

KAN DET VÆRE DELIRIUM?

Maria Krogseth

MD, PhD

Medisinsk avdeling Sykehuset i Telemark HF

Alderspsykiatrisk Forskningsnettverk Telemark Vestfold (TeVe)

Universitetet i Sørøst-Norge

TORA OLSEN, 78 år

Bor alene i enebolig. Sønn bor i nabohuset.

Hjemmesykepleie tre ganger daglig for medisinhåndtering og av-/påkledning.

Kjent atrieflimmer, hjertesvikt, polymyalgia rheumatika og osteoporose.

Innlegges akutt med spørsmål om hoftebrudd etter et fall i hjemmet.

I akuttmottaket fremstår hun desorientert for tid og situasjon. Hun samarbeider dårlig under undersøkelsen, og sovner under samtalen med legen.

KAN DET VÆRE DELIRIUM?

LÆREBOKA SIER:

Akutt kognitiv svikt

Forstyrret oppmerksomhet og bevissthet

Påvirket hukommelse, orientering, språk, persepsjon

Er en konsekvens av annen medisinsk tilstand eller skade

HAR TORA OLSEN DELIRIUM?

Tora sine symptomer

Desorientert for tid og situasjon

Samarbeider dårlig under undersøkelsen

Sovner under samtalen

Hun har falt

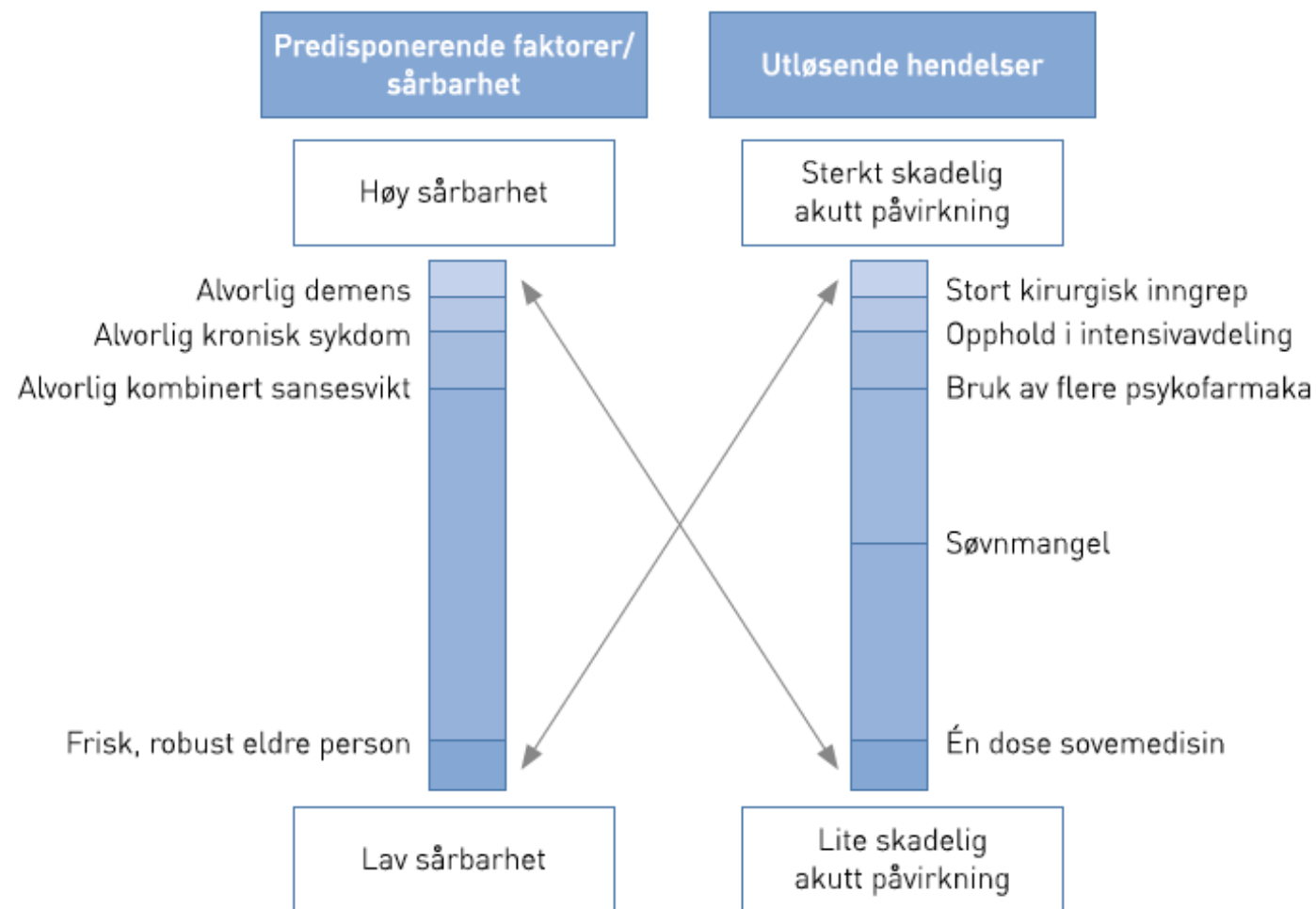
Tegn på delirium

Akutt kognitiv svikt

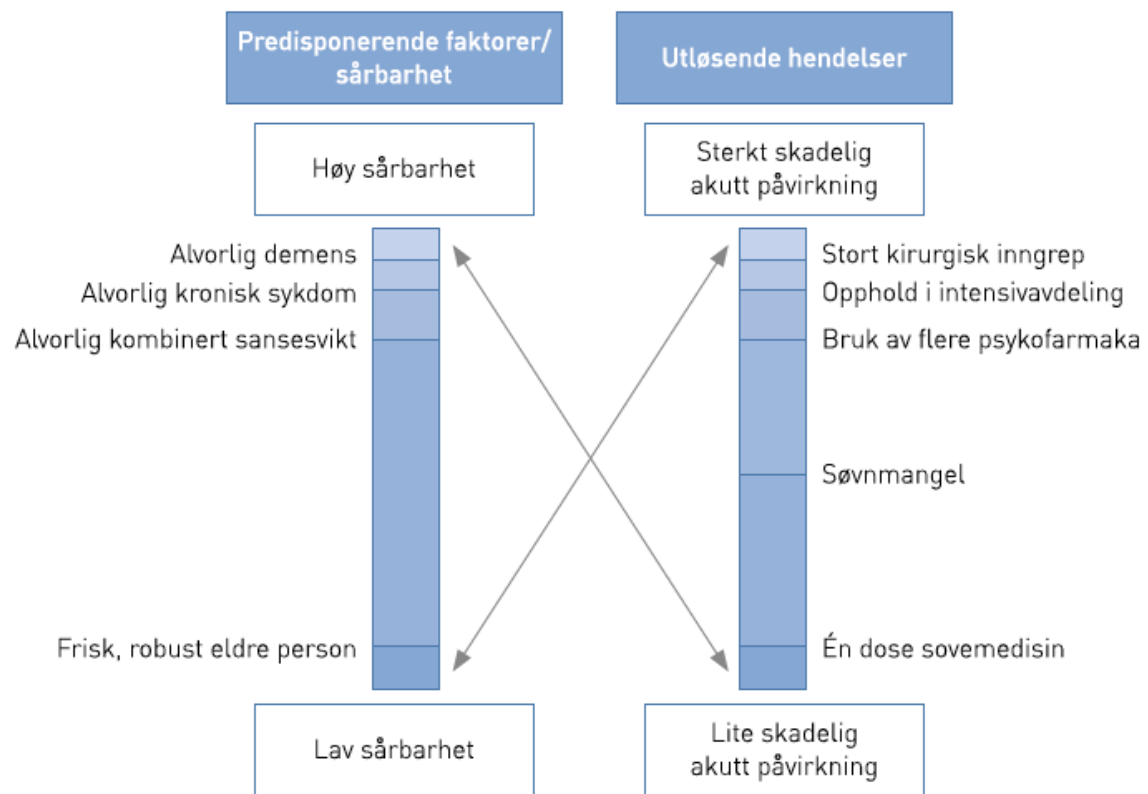
Forstyrret oppmerksomhet og bevissthet

Påvirket hukommelse, orientering, språk, persepsjon

Er en konsekvens av annen medisinsk tilstand eller skade



Hvor vanlig er delirium?



A photograph showing a black stethoscope and a portion of a white computer keyboard on a light-colored surface. The stethoscope is positioned diagonally, with its chest piece on the left and its earpieces on the right. The keyboard is visible in the upper right corner, showing keys like 'control', 'option', 'command', 'C', 'V', 'B', 'N', 'M', 'J', 'K', 'L', 'P', and 'alt'. The text 'HVORDAN VITE OM DIN PASIENT HAR DELIRIUM?' is overlaid in white, serif font in the center of the image.

HVORDAN VITE OM DIN PASIENT HAR
DELIRIUM?



**Screening for delirium
og
kognitiv svikt**

Pasientens navn: _____ (etikett)

Fødselsdato: _____

Pasientnummer: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Testen er utført av: _____

[1] ÅRVÅKENHET (forholder seg normalt til omgivelsene)

Pasienten virker tydelig døsig (dvs. vanskelig å vekke og/ eller er åpenbart søvning ved undersøkelsen) eller motorisk urolig/hyperaktiv. Observer pasienten. Hvis pasienten sover, forsøk å vekke pasienten med vanlig stemme eller ved varsom berøring på skulderen. Be pasienten oppgi navn og adresse til hjelp med vurderingen.

Normal (helt årvåken, ikke urolig ved undersøkelse)	0
Lett søvning < 10 sekunder etter oppvåkning, deretter normal	0
Tydelig unormal(t)	4

[2] AMT4 (Forkortet mental vurdering)

Alder, fødselsdato, sted (navnet på sykehuset eller bygning), årstall

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

[3] OPPMERKSOMHET

Spør pasienten: «Kan du i baklengs rekkefølge nevne for meg årets måneder, begynn med desember?»
Å hjelpe pasienten med et innledende spørsmål «hva er måneden før desember?» er tillatt

Rekkefølgen av årets måneder baklengs	Oppgir 7 måneder eller flere korrekt	0
	Begynner, men klarer <7 måneder/ avslår å begynne	1
	Ikke testbar (er uvel, døsig, uoppmerksom)	2

[4] AKUTT ENDRING ELLER FLUKTUASJON I TILSTAND

Holdepunkter for betydelige endringer eller fluktuasjoner knyttet til: årvåkenhet, kognisjon, annen mental funksjon
(F.eks. paranoide symptomer, hallusinasjoner) oppstått i løpet av de siste to uker og fremdeles tilstede de siste 24 timer

Nei	0
Ja	4

≥4: mulig delirium og eller kognitiv svikt

1-3: mulig kognitiv svikt

0: delirium eller alvorlig kognitiv svikt usannsynlig (men fremdeles mulig delirium hvis informasjon under punkt [4] er ufullstendig)

4AT SKÅR



The Richmond Agitation and Sedation Scale: The RASS

Skår	Uttrykk	Beskrivelse	
+4	Aggressiv	Åpenlyst aggressiv, voldelig, umiddelbart til fare for personalet	
+3	Meget agitert	Drar i eller fjerner tube(r) eller kateter(e); aggressiv	
+2	Agitert	Hyppige bevegelser uten formål, slåss mot respirator	
+1	Rastløs	Engstelig eller urolig, men bevegelsene ikke aggressive	
0	Våken og rolig		
-1	Døsig	Ikke helt våken, men kan holde seg våken (åpner øynene/øyekontakt) på tiltale (≥10 sekunder)	Verbal stimule
-2	Lett sedert	Lar seg vekke kortvarig med øyekontakt på tiltale (<10 sekunder)	
-3	Moderat sedert	Bevegelse eller åpner øynene på tiltale (men ingen øyekontakt)	
-4	Dypt sedert	Ingen respons på verbal oppfordring, men bevegelse eller åpner øynene ved fysisk stimulering	Fysisk stimule
-5	Ikke vekkbare	Ingen respons på verbal eller fysisk stimulering	

DELIRIUM HOS PERSONER MED DEMENS

En diagnostisk utfordring



TOMMELFINGER-REGEL

All akutt endring – tenk delirium!

Let etter utløsende årsak

FOREBYGGING OG HÅNDTERING

Pasient uten delirium

- Kompensere for pasientens skrøpelighet
 - kompensere for kognitiv svikt
 - kompensere for sansesvikt
- Sikre basale behov
 - søvn
 - ernæring
 - væske
 - eliminasjon
 - bevegelse
- Lindre plager

Pasient med delirium

- Behandle utløsende årsak
- Symptomdempende medisiner kun:
 - For å kunne gjennomføre undersøkelser og ta i mot behandling
 - Uttalte atferdssymptomer hvor pasienten er til umiddelbar fare for seg selv eller andre

TAKE HOME MESSAGE

Adferd er kommunikasjon

TENK DELIRIUM