



Delirium i det palliative forløb

Lektor, MKS, ph.d. Helle Svenningsen

VIA Sygeplejerskeuddannelsen, Forskningscenter for pleje og rehabilitering, VIA University College, Aarhus N

Planen er at:



Skabe fælles forståelse af delirium og dets symptomer



Styrke samarbejdet på tværs af faggrupper i opsporing og behandling



Fremme forebyggende tiltag i daglig praksis

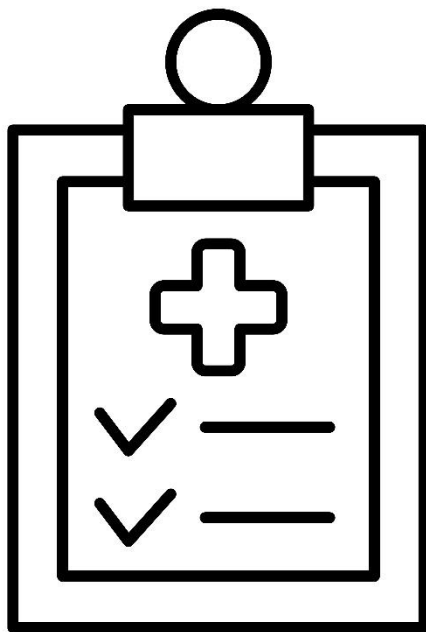


Understøtte kommunikation med pårørende og kolleger



Hvad er delirium?

Definition af delirium



- En **forstyrrelse i bevidstheden**
 - nedsat klarhed og opmærksomhed på omgivelserne
 - med nedsat evne til at koncentrere sig, opretholde eller skifte opmærksomhed.
- En **ændring i kognition** (ikke demens, anerkendt eller under udvikling)
 - hukommelsesbesvær
 - desorienteret
 - sproglige forstyrrelser
 - eller udvikling af ændret opfattelsesevne
- **Udvikles over en kort periode** (som regel timer til dage)
- **Har en tendens til at variere i løbet af døgnet.**
- Skyldes **en fysiologisk konsekvens**
 - Akut sygdom
 - forgiftning
 - abstinens
 - eller en blanding af disse
 - eller at døden er nært forestående

Gælder uanset om det er på intensiv, sengeafdeling, hjemmeplejen eller hospice
– **delirium er delirium!**

Undertyper af delirium



Hyperaktivt delirium :

- Agiteret
- Rastløs, psykomotorisk hyperaktiv
- Tendens til selvseponering af tuberkulose.
- Aggressivitet
- Emotionelt labil

Blandet delirium

Hypoaktivt delirium:

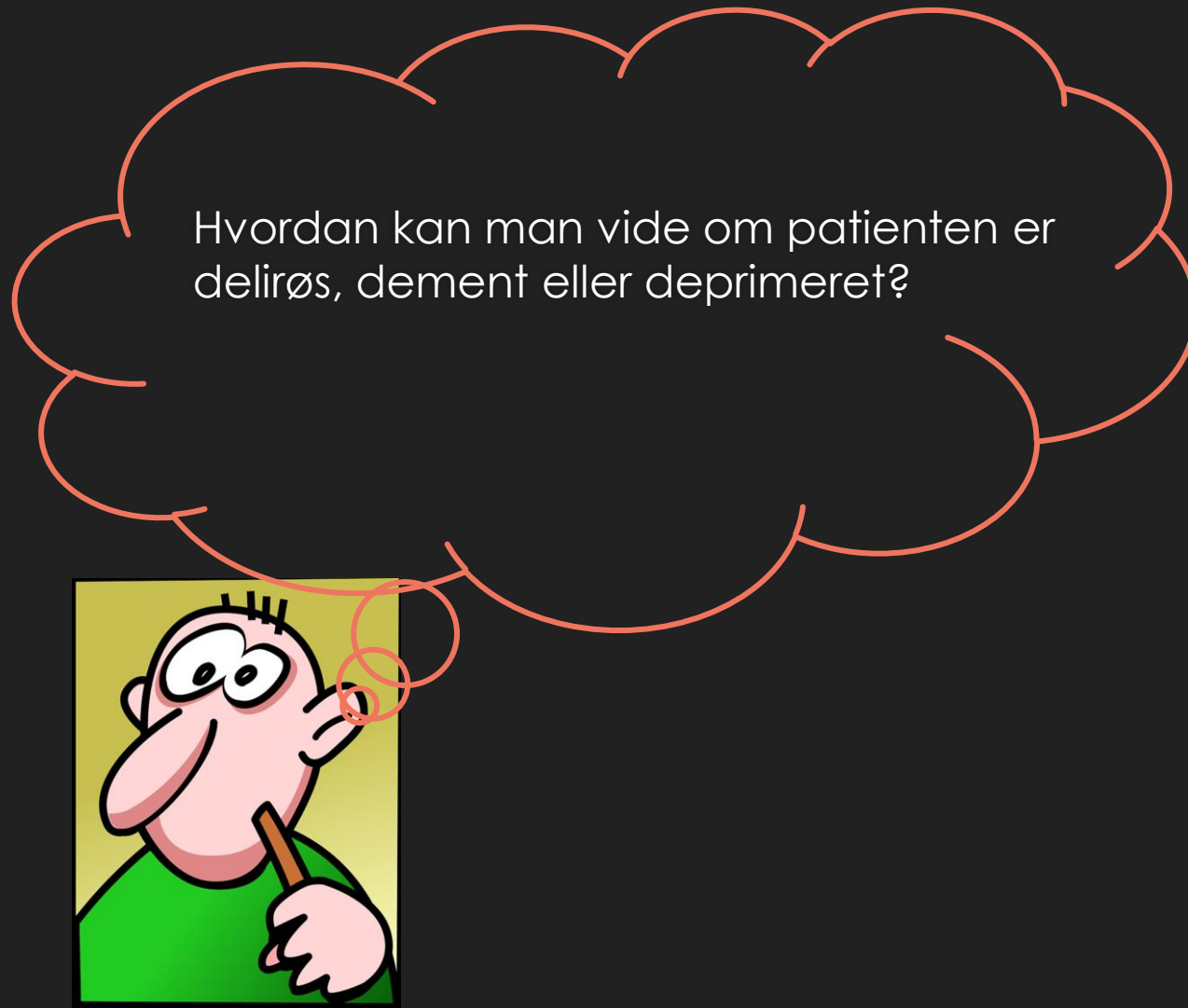
- Tilbagetrukkethed
- Apatisk
- Sløvhed, psykomotorisk hypoaktiv
- Depressions tegn
- Forlænget reaktionstid





Tænk (uden at tale!)

Del jeres tanker med
sidemakkeren



Forskelle på de 3 D'er....

Tilstand	Delirium	Demens (mild-moderat)	Depression
Bevidsthed	Svingende, ofte uklar	Klar	Klar og orienteret
Fremtoning	Agitation eller hæmning	Ofte påfaldende	Agitation eller hæmning
Orienteringsevne	Kraftigt reduceret	Reduceret	Intakt
Hukommelse	Nedsat	Nedsat, især korttids	Oftest intakt
Koncentrationsevne	Nedsat	Ofte normal	Besværet
Døgnrytme	Svært forstyrret	Normal til forstyrret	Forstyrret
Organisk ætiologi	Altid	Altid	Normalt ikke
Symptomfluksation	Nej	Nej	I høj grad ja
Perception	Forstyrret	Intakt	Intakt
Varighed	Fra få timer til uger	Mindst 6 måneder	Mindst 2 uger



Hvordan opleves delirium?

Kom med ind i en kvindes erindringer



Illustration:
Kurt Westergaard⁹



(tabel I)

Patientens navn: _____

CPR: _____

Dato: _____ Tidspunkt: _____

Test udført af: _____

Marker svaret med en cirkel

[1] BEVIDSTHEDSNIVEAU
 Dette omfatter patienter, som kan være påfaldende sløve (eksempelvis svære at vække og/eller åbenlyst sovning under testen) eller agiterede/hyperaktive. Observer patienten. Hvis patienten sover, forsøg da at vække patienten med tale eller blød berøring på skulderen. Bed patienten om at angive sit navn og adresse som en del af testen.

Normal (helt vågen - uden at være agiteret - under hele testen)	0
Lidt søvrig <10 sekunder efter vækning, derefter normal	0
Åbenlyst unormal	4

[2] AMT4
 Alder, fødselsdato, sted (navnet på hospitalet eller opholdssted), aktuelle årstal.

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

[3] OPMÆRKSOMHED
 Spørg patienten: "Kan du nævne årets måneder i baglæns rækkefølge, hvor du starter med december?"
 For at hjælpe på forståelsen, er det tilladt at sige "hvilken måned kommer før december?"

Årets måneder baglæns	0
Nævner 7 måneder eller flere korrekt	0
Begynder, men klarer <7 måneder / afsår at forsøge	1
Kan ikke testes (pga. utpashed, desighed eller uopmærksomhed)	2

[4] AKUT ÆNDRING ELLER FLUKTUERENDE BEVIDSTHEDSNIVEAU
 Holdepunkt for en betydelig ændring eller udsving i: bevidsthedsniveau/årvågenhed, kognition, eller andre mentale funktioner (fx. paranoid symptomer, hallucinationer) der er opstået i løbet af de sidste 2 uger og fortsat er tilstede indenfor det sidste døgn

Nej	0
Ja	4

4 eller mere: formentlig delirium +/- kognitivt svigt
 1-3: formentlig kognitivt svigt
 0: delirium eller alvorligt kognitivt svigt er usandsynligt (men delirium er stadig en mulighed hvis informationerne i [4] er mangelfulde)

4AT SCORE

VEJLEDNING NOTER
 Version 1.2. Information og download: www.the4at.com
 4AT er et screeningsinstrument til hurtig indledende vurdering af delirium og kognitiv svækkelse. En score på 4 eller derover tyder på delirium, men er ikke diagnostisk: en mere detaljeret vurdering af den mentale tilstand kan være nødvendig for at sikre diagnosen. En score på 1-3 antyder kognitiv svækkelse, og mere detaljeret kognitiv testning og journaloptagelse er påkrævet. En score på 0 udelukker ikke endeligt delirium eller kognitiv svækkelse: En mere detaljeret test kan være relevant afhængigt af situationen. Punkt 1-3 bedømmes udelukkende ved observation af patienten under vurderingen. Punkt 4 kræver information fra en eller flere kilder: eksempelvis eget kendskab til patienten, andet personale, som kender patienten (eksempelvis sygeplejerske på afdelingen), egen læge, tidligere journalnotater eller pårørende/netværk. I vurderingen skal der tages hensyn til kommunikationsvanskeligheder (heretab, dysfasi, mangel på fælles sprog), når testen udføres og bedømmes.
 Bevidsthed: Ændret årvågenhed eller bevidsthedsniveau er hos indlagte med stor sandsynlighed udtryk for delirium. Hvis patienten viser betydelig ændret bevidsthed under vurderingen, skal du score 4 for dette. **AMT4 (Abbreviated Mental Test - 4)** Denne score kan overføres fra AMT10, hvis sidstnævnte er udført umiddelbart forinden. **Akut ændring eller fluktuerende bevidsthedsniveau:** Fluktuation kan forekomme uden at der er tale om delirium ved nogle former for demens, men betydelige fluktuation indikerer som regel delirium. Til at hjælpe med at belyse mulige hallucinationer eller paranoid forestillinger kan patienten stilles spørgsmåls som: "Er du bekymret for noget af det, der foregår her?", "Er du bange for noget eller for nogen?", "Har du set eller hørt noget usandsynligt?".

© 2013 The4at.com. Hvert år skal der foretages en revision af dette dokument. I forbindelse med ændringer skal der foretages en revision af dette dokument.

Hvordan opdager vi delirium hos patienten/borgeren?

Download den danske på: The4at.com

Den er gratis at anvende – og godt valideret!

(se mere sidst i disse slides)

TABEL 1 Oversigt over undersøgte redskaber til deliriumscreening inkl. validitet, pålidelighed og skala-type

3DCAM [16]							
Uden demens	93 (66-100)	96 (91-99)	3 (1-15) min	Medium	> 75 år	Medicinsk afsnit	Dikotomi: delirium ja/nej
Med demens	96 (82-100)	86 (67-96)	3 (1-15) min	?			
4AT [11]							
Uden demens	83	91	< 1 min	Enkel	> 70 år	Geriatrisk modtageafsnit	0-14 point
Med demens	94	65					
bCAM [17]							
Læge	84 (71-91)	95 (93-97)	< 1 min	6-8 t.	> 65 år	Akutmodtageafsnit	Dikotomi: delirium ja/nej
Assistent	78 (64-87)	97 (94-98)					
CAM [12]	73-100	79-100	5-15 min	Høj	> 65 år	Forskellige sengeafsnit samt hospice	Dikotomi: delirium ja/nej
CAM-ICU [18]	80 (77-83)	96 (95-97)	< 2 min	Enkel	> 18 år	Intensivafsnit	Dikotomi: delirium ja/nej
CAM-ICU-7 [13]	- ^a	-	< 2 min	Enkel	> 18 år	Intensivafsnit	0-7 point
ICDSC [19]	74 (65-82)	82 (77-86)	Observation over en vagt/8-12 t.	Medium	> 18 år	Intensivafsnit	0-8 point
Nu-DESC [14]	86	87	< 1 min	Enkel	> 15 år	Hæmatologisk afsnit	0-10 point
SOS-PD [15]	92	97	2 min	20 min	3 mdr. til < 12 år	Børneintensiv	0-17 point

Husk!

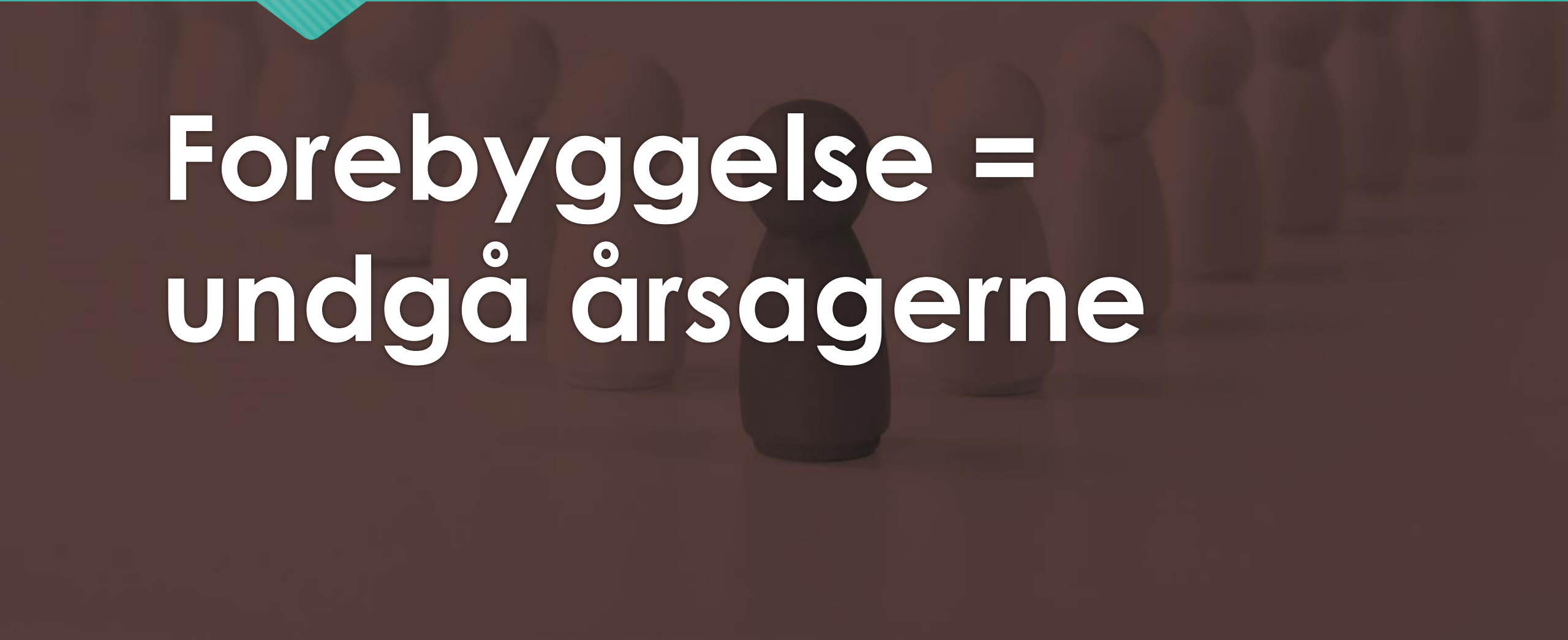
Delirium screening siger lige så meget om ÅRSAGEN til delirium som et termometer forklarer feberen...



Vigtigste behandling:

Find og fjern årsagen!

Men der kan være umuligt –
især hvis delirium er tegn på dødens snarlige indtræden...

A row of black chess pawns is positioned horizontally across the middle of the slide. The pawns are slightly out of focus, with the one in the center being sharper. They are set against a dark brown background that has a subtle, repeating pattern of small, light-colored dots or squares.

**Forebyggelse =
undgå årsagerne**

De hyppigste årsagerne delirium

Risikofaktorer

- Høj alder
- Sygdomme i hjernen
- Overforbrug af alkohol/stoffer
- Funktionsnedsættelse
- Sansesvækkelse
- Svækket almentilstand og skrøbelighed

Udløsende faktorer

- Akut sygdom
 - Infektion
 - Smerter
 - Obstipation/urinretention
 - Medicinpåvirkning
 - Dehydrering/elektrolytforstyrrelser
 - Anæmi
 - Hypoxi
 - Al alvorlig sygdom i og udenfor hjernen!

NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR FOREBYGGELSE OG BEHANDLING AF ORGANISK DELIRIUM Quick guide 2021

Screening med et psykometrisk værktøj

✓ Det er god praksis at overveje at screene risikopatienter med et psykometrisk værktøj.

Skærmede omgivelser

✓ Det er god praksis at overveje at skærme patienter med delirium.

Aktiv inddragelse af pårørende

↑ Overvej at inddrage pårørende aktivt.

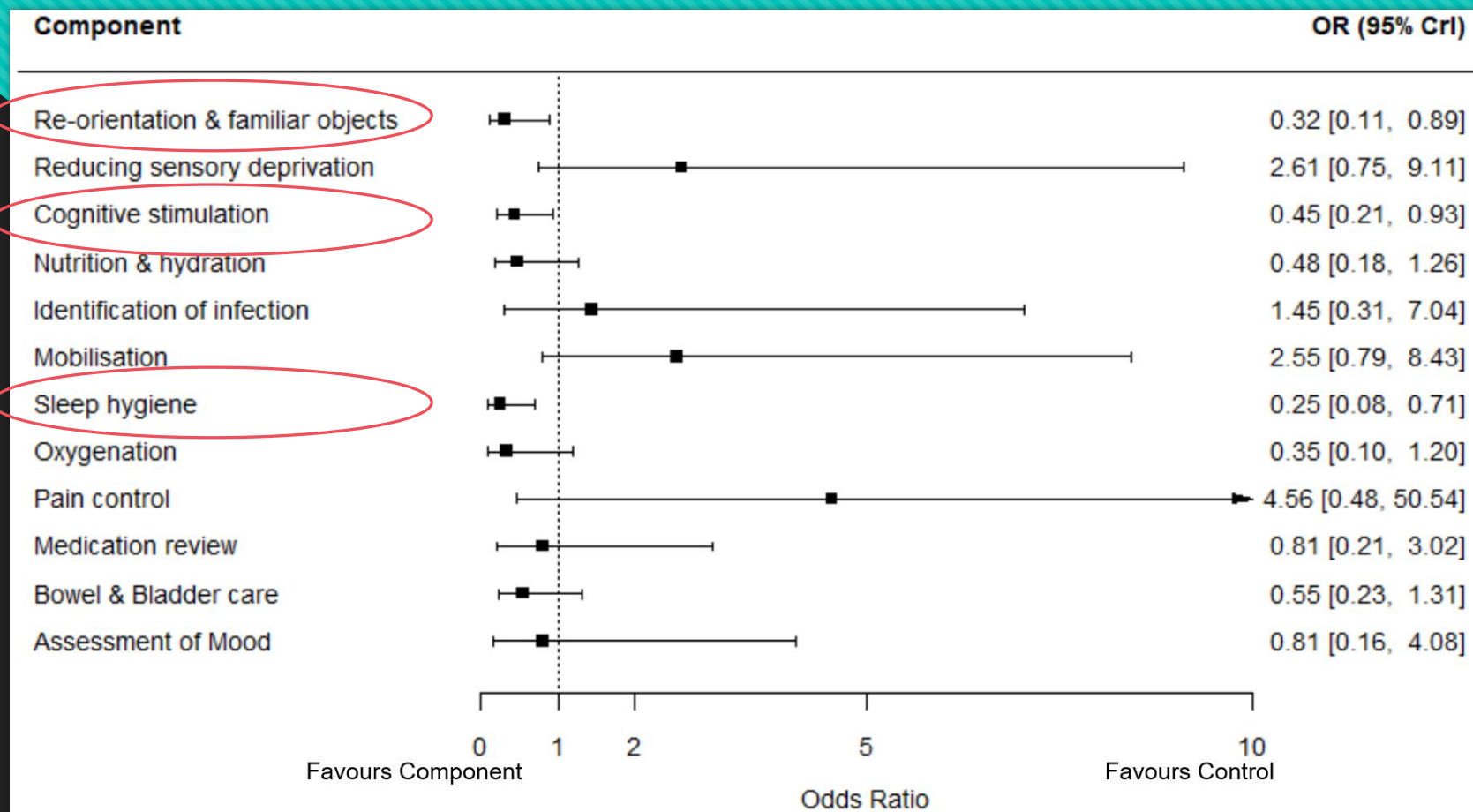
Non-farmakologisk multikomponent intervention

↑ Overvej non-farmakologisk multikomponent forebyggende behandling til alle patienter over 65 år med risiko for delirium, og ↑ til alle delirøse patienter.

Det farmakologiske tager vi til sidst



Hvad er det så der kan hjælpe?



Burton, Jennifer K., Louise E. Craig, Shun Qi Yong, Najma Siddiqi, Elizabeth A. Teale, Rebecca Woodhouse, Amanda J. Barugh, m.fl. "Non-pharmacological Interventions for Preventing Delirium in **Hospitalised Non-ICU Patients**". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, nr. 7

Kommunikation med delirøse

En helt særlig kunst!

Husk at deres korttidshukommelse er HELT kort!!

- Gentag ved hver kontakt:
 - Hvor patienten er
 - Hvem du er
 - Hvornår på døgnet det er (ikke et klokkeslæt)
 - Hvorfor patienten er i den givne situation ("du er indlagt fordi...")
- Undgå at bruge "nej!" Brug i stedet afledning.

- Korte sætninger!
- Undgå at give patienten valgmuligheder som:
"Hvad vil du have at drikke?" Sig i stedet: "Her er
saft."
- Tal i venlig bydeform: "Drik denne saft"
- Stil lukkede spørgsmål:
 - Har du ondt?
 - Er du bange?
- Fortæl hvad patienten oplever – ikke hvad du gør
("Blodtryksmanchetten klemmer om din arm" i
stedet for at "jeg måler dit blodtryk")



Skal vi "gå med"
på deres
vrangforestilling?

Eller skal vi korrigere dem?

Mild korrektion ved hallucination/vrangforestillinger

- Spørg ind til hvad de oplever
- Svar så det er tydeligt, at det ikke er det DU oplever, fx
 - "Det må være underligt for dig at opleve at du er _____, når vi nu er her på XXXXX
 - Eller: "Jeg kan godt se at _____ kan ligne_____. Det er det nu ikke. Det er i stedet _____



Imødekom,
korrigér,
afled!

Kommunikation med den delirøses pårørende

- Tænk "uddannelse" af de pårørende:
 - Forklar situationen, og hvad delirium er
 - Korte beskeder i et enkelt sprog til patienten
 - Gentagelser – af tid på døgnet, hvor man er og evt. hvorfor
 - Der skal være plads til søvn og ro – det er der hjernen "heler"
- Husk det også kan være hårdt arbejde for de pårørende
- Hjælp dem til at acceptere borgerens oplevelser, men uden at forstærke dem

Kommunikation mellem jer

Hvilke
symptomer
på delirium
ser I?

Hvad siger
screeningen?

Hvilke
ændringer er
der sket for
patienten?

Hvilke årsager
kan du
udelukke?

NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR FOREBYGGELSE OG BEHANDLING AF ORGANISK DELIRIUM Quick guide 2021



Medicingennemgang og pausering af medicin

↑ Overvej at foretage gennemgang og sanering af medicin hos alle ældre med risiko for delirium.

✓ Det er god praksis at foretage medicinstatus og gennemgang hos alle delirøse patienter samt at overveje justering, herunder pausering af ikke-livsvigtig medicin.

Behandling med antipsykotika

↑ Overvej kortvarig behandling med antipsykotika til udvalgte delirøse hospitalsindlagte patienter

✓ Det er god praksis at overveje at behandle udvalgte ikke-hospitalsindlagte patienter med delirium med antipsykotika, hvor non-farmakologisk multikomponent intervention og skærmning ikke er tilstrækkelig til at håndtere patienten.

Behandling med benzodiazepin eller benzodiazepin-lignende midler

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

Behandling med melatonin

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

Bør patienter med behandlingsrefraktær delirium behandles med ECT

✓ Det er god praksis at overveje tilbud om ECT ved behandlingsrefraktær delirium, hvor øvrige behandlingsmuligheder er udtømte.

Vigtigst er behandlingen af den til grundlæggende tilstand når det er muligt

27

- Effekten af haloperidol er *ikke* dokumenteret
- 2. generations antipsykotikum er ikke vist mere effektive eller sikre
- Der er ikke basis for at anbefale et stof frem for et andet
- Derfor bør der vælges ud fra stoffernes
 - Bivirkninger
 - Metaboliseringsprofil
 - Interaktionsprofil



Reager på delirium fordi:

- Delirium er en mulig advarsel om at der sker en forværring i patientens tilstand
- Det er farligt
- Det er dyrt
- Det er skræmmende og vi skal undgå dobbelt traumatisering





Nogen
spørgsmål
fra jer?

ELLER ER I BARE FOR SULTNE ;-)?

Hvis du vil med i deliriumnetværket?

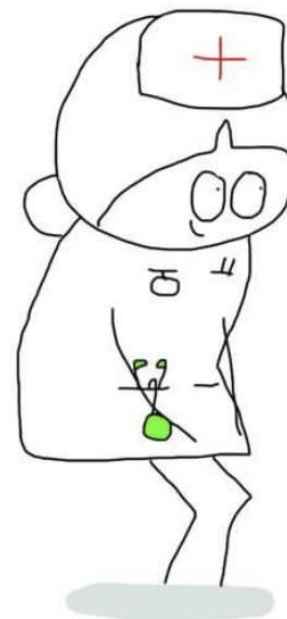
så skriv til

Marie Oxenbøll-Collet

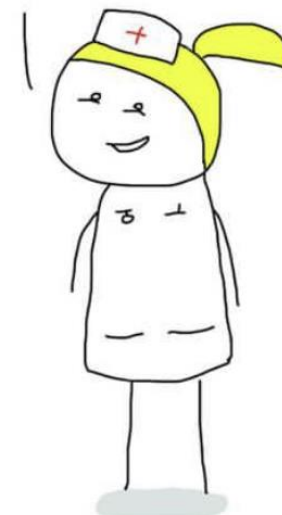
marie.oxenboell-collet@regionh.dk

Eller mig hesv@via.dk

Sygeplejeliv: Hverdagsproblemer



Men hvad er en hallå-dame?



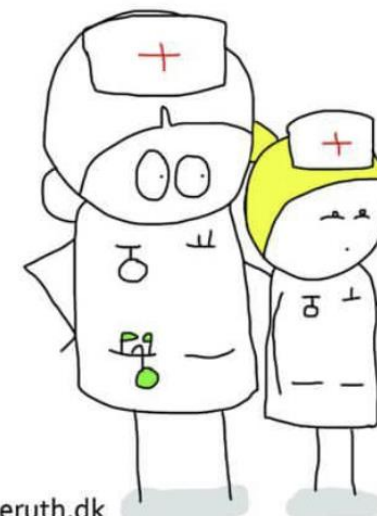
Halloooo
Hallooo
Hjælp
hjælp

Jeg står lige her

Halloooo
Halloooo
Hjælp
Hjæælp

Ja, jeg er lige her

Halloooooo
Halloooo
Halloooooo



Nurseruth.dk

Trin 1: BEVIDSTHEDSNIVEAU

- Dette omfatter patienter, som kan være påfaldende sløve (eksempelvis svære at vække og/eller åbenlyst søvnige under testen) eller agiterede/hyperaktive.
- **Observer patienten.**
- Hvis patienten sover, forsøg da at vække patienten med tale eller blid berøring på skulderen.
- **Bed patienten om at angive sit navn og adresse** som en del af testen.

	Score
Normal (helt vågen - uden at være agiteret - under hele testen)	0
Lidt søvnig <10 sekunder efter vækning, derefter normal	0
Åbenlyst unormal	4

Trin 2: AMT4

AMT står for: Abbreviated Mental Test

	Score
<i>Alder,</i>	0
<i>fødselsdato,</i>	1
<i>sted (navnet på hospitalet eller opholdssted),</i>	2
<i>aktuelle årstal.</i>	

Trin 3 OPMÆRKSOMHED

Spørg patienten: "Kan du nævne årets måneder i baglæns rækkefølge, hvor du starter med december."

For at hjælpe på forståelsen, er det tilladt at sige "hvilken måned kommer før december?"

	Score
Nævner 7 måneder eller flere korrekt	0
Begynder, men klarer <7 måneder / afslår at forsøge	1
Kan ikke testes (pga. utilpashed, døsighed eller uopmærksomhed)	2

Trin 4: AKUT ÆNDRING ELLER FLUKTUERENDE BEVIDSTHEDSNIVEAU

Holdepunkt for en betydelig ændring eller udsving i:

- *bevidsthedsniveau/årvågenhed,*
- *kognition,*
- *eller andre mentale funktioner (fx. paranoide symptomer, hallucinationer)*
- *der er opstået i løbet af de sidste 2 uger*
- *og fortsat er tilstede indenfor det sidste døgn*

Score

Nej **0**

Ja **4**

Samlet score på the4AT:

- **4 eller mere:** muligvis delirium +/- kognitivt svigt
- **1-3:** muligvis kognitivt svigt
- **0:** delirium eller alvorligt kognitivt svigt er usandsynligt (men delirium er stadig en mulighed hvis informationerne i trin 4 er mangelfulde)