

# Delirium hos hjemmeboende eldre og eldre i sykehjem

AV ANETTE HYLEN RANHOFF

*En 90 år gammel mann var beboer på et sykehjem. Han hadde lette hukommelsesproblemer, men ikke kjent demens. Han hadde hjertesvikt og nyresvikt og betydelig syns- og hørselssvikt.*

*Han ble i løpet av et par dager helt forandret, var tilbaketrukket og sov mye. En pleier så at han tok etter noe i luften. Han ville ikke ha hjelp til stellet og var irritabel når noen ville hjelpe ham. Da sønnen kom på besøk kjente han ham ikke igjen.*

## Hva er delirium?

Delirium (akutt forvirring) er en tilstand som særlig rammer eldre. Symptomkomplekset kjennetegnes av oppmerksomhetssvikt, desorientering, psykomotoriske forstyrrelser og søvnforstyrrelser. Symptomene kommer akutt og forløpet er svingende. Delirium er tegn på overbelastning av hjernen – akutt hjernesvikt, og sees særlig ved akutte sykdommer og skader eller som følge av toksisk eller farmakologisk påvirkning.

Det kliniske bildet ved delirium kan variere mye fra pasient til pasient og også hos samme pasient over tid. Det er karakteristisk at pasienten er mindre oppmerksom, mindre våken og har endret søvnrhythme. Enkelte er motorisk urolige (hyperaktivt delirium), andre altfor rolige og apatiske (hypoaktivt delirium). Mange veksler mellom et hyperaktivt og et hypoaktivt stadium. Forståelseevnen er redusert, vrangforestillinger og synshallusinasjoner er vanlig. Alle har svekket hukommelse og orienteringsevne. Symptomene varierer gjennom døgnet. Varigheten kan være kort (få timer), men et delirium kan også vedvare i dager og uker. Hos noen går deliriet over i en kronisk fase (persisterende delirium).

## Forekomst av delirium

Delirium forkommer hos 10–40 prosent av akutt syke eldre på sykehus og er særlig vanlig i forbindelse med akutte somatiske sykdommer, for eksempel infeksjoner, store brudd, hjerneslag, hjerteinfarkt, akutt hjertesvikt, forverring av KOLS, dehydrering, raskt utvikling av anemi,



**Anette Hylene Ranhoff** er professor II i geriatri ved Universitetet i Bergen. Hun er også leder for Kavlis forskningscenter for aldring og demens ved Haraldsplass sykehus i Bergen samt overlege ved Diakonhjemmets sykehus i Oslo. Hun er spesialist i indremedisin og geriatri og har lang klinisk erfaring med akutt syke gamle. Hun er forfatter av flere lærebøker og har publisert en rekke vitenskapelige artikler, blant annet flere om delirium hos eldre.

hypoglykemi eller urinretensjon. Der delirium er tilstede allerede når pasienten blir innlagt kalles det prevalent delirium, mens delirium som oppstår under innleggelsen kalles insident delirium. Dette er et viktig skille fordi insident delirium i sykehus er mulig å forebygge.

Hos hjemmeboende eldre er delirium mye mer sjelden og er først å fremst et viktig symptom på alvorlig sykdom.

I sykehjem er forekomsten høy. På en enkelt dag er det funnet at opp til halvparten av pasientene i et sykehjem har delirium. Men dette er selvfølgelig avhengig av hvordan type pasienter sykehjemmet har. Der det er mange beboere med demens vil det også være høy forekomst av delirium. I sykehjem er det ofte mindre dramatiske hendelser som ligger bak et delirium enn det vi ser i sykehus. Men også der er det viktig å lete etter utløsende årsaker.

## Risikofaktorer for delirium

Risikofaktorer for delirium er viktig å kjenne til for å forstå hvilke pasienter som er særlig sårbare for å få delirium slik at vi kan sette i verk forebyggende tiltak.

De viktigste risikofaktorene er høy alder og kognitiv svikt, men syns- og hørselssvikt, ernæringsvikt, høyt alkoholforbruk og polyfarmasi øker også risikoen. Tidligere hjerneskader, hjerneslag og degenerative hjernesykdommer er viktige risikofaktorer. Nylig er det vist i en norsk studie av hoftebruddpasienter at undervekt (lav kroppsmasseindeks)



OPPLAGE: MORTEN HENNES, OZ AUSTRON; ILLUSTRASJONER: Ø. I. S.; ELEV: EUGEN; MORTEN ØVST/ANDEN T.H.; ALEXANDER KANG; MORTEN HENNES; ØJEN: EDVINGSON; ØVST: GUNDE; PHOTO: DSC; ANDRE: TOAN 99

øker risiko for delirium. Trolig gjelder dette for andre grupper pasienter også. Demente og/eller fysisk skrøpelige pasienter med samtidig somatisk sykdom er høyrisikogrupper for å utvikle delirium.

### Patofysiologi ved delirium

Patofysiologien ved delirium er ikke godt avklart. Trolig er det flere mulige mekanismer. Det er tre hovedhypoteser; stress-hypotesen, den antikolinerge hypotesen og den inflammatoriske hypotesen. Delirium sees oftest blant pasienter som har flere sykdommer og hvor blodgjennomstrømningen og/eller surstofftilgangen til hjernen er redusert. Tilstander som gir stress og ubehag vil via endringer

i stresshormoner (særlig cortisol) kunne påvirke hjerne-metabolismen. Acetylkolin er en neurotransmitter som særlig hos demente finnes i reduserte mengder og derved gir økt sårbarhet for delirium. En rekke legemidler, spesielt trisykliske antidepressiva og høydoseantipsykotika, er potente antikolinergika, men også andre som for eksempel furosemid, morfin og antihistaminer har noe antikolinerg effekt. De fleste sykehjempasienter inntar en hel rekke legemidler samtidig og den samlede antikolinerge belastningen kan lett bli for høy og utløse delirium. Den inflammatoriske hypotesen bygger på at infeksjoner ofte utløser delirium hos sårbare eldre. Trolig er det en mekanisme via interleukiner og andre inflammasjonsmediatorer som påvirker hjernemetabolismen.

## Prognose

På kort sikt har delirium god prognose ved rask utredning og behandling av den utløsende årsak. Symptomene kan forsvinne eller reduseres sterkt i løpet av få dager. Vedvarende symptomer bør gi mistanke om at det foreligger flere samtidige utløsende og vedlikeholdende årsaker. Noen ganger kan delirium imidlertid ha et protraisert forløp selv om behandlingen er adekvat. Demens kan hos noen pasienter være den viktigste årsaken til delirium og andre behandlingstiltak kan feile. Pasienter med demens med Lewylegemer er spesielt sårbare og kan ha hyppige delirium-episoder der den utløsende årsaken ofte ikke er så lett å finne. God demensomsorg er helt sentralt for å forebygge delirium.

Hos pasienter uten tidligere kjent demens kan man noen ganger se at symptomer på kognitiv svikt vedvarer. En debiterende demenssykdom bør i så fall vurderes.

Langtidsprognosen etter gjennomgått delirium er dårligere enn hos tilsvarende pasienter som ikke har hatt delirium. Dette gjelder både med hensyn på overlevelse, kognitiv funksjon og hjelpebehov.

## Påvisning av delirium

Delirium er en kriteriebasert tilstand. De mest brukte og anbefalte kriteriene er fra DSM-IV. Disse kriteriene er operasjonalisert i en enkel anvendbar metode, Confusion Assessment Method (CAM). CAM er ingen test, men basert på observasjon og kommunikasjon med pasienten og det forutsettes at man vet hvordan den mentale funksjonen er til vanlig slik at endringer kan påvises. Det er gode erfaringer med å lære opp pleiepersonalet i sykehus til å bruke CAM, og trolig kan dette også gjøres i sykehjem.

### Forebyggende tiltak

- Sørg for tilstrekkelig ro, hvile og skjerming.
- Enkel, repetert og konsistent informasjon er viktig.
- Sørg for tidsgivere i miljøet (lett synlig klokke, riktig lys-mørke-rytme).
- Sørg for at pasienten har regelmessig vannlating og avføring. Let aktivt etter urinretensjon og obstipasjon som er vanlig og ofte overses.
- Korrigjer sansesvikt best mulig. Brillene må være rene og på plass. Høreapparat må være virksomt og på plass. Bruk taleforsterker ved behov og fjern eventuell ørevoks. Sørg for god belysning i kommunikasjons situasjonen.
- Best mulig mobilisering (sitte opp i sengen, sitte i stol) er et svært viktig tiltak som bedrer oksygeneringen, forebygger komplikasjoner og bedrer pasientens mulighet til å orientere seg.
- Personer som pasienten kjenner kan bidra til realitetsorientering og til å dempe angst. Pårørende bør normalt oppfordres til å være mye tilstede.

## Forebygging og behandling

Forebygging og behandling består mye av de samme elementene. Generelle forebyggende tiltak bør settes i verk i sykehjem og sykehusavdelinger der det er mange gamle. De består av optimal medisinsk behandling, god sykepleie og et trygt og oversiktlig miljø.

Legen bør i tillegg sørge for å forordne minst mulig legemidler, særlig med antikolinerg effekt, og unngå polyfarmasi så langt det lar seg gjøre. Gi aldri legemidler uten god indikasjon og grunn, og let etter anledning for seponering og/eller dosereduksjon.

Når delirium er påvist hos en pasient er det viktigste å finne årsaken og behandle denne.

### **Påvisning av delirium ved hjelp av CAM-algoritmen:**

Trinn 1 og 2 må være oppfylt, og i tillegg må minst ett av trinn 3 og 4 være til stede.

1. trinn: Akutt debut og fluktuerende forløp
  - Er det en akutt endring i pasientens mentale funksjon, sammenliknet med hvordan pasienten er til vanlig?
  - Er det endring i pasientens funksjon og atferd gjennom døgnet – kommer og går problemene, og varierer de i intensitet?
2. trinn: Uoppmerksomhet
  - Har pasienten problemer med å fokusere oppmerksomhet – er pasienten for eksempel lett å distrahere eller har problemer med å holde tråden i en samtale?
3. trinn: Desorganisert tenkning
  - Har pasienten tegn på desorganisert og usammenhengende tenkning, som babling eller irrelevant samtale, uklare eller ulogiske utsagn, eller uforutsigbare skift mellom forskjellige temaer?
4. trinn: Endret bevissthetsnivå
  - Hvis annet svar enn våken (normal) på følgende: Generell vurdering av pasientens bevissthetsnivå: våken, oppspilt, somnolent, stupor, koma

*Pasienten som er nevnt innledningsvis hadde delirium i henhold til CAM algoritmen. Han hadde flere risikofaktorer for delirium. Han må undersøkes grundig for å finne hva som har utløst delirium. Mulige forklaringer kan være en infeksjon (lunger, urinveier) eller forverring av hans hjerte- eller nysesvikt, at han har hatt et fall og fått en skade, eller at han har fått endret sin legemiddelbehandling. Ofte er det flere utløsende årsaker!*

### Referanser

1. Gustafson Y, Lundstrøm M, Bucht G. Delirium hos gamla människor kann förebyggas och behandlas. Tidsskr Nor Lægeforen 2002;122:810–4.
2. Han L, McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, Primeau F, Elie M. Use of medication with anticholinergic effect predicts clinical severity of delirium symptoms in older medical inpatients. Arch Intern Med 2001;161:1099–1105.
3. Inouye, S.K. (2006). Delirium in older persons. (Review.) New England Journal of Medicine, 354 (11): 1157–1165.
4. Inouye SK. Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients. Dement Geriatr Cogn Disord 1999;10:393–400.
5. Inouye, S.K., van Dyck, C.H., Alessi, C.A. mfl. (1990). Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. Annals of Internal Medicine, 113 (12): 941–948.
6. Juliebø V, Bjørø K, Krogseth M, Skovlund E, Ranhoff AH, Wyller TB: Risk factors for preoperative and postoperative delirium in elderly patients with hip fracture. J Am Geriatr Soc 2009, 57:1354–61.
7. O’Keefe ST. Delirium in the elderly. Age and ageing 1999;28–52:5–8.
8. Norsk Geriatrisk Forening Metodebok: Utredning og behandling av delirium. <http://www.legeforeningen.no/geriatri> (se Geriatrisk test- og undervisningsmaterieell).
9. Ranhoff, A.H. (2003). Delirium: epidemiologi, diagnostiske kriterier og patofysiologi. I: Engedal, K. og Wyller, T.B. (red.) Aldring og hjernesykdommer. Oslo: Akribe.
10. Ranhoff, A.H. (2004). Medikamentell behandling av delirium hos eldre. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 124: 3072–3074.
11. Ranhoff, A.H. og Brørs, O. (2005). Medikamenter som kan gi delirium hos eldre. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 125: 2366–2367.
12. Ranhoff, A.H., Rozzini, R., Sabatini, T. mfl. (2006). Delirium in a sub-intensive care unit for elderly patients: occurrence and risk factors. Aging Clinical and Experimental Research, 18 (5): 440–445.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:  
**Anette.Ranhoff@med.uib.no**