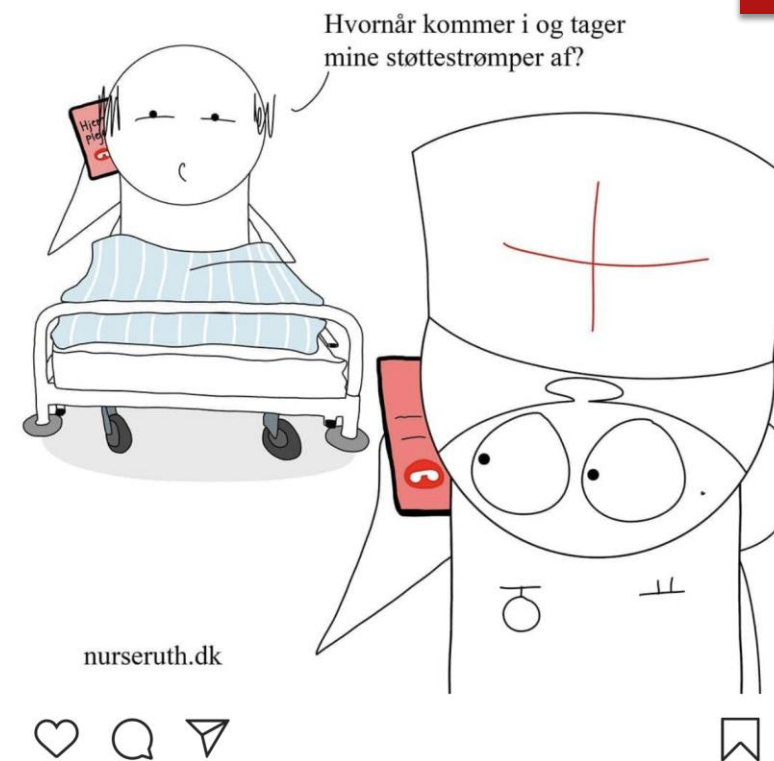


Delirium hos den ældre kræftpatient- og måske også hos en yngre...

- ▶ FSK Landskursus 2024
- ▶ Ved lektor, ph.d. Helle Svenningsen

Primærsygeplejerske: når en borger, jeg med sikkerhed ved er indlagt, ringer ...



317 Synes godt om

nurseruth.dk Sygeplejersken i sekundær, primærsygeplejersken eller hjemmeplejen, det kan vel komme ud på et, når man bare gerne vil have de støttestrømper af NU!

Men så er det godt at kunne fortælle rare "Hr. Borger" at der kommer en supersød sygeplejerskekollega, når han hiver i den der røde snor" ❤️

Disposition for de 45 minutter

2

Definition af delirium

De 3 D'er

En patientoplevelse

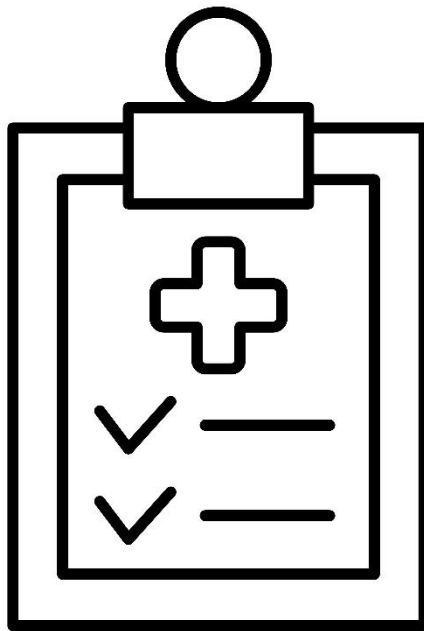
Screening – 4AT

Sygeplejen til delirøse

Delirium hos døende

Spørgsmål fra salen

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 tuber mm.
- ▶ Aggressivitet
- ▶ Emotionelt labil

Blandet delirium


Hypoaktivt delirium:

- ▶ Tilbagetrukket
- ▶ Apatisk
- ▶ Sløvhed, psykomotorisk hypoaktiv
- ▶ Depressions tegn
- ▶ Forlænget reaktionstid



Tabel 1 /

Oversigt over hyppige disponerende og udløsende årsager til delirium.

Disponerende årsager	Udløsende årsager
Alvorlig somatisk sygdom Smerter 	Psykoaktive lægemidler og lægemidler med antikolinerg effekt (steroider, opioider, benzodiazepiner, antidepressiva og antiepileptika)
Sygdom i hjernen, fx hjernemetastaser eller sequelae efter apopleksi	Medicininteraktioner Obstipation
Nedsat almentilstand og underernæring	Infektion, især urinvejsinfektion
Underliggende demens	Hypoksi
Nedsat syn og hørelse	Dehydrering
Alkoholmisbrug	Metaboliske forstyrrelser som hyperkal-cæmi eller hypoglykæmi
Høj alder	Nyre-/leversvigt (uræmisk/hepatisk encefalopati)
	Abstinenser

Tænk (uden at tale!) i 1 minut
– jeg tager tid!

Dan par – ca. 2 og 2

Del jeres tanker

Hvordan kan man vide om patienten
er delirøs, dement eller deprimeret?



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?

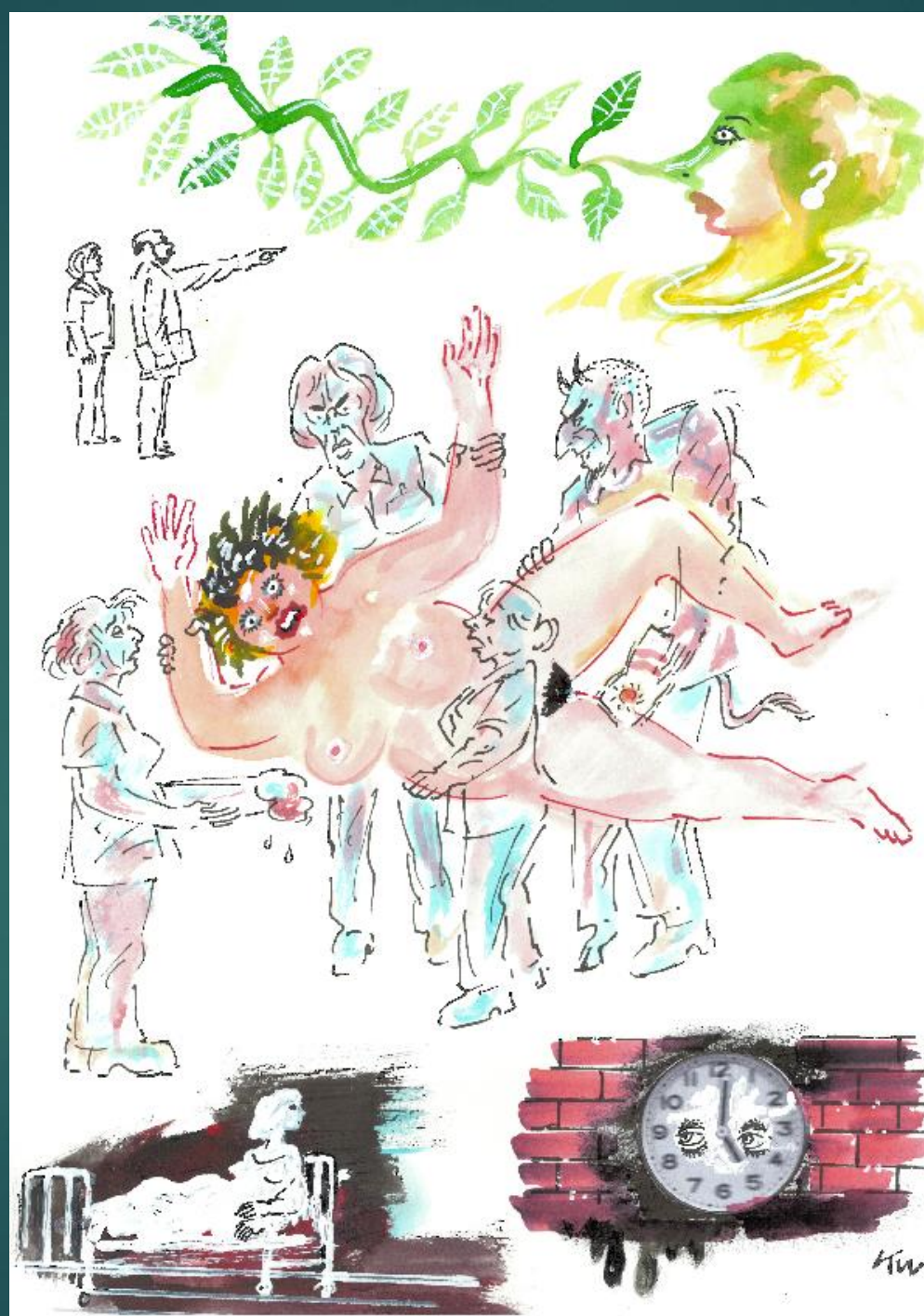



Illustration:
Kurt Westergaard

Hvordan opdager vi delirium hos patienten/borgeren?

Download den danske på:
The4at.com

Den er gratis at anvende – og godt valideret!

(tabel)



Patientens navn: _____
 CPR: _____
 Dato: _____ Tidspunkt: _____
 Test udført af: _____

Screenings test for delirium & kognitiv svækkelse

	Marker svaret med en cirkel
[1] BEVIDSTHEDSNIVEAU	
<i> Dette omfatter patienter, som kan være påfaldende sløve (eksempelvis svare 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.</i>	
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	
<i> Alder, fødselsdato, sted (navnet på hospitalet eller opholdssted), aktuelle årstal.</i>	
Ingen fejl	0
1 fejl	1
2 eller flere fejlløse testbar	2
[3] OPMÆRKSOMHED	
<i> Spørg patienten: "Kan du navne 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?"</i>	
Årets måneder baglæns	Navner 7 måneder eller flere korrekt 0
	Begynder, men klarer <7 måneder / afsår at forsøge 1
	Kan ikke testes (pga. utilpashed, dødsbed eller uopmærksomhed) 2
[4] AKUT ÆNDRING ELLER FLUKTUERENDE BEVIDSTHEDSNIVEAU	
<i> Holdspunkt 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</i>	
	Nej 0
	Ja 4

4 eller mere: formentlig delirium +/- kognitiv svigt
 1-3: formentlig kognitiv svigt
 0: delirium eller alvorligt kognitivt svigt er usandsynligt (men delirium er stadig en mulighed hvis informationerne [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 (høre/åb, døvsasi, 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 (afkortet 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 paranoide 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 usædvanligt?".

© 2017 The4at.com. Repet. Copy Consent of the Boarding. All rights reserved.

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

Alder,

fødselsdato,

sted (navnet på hospitalet eller opholdssted),

aktuelle årstal.

Ingen fejl

1 fejl

2 eller flere fejl/ikke testbar

Score

0

1

2

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?"

	<i>Score</i>
Nævner 7 måneder eller flere korrekt	0
Begynder, men klarer <7 måneder / afslår at forsøge	1
Kan ikke testes (pga. utilpashed, døsigthed 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 sidst 2 uger*
- *og fortsat er tilstede indenfor det sidste døgn*

	<i>Score</i>
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)

Og hvad siger patienterne så til alt det screeneri?

Patienter havde indledende skepsis på grund af manglende viden.

Deres skepsis ændrede sig til fuldstændig accept, efter at vurderingens formål blev forklaret.

Nogle patienter opgav imidlertid vurderingen på grund af kognitive udfordringer, mangel på energi, træthed eller sprogbarrierer.

Patienter satte pris på, at fagfolk var interesseret i deres mentale og fysiske velvære.

På trods af den oprindelige skepsis fandt patienterne deliriumvurderingen værdifuld, når de bedre forstod dens formål. Derfor bør sundhedsfagfolk give patienter relevant information om deliriumvurderinger.


Article

Nordic Journal of
Nursing
Research

Nordic Journal of Nursing Research
0(0) 1-7
© The Author(s) 2019
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/2057158519882823
journals.sagepub.com/home/njn

SAGE

Hospital and nursing home patients' experiences with delirium assessments: A qualitative content analysis

Helle Svenningsen  and Dorthe Sørensen

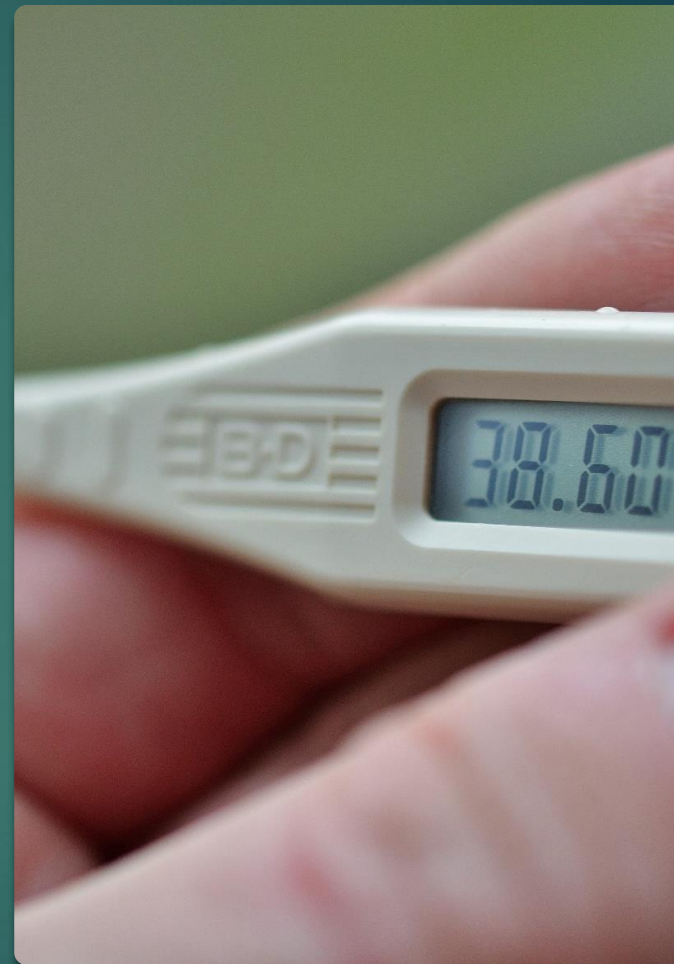
Abstract
To explore hospital and nursing home patients' experiences with delirium assessments and better understand their attitudes, we used a qualitative method to summarise, in everyday terms, specific events observed by researchers and experienced by patients. We performed participant observations of delirium assessments of eight patients and conducted individual semi-structured face-to-face interviews with seven other patients. We carried out content analysis using an inductive approach. Our findings indicate that patients approached delirium assessment with initial scepticism due to a lack of knowledge. Their scepticism changed to complete acceptance after the assessment's purpose was explained. However, some patients gave up on the assessment due to cognitive challenges, lack of energy, fatigue, or language barriers. Patients appreciated that professionals were interested in their mental and physical well-being. Despite initial scepticism, the patients found the delirium assessment valuable when they better understood its purpose. Thus, healthcare professionals should provide patients with relevant information about delirium assessments.

Keywords
delirium assessment, nursing, qualitative research, screening, semi-structured interview

Accepted: 25 September 2019

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...

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

19

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.



Medicینگennemgang 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.

Skærmede omgivelser

Hvad er det?

Måske det er at fjerne bilnøgle og mobiltelefon?

Passende belysning?

Pårørende omkring?

Søvn!



Det nytter noget at have enestuer

Dansk studie fra 2019, afdelingen for ældresygdomme

Aging Clinical and Experimental Research
<https://doi.org/10.1007/s40520-019-01173-y>

ORIGINAL ARTICLE



Single-bed rooms in a geriatric ward prevent delirium in older patients

Sif Blandfort¹ · Merete Gregersen¹ · Kirsten Rahbek¹ · Svend Juul² · Else Marie Damsgaard¹

Received: 4 January 2019 / Accepted: 9 March 2019
© Springer Nature Switzerland AG 2019

Abstract

Background Few studies have investigated treatment environment risk factors for delirium in geriatric patients. In March 2017, a geriatric department was moved from old hospital buildings with multiple-bed rooms (old wards) to a new hospital with single-bed rooms (new wards), with no changes regarding uptake area, staff and admission criteria.

Aims The aim of this study was to investigate the risk of delirium among patients in single-bed rooms compared with multiple-bed rooms.

Methods An observational prospective study included patients aged ≥ 75 years admitted between 15 September 2016 and 19 March 2017 to the old wards and between 20 March and 19 December 2017 to the new wards. Exclusion criteria were terminal illness, somnolence at admission and inability to communicate in Danish. Delirium was assessed by trained nurses, nurse assistants, occupational therapists and physiotherapists every morning and evening using the Confusion Assessment Method (CAM).

Results We included 1014 patients. Patients' characteristics were similar between patients admitted to the old wards and to the new wards. Delirium was present at admission in 105 patients, with no significant difference between the old and new wards. Patients in the new wards had a significantly reduced incidence of delirium during hospital stay compared with patients in the old wards; hazard ratio 0.66 (95% CI 0.48–0.93, $p < 0.02$). No difference between the old and the new wards was observed in the duration of the first delirium episode.

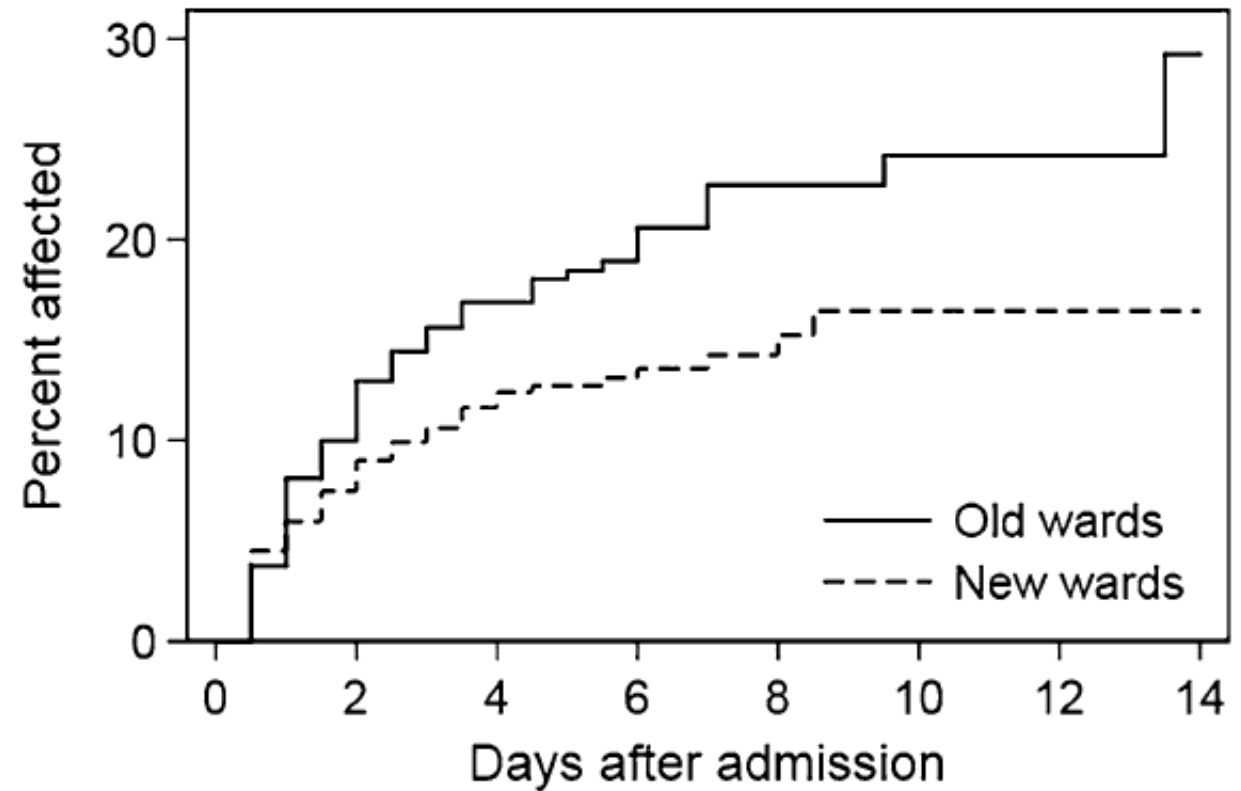
Conclusion We found evidence that the risk of delirium is reduced in single-bed rooms compared with multiple-bed rooms in geriatric wards.

Keywords Delirium · Geriatric · Hospital design · Single-bed room

Kumuleret incidens
faldt fra 29 til 16%

Risikoen for delirium
faldt: HR = 0.66
(95% CI 0.48–0.93, $p = 0.02$)

Kumuleret incidens: Dem der er syge på et
tidspunkt i den periode vi ser på



N at risk	
Old wards	413 332 248 148 75 50 23 13
New wards	496 423 341 192 87 41 17 4

Fig. 2 Cumulative incidence of delirium (105 patients with delirium at admission not included)

Ingen medaljer uden bagside

- ▶ Risikoen for at falde var signifikant højere på de nye enestuer for de der havde delirium – men mindre for de der ikke havde delirium
- ▶ Antipsykotika og antidemens medicinering øgede risikoen for fald signifikant uanset medpatient eller ej



Analgesic and psychoactive medications and the risk of falls in relation to delirium in single-bed rooms compared to multiple-bed rooms in geriatric inpatients

Sif Blandfort¹ · Merete Gregersen¹ · Kirsten Rahbek¹ · Svend Juul² · Else Marie Damsgaard¹

Received: 24 May 2019 / Accepted: 21 August 2019
© Springer Nature Switzerland AG 2019

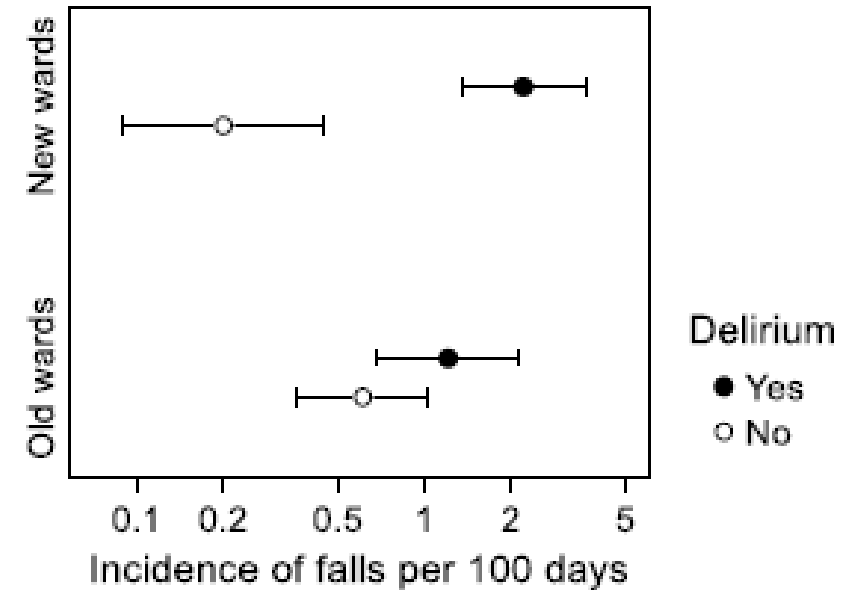
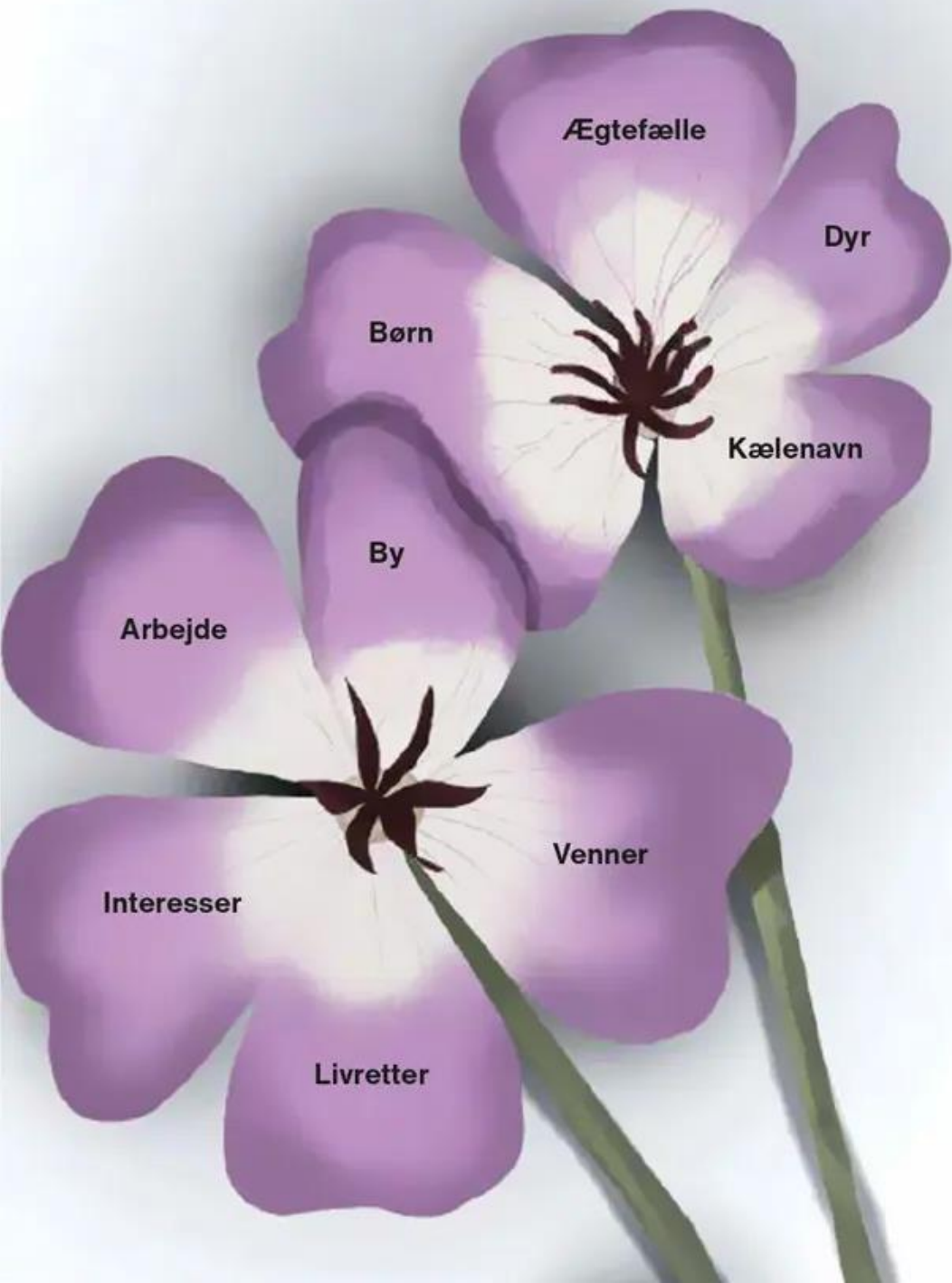


Fig. 3 Incidence of falls in relation to ward type and delirium

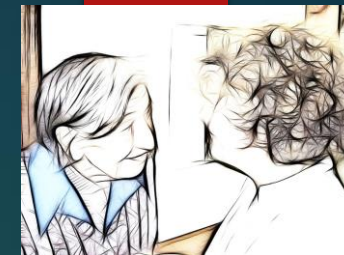


Delir(ium) blomsten

Udfyld den sammen med pårørende

Hæng den så alle kan orientere sig inden de kontakter patienten

Aktiv inddragelse af 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 med delirøse

EN HELT SÆRLIG KUNST!

- ▶ Sørg for at patienten kan se døren, og at du ikke står i vejen for "flugtvejen".
- ▶ Stil dig med siden til patienten med ansigtet vendt mod patienten. (Så virker du mindre truende. Samtidig beskytter du dit ansigt og mellemgulv, hvis patienten slår ud efter dig.)
- ▶ Minimer direkte øjenkontakt
- ▶ Sørg for at patienten kan se dine hænder – vend evt. håndfladerne opad.
- ▶ Undgå at sidde lige foran patienten og binde snørebånd/hjælpe med sko (Du blokerer patientens flugtmulighed, og du er selv sårbar).
- ▶ Undlad at læne dig ind over patienten.
- ▶ Vurdér om der er behov for en timeout – hvor du går ud eller sætter dig lidt væk

- ▶ Brug aldrig mere end syv ord i én sætning!
- ▶ 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")



Og gør det omsorgsfuldt:

- ▶ Anerkend deres konfusion
- ▶ Giv håb
- ▶ Giv tryghed
- ▶ Undgår brug af ord der kan misforstås
- ▶ Brug evt. mild korrektion
 - ▶ “hvad er det der gør at du mener at du er på xxxx?”



Delirium hos døende

INTRO TIL 2 ARTIKLER

Metoder

Semi-strukturerede interviews af sygeplejersker

Grounded theory – tematisk indholdsanalyse

Original Article



Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry, and oncology

Palliative Medicine
26(7) 887–896
© The Author(s) 2011
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0269216311419884
pmj.sagepub.com
The SAGE logo, consisting of the word "SAGE" in a bold, sans-serif font next to a circular icon containing a stylized 'S'.

M Agar *Discipline of Palliative and Supportive Services, Flinders University, Adelaide, Australia; Department of Palliative Care, Brookside Hospital, HammondCare, Sydney, New South Wales, Australia; South West Sydney Clinical School, University of New South Wales, Sydney, New South Wales, Australia; South West Sydney Local Health Network Palliative Care Service, Sydney, Australia*

B Draper *University of New South Wales, School of Psychiatry, Sydney, Australia*

PA Phillips *Flinders University, Division of Medicine, Adelaide, Australia*

J Phillips *University of Notre Dame, Sydney Australia*

A Collier *South West Sydney Local Health Network Palliative Care Service, Sydney, Australia; University of Technology, Centre for Health Communication, Sydney, Australia*

J Harlum *South West Sydney Local Health Network Palliative Care Service, Sydney, Australia*

D Currow *Discipline of Palliative and Supportive Services, Flinders University, Adelaide, Australia*

Table 1. Demographics of the participants.

Table 1. Demographics of the participants.

	Palliative Care	Oncology	Aged care	Aged care Psychiatry
Number of participants	10	10	10	10
Age (mean, range in years)	50 (25–57)	42 (24–66)	47 (42–62)	45 (21–60)
Duration of work in clinical area (mean (years), range)	7 (0.5–15)	5 (0.75–17)	10 (2–17)	13 (4–37)
Primary nursing qualification (n)*	Bachelor of nursing n=2 RN n=3 Diploma in nursing n=2 EEN n=3	Bachelor of nursing n=5 RN n=5	RN n=6 AIN n=1 EEN n=1 Unknown n=2	RN n=2 Bachelor of nursing n=1 EEN n=3 AIN n=2 TEN n=1
Total shift hours/week	35 (24–60) (n=10)	37 (24–40) (n=10)	36 (24–40) (n=9)	35 (16–40) (n=10)
Morning shift hours/week	20 (8–45) (n=9)	25 (16–40) (n=8)	20 (8–40) (n=8)	18 (8–40) (n=10)
Afternoon shift hours/week	15 (8–28) (n=7)	18 (8–40) (n=6)	22 (8–40) (n=6)	19 (8–40) (n=9)
Night shift hours/week (Mean, (range), n)	18 (8–28.5) (n=3)	10 (6–20) (n=2)	16 (8–24) (n=2)	0
Time working in an inpatient setting (mean, range in years)	16 (8–36)	16.9 (2–45)	22.4 (4–45)	6.4 (0.75–20)
Postgraduate study in clinical area	Graduate diploma in palliative care (n=1) Graduate certificate (Grad cert) in palliative care (n=1) Oncology certificate (n=1)	Grad cert oncology (n=4) Grad cert palliative care (n=2) Master of palliative care (n=1) Postgraduate studies in cancer services (n=1) Grad cert chemotherapy (n=1) Grad cert in cancer nursing (n=1)	Nil	Grad cert gerontology and graduate diploma in mental health nursing (n=1)

RN, registered nurse; EEN, endorsed enrolled nurse; AIN, assistant in nursing; TEN, trainee enrolled nurse.

Hvad kom de frem til?

1. Sygeplejersker har begrænset viden om delirium uanset deres speciale/afdeling.
2. Delirium blev af alle identificeret som en meget foruroligende oplevelse for både patienter, pårørende og personale.
3. Størstedelen af sygeplejerskerne havde en overfladisk forståelse af deliriumhåndtering, og anlagde en opgaveorienteret tilgang med det formål at imødegå de mere mærkbare problemer.
4. Innovative tilgange er nødvendige for at tilpasse sundhedsprofessionelles adfærd med den bedste evidens for deliriumbehandling.

Review

- ▶ Terminal delirium ses hos 88 %
 - ▶ Ikke sjældent pga den medicinske behandling
- ▶ Behandling af tilgrundliggende årsag kan betyde reversibilitet for op til 50%
- ▶ Både patienter og pårørende oplever delirium som lidelsesfuldt – hvilket kan mindskes med oplysning/undervisning
- ▶ Haloperidol er foretrukket stof til behandling, dog benzodiazepiner ved abstinens årsager

Review Article

Delirium in Palliative Medicine: A Review

Susan B. LeGrand, MD

Section of Palliative Medicine and Supportive Oncology, The Harry R. Horvitz Center for Palliative Medicine, Department of Solid Tumor Oncology, Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute, Cleveland, Ohio, USA

Nogen spørgsmål fra jer?

Eller lyst til at dele noget?



Din sammenfatning

Notér de tre vigtigste ting du vil tage med dig



Nyttige Links

37

Dansk deliriumnetværk:

- ▶ <https://www.danishdeliriumassociation.org/> (trods navnet er den dansk - og der er videoer, pjecer, links mm – og det er gratis at være med 😊)

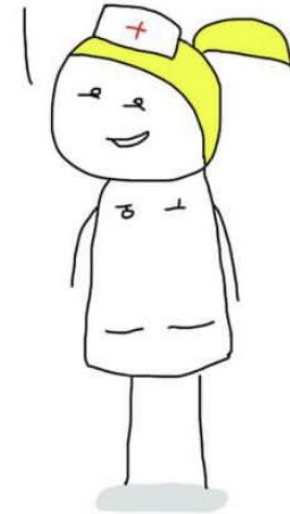
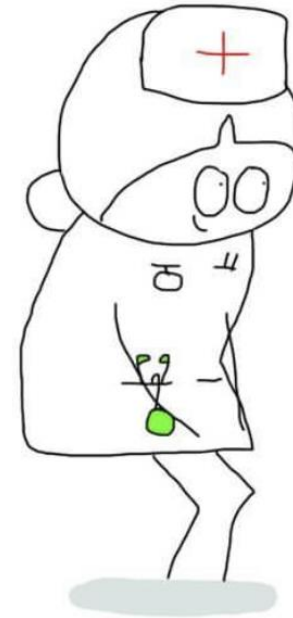
▶ Artikler:

- ▶ [Opsporing, udredning og håndtering af delirium hos indlagte ældre | Ugeskriftet.dk](#)

Oversigt over de danske redskaber:

- ▶ [Redskaber til deliriumscreening | Ugeskriftet.dk](#)
 - ▶ Dertil en kommentar – med yderligere redskaber til børn

Men hvad er en hallå-dame?



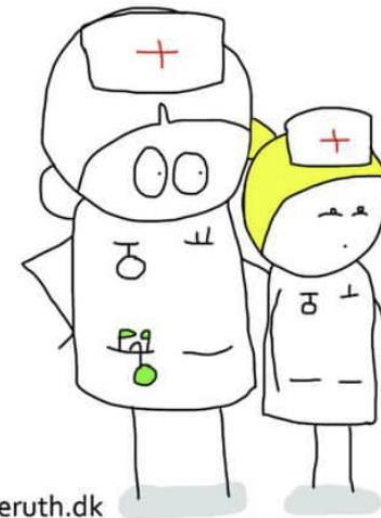
Halloooo
Hallooo
Hjælp
hjælp

Jeg står lige her

Halloooo
Halloooo
Hjælp
Hjæælp

Ja, jeg er lige her

Hallooooo
Halloooo
Hallooooo



Tak for nu!