

Delirium i sykehjem

Innlandets demenskonferanse, 11.2.26

Einar Stødle
Sykehjemsoverlege
Hamar Kommune
Einar.sannerud.stodle@hamar.kommune.no

Agenda

- Hva er delirium?
- Hvem får delirium?
- Hvor vanlig er det?
- Hvorfor bryr vi oss om delirium?
- Hvordan kan vi finne delirium?
- Forebygging og behandling

Kasuistikk

Erna, 85år



- Demensdiagnose siden 2020
- Bodd i somatisk langtidsavdeling siden 2023
- Preget av sin kognitive svikt. Behov for mye veiledning og bistand i ADL. CFS 7.
- Er oppegående med rullator til daglig, sosial i avdelingen.
- Medisinering for høyt blodtrykk og hjertesykdom. I tillegg smerteplaster grunnet artrose.

Kasuistikk

Erna, 85år



- I forbindelse med morgenstell fremstår hun tettere enn normalt, sovner av under stell. Klarer ikke reise seg på egne ben, må bruke «sara».
- Får servert frokost på rommet, sovner da av flere ganger under måltid, må mates.
- Legges i seng etter frokost for hvile. Fremstår da motorisk urolig, «plukkete», forsøker å klatre over sengehest.
- Fremstår engstelig. En del «roping», utypisk for henne.
- Blir litt bedre utover dagen, men ny forverring til kvelden.

Delirium

«akutt forvirring»

- En *akutt* forstyrrelse av bevissthet og oppmerksomhet
 - Skal ha oppstått i.l.a timer/dager
- Påvirkning av kognitiv funksjon
 - Hukommelse, atferd, hallusinasjoner, vrangforestillinger
- Oftest svingende (fluktuerende) forløp
- Forårsaket av somatisk sykdom eller skade, forgiftning, medikamenter, abstinens.

Delirium

undergrupper

- Hyperaktivt
 - Økt og ukontrollert motorisk aktivitet
 - Rastløs, vandrende
- Hypoaktivt
 - Reduserte og langsomme motoriske funksjoner
 - Nedsatt reaksjonsevne
 - Mindre og tregere tale
- Blandet

Hvem får delirium?





Predisponerende faktorer

Høy sårbarhet

Alvorlig demens
Alvorlig kronisk sykdom
Alvorlig kombinert sansesvikt

Frisk, robust eldre person



Lav sårbarhet

Utløsende faktorer

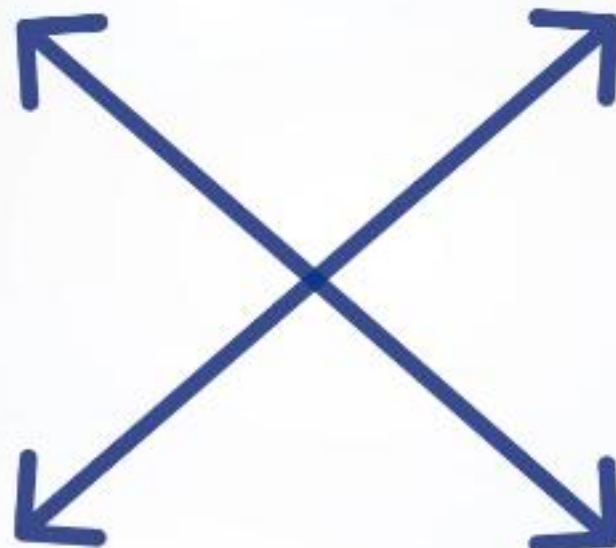
Sterkt skadelig akutt påvirkning

Stort kirurgisk inngrep
Opphold i intensivavdeling
Bruk av flere psykofarmaka

Søvnmangel

En dose sovemedisin

Lite skadelig akutt påvirkning





Vanlige utløsende årsaker

NB! Ofte flere samtidige årsaker

Infeksjon

Metabolske
forstyrrelser og
dehydrering

Traume/brudd

Større kirurgiske
inngrep

Urinretensjon

Smerter

Obstipasjon

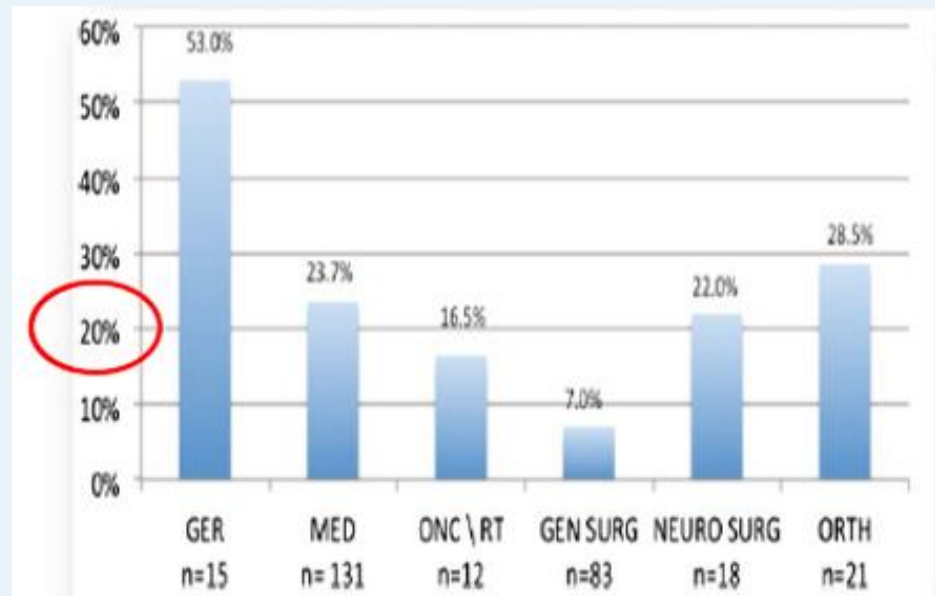
Medikamentendringer
eller intox

Hjerneslag

Forekomst

- > Delirium er en hyppig forekommende tilstand i helsetjenesten
- > Viktigste risikofaktorer: Høy alder, demens og alvorlig sykdom

- 25% av alle pasienter i sykehus
- Opp mot 70% av intensivpasienter
- 50% av hoftebruddspasienter
- 42% av personer >65år som mottar HBO utviklet delirium i løpet av en 2-års periode (Krogseth et al, 2023)



Cork University Hospital, 407 senger
15 May 2010
19,6 % med delirium

Forekomst i sykehjem

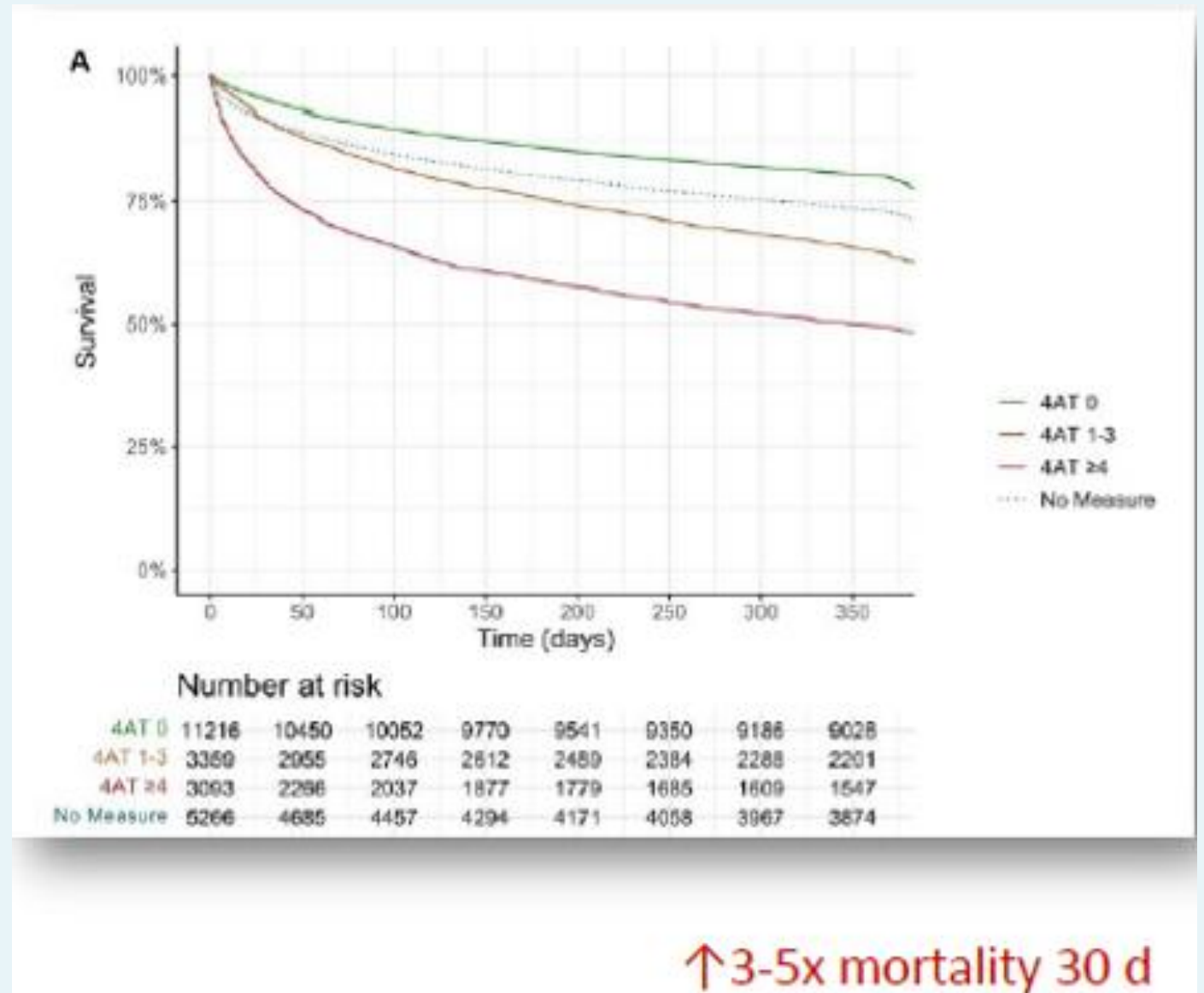
- Forekomst varierer mellom 1,4 % og 70 % avhengig av diagnostiske kriterier, populasjon, og forekomsten av demens (de Lange et al, 2013).
- Spania: 22% delirium ved utskrivelse til korttidsavdeling. Kun et fåtall var identifisert før studien. USA: 15%
- 60% av pasienter i langtidsavdeling fikk delirium ved akutt sykdom (Skretteberg et al, 2022)

Hvorfor er det viktig å oppdage delirium?



Delirium kompliserer alt

- Økt dødelighet
- Forlenget liggetid
- Funksjonstap
- Økte kostnader
- Kognitiv forverring



Delirium er en vond opplevelse

- Pasient
- Pårørende
- Helsepersonell

Avrettelse i Anti-sykehusets kjeller

av SIGMUND JENSEN | 10/5/2023



“Coming out of the elevator I suddenly realised that I was being forced into a trap. We were in an ANTI-HOSPITAL under the real hospital. The Anti-hospital was built after the Government passed a new law. The law gave the relatives of patients who had died when I was in charge, the right to ask that I was to be executed in the cruellest way, and that as part of their grief they could watch the process from the auditorium”

Rune A. Larsen, 2019

<https://doi.org/10.1111/aas.13416>



Hamar kommune

Hvordan kan vi oppdage delirium?



Tre punkter til helseledere for bedre behandling av pasienter med delirium

Delirium rammer én av fem pasienter på sykehus, men er knapt kjent i befolkningen og betydelig underrapportert av helsepersonell. Et viktig poeng er at delirium både kan forebygges og identifiseres.

Bjørn Erik Neerland

OVERLEGE OG FORSKER, GERIATRISK AVDELING, OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS OG
OSLO DELIRIUM RESEARCH GROUP. LEDER AV FAGGRUPPE FOR DELIRIUM I NORSK
FORENING FOR GERIATRI

Leiv Otto Watne

OVERLEGE OG PROFESSOR, GERIATRISK AVDELING, AKERSHUS
UNIVERSITETSSYKEHUS OG UNIVERSITETET I OSLO. LEDER AV OSLO DELIRIUM
RESEARCH GROUP

PUBLISERT 15.08.2025 - 08:08



Vanlig og alvorlig tilstand

En så vanlig og alvorlig tilstand som delirium bør vi ha god oversikt over i vårt helsevesen. Dette er derimot ikke tilfellet. **Tall fra en norsk studie viser at under 10 prosent av tilfellene blir diagnostisert.** Dokumentasjon på at man følger rutiner for forebygging, diagnostikk og behandling av delirium bør være et krav fra myndighetene til helseforetakene.

Kronikk, Dagens medisin august 2025



Hamar kommune

Hvordan oppdage delirium?

- > Eksisterer flere anerkjente screening-skjema for delirium
- > Helsedirektoratet anbefaler 4AT eller CAM.

4AT

Pasientens navn: (etikett)

Fødselsdato:

Pasientnummer:

Dato: Tidspunkt:

Testen er utført av:

Screening for delirium og kognitiv svikt

[1] ÅRVÅKENHET (forholder seg normalt til omgivelsene)
Pasienten virker tydelig døsig (dvs. vanskelig å vekke og/eller er åpenbart søvnig 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 søvnig < 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 bakkengs rekkefølge nevne for meg årets måneder, begynn med desember?" Å hjelpe pasienten med et innledende spørsmål «hva er måneden før desember?» er tillatt

Rækkefølgen av årets måneder bakkengs	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

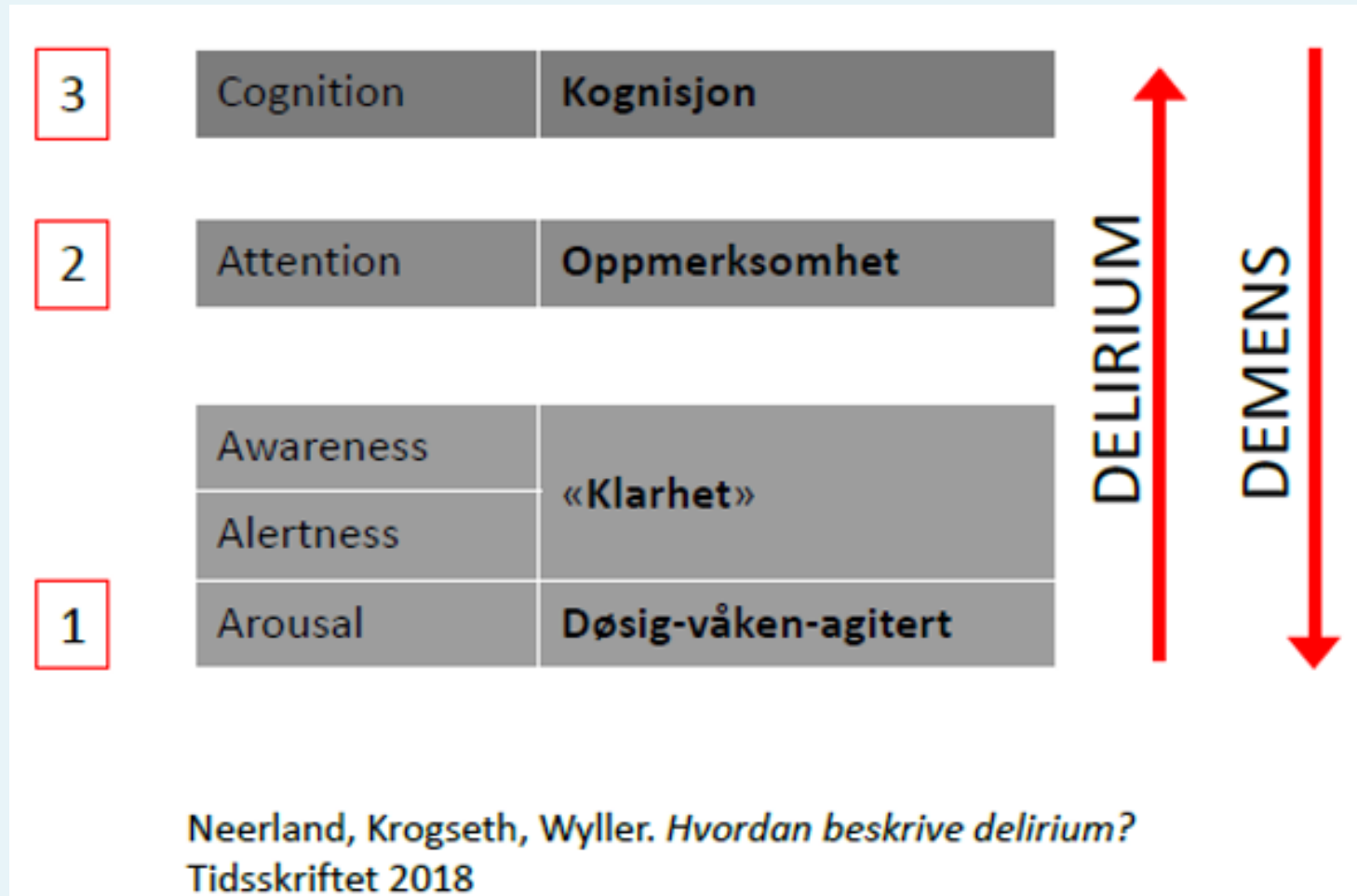
Nei	0
Ja	4

24: 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

Demens og delirium

- > Ved delirium påvirkes i større grad våkenhet, bevissthet og oppmerksomhet.
- > Ved demens er oftest våkenhet og bevissthet intakt, men kognitiv svikt er mer uttalt symptom.
- > Delirium fluktuerer gjennom døgnet



Forebygging og behandling av delirium

- Det viktigste vi kan gjøre er å **forebygge** delirium hos risikopasienter
- > «Alle» pasienter i sykehjem er risikopasienter
- > **Miljøtiltak** det klart mest effektive både for forebygging og behandling
- > 40 % relativ risikoreduksjon for utvikling av delirium ved målrettede miljøtiltak

Forebyggende tiltak

Tidlig mobilisering

Hyppig reorientering og aktivisering

Forebygging av dehydrering

Korreksjon av hypovolemi, hypoksi, anemi, elektrolyttforstyrrelser og feber

Optimalisering av komorbide tilstander

Tilstrekkelig smertelindring

Redusert bruk av psykoaktive medikamenter

Forebygging av søvndeprivasjon

Forebygging av obstipasjon

Korreksjon av sansedeprivasjon (briller, høreapparat)

Behandling av delirium

- > Når diagnosen delirium er stilt, er det avgjørende å identifisere og behandle underliggende årsak(er)
- > Miljøtiltak best dokumentasjon

Behandling

Passe skjerming av pasienten, med rolige omgivelser og behagelig belysning

Unngå unødige endringer i pasientens omgivelser og personale

Hyppig reorientering

Klokke og kalender

Tilstedeværelse av pårørende

God øyekontakt, hyppig berøring og tydelighet i verbal kommunikasjon

Redusere bruk av ubehagelig utstyr (som intravenøse kanyler og urin-katetere) til et minimum

For hypoaktive pasienter er det særlig aktuelt å forebygge liggesår, aspirasjonspneumoni og dyp venetrombose

Grundig legemiddelgjennomgang

- alle medikamenter som ikke er strengt nødvendige bør seponeres
- intensiver behandlingen av eventuelle tilstander som ikke er godt kompensert og som kan antas å bidra til å vedlikeholde deliriet

Medikamentell behandling av delirium

- > Det finnes ingen medikamentell behandling av delirium
- > Finne og behandle underliggende årsak

- **Antipsykotika:**
 - Førstevalg for å «dempe» uheldig (helseskadelig/farlig) atferd eller alvorlige psykotiske symptomer
 - Haldol eller 2.generasjons antipsykotika (Risperdal, Olanzapine). OBS! Parkinson sykdom
 - Ingen effekt på varighet av delirium
 - Økt risiko for hjerneslag og død hos pasienter med demens
- **Benzodiazepiner:**
 - Mye brukt, men har ingen dokumentert plass i behandling av delirium.
 - Flere studier har vist økt forekomst av delirium ved bzo-bruk – kontraindisert.
 - Kan være et ryggen-mot-veggen alternativ når antipsykotika er kontraindisert.
- **Kolinesterasehemmere:**
 - Ingen dokumentert plass i behandling av delirium
- **Smertelindring:**
 - Viktig! Bør vurderes profylaktisk.
 - Kost/nytte-vurdering ved bruk av opiater - kan også utløse/forverre delirium

«Screening for delirium i kommunale korttidsavdelinger»

Studie på bruk av 4AT ved innleggelse i korttidsavdeling



Bakgrunn:

Man vet lite om forekomst av delirium i sykehjem, og særlig i korttidsavdelinger – populasjon med høy risiko

4AT er et godt studert verktøy i sykehus, men vi vet veldig lite om hvor godt dette fungerer for å fange opp delirium i sykehjem/KTP.

4AT er sannsynligvis også et godt verktøy for å fange opp pasienter med (begynnende) kognitiv svikt.

Tidlig identifisering av delirium vil ha positive konsekvenser på både pasient- og systemnivå

«Screening for delirium i kommunale korttidsavdelinger»

- > Pasienter som legges inn på korttidsavdeling i Hamar kommune sept-mars 25/26. Mål om 200 pasienter.
- > 4AT innen ett døgn på alle nye pasienter. Utføres av avdelingspersonalet. Opplæring i forkant.
- > Lege gjør deretter noen utvidede diagnostiske tester av de samme pasientene
- > Finne ut om 4AT klarer å «plukke ut» pasientene som har delirium («validering»)
- > Kognitiv testing i løpet av oppholdet hos alle med 4AT >0 (inkludert pårørendeintervju)
- > Pasientkarakteristika

Oppsummert

- > Delirium er en hyppig forekommende tilstand
- > Delirium er en alvorlig tilstand
- > Viktigste risikofaktorer er alder, demens og akutt sykdom
- > Betydelig underdiagnostisering
- > Systematisk bruk av screeningverktøy er enkelt og nyttig
- > Delirium kan både forebygges og behandles – det viktigste er miljøtiltak.
- > Ved etablert delirium er det også viktig å identifisere utløsende/underliggende årsak(er) og behandle disse

Takk for meg!

Einar.sannerud.stodle@hamar.kommune.no

