



# Delirium – framleis underdiagnostisert

---

## LEDER

LEIV OTTO WATNE

E-post: l.o.watne@gmail.com

Leiv Otto Watne (f. 1977) er postdoktorstipendiat og spesialisert seg i indremedisin og geriatri ved Oslo universitetssykehus. Han er leiar av Oslo Delirium Research Group.

Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgjev ingen interessekonflikatar.

TORGEIR BRUUN WYLLER

Torgeir Bruun Wyller (f. 1960) er professor i geriatri ved Universitetet i Oslo og overlege ved Oslo universitetssykehus. Det var han som skipa Oslo Delirium Research Group.

Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgjev ingen interessekonflikatar.

---

Helsepersonell kan for lite om delirium, og majoriteten av tilfella vert aldri oppdaga. No blir det arrangert ein internasjonal dugnad for å redusere forvirringa.

14. mars 2018 har fleire internasjonale organisasjonar gått saman om å markere verdas deliriumdag, for å auke medvitet om delirium i helsetenesta og mellom folk flest (1). Når ein følgjer opp pasientar etter ei sjukehusinnlegging, er det mange som treng å snakke om at dei var forvirra under opphaldet. Mange plagast av at dei oppførte seg «dårleg».

Delirium har tre kjenneteikn. Det representerer ei forstyrning i klarleik og merksemd som kjem brått og skuldast akutt somatisk sjukdom, skade, forgifting eller abstinens (2). Bruken av sentrale omgrep i deliriumdiagnostikken er drøfta i språkspalteartikkelen *Hvordan beskrive delirium* (3). Det er vår erfaring at omgrepet delirium vert nytta oftare no enn før. Men mange er ikkje medvetne om at alle dei diagnostiske kriteria må vere oppfylte. Etiketten delirium vert nytta om pasientar som er urolege, aggressive og vanskelege å handtere. Men dette er ikkje obligate kjenneteikn. Pasientar som har slike symptom, men utan at alle kriteria for delirium er til stades, har etter vår erfaring som oftast demensrelaterte åtferdsforstyrningar. På andre sida finst det pasientar som oppfyller alle kriteria for delirium, men som ikkje blir identifiserte som deliriske av di dei ikkje er urolege.

Mange legar er vane med å vurdere om pasientane er vakne, klåre og orienterte (3). Gjer ein det systematisk, kjem ein godt i veg med deliriumdiagnostikken. Men i tillegg må ein vurdere pasientens merksemd. Det gjer ein enkelt ved undersøke om pasienten kan seie månadene i året eller dagane i veka baklengs (4).

Det at delirium alltid skuldast ein akutt somatisk tilstand, har to viktige konsekvensar. For det første skal mistanke om delirium utløyse ei systematisk leiting etter årsaka. Delirium kan vere det einaste eller i alle høve det mest dramatiske symptomet. Til dømes vil god

diagnostikk av delirium gjere identifisering av sepsis med hjelp av qSOFA (Quick Sequential Organ Failure Assessment) meir presis (5). For det andre er det slik at dersom ein etter grundig utgreiing ikkje kan finne nokon utløysande årsak, ja så har ikkje pasienten delirium. Då lyt ein sjå etter andre årsaker til endra åtferd.

Delirium oppstår som eit samvirke mellom predisponerande og utløysande faktorar. Prevalensen er høgast i geriatriske avdelingar (som har dei mest skrøpelege pasientane) og i intensivavdelingane (som har dei sjukaste pasientane). 15. mai 2010 rykte deliriumforskarar inn på Cork University Hospital i Irland, eit generelt akuttjukerhus med om lag 400 senger. Gjennom ein skikkeleg dugnad klarte dei i løpet av den eine dagen å vurdere nær alle dei vaksne innlagde pasientane med omsyn på delirium, og dei fann ein prevalens på 20 % (6). 14. mars 2018 vil liknande kartleggingar bli gjennomførte i mange europeiske sjukehus, inkludert fleire norske.

Ikkje-farmakologiske tiltak er mest effektivt mot delirium (7). Aktiv realitetsorientering og roing av pasienten, systematisk bruk av pårørande, aktivisering på dagtid for å betre nattesøvnen, å kompensere for sansesvikt og korrigere fysiologiske avvik er gode tiltak utan biverknader som truleg vert for lite nytta. Derimot vert det ofte eit spørsmål om medisiner. Det finst ikkje legemiddel som er vist å ha positiv effekt på prognosen ved delirium, tvert om kan dei fleste middel vi nyttar for å få pasientane rolege både forlengje og forverre deliret. Dersom farmakologisk handsaming er naudsynt for å komme til med adekvate tiltak, er truleg nokre få dagar med små doser av eit antipsykotisk middel som haloperidol eller risperidon minst skadeleg, såframt pasienten ikkje har parkinsonistiske symptom (8).

For fyrste gong på lang tid er det no lansert eit nytt legemiddel mot delirium. Den adrenerge alfa-2-reseptoragonisten deksmedetomidin vert i aukande grad nytta mot delirium i intensivavdelingar (9). Dette er gledeleg, både av di det gjev ein ny og naudsynt farmakologisk moglegheit, førebels rett nok berre i intensivavdelingar, og av di det kan opne for ny patofysiologisk innsikt.

Medan ein før trudde at delirium var ein fullstendig reversibel tilstand, har ein no aukande kunnskap om at delirium kan gje varig forverra kognitiv funksjon og utløyse demens (10). Delirium er vanleg og alvorleg – og difor eit stort folkehelseproblem. Mot ein slik bakgrunn har forskinga på delirium vore sær ssped i heile verda. No er likevel denne forskinga raskt aukande, og i fjor vart det publisert over 1 000 PubMed-indekserte artiklar. Dette er gledeleg og gjev von om at ein så smått kan vinne ny patofysiologisk innsikt og teste ny behandling.

---

#### LITTERATUR:

1. World Delirium Awareness Day Headquarters. [www.idelirium.org](http://www.idelirium.org) (29.1.2018).
2. Neerland BE, Watne LO, Wyller TB. Delirium hos eldre pasienter. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 1596 - 600. [PubMed][CrossRef]
3. Neerland BE, Krogseth M, Wyller TB. Hvordan beskrive delirium? *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; 138: doi: 10.4045/tidsskr.18.0118. [CrossRef]
4. Hall RJ, Meagher DJ, MacLulich AM. Delirium detection and monitoring outside the ICU. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2012; 26: 367 - 83. [PubMed][CrossRef]
5. Myrstad M, Neerland BE, Hagberg G et al. Vurdering av mental status hos akutt syke gamle. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: 859. [PubMed]
6. Ryan DJ, O'Regan NA, Caoimh RÓ et al. Delirium in an adult acute hospital population: predictors, prevalence and detection. *BMJ Open* 2013; 3: e001772. [PubMed][CrossRef]
7. Hshieh TT, Yue J, Oh E et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 512 - 20. [PubMed][CrossRef]
8. Meagher D, Agar MR, Teodorczuk A. Debate article: Antipsychotic medications are clinically useful for the treatment of delirium. *Int J Geriatr Psychiatry* 2017; E-publisert 30.7.2017. [PubMed][CrossRef]

9. Reade MC, Eastwood GM, Bellomo R et al. Effect of dexmedetomidine added to standard care on ventilator-free time in patients with agitated delirium: a randomized clinical trial. *JAMA* 2016; 315: 1460-8. [PubMed][CrossRef]
10. Davis DH, Muniz-Terrera G, Keage HA et al. Association of delirium with cognitive decline in late life: a neuropathologic study of 3 population-based cohort studies. *JAMA Psychiatry* 2017; 74: 244-51. [PubMed][CrossRef]

---

Publisert: 5. mars 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0118  
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no