



Akutt delirium

LEDER

BRYNJAR FURE

E-post: brynjar.fure@gmail.com

Brynjar Fure er ph.d. og spesialist i geriatri, i nevrologi og i indremedisin. Han arbeider som overlege i geriatri og nevrologi ved Centralsjukhuset i Karlstad.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Systematisk kartlegging av pasienter med akutt delirium på akuttmottakene i norske sykehus kan gi et løft for eldre pasienter med mange sykdommer.

Hos mange leger fremkaller ordene akutt forvirring og delirium bilder av urolige og utagerende eldre pasienter. Mange av disse pasientene har hatt hyperaktivt delirium, en tilstand som skaper bekymring og forventning fra omgivelsene om at «noe må gjøres». Både hyperaktivt delirium og den betydelig vanligere tilstanden hypoaktivt delirium kjennetegnes av forstyrret oppmerksomhet, ofte med andre kognitive tilleggssymptomer som rom-retnings-vansker, påvirket hukommelse eller nedsatt språkfunksjon (1). Mange pasienter får også hallusinasjoner og vrangforestillinger (1). Mens pasienter med hyperaktivt delirium nærmest alltid påkaller oppmerksomhet, ligger pasienter med den hypoaktive formen ofte stille i sengen. Pasienter veksler gjerne mellom hyperaktivt og hypoaktivt delirium (2).

Som forfatterne bak artikkelen *Delirium og kognitiv svikt blant eldre i norske akuttmottak* belyser, er akutt delirium svært vanlig (3). Tilstanden er ofte udiagnostisert, og forfatterne argumenterer for at sykehusene bør innføre en metode for å avdekke akutt delirium på en systematisk måte. Hvorfor er dette så viktig?

Akutt delirium kan være dødelig. Ifølge DSM-5-kriteriene fra 2013 forutsetter diagnosen at det finnes en påvisbar utløsende årsak (1). Infeksjon i luftveier eller urinveier er en av de vanligste årsakene hos gamle, men elektrolyttforstyrrelser, metabolske avvik og ikke minst legemidler er andre vanlige utløsende årsaker. Dette gjelder spesielt legemidler med psykotrope virkninger, gjerne i forbindelse med oppstart, nedtrapping eller seponering (4). Eldre pasienter mangler ofte organspesifikke symptomer selv ved alvorlig organpåvirkning (5), som derfor klinisk kan komme til uttrykk ved allmennsymptomer som trøtthet og svimmelhet eller delirium. For å avbryte et akutt delirium må behandling rettet mot den utløsende årsaken startes så tidlig som mulig. Slik behandling kan være livreddende. Hvis akutt delirium vedvarer i flere dager eller uker, øker risikoen for alvorlig funksjonstap eller død (4).

Flere ulike screeninginstrumenter kan være til hjelp i diagnostikken av akutt delirium. Tradisjonelt har Confusion assessment measure (CAM) vært mye benyttet i Norge (6). Evensen og medforfattere mener at vi heller bør benytte instrumentet 4AT, som også finnes i norsk utgave og som ser ut til å ha bedre egenskaper (7). Den aller viktigste effekten av å

innføre systematisk deliriumscreening av eldre i akuttmottak er likevel at sykepleiere og leger kan bli mer oppmerksomme på tilstanden – uavhengig av hvilket instrument som benyttes.

Ved hyperaktivt delirium møtes leger ofte av et krav fra pårørende eller pleiepersonale om å «roe ned» situasjonen ved hjelp av legemidler. Det foreligger imidlertid svært begrenset dokumentasjon av effekten av slik behandling, som dessuten kan medføre bivirkninger og forverring av delirium (8). Ikke-farmakologiske tiltak, som skjerming på enerom, færrest mulig pleiere og døgnorientering, dvs. at pasientens rom er lyst om dagen og mørkt om natten, bør alltid forsøkes først (3). Pårørende representerer en viktig trygghet for mange pasienter med delirium og kan være en ressurs i behandlingen.

Det er viktig å skille mellom delirium og demens. Diagnosen demens skal ikke stilles under pågående akutt delirium, med mindre det foreligger klare anamnesticke opplysninger om at tilstanden har utviklet seg gradvis over lengre tid, støttet av funn i biomarkører for demens, som CT eller MR av hjernen eller funn i spinalvæsken. Hensikten med å kartlegge kognitiv funksjon hos pasienter under akutt opphold på sykehus er derfor ikke først og fremst å diagnostisere demenssykdom, men snarere å avklare pasientens kognitive funksjonsnivå der og da for å kunne planlegge videre oppfølging.

Å innføre systematisk kartlegging av pasienter med akutt delirium på akuttmottakene i norske sykehus kan gi et løft for pasientgruppen multisyke eldre – men bare dersom screening kombineres med bedre kunnskap om diagnostikk og behandling av tilstanden.

LITTERATUR:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
2. Peterson JF, Pun BT, Dittus RS et al. Delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 479–84. [PubMed][CrossRef]
3. Evensen S, Saltvedt I, Ranhoff AH et al. Delirium og kognitiv svikt blant eldre i norske akuttmottak. *Tidsskr Nor Legeforen* 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.18.0578. [CrossRef]
4. Hshieh TT, Inouye SK, Oh ES. Delirium in the Elderly. *Psychiatr Clin North Am* 2018; 41: 1–17. [PubMed][CrossRef]
5. Nemeč M, Koller MT, Nickel CH et al. Patients presenting to the emergency department with non-specific complaints: the Basel Non-specific Complaints (BANC) study. *Acad Emerg Med* 2010; 17: 284–92. [PubMed][CrossRef]
6. De J, Wand AP. Delirium screening: A systematic review of delirium screening tools in hospitalized patients. *Gerontologist* 2015; 55: 1079–99. [PubMed][CrossRef]
7. Evensen S, Forr T, Al-Fattal A et al. Nytt verktøy for å oppdage delirium og kognitiv svikt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 299–300. [PubMed][CrossRef]
8. Pandharipande PP, Pun BT, Herr DL et al. Effect of sedation with dexmedetomidine vs lorazepam on acute brain dysfunction in mechanically ventilated patients: the MENDS randomized controlled trial. *JAMA* 2007; 298: 2644–53. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 13. mars 2019. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0174

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no