

## Høring - national klinisk retningslinje for national klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af organisk delirium

Sundhedsstyrelsen har modtaget 12 høringssvar til retningslinjen fra nedenstående parter, listet i indkommen rækkefølge:

1. Susanne Reinholdt, speciallæge i geriatri og intern medicin, Sygehus Sønderjylland
2. Socialstyrelsen
3. Nationalt Videnscenter for Demens
4. Ergoterapeutforeningen
5. Dansk Sygepleje Selskab
6. Dansk Selskab for Geriatri
7. Sundheds- og Ældreministeriet
8. Dansk Selskab for Almen Medicin
9. Ældresagen
10. Dansk Selskab for Akutmedicin
11. Danske Regioner
12. Dansk Selskab for Fysioterapi

19. oktober 2016

Sagsnummer: 4-1013-79/1  
Sagsbehandlers initialer:  
maha  
[nkrsekretariat@sst.dk](mailto:nkrsekretariat@sst.dk)

Tlf: 7222 7400

Den nationale kliniske retningslinje er desuden blevet vurderet af to peer reviewere udpeget af Sundhedsstyrelsen:

- Jens-Ulrik Rosholm, læge, klinisk lektor, geriatri, Syddansk Universitet
- Bjørn Erik Neerland, læge, klinisk stipendiat, geriatrisk afdeling, Oslo Universitet, Norge

### 1.

Jeg har med interesse læst materialet som er sendt til hørings svar.

Jeg savner præcisering af at urinretention og /eller infektion f.ex urinvejsinfektion er en meget hyppig somatisk årsag til delir. Behandlingen af disse tilstande er såre simpelt og effekten hurtigt indsættende.

Desuden savner jeg præcisering af grundig somatisk undersøgelse er hjørnesten i udredning og behandling af akut delir.

Smerter kan også være udløsende for delir og behandlingen er selvfølgelig smertestillende. En delirøs pt kan ofte ikke give udtryk for smerter.

Mvh

Susanne Reinholdt

speciallæge i Geriatri og i Intern medicin Overlæge på FAM, Åbenrå

Sekretariatet for Nationale  
Kliniske Retningslinjer

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

T +45 72 22 74 00  
[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

## 2.

Socialstyrelsen har den 22. september 2016 modtaget Sundhedsstyrelsens udkast til National Klinisk Retningslinje (NKR) for forebyggelse og behandling af organisk delirium. Socialstyrelsen har været repræsenteret i referencegruppen for udarbejdelsen af retningslinjen og har deltaget i ét af to planlagte referencegruppemøder. Socialstyrelsen finder, at retningslinjen i dens nuværende form og indhold afspejler drøftelserne i referencegruppen.

Generelt fremstår retningslinjen som et gennemarbejdet produkt. Socialstyrelsen stiller sig positivt til retningslinjens formål og finder, at udkastet er et vigtigt skridt på vejen mod at kunne skabe en mere ensartet og evidensbaseret indsats med henblik på forebyggelse og behandling af organisk delirium (herefter benævnt delir) på tværs af landet.

Socialstyrelsen lægger vægt på, at det i indledningen præciseres, at det er vigtigt, at patientens værdier og præferencer løbende inddrages i indsatsen. Denne holdning afspejler sig også i forbindelse med de forskellige forslag til forebyggelse og behandling, som undersøges og vurderes i retningslinjen.

Målgruppen for retningslinjen er primært sundhedspersonale, der diagnosticerer, behandler samt varetager pleje- og omsorg for patienter med delir eller er i risiko for at få delir, sekundært kan patienter med delir, pårørende og andre orientere sig i retningslinjen. Det fremgår tydeligt af retningslinjen, at målgruppen primært er sundhedspersonale. Det kunne dog overvejes at omskrive og evt. forklare visse formuleringer og begreber, således at sekundære målgrupper lettere vil kunne orientere sig i retningslinjen. Der anvendes generelt begreber, ord og forkortelser, der umiddelbart kan være vanskelige at forholde sig til for de sekundære målgrupper. For eksempel anvendes ord som refraktært, mortalitet, sederende og forkortelser som CAM-ICU og b-CAM, som dedikeret sundhedspersonale kender til, men som lægmænd ikke kan forventes at have kendskab til.

Retningslinjen har undersøgt 10 tiltag, hvor fokus har været på effekten af opsporing og tidlig diagnostik og behandling af delir, samt belysning af evidensen af de forebyggende tiltag og mest 2 anvendte behandlinger af patienter med delir. Socialstyrelsen finder, at såvel de valgte evidensniveauer og anbefalingsstyrker er relevante parametre til vurdering og anbefalinger af de undersøgte tiltag. Socialstyrelsen anerkender samtidig, at evidensniveauet på de enkelte tiltag er 'lavt', og at anbefalingerne for de enkelte tiltag er vurderet som 'svag/betinget for' tiltaget eller baseret på 'god praksis', idet der – som det fremgår af retningslinjen – mangler forskning på området.

Ét af tiltagene og anbefalingerne i retningslinjen er aktiv inddragelse og undervisning i delir af pårørende. Socialstyrelsen finder, at dette er en væsentlig anbefaling, idet mange pårørende kan stå rådvilde og uforstående overfor den tilstand, deres ægtefælle, forælder eller anden familiær relation er i, når han eller hun har delir. De pårørende kan – når de har fået information om og under-

i delir – støtte op om indsatsen for patienten, bl.a. med hjælp til reorientering, passende stimulering og beslutningstagen.

Flere af tiltagene omhandler ikke-medicinske indsatser overfor patienter med delir. Socialstyrelsen finder, at i det omfang, det er muligt at anvende ikke-medicinske behandlingsmetoder og indsatser, dels forebyggende, dels som en del af behandlingsindsatsen, skal dette iværksættes for at afbøde nogle af de symptomer, som den enkelte patient oplever. Det må forventes, at disse indsatser kan påvirke behandlingen positivt, hvorfor Socialstyrelsen hilser retningslinjens anbefalinger velkomne.

Socialstyrelsen finder det positivt, at de centrale budskaber og anbefalinger i retningslinjen er formuleret kortfattet og præcist og er placeret i indledningen til retningslinjen, og at det her præciseres, at der ikke er nogen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom anbefalingerne følges. Det pointeres også, at det i nogle tilfælde kan være at foretrække at anvende et tiltag med lavere evidensstyrke, hvis denne indsats passer bedre til den enkelte patient.

### 3

Vi i Nationalt Videnscenter for Demens er blevet opmærksomme på denne høringsversionen af NKR for forebyggelse og behandling af organisk delirium og vil tillade os at knytte nogle kommentarer til denne. Sædvanligvis er vi høringsparter for NKR, der vedrører demens.

Vi hilser det velkomment med en NKR, der beskæftiger sig med organisk delir, men savner et kapitel om udredning af årsager til organisk delirium. Når en patient udvikler delir, må en af de første prioriteter være, at forsøge at afklare, hvad den fysiske årsag er.

Endvidere kan vi godt være bekymrede for, om det er praktisk gennemførligt at screene risikopatienter for delir med et psykometrisk værktøj som fx CAM, idet brug af særlige screeningsredskaber eller metoder må forventes at forudsætte megen uddannelse af store personalegrupper.

Venlig hilsen

Kasper Jørgensen, neuropsykologisk fagkonsulent  
Nationalt Videnscenter for Demens

### 4

Ergoterapeutforeningen har ikke yderligere kommentarer til NKR for forebyggelse og behandling af organisk delirium.

### 5

Hørings svar fra DASYS vedr. Nationale kliniske retningslinjer for forebyggelse og behandling af organisk delirium  
Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående, og vi takker for muligheden for at afgive hørings svar.  
DASYS har haft en repræsentant, Helle Svenningsen, i arbejdsgruppen.  
Vi har sendt hørings anmodningen til vores medlemmer og har modtaget nedenstående kommentarer til retningslinjen, som er samlet i dette hørings svar.

### **Generelt indtryk**

Samlet set er det en relevant og gennemarbejdet retningslinje, som har stor relevans i forhold til forebyggelse og behandling af organisk delirium. Væsentligt, at der er fokus på både den non-farmakologiske og farmakologiske behandling af delirium.

Retningslinjen virker anvendelig i sygeplejen og i mødet med den delirøse patient.

Fra Fagligt Selskab for Geriatiske sygeplejersker ses den særdeles anvendelig i forhold til tidlig opsporing af delirium og dermed tidlig sygeplejefaglig intervention. Den tidlige intervention vil minimere videreudviklingen af den delirøse tilstand hos patienten, og med støtte til og fra pårørende bidrage til reorientering. Endnu en gevinst ved at tidligt opspore, intervenere og behandle den delirøse tilstand, er mere ro på afdelingen/plejecenteret, som betyder mindre uro hos de andre patienter/beboere.

Det findes mangelfuldt, at der tilsyneladende ikke indgår litteratur, som beskriver hvorledes patienterne og deres pårørende har oplevet situationen.

Generelt er der stor tilfredshed med, at der nu udkommer en retningslinje for delirium, og arbejdsgruppen skal roses for, at det tværfaglige fokus og de pårørende bliver meddraget som en aktiv part.

### **Bemærkninger til høringsmateriale i forhold til struktur, overskuelighed og forståelighed**

For at øge retningslinjens anvendelighed i praksis, ønskes der links til de anbefalede scoringsredskaber CAM og b-CAM, da der findes mange forskellige versioner på internettet (dette med henblik på at validere redskabet), og desuden en vejledning til hvordan CAM/b-CAM udføres af sygeplejepersonalet. Man kunne evt. indsætte anbefalinger eller gode erfaringer til implementering af scoringsredskabet, da der er flere orto-geriatiske afdelinger, der har implementeret CAM.

Ligeledes kunne eksempler på information og inddragelse af pårørende uddybes nærmere, for at støtte klinisk praksis optimalt.

På side 9 nævnes i afsnittet ”følgende ti fokuserede spørgsmål er undersøgt” behandling med ”ECT” i sidste bullit. Forkortelsen forklares først på side 53.

Skulle hørings svaret give anledning til spørgsmål står DASYS naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af ovenstående synspunkter.

Med venlig hilsen  
For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS,  
Pernille Olsbro

## 6

Dansk Selskab for geriatri bestyrelse har med stor interesse læst den nye National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af organisk delirium. Vi kun enkelte kommentarer:

Rigtig godt der er kommet et samlet skrift.

Ift. Selve teksten så bærer den præg af det faktum at vi mangler evidens, men det er jo ikke nogen overraskelse og fint at få slået fast. Der er gode anbefalinger og det tror vi er et vigtigt signal. Så godt arbejde der er lavet, fint med det store fokus på non-farmakologiske tiltag.

Hvis vi skal tænke på hvad vores kollegaer som ikke er så erfarne ud i delir vil efterlyse, så er det at være lidt mere konkret omkring farmakologisk tiltag. Vi kan godt se på formuleringen at det er svært at komme det nærmere, men måske skulle præparater stå med meget lave doseringer, da man ikke vil kunne slå det op andre steder.

8.3 *Hos patienter, der allerede har et forbrug af disse lægemidler, kan nedtrapning overvejes.* Det er her uklart hvad der menes. Det lyder som om der menes at det er god praksis at udtrappe patienter med langvarigt benzoediazepin forbrug under indlæggelse imens de er i delir. Dette er der ikke fagligt holdepunkt for. Hvis der menes andet med sætningen bør det præciseres.

Mvh  
Lotte Usinger  
Dansk Selskab for Geriatri

## 7

Tak for høringen om National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af delirium.

I den forbindelse ønsker SUM at gøre opmærksom på følgende vedr. anvendelsen af elektro-konvulsiv terapi (ECT):

”Udgangspunktet er, at al behandling – herunder ECT – kræver patientens informerede samtykke, med mindre andet følger af lov. Efter psykiatrilovens § 12, stk. 3 fremgår det, at tvangsbehandling med ECT alene kan gennemføres, hvis patienten befinder sig i en aktuel eller potentiel livstruende tilstand. Som et eksempel på en situation, hvor ECT er givet under tvang kan nævnes akut delir. Hvis et akut delir udvikler sig i livstruende retning *kan* der være indikation for ECT-behandling.

Som nævnt ovenfor skal der forud for gennemførelse af ECT-behandling indhentes informeret samtykke fra patienten. Hvis patienten ikke giver samtykke til behandlingen, og behandlingen bliver gennemført med tvang, skal tvangsprotokollen udfyldes forud for behandlingen, ligesom det skal kontrolleres, at tvangsprotokollen er korrekt udfyldt. Siden januar 2003 har det været obligatorisk, at alle ECT-behandlinger registreres i Sundhedsstyrelsen. Ved enhver form for tvangsbehandling skal "det mindste middel princip" iagttages. Dette indebærer, at man blandt andet før der fx skrives til tvangsbehandling med ECT nøje skal overveje, om andre behandlingstilbud er en mulighed."

Med venlig hilsen  
Sofie Dencker  
Fuldmægtig, Psykiatri og Lægemiddelpolitik

## 8

Høringssvar til national klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af organisk delirium

DSAM takker for muligheden for at få lov til at kommentere på høringsudkast vedr. NKR for forebyggelse og behandling af organisk delirium.

Opgaven omkring opsporing, behandling og forebyggelse af delir er en vigtig opgave. Tilstanden er hyppig hos alvorligt syge og hos ældre medicinske patienter og overses desværre ofte.

I følgebrevet fremgår, at 'Det er muligt at undgå udviklingen af organisk delir, hvis patienter, der er i risiko for at udvikle tilstanden, identificeres tidligt og behandles relevant.' I DSAM er vi dog usikre på, om formålet med retningslinjen er opnået, idet der er ganske mange af de valgte spørgsmål, hvor der er sparsom eller ingen evidens som baggrund for anbefalingen. Vi mener derfor kun, at retningslinjen bidrager sparsomt til at beskrive, hvad 'relevant behandling' er på et evidensbaseret grundlag.

Til gengæld er der flere steder god viden at hente i de refererede undersøgelser, i forhold til hvad man allerede ved om udviklingen af delir, og der er derfor belæg for at kalde noget for 'god klinisk anbefaling'. Nogle steder kunne man dog overveje at nøjes med at kalde det for en 'klinisk anbefaling', da der ikke foreligger viden om, hvorvidt anbefalingen er 'god' eller ej.

Vi mener, at brugen af samlebetegnelsen 'Multikomponent non-farmakologisk behandling' virker uhensigtsmæssig og som et ikke klinisk relevant begreb. I teksten gemmer sig væsentlig geriatrisk viden omkring vigtigheden af rehydrering, ernæring, døgnrytme, mobilisering og rigtig stimulering af sanser og muligheder for orientering.

Man må næsten formode, at evidensen er blevet udtyndet ved at samle alle disse væsentlige komponenter under ét. Udover at det ikke er farmakologisk behandling, er det ikke meget, der tilsiger, at de skal samles sammen i samme kategori. Rent pædagogisk er det formentlig vigtigt, at alle komponenter ihukkommes i behandlingen af patienter, der er i risiko for udvikling af delir. Side 2 / 2.

I forhold til inddragelse af pårørende anser vi det for en misforståelse at netop denne anbefaling skal være evidensbaseret. Det må simpelthen være 'god klinisk praksis' at inddrage angste og bekymrede pårørende ud fra almindelige etiske hensyn.

Det er et stort problem med anbefalingerne i retningslinjen, at der ikke er konsistens i måden, hvorpå man laver anbefalinger, når der ikke foreligger evidens. Der skal fremføres tre eksempler, hvor der i alle tre situationer ikke findes litteratur til belysning af svaret, men hvor anbefalingerne alligevel ikke bliver ens:

*Det er god praksis at overveje at screene risikopatienter med psykometrisk værktøj.*

*Det er god praksis at undlade anvendelse af melatonin mod delir, da effekten er udokumenteret.*

*Det er god praksis at overveje tilbud om ECT ved behandlingsrefraktær delir, hvor øvrige behandlingsmuligheder er udtømte.*

Principielt burde vel alle tre anbefalinger lyde som ved anvendelse af melatonin? Hvorfor skal man ikke undlade at screene og behandle med ECT, når effekten er udokumenteret, når man skal undlade melatoninbehandling, fordi effekten er udokumenteret?

Specielt undrer det, at man vil indføre screening uden relevante undersøgelser af virkninger og bivirkninger. Især screening har som bekendt problemer med under- og overdiagnostik, noget der ikke berøres. Tilsyneladende indføres screeningen for at øge personalets opmærksomhed – dette kunne måske gøres ad anden vej?

Endelig undrer det, at man vælger en relativt svag anbefaling 'Overvej at foretage gennemgang og sanering af medicin hos alle ældre med risiko for delir'. I forhold til hvor vigtigt det er at tænke på medicinbivirkninger som årsag til og forværring af delirøse tilstande, kunne man muligvis have skærpet anbefalingen.

Med venlig hilsen

Anders Beich

Formand, Dansk Selskab for Almen Medicin

## 9

Ældre Sagen har ikke kommentarer til indholdet i høringsudkastet. Vi anser denne nationale kliniske retningslinje for meget relevant og ser frem til, at den endelige retningslinje udkommer.

## 10

Til Sekretariatet for Nationale Kliniske Retningslinjer  
Dansk Selskab for Akutmedicin takker for muligheden for at kommentere på udkastet til National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af organisk delirium.  
Udkastet har været forelagt bestyrelsen og vi har ikke yderligere kommentarer.

## 11

Generelle faglige kommentarer

- Under nonfarmakologisk behandling står der ikke noget om optimering af patient, dvs. fokus på udløsende faktorer, lav saturation, lavt BT, anæmi, dehydrering, hyponatriæmi,
- Desforuden: urinretention, UVI, obstipation, smerter.
- Opmærksomhed på nattesøvn

Umiddelbart anbefales ikke rutinebrug af CAM og registrering af nattesøvn ved kognitivt skrøbelige.

(første 3 dage af indlæggelsen)

Indfør i beskrivelse af hvad der skal føre til en CAM-screening (eksempelvis i form af pre-screening før CAM-screening)

Der findes over 40 screeninginstrumenter for delirium, og de vælger at anbefale CAM og B-CAM. B-CAM var det instrument, som Helle Svenningsen gerne ville have afprøvet i vores afdeling, hvilket ikke blev til noget af praktiske grunde. Både Merete og jeg var skeptiske ved instrumentet, da vi ikke mente, at det egnede sig til geriatriske patienter, da det ikke forholder sig til mild til svær demente patienter. Der er udgivet få artikler på B-CAM, og ved en søgning findes ikke en validering af en dansk/skandinavisk version. Derimod findes en artikel fra 2016, hvor man har valideret flere instrumenter på geriatriske medicinske patienter og her anbefaler de to andre redskaber end B-CAM, som kun har sensitivitet på 70.3.

Angående behandling pointeres ikke, at der anvendes serenase i små doser.

Delir er vel en form for psykose, og serenase er registreret til behandling af psykoser.

Side	Punkt	Linje	Specifikke Komment:
11			"Guldstandard for diagnostik af delir er DSM IV(3) eller ICD-10(4), vurderet ved psykiatrisk interview af specialist". Danmark følger for nuværende ICD-10 så ovenstående sætning er u hensigtsmæssig. Inge grund til at nævne DSM i samme sætning som guldstandard



Dansk Selskab for Fysioterapi (DSF) har med interesse læst Sundhedsstyrelsens høringsudkast til NKR for forebyggelse og behandling af organisk delirium og takker for muligheden for at afgive høringssvar. DSF har samlet et høringssvar med input fra: Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri, DSFGG

Der henvises endvidere til høringssvaret fra Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri, DSFGG, som er vedhæftet sidst i dette dokument. Vi håber arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen finder kommentarerne i høringssvaret anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen af den nationale kliniske retningslinje. Såfremt der er opklarende spørgsmål, er vi naturligvis behjælpelige.

### **Generelle bemærkninger**

Dansk Selskab for Fysioterapi kvitterer for en klinisk retningslinje, der præsenterer et solidt og gennearbejdet materiale.

Da fysioterapi for patienter med organisk delirium primært spiller en rolle i forbindelse med den non-farmakologiske multikomponent forebyggelse og behandling, kan vi kun beklage, at evidensgrundlaget er så begrænset på den del, der beskæftiger sig med mobilisering, superviseret fysisk træning og forebyggelse af fald. Dansk Selskab for Fysioterapi bifalder en systematisk anvendelse af relevante måleredskaber og screeningsværktøjer som foreslået i udredning af organisk delirium, og gerne bidrager i en kvalificering af dette fremadrettet.

### **Bemærkninger til de enkelte PICO-spørgsmål**

Dansk Selskab for Fysioterapi henviser til Bilag 1, høringssvar fra Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri, for konkrete kommentarer og forslag til ændringer i tekst indenfor de enkelte PICO-spørgsmål i denne kliniske retningslinje.

Dansk Selskab for Fysioterapi noterer sig, at der generelt mangler evidens inden for alle områder af de fokuserede spørgsmål. Niveaueet af evidens og mangel på forskning pointerer behovet for øget forskning på dette område.

Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri (DSFGG) har læst Sundhedsstyrelsens Nationale kliniske retningslinje for forebyggelse og behandling af organisk delirium.

### **Overordnede bemærkninger**

Det er et metodisk solidt arbejde.

Vi håber Sundhedsstyrelsen finder kommentarerne i høringssvarene anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen den Nationale Kliniske Retningslinje.

Det er meget vigtigt at der kommer fokus på delirium og de gener det kan få for patienterne og pårørende.

### **Specifikke bemærkninger**

Dansk Selskab for Fysioterapi i Gerotologi og Geriatri (DSFGG) mener at der på side 11 under punkt 1.4, står... hvor særligt de hypoaktive kan overses i den kliniske hverdag... Menes der ed hypoaktive, de særligt skrøbelige ældre med stille delir?

Side 15 punkt 2.3, at det skal undgås med skiftende personale, hvilket er meget relevant, men kan være svært at efterleve i en travl hverdag. Dette også gældende på side 16 punkt 3.3.

Side 16 punkt 2.5, at mobiliseringen sker ved fysioterapeut eller ergoterapeut, hvilket er meget relevant. Dette også tilfældet side 22 punkt 3.3.

Side 27 punkt 4.6. vigtig detalje at, der er pårørende eller fastvagt til stede hos pt., hvilket ofte beroliger pt.

Side 39 punkt 6.3.2. Det er en vigtig detalje, at undgå store mængder medicin, både fordi det kan forværre delirium, og fordi flere delirøse patienter ikke kan tage medicinen pr. os.

Med venlig hilsen  
Annette Storm  
Fysioterapeut

## Peer Review

**Review: Jens-Ulrik Rosholm**, Overlæge, klinisk lektor, ph.d., Ger. afd. G, OUH

### 1. Manuskriptets styrker

Sammenlagt er der tale om en god og anvendelig retningslinje, som adresserer et af de store problemer i både primær og sekundær sektoren – delir hos den ældre patient.

En styrke er erkendelsen af den manglende forskning og evidensbaserede viden på området, hvor man så vælger at kombinere den viden, som trods alt findes med ”sund fornuft”, således som den findes i forfatter-gruppen af personer med erfaring og kunnen inden for området.

Der er tale om en række statements – nogle nok lidt mindre klare end andre - som vil kunne operationaliseres i lokale guidelines og instrukser og som også vil have stor værdi i undervisningssammenhæng og generel information om delir.

De givne råd har universel værdi, således de kan anvendes/omsættes i praksis både i primærsektoren og på hospitaler osv. Samtidig har de værdi for alle faggrupper, som behandler og plejer disse patienter, selvom nogle af rådene naturligvis er mere specifikt henvendte til specifikke faggrupper.

### 2. Manuskriptets væsentligste svagheder og mangler

Retningslinjerne mangler at tage stilling til en række kontroversielle/vanskelige områder, som er med til at vanskeliggøre behandlingen og plejen af disse patienter - områder som i mange år har givet anledning til diskussion, og hvor man kunne have håbet, at en National Klinisk Retningslinje kunne have bidraget til disse diskussioner.

Det drejer sig om:

- a) Brug af forebyggende medicin (psykofarmaka) ved patienter, som skønnes at være i stor risiko for at udvikle delir – fx hoftefraktur patienter, skrøbelige ældre, demente eller patienter, som tidl. har været i delir. Der er jo vist effekt på længden og alvorligheden af delir for collum femoris patienter

*Kalisvaart KJ, de Jonghe JF, Bogaards MJ, Vreeswijk R, Egberts TC, Burger BJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Haloperidol prophylaxis for elderly hip-surgery patients at risk for delirium: a randomized placebo-controlled study. J Am Geriatr Soc. 2005 Oct;53(10):1658-66.*

- b) Tvangsbehandling af patienter som er udadreagerende som led i delir og dermed ikke kan modtage behandling og undersøgelse. Kan de behandles i flg. reglerne om nødværge, fordi patienten er i livsfare og således ikke kan modtage for eksempel antibiotika? Eller skal der kun handles i forhold til psykiatriloven med psykiateres mellemkomst?
- c) Hvordan med opfølgning af pt. uden erkendt demens, som har haft delir? Skal de alle have en kognitiv vurdering efterfølgende? Eller kun hvis der i øvrigt er oplysninger om begyndende kognitivt svigt i hverdagen, når patienten ikke er akut syg.

### Mere specifikke kommentarer til de enkelte afsnit – punktvis

#### O.2

Risikofaktorer for delir - hvorfor anvendes termen skrøbelighed/frailty ikke (Ses dog fx. i 1. sætning 2.4).

*Gordon AL, Masud T, Gladman JR. Now that we have a definition for physical frailty, what shape should frailty medicine take? Age Ageing. 2014 Jan;43(1):8-9*

#### 1.4

Hvorfor er kun CAM nævnt? Der findes andre – lettere tilgængelige – instrumenter. Og kan b-CAM anbefales, når den fortsat er under validering på dansk? CAM bruges jo allerede meget i Danmark, men altså ikke i en regelret valideret udgave.

#### 1.6

I ”Balancen mellem gavnlige...” anføres at ” Undervisning/oplysning af sundhedspersonale kan endvidere gøre sundhedspersonalet bedre til at sondre mellem delir, demens og depression hos ældre.” Men det er jo ikke nævnt i selve anbefalingen – og må skønnes at være relevant.

#### 2.3

Vil grundig udredning og behandling af akut somatisk sygdom hos patienter i risiko for delir ikke også være forebyggende?

#### 2.5

Hvorfor nævnes tryksår her? (og andre steder i afsnittet)

#### 2.8

Hvorfor er populationen her mere specificeret end i 0.2? Skulle det ikke være det samme?

### 3.3

Vil grundig udredning og behandling af akut somatisk sygdom hos patienter i delir ikke være delir forkortende/dæmpende?

### 5.1

Bør ”Pårørende” ikke udvides til pårørende/netværk? Nogle ældre har ikke-familiemedlemmer som nærmeste netværk, der tager sig af dem.

### 5.3

Det er vigtigt at det ikke kommer til at fremstå som et krav (hverken direkte eller implicit) til de pårørende, at de skal hjælpe osv.

### 6.2.1 og 6.3.1

START/STOPP er vanskelig anvendelig i den daglige klinik. I stedet kan let tilgængelige værktøjer som Rød/Gul/Grøn-listen fra IRF anbefales.

### 6.3

Argumenterne for ”God praksis” er svage! Afsnit 6.3 burde tages ud.

### 7.3.3

Valget mellem 1. og 2. generation baseres på klinisk vurdering osv. Ud fra hvilke kriterier?

### 8.3

I 8.6 står (ganske rigtigt) at ” Benzodiazepiner kan i sig selv udløse delir(36,37).

Særligt hos ældre kan paradox effekt(modsat virkning af forventet) af benzodiazepiner og benzodiazepin-lignendemedlernes, så patienterne kan blive hyperaktive, motorisk urolige og udadreagerende”. Men det er ikke nævnt i ”Balancen mellem...” – en vigtig oplysning når risikoen ved brug oplystes.

### 9

I afsnit 4 anføres ”Manglende søvn nedsætter kognitionen og studier på raske søvn-depraverede og på delirøse viser lignende ændringer i cerebral perfusion og metabolisme(20). Søvnforstyrrelser betragtes derfor som værende enkeltstående risikofaktor for udvikling af delir.” Flere autoritative kilder anbefaler melatonin til ældre mhp. søvn uden bivirkninger. Så kunne God praksis ikke være at bruge melatonin til at fastholde/få ændret døgnrytmen hos den delirøse?

*Lyseng-Williamson KA. Melatonin prolonged release: in the treatment of insomnia in patients aged  $\geq 55$  years. *Drugs Aging*. 2012 Nov;29(11):911-23.*

**Peer Review: Bjørn Erik Neerland**, Lege (indremedisin og geriatri), Ph.d-kandidat.

Oslo Delirium Research Group, Geriatrik avdeling, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, Norge.

Jeg vil aller først takke for anledningen til å vurdere den forelagte høringsversjonen av retningslinjene.

### **Generelle kommentarer**

Det er meget positivt at det utarbeides nasjonale retningslinjer for delirium. Delirium er en hyppig forekommende tilstand, særlig på sykehus og blant personer med demens. Delirium medfører lidelser for den enkelte pasient og dennes pårørende, men er også assosiert med komplikasjoner til behandling, varig funksjonsnedsettelse og øket pleiebehov.

Til tross for alvorlighetsgraden av delirium, er det dessverre forsket lite på tilstanden. I tillegg til at studiene er få, benytter de også ulike metoder for diagnostikk, behandling og evaluering av utkomme/effekt. Dette gjør det derfor utfordrende å lage evidensbaserte retningslinjer, og gjenspeiles i graderingen av evidensens kvalitet og anbefalingenes styrke. For 7 av de 10 fokuserte spørsmål har man i høringsversjonen til retningslinje landet på svakeste styrke for anbefaling; en konsensusbasert anbefaling om «god praksis», der det ikke foreligger relevant evidens.

Populasjonen som inngår de ulike studier er heterogen og resultater fra enkeltstudier kan ha begrenset ekstern validitet. Imidlertid kan man, basert på klinisk erfaring, sannsynliggjøre at gode behandlingsprinsipper (f eks medikamentgjennomgang, multikomponentintervensjon) er nyttige og fornuftige og dermed rettferdiggjøre at disse anbefales og implementeres. Arbeidsgruppen kommer stort sett med rasjonelle og anerkjente anbefalinger i de mange tilfeller der evidensen er svak. Se for øvrig spesifikke kommentarer. Bruker- og pårørendeperspektiv er godt ivaretatt. Svakheter og forslag til endringer

De valgte 10 «fokuserede spørsmål» er stort sett relevante og gjenspeiler overveielser og beslutninger man må ta i daglig klinisk praksis. De to siste spørsmålene (behandling med melatonin og behandling med ECT) vurderes imidlertid å være mindre viktige. Vel så relevant som behandling med melatonin, kunne det være å undersøke evidensen for behandling av delirium (i intensivavdelinger og postoperativt) med dexmedetomidin. Dette medikamentet benyttes i økende grad ved mange intensivavdelinger, blant annet fordi man mener det har en gunstig effekt på delirium [1].

Det bør understrekes at diagnostikk og behandling av underliggende årsak(er) er avgjørende i behandlingen av delir. Dette er nevnt mot slutten av dokumentet (side 60), men bør komme tydeligere frem også i anbefalingene.

### **Spesifikke kommentarer til de enkelte avsnitt:**

#### **0. Indledning**

Se vurderinger nedenfor for forslag til endringer av de fokuserte spørsmålene.

#### **1. Screening for delir med psykometrisk værktøj**

Anbefaling og overveielser vurderes som adekvat.

Det fokuserte spørsmålet nevner konkret verktøyene «b-CAM eller CAM».

Imidlertid har de de senere årene blitt utviklet og tatt i bruk også andre screeningverktøy. Noen av verktøyene krever

mindre opplæring og er enklere å bruke enn CAM. Ett av disse er 4AT. Se referanse for sammenligning av flere screeningverktøy [2]. Man trenger ikke å begrense spørsmålet til kun å gjelde screening med b-CAM eller CAM.

Arbeidsgruppen bør vurdere hvorvidt man skal anbefale bestemte tester (eks b-CAM og/eller 4AT), eller kun gi en generell anmodning om å benytte et adekvat psykometrisk verktøy.

Forslag til endringer:

1.1 Fokuseret spørsmål: *Bør alle akut syge nyindlagte patienter over 65 år screenes for delirium med psykometrisk værktøj (b-CAM eller CAM)?*

1.2 Anbefaling: *«Det er god praksis at overveje at screene risikopatienter med et egnet psykometrisk værktøj»*

1.4 Det nevnes at gullstandard for diagnosen er kriteriene i DSM-IV eller ICD-10. Gjeldende standard er imidlertid DSM-5 kriteriene [3,4].

#### **2. Forebyggelse af delir med multikomponent non-farmakologisk intervention**

Anbefaling og overveielser vurderes som adekvat.

#### **3. Multikomponent non-farmakologisk behandling ved delir**

Anbefaling og overveielser vurderes som adekvat.

#### **4. Skærmede omgivelser**

Anbefalingen om skjærming av pasienten vurderes som adekvat, men fortrinnsvis til pasienter med hyperaktivt delirium og/eller søvnvansker om natten. Pasienter med hypoaktivt delirium vil ha større nytte av mobilisering og stimuli, men også dette standpunktet mangler evidens og er basert på et klinisk resonnement.

#### **5. Aktiv inndragelse og undervisning i delir af pårørende**

Anbefaling og overveielser vurderes som adekvat.

#### **6. Medicingennemgang og -justering**

Arbeidsgruppen har valgt å dele spørsmålet i to: forebygging av delirium (noe evidens) og ved etablert delirium (ingen evidens). For sistnevnte har man fokus på CNS-virkende medikamenter.

Anbefalingene (6.2 og 6.3) og overveielser vurderes som adekvat. Arbeidsgruppen kan vurdere å tilføye til sine overveielser at også andre medikamenter som kan antas å ha ugunstige effekter ved delirium vurderes sanert. Det kan også kommenteres at det kan være relevant med opptrapping/intensivering av medikamentell behandling, dersom dette er avgjørende for sanering av utløsende/opprettholdende årsak (for eksempel antibiotika, hjertesviktbehandling, analgetika, laksantia).

## 7. Behandling med antipsykotika

Arbeidsgruppen har valgt å dele anbefalingene i to. Det vurderes som lite hensiktsmessig. Det er svært lite grunnlag for å gi spesielle anbefalinger for en bestemt populasjon (som for eksempel hjerteopererte).

### 7.2 Anbefaling 1- kommentar

7.2.3 Side 41, siste linje: «*Det siste studie beskriver ikke afdelingstype eller innlæggelsesårsag*». Dette stemmer ikke. 19 av pasientene hadde gjennomgått en operasjon, hvorav 14 et ortopedisk inngrep (11 hip replacement). De øvrige var rekruttert fra medisinske poster. Det stemmer altså ikke at dette er pasienter fra intensivavdeling, slik det påstås i anbefalingen. Evidensgrunnlaget for anbefaling 1 er dermed kun er 2 studier (Devlin og Hakim), og ikke 3. Pasienter med demens var ekskludert i begge studiene. Studien (ICU) til Devlin inkluderte kun 36 pas og må anses som en pilotstudie. Evidensprofilen bør gjennomgås på nytt.

Til anbefaling 1 bør gruppen vurdere å sette ned grad av evidens til «meget lav», da det samlet sett er snakk om svært få pasienter og ulike intervensjoner med forskjellige medikamenter. Metodene for diagnostikk og evaluering av effekt er ulik mellom studiene og flere viktige endepunkter (outcomes) er ikke rapportert, se side 43-45.

Anbefalingen, slik den er nå, synes å kunne legitimere bruken av antipsykotika generelt (ikke bare risperidon ved subsyndromalt delirium) ved delirium etter hjertekirurgi, basert på kun én studie. Originalpublikasjonen er mer tilbakeholden i sin konklusjon enn det forslaget til anbefaling er. Studien til Hakim er også dels en *forebyggende* studie, da den studerer hvor mange som går fra subsyndromalt delirium til fullt delirium, og ikke en «ren» behandlingsstudie. I følgende systematiske oversikt er denne studien ansett som en undersøkelse av forebyggende behandling. [5]

### 7.3 anbefaling 2

Anbefalingen og de praktiske råd om oppstart, doser og varighet av behandling er rasjonelle og i tråd med praksis og internasjonal diskusjon. Det bør i avsnitt 7.3.1 vurderes å ta inn et råd om å være ekstra forsiktig med å benytte antipsykotika hos pasienter med parkinsonisme eller demens med Lewy-legemer.



8. Behandling med benzodiazepin og benzodiazepin-lignende stoffer  
Anbefaling og overveielser vurderes som adekvat.

9. Behandling med melatonin  
Anbefaling og overveielser vurderes som adekvat.

10. Behandling med elektro-konvulsiv terapi (ECT)  
Anbefaling bedømmes problematisk, med følgende begrunnelse:  
Det påstås i avsnitt 10.4: «*Der er i de skandinaviske lande tradition for ECT-behandling af protraherede refraktære psykiatriske tilstande herunder delir (40-44)*». Dette er en kontroversiell påstand. Referansene det vises til er utilstrekkelige til å underbygge denne påstanden og også arbeidsgruppens anbefaling. ECT er ikke indisert ved refraktært delirium, jfr foreliggende retningslinjer i de Norge (Helsedirektoratets retningslinjer for ECT, høringsfrist desember 2016) og Sverige (kliniska riktlinjer for elektrokonvulsiv behandling, 2014), samt lærebøker i ECT (for eksempel Mankad, Beyer, Weiner og Krystal fra 2010 og Charles Kellners lærebok «Brain Stimulation in Psychiatry» fra 2012). Selv om det finnes kasusbeskrivelser der ECT ble gitt ved refraktære delir med godt resultat, er ECT gitt på nevnte indikasjon er å regne som eksperimentell behandling.

### Referanser

1. Mo Y, Zimmermann AE (2013) Role of dexmedetomidine for the prevention and treatment of delirium in intensive care unit patients. *The Annals of pharmacotherapy* 47 (6):869-876.
2. Hendry K, Quinn TJ, Evans J et al (2016) Evaluation of delirium screening tools in geriatric medical inpatients: a diagnostic test accuracy study. *Age Ageing*.
3. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS (2014) Delirium in elderly people. *Lancet* 383 (9920):911-922.
4. American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 (5th ed.)*. American Psychiatric Association, Washington DC
5. Neufeld KJ, Yue J, Robinson TN, Inouye SK, Needham DM (2016) Antipsychotic Medication for Prevention and Treatment of Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*.

Med vennlig hilsen

Bjørn Erik Neerland,

Lege (indremedisin og geriatri), Ph.d-kandidat.

Oslo Delirium Research Group, Geriatrik avdeling, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo, Norge

