

Delirium

Delirium er en tilstand forårsaget af en alvorlig hjernepåvirkning, der opstår pludseligt over timer til få dage. De udløsende faktorer til delirium er fysisk sygdom eller medicinpåvirkning.

Ældre mennesker og mennesker med demens har en betydelig øget risiko for delirium, og de kommer sig dårligere end andre efter delirium.

Årsager, risikofaktorer og forløb

Delirium er et syndrom defineret som en akut opstået tilstand. Symptomerne på delirium er oftest svingende, men er kendetegnet ved forstyrrelser i bevidsthed, opmærksomhed, døgnrytme og psykomotorik.

Den udløsende årsag til delirium er altid fysisk sygdom, fx urinvejsinfektion, lungebetændelse eller væskemangel. Delirium kan også skyldes medicinpåvirkning eller bivirkninger af medicin. Delirium opstår formodentligt pga. en inflammationstilstand i hjernen, men årsagsmekanismen bag udvikling af delirium er kompleks og ikke endeligt klarlagt.

Risikofaktorer for at udvikle delirium er høj alder, hjernesygdom, fx demens, eller anden kronisk sygdom.

Varigheden af en delirøs tilstand varierer. I nogle tilfælde er tilstanden langvarig og aftager først, når den udløsende årsag er helt afhjulpet, fx når den fysiske sygdom er velbehandlet. I andre tilfælde kan delirium være ganske kortvarig, fx i tilfælde hvor den medicin, som har udløst delirium, kan stoppes eller udskiftes med anden medicin. Hos nogle personer kan delirium forekomme gentagne gange, fx når en kronisk sygdom forværres eller ikke er velbehandlet.

Delirium og demens

Et sygdomsforløb med delirium øger markant risikoen for længerevarende kognitive vanskeligheder, funktionstab og død. Ældre, der ellers var kognitivt velfungerende forud for udvikling af en delirøs tilstand, har øget risiko for at udvikle demens efter episoden med delirium. Jo længere den delirøse tilstand varer, des større er risikoen for at få funktionstab og udvikle demenssygdom efterfølgende.

Hos en person, der har demenssygdom og får delirium, kan forløbet sætte fart i sygdomsudviklingen og medføre store funktionstab. Ældre med demens, der indlægges på sygehus pga. anden fysisk sygdom, har op mod 89 % risiko for at udvikle delirium.

Symptomer på delirium

Døgnvariation

Symptomer på delirium svinger over døgnet og forværres ofte i aften- og nattetimerne. Man kender ikke den præcise årsag til denne døgnvariation.

Opmærksomhedsforstyrrelser

Personen veksler mellem at være dårligere orienteret i tid og sted og have vanskeligt ved at fastholde opmærksomhed, selv i en kort samtale, og på andre tidspunkter være i sin vanlige tilstand.

Forstyrrelser i søvn og døgnrytme

Delirium påvirker formodentligt de signalstoffer i hjernen, som regulerer vores søvn/vågen-balance, så personen med delirium sover dårligt, eller slet ikke om natten, og sover måske i stedet meget i dagens løb.

Uro eller apati

Der skelnes mellem tre forskellige subtyper, hvor det motoriske tempo er ændret på forskellig vis: hyperaktivt delirium, hypoaktivt delirium og en blandingstype. Ved hyperaktivt delirium bliver personen pludselig urolig, rastløs og vandre rundt uden at kunne finde ro.

Dette står i modsætning til hypoaktivt delirium (stille delirium), hvor personen ligger uvirksomt hen uden at tage initiativ til noget. Endeligt kan der forekomme en blandet type, hvor personen skifter mellem at være motorisk urolig og ligge eller sidde stille hen.

Psykotiske symptomer

Ved delirium kan der forekomme hallucinationer – oftest i form af synshallucinationer og vrangforestillinger. Ligesom alle andre symptomer ved delirium kan disse forværres i aften- og nattetimerne. Det anbefales generelt ikke at anvende antipsykotisk medicin til behandling af disse symptomer.

Forebyggelse og behandling af delirium

Forebyggelse og behandling af delirium er på mange måder sammenfaldende. Det vigtigste er hurtigt at identificere tilstanden, finde den udløsende årsag, sikre basal pleje, og skabe et roligt og trygt miljø omkring personen.

Der er ingen lægemidler specifikt godkendt til behandling af delirium, men der bruges antipsykotiske midler som symptomlindrende behandling i de tilfælde, hvor der er tale om en livstruende situation, hvor patientens uro og agitation gør udredning og behandling af udløsende årsager umulig.

Udredning af udløsende årsager

For at finde årsagerne til delirium bør følgende undersøges:

- Gennemgang af medicinliste med henblik på at undersøge, om personen får medicin, som kan udløse delirium. Herunder fokus på nyopstartet medicin.
- Tage blodprøver for at undersøge, om årsagen til delirium er infektion, forstyrrelser i elektrolytbalancen, dårlig nyre- og leverfunktion, lav blodprocent, lavt eller højt blodsukker osv.
- Hvis årsagen til delirium ikke findes ved ovenstående undersøgelser, kan yderligere undersøgelser overvejes, fx lumbalpunktur eller CT-scanning af hjernen.

[Læs mere om forebyggelse af demens her](#)

Screeningsredskaber til udredning og observation

Der findes screeningsredskaber, som både kan bruges i udredning og til observation af delirium. I Danmark anvender man ofte én af to validerede screeningsredskaber: CAM (Confusion and Assessment Method) eller b-CAM (Brief Confusion and Assessment Method). Ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinjer er det god praksis at overveje løbende at screene, hvis der er mistanke om delirium.

Når det drejer sig om personer med en let grad af demens, kan screeningsredskabet 4AT bruges. 4AT kan være vanskelig at anvende ved moderat til svær demens, da det forudsætter, at personen har et vist niveau af sproglig forståelse.

Det anbefales ligeledes løbende at lave CAM, b-CAM eller 4AT screening for at observere tilstanden og for at få et mere præcist billede af, om de tiltag, man sætter i værk, hjælper på den delirøse tilstand. Screening skal gentages flere gange hen over døgnet, da tilstanden svinger. For at følge om symptomerne bedres eller forværres, kan man også udfylde døgnskema/uroskema, hvor udsving i motorisk tempo og søvn følges.

[Du finder CAM-skemaet her](#)

[Du finder b-CAM flow chart her](#)

Indsatser i pleje og omsorg (nonfarmakologiske tiltag)

Personen med delirium vil oftest have behov for øget hjælp og støtte til basale behov. Hvis dette ikke gives, kan det medføre en forlængelse og forværring af den delirøse tilstand. Det kaldes i denne sammenhæng nonfarmakologiske tiltag. Man bør derfor sikre en god plejeindsats i forhold til bl.a.:

- Ernæring og væske
- Toiletbesøg (forebyggelse af obstipation og urinretention)
- Personlig hygiejne
- Mobilisering og let fysisk aktivitet i dagtimerne
- Tiltag der understøtter en god og uafbrudt nattesøvn

Stress og angst kan formodentligt forstærke delirium-symptomer og forlænge tilstanden. Det er derfor vigtigt at sørge for ro, tryghed og støtte til orientering. Det kan fx ske ved at:

- Have en tæt og stabil personalekontakt. Vær så få nye personaler omkring personen som muligt.
- Inddrage pårørende, som kan være med til at skabe ro og tryghed for personen med delirium.
- Tilpasse kommunikationen til personens kognitive niveau, fx ved at bruge et enkelt sprog uden for mange valg og informationer.
- Sørge for, at personen har de optimale betingelser for sanseindtryk og kommunikation, fx at personen får eventuelle briller og høreapparat på.
- Tilpasse sansestimuli (fx synsindtryk og lyde) til den enkelte, bl.a. ved hjælp af skærmning, og give mulighed for, at personen kan trække sig tilbage til et roligt miljø.

For at forebygge og afhjælpe delirium er det først og fremmest vigtigt at foretage udredning og behandling af alle udløsende årsager hurtigst muligt. Herudover har nonfarmakologiske tiltag, i form af øget fokus på hjælp til basale behov og stressreduktion ved at skabe et trygt og roligt miljø, formodentligt en forebyggende effekt samt en effekt på længden af den delirøse episode og derved omfanget af funktionstab efterfølgende.

[Læs mere om behandling og pleje af demens her.](#)

[Læs guiden: Delirium – en guide til forebyggelse, opsporing og håndtering af delirium hos mennesker med demens.](#)

Kilder

Nørbæk, J., & Glipstrup, E. (2016). Delirium is seen in one-third of patients in an acute hospital setting. Identification, pharmacologic and non-pharmacologic treatment is inadequate. *Danish medical journal*, 63(11), A5293.

[PubMed](#)

Davis, D. H., Muniz-Terrera, G., Keage, H. A., Stephan, B. C., Fleming, J., Ince, P. G., ... & Brayne, C. (2017). Association of delirium with cognitive decline in late life: a neuropathologic study of 3 population-based cohort studies. *JAMA psychiatry*, 74(3), 244-251.

[PubMed](#)

Morandi, A., Davis, D., Bellelli, G., Arora, R. C., Caplan, G. A., Kamholz, B., ... & Meagher, D. (2017). The diagnosis of delirium superimposed on dementia: an emerging challenge. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(1), 12-18.

[PubMed](#)

Maldonado, J. R. (2013). Neuropathogenesis of delirium: review of current etiologic theories and common pathways. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(12), 1190-1222.

[PubMed](#)

Hshieh, T. T., Yang, T., Gartaganis, S. L., Yue, J., & Inouye, S. K. (2018). Hospital elder life program: systematic review and meta-analysis of effectiveness. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(10), 1015-1033.

[PubMed](#)

Blandfort, S., Gregersen, M., Rahbek, K., Juul, S., & Damsgaard, E. M. (2020). Single-bed rooms in a geriatric ward prevent delirium in older patients. *Aging Clinical and Experimental Research*, 32(1), 141-147.

[PubMed](#)

Inouye, S. K., van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegel, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method: a new method for detection of delirium. *Annals of internal*

medicine, 113(12), 941-948.

[PubMed](#)

Hshieh, T. T., Yue, J., Oh, E., Puelle, M., Dowal, S., Trivison, T., & Inouye, S. K. (2015). Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 175(4), 512-520.

[PubMed](#)

Sundhedsstyrelsen (2021). National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af organisk delirium.

[Sundhedsstyrelsen](#)

Senest opdateret: 30. september 2020