og kommunikation.
- Husk at skærmning ikke er, at udelukke alle sanseindtryk, men at **tilpasse** dem

Støj



Baggrundsstøj

Der kan være meget støj i en almindelig opholdsstue på et plejecenter eller på et sygehus.

Fx TV eller radio, høje stemmer fra patienten/beboere og personale,
skramlen fra vogne og service, alarmer

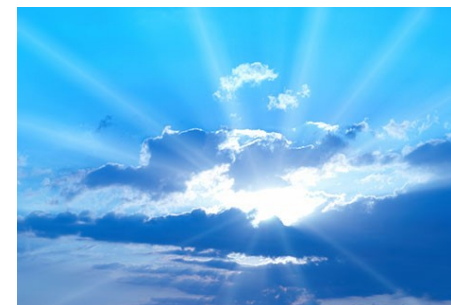
Støjniveauet er også relateret til snak fra personalet.

Hjælp hinanden med:

At snakke med dæmpet stemme når I er i
patienten/beboerens sengestue/bolig og ikke privat snak og telefonsamtaler.

Lys

- Adgang til dagslys er vigtig for, at opretholde en døgnrytme.
- 1 – 1,5 m fra vinduet mistes meget af effekten fra dagslyset.
- Kroppens melatoninproduktion afhænger af lys. Melatonin gør at man føler sig træt.
- Start med dæmpet lys og blænd op efter 30 minutter, når du vækker en borger/patient med delirium
- Hos borgere/patienter med forstyrret døgnrytme, bør lyset **ikke** dæmpes i hvilepauser.
- Om aftenen kan lyset dæmpes nogle timer før sovetid og slukkes, når borgeren/patienten skal sove



Pårørende kan være en "guldgrube"

Den/de pårørende kan:

- ✓ Give information om borgeren/patienten. Opleves det, at borgeren har ændret sig over kort tid?
- ✓ Hjælpe med oplysninger om borgerens/patientens liv og vaner
- ✓ Skabe tryghed omkring borgeren/patienten ved tilstedeværelse
- ✓ Hvis der er ressourcer og vilje hos pårørende, overveje at inddrage i plejen og støtte



<https://www.auh.dk/patientvejledninger/enhed-for-lindrende-behandling/Delirium-ELB/>

- ✓ Vi må give den pårørende:
- ✓ Grundig information om, hvad er delirium?
- ✓ Grundig information om, undersøgelser og behandling
- ✓ Muligheder for mad, drikke. Overnatningsmuligheder?

HVEM ER JEG?

Dette ark er til dig, som ikke kender mig.
Det kan give dig mulighed for at hjælpe mig på den bedste måde under min indlæggelse på sygehus.



Mit navn (med streg under det navn, jeg gerne vil kaldes) _____

Hvilken by bor eller har jeg boet i? _____

Navn og relation på den person, der kender mig bedst _____

Vigtigt at vide om min baggrund, familie og venner (om mit hjem, kæledyr eller andre skattede ejendele)

Vigtigt at vide om nuværende og tidligere job eller interesser _____

Rutiner og vaner, som vigtige for mig _____

Det kan bekymre mig og gøre mig urolig, når ... _____

Når jeg er bekymret og urolig, får jeg det bedre, når ... _____

Vigtigt at vide om mit syn og min hørelse _____



**Hvordan arbejder I med at tilpasse
sansestimuli, når en patient/beboer har
delirium?**

9. Behandling med antipsykotika (2020)

Patienter med delirium fremstår ofte psykotiske, urolige, apatiske og/eller udadreagerende. I behandling af delirøse patienter gives ofte antipsykotika for at mindske disse symptomer. Det er dog usikkert om den gavnlige effekt opvejer de potentielt skadelige. Årsag til delirium er som hovedregel somatisk sygdom og/eller medicinbivirkninger. Behandlingen af den/de udløsende årsager skal iværksættes før eller samtidig med start af antipsykotisk behandling. Den juridiske vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser (70) er rammesættende for behandlingen. Haloperidol er det eneste godkendte antipsykotika til personer med delirium.

Der er siden udgivelsen af retningslinjen i 2016 kommet flere metaanalyser og systematiske reviews, der beskriver patientrelaterede outcomes og sikkerhed af behandling med antipsykotisk medicin.

Svag anbefaling mod

Anvend ikke rutinemæssigt behandling med antipsykotika til delirøse patienter, da antipsykotika muligvis ikke nedsætter varighed af delirium eller mindsker uro.

Anbefalingen er opdateret og ændret i 2020.

Det anbefales ikke at anvende behandling med antipsykotika rutinemæssigt til alle patienter med delirium, men kan overvejes, når non-farmakologiske tiltag er utilstrækkelige, til:

- Patienter der er i fare for sig selv eller andre
- Patienter hvor delirium forhindrer sufficient diagnostik og behandling
- Patienter der er forpint af eksempelvis hallucinationer og vrangforestillinger
- Terminale patienter i de sidste dage/timer

Det er afgørende at behandle den/de tilgrundliggende årsager og fortsætte multikomponent non-farmakologisk behandling samtidig med den antipsykotiske behandling. Patientens delirøse tilstand og om patienten fortsat er forpint eller urolig bør vurderes dagligt.

Behandling med antipsykotika skal derfor bero på en vurdering af patientens mentale tilstand, og om patienten kan modtage pleje og behandling. Behandlingen bør dagligt gennemgås og justeres.

Ved behov for behandling med et antipsykotikum, må præparatvalget tage højde for hvilken bivirkningsprofil der er bedst egnet i forhold til den somatiske tilstand (eksempelvis QT), øvrige ordinerede medicin, samt administrationsvej.

10. Behandling med benzodiazepin og benzodiazepin-lignende stoffer (2016)

Brug af benzodiazepin og benzodiazepinlignende midler formodes udbredt i behandling af delirium med det mål at berolige agiterede delirøse patienter. Der er dog kendte skadevirkninger ved brugen af disse midler.

God praksis (konsensus)

Det er god praksis ikke at anvende benzodiazepiner og benzodiazepin-lignende stoffer til behandling af delirium.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Behandling med benzodiazepin og benzodiazepinlignende stoffer kan undtagelsesvist overvejes hos følgende patientgrupper:

- *Palliative patienter med angst og uro eller terminalt delirium*
- *Patienter på intensivafsnit, hvor der er mulighed for respiratorisk støtte og monitorering*

Behandlingen bør reserveres til vanskeligt behandlelige tilfælde, hvor antipsykotika er forsøgt. Benzodiazepiner kan i sig selv udløse delirium (53)(58).

Hos ældre kan paradox effekt (modsat virkning end forventet) af benzodiazepiner og benzodiazepin-lignende midler bevirke, at patienterne bliver hyperaktive, motorisk urolige og udadreagerende.

Hos patienter, der allerede har et længerevarende forbrug af disse lægemidler, skal brat seponering undgås, grundet risiko for abstinenser.

11. Behandling med melatonin (2016)

Melatonin er et naturligt forekommende hormon udskilt fra corpus pineale og menes at regulere den circadiane rytme (4). Behandling med melatonin-agonister bruges ofte til regulering af døgnrytme ifm. jetlag og indsovningsbesvær. Det er kun beskrevet få og ikke-alvorlige bivirkninger (68).

Et studie har undersøgt urinmetabolitter af melatonin hos delirøse patienter både i akut fase samt efterfølgende, og mener at vise en sammenhæng mellem for højt eller for lavt naturligt forekommende melatoninniveau hos henholdsvis hypo- og hyperaktive delirøse patienter (8). Flere studier har udpeget mulig sammenhæng mellem ændringer i plasma-melatonin og deliriumudvikling (17) (72).

Arbejdsgruppen ønskede at undersøge evidensen for effekt af behandling med melatonin-agonister på patienter med delirium.

God praksis (konsensus)

Det er god praksis at undlade anvendelse af melatonin mod delirium, da effekten er udokumenteret.

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020

Det er ikke dokumenteret, at melatonin kan sikre naturlig døgnrytme hos delirøse patienter.

Information om organisk delirium - til dig der arbejder i kommunen

Hjælp borgeren med delirium

- Skab ro og tryghed omkring borgeren
- Vurder behovet for hjælp til mad, drikke, udskillelser, søvn og hvile, aktivitet, mobilisering og motion
- Tilpas træning og sensoriske stimuli efter hvor hurtigt borgeren udtrættes
- Indhent oplysninger om hvilken planer, der er for efterbehandling, fx ambulante tider, medicin, rehabilitering og genoptræning
- Sørg for tydelig information til borgeren og de pårørende, og lyt til deres oplevelser



Du har modtaget en borger, der har/har haft organisk delirium og er udskrevet fra sygehuset. Med de rette tiltag kan du hjælpe borgeren til hurtigere bedring.

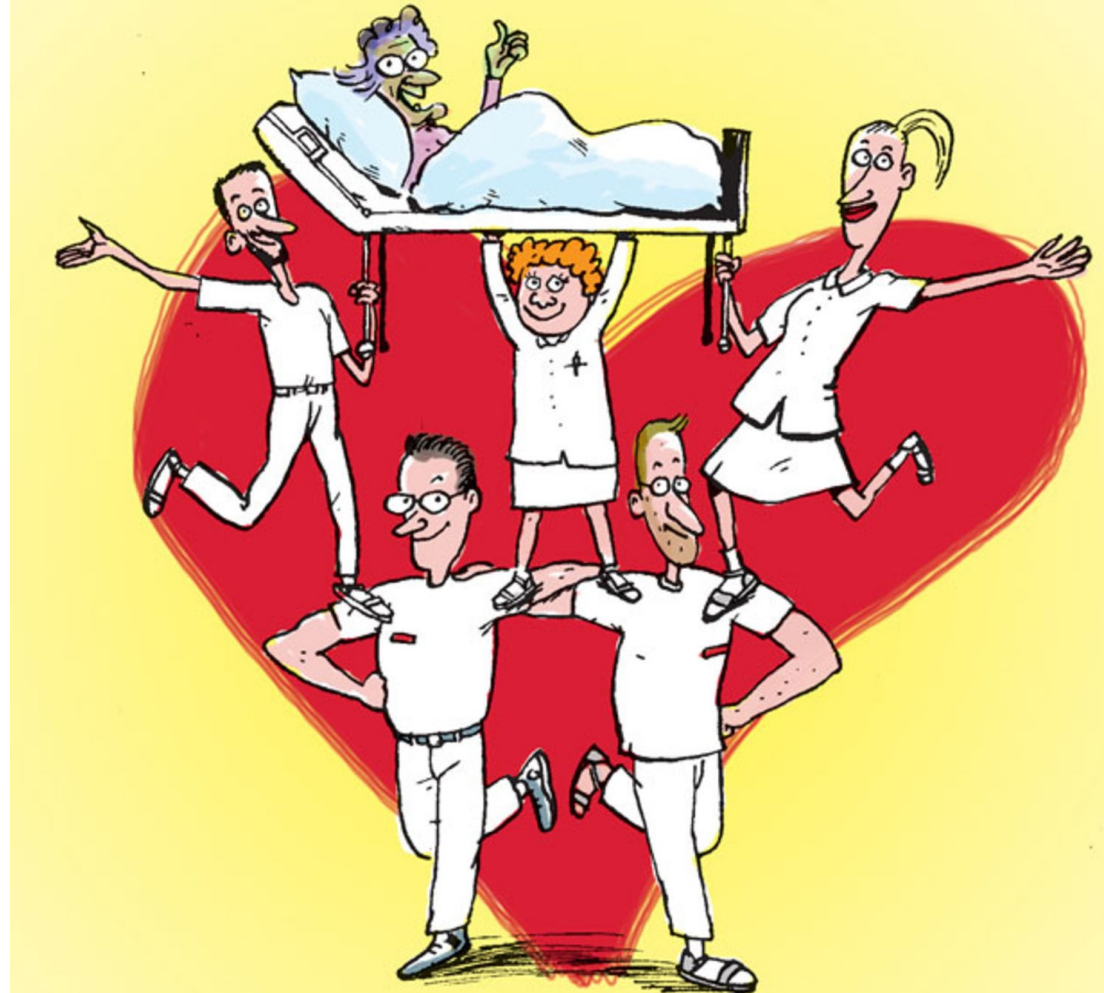
Delirium er en akut tilstand med nedsat hukommelse, forvirring og døgnrytmeforstyrrelser. Det skyldes fysisk sygdom eller medicin. Personer med demens eller Parkinson sygdom har øget risiko for delirium. Det samme gælder for personer, der tidligere har haft delirium.

Når årsagerne til delirium er behandlet, vil tilstanden blive bedre. Det kan tage uger til måneder, før delirium er helt væk. Udskrivelsen kan skabe tilbagefald af forvirring, som vil aftage, når borgeren føler sig tryk i hjemmet eller på midlertidig kommunal døgnplads. Der er brug for omsorg og opsyn for at støtte borgeren og evt. de pårørende. Fokus skal være på daglige aktiviteter, god døgnrytme, mobilisering, mad og drikke samt psykosocial støtte.

Der kan være behov for at tale både med borgeren og de pårørende om delirium for at bearbejde oplevelserne. Delirium kan medføre kognitive funktionstab med behov for rehabilitering.

Ved ny akut forvirring kan det være et tilbagefald, som kræver ny udredning.

Yderligere information til fagfolk og pårørende via hjemmesiden



Hvis du vil vide mere ...

Tilmeld dig vores **nyhedsbrev** på
www.videnscenterfordemens.dk

Du kan også følge os på



NATIONALT
VIDENCENTER
FOR DEMENS