

Oversigt over hørings svar og peer reviews

Opdatering af den nationale kliniske retningslinje for forebyggelse og behandling af organisk delirium

1. DemensKoordinatorer i Danmark
2. Dansk Ortopædisk Selskab
3. Kliniske Retningslinjers Implementering i MidtEPJ på tværs af hospitaler
4. Dansk Sygepleje Selskab
5. Dansk Selskab for Akutmedicin
6. Dansk Selskab for Palliativ Medicin
7. Janne Unkerskov
8. Dansk Selskab for Fysioterapi
9. Ergoterapeutforeningen
10. Janne Bække
11. Kristin Enevoldsen og Lars Henrik Jensen
12. Danske Regioner
13. Ældre Sagen
14. Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi
15. Dansk Selskab for Almen Medicin
16. Dansk Selskab for Apopleksi
17. Center for Handicap og Psykisk Sårbarhed, Socialstyrelsen
18. Peter Lindorff Larsen
19. Peer review, Bjørn Erik Neerland
20. Peer review, Thomas Strøm

DemensKoordinatorer i Danmark (DKDK) – der er landsforening for de i kommuner og regioner ansatte demenskoordinatorer - er blevet opmærksom på denne høring via høringsportalen.

DKDK har læst materialet og har ingen kommentarer til det fremsendte

Med venlig hilsen

Marianne Lundsgaard
Faglig sekretær

Telefon: 38 77 01 65

Mobil: 20 49 93 19



Dansk Ortopædisk Selskab takker for muligheden for at kommentere på denne Nationale kliniske retningslinje.

Vi har gennemlæst høringsversionen og har ingen kommentarer til de foreslåede ændringer.

Med venlig hilsen

Torben Bæk Hansen

Professor PhD

Formand Dansk Ortopædisk Selskab



Direkte: +45 78437838

Mobil: +45 22132307

Ortopædkirurgisk afdeling
Universitetsklínik for hånd-, hofte- og
knækirurgi
Hospitalsenheden Vest
Lægårdvej 12, 7500 Holstebro
torben.baek.hansen@vest.rm.dk

Aarhus Universitet
Institut for Klinisk Medicin
Inkuba Skejby/ bygning 2
Palle Juul-Jensens Boulevard 82, 8200 Aarhus N
torben.baek.hansen@clin.au.dk

Til Sundhedsstyrelsen, Evidensbaseret Medicin

På vegne af KRIiM-gruppen (Kliniske Retningslinjers Implementering i MidtEPJ på tværs af hospitaler) i Region Midtjylland sendes hermed hørings svar på national klinisk retningslinje, Forebyggelse og behandling af organisk delirium.

Vi kan anerkende, at der ændres i den nationale kliniske retningslinje på baggrund af ny evidens på området.

KRIiM-gruppen har ikke faglige kommentarer til ændringerne i anbefaling 9.

Vi har følgende bemærkning om evt. sproglig konkretisering i anbefaling 9, side 38:

1) For nuværende er beskrevet:

"Behandling med antipsykotika bør ikke rutinemæssigt tilbydes alle patienter med delirium, men kan overvejes til den agiterede (urolig, rastløs og/eller udadreagerende) delirøse patient, der er forpint af eksempelvis hallucinationer og vrangforestillinger, hvor effekten af non-farmakologiske tiltag, såsom reorientering/kognitiv stimulation, sanseoptimering, og/eller etablering af døgnrytme, er utilstrækkelig. Det er afgørende at behandle den/de tilgrundliggende årsager og fortsætte multikomponent non-farmakologisk behandling, samtidig med den antipsykotiske behandling".

Dette kunne konkretiseres til:

Behandling med antipsykotika bør ikke rutinemæssigt tilbydes alle patienter med delirium, men kan overvejes, når:

- Patienten er i fare for sig selv eller andre
- Deliriet forhindrer sufficient diagnostik og behandling
- Patienten er forpint
- Patienten har ikke sovet i > 1 døgn

2) For nuværende er beskrevet kortvarig behandling i lave doser med antipsykotika for delirium.

Dette kan udvides med, at der bør sættes en seponeringsdato for den antipsykotiske behandling hos patienter med delirium.

Med venlig hilsen

Anne Foged Christensen
Risikomanager/Kvalitetskonsulent
Mobil 21387549
annfogch@rm.dk
Kvalitetsafdelingen • Region Midtjylland
Tingvej 15 • DK-8800 Viborg

midt
regionmidtjylland

Til Sundhedsstyrelsen
NKRsekretariat@sst.dk

13. december 2020

Hørings svar fra DASYS vedr. national klinisk retningslinje 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. Vi har haft en repræsentant i arbejdsgruppen. Vi har derudover sendt hørings materialet til vores medlemmer i relevante faglige selskaber.

Generelle bemærkninger

Vi finder den nationale kliniske retningslinje dybdegående og vejledende til de forskellige sundhedsfaglige aktører.

- Vi kunne dog ønske os en uddybning af afsnittet omkring kognitiv stimulation, under den non-farmakologisk forebyggelse og behandling, ud fra en sygeplejefaglig vinkel.

Som en del af forebyggelse og behandling af delirium har forskning vist, at det er at foretrække, at patienten ligger på enestue og udsættes for så lidt stimuli som muligt.

- Det kan med fordel mærkes som en klar anbefaling, at patienten ligger på enestue.

Vi refererer her til forskning af bl.a. [sygeplejerske, ph.d. Sif Blandfort](#)

Afskærmning af patienten og begrænsning af omfanget af besøg fremhæves af flere i beskrivelser og anbefalinger af behandling af delirium, blandt andet af overlæge, [speciallæge i almen medicin, Susan Cawley](#) samt Region Sjælland i ["160 dage uden delir"](#).

Bemærkninger til hørings materialet

Vi finder ikke noget at bemærke ift. det der er ændret i den nye udgave.

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

Med venlig hilsen
Stine Moon

Medlem af bestyrelsen
Dansk Sygepleje Selskab

Til Sundhedsstyrelsen

12. december 2020

Vedrørende høringsvar af opdateret NKR for forebyggelse og behandling af organisk delir.

Dansk Selskab for Akutmedicin (DASEM) takker for muligheden for at komme med bemærkninger. Selskabet har i arbejdsgruppen været repræsenteret ved overlæge Jakob Carlsen. Vi har med interesse læst forslaget til opdatering og kan tilslutte os uden yderligere kommentarer.

På vegne af Dansk Selskab for Akutmedicin
Henrik Ømark
Formand



17.12.2020

NKR Forebyggelse og behandling af organisk delirium

Hermed fremsendes hørings svar på vegne af Dansk Selskab for Palliativ Medicin.

DSPaM finder det uhensigtsmæssigt, at vi ikke primært har været inkluderet på høringslisten vedr. denne retningslinje, hvis emne har høj relevans for det palliative fagområde.

Vi ser gerne, at I opdaterer jeres liste over relevante faglige selskaber, så vi bliver inkluderet fremover.

I forhold til det indholdsmæssige i udkastet til NKR har vi to kommentarer:

1.

I udkastet står der: "Det er god praksis at overveje tilbud om ECT ved behandlingsrefraktært delirium, hvor øvrige behandlingsmuligheder er udtømte. Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2020"

Vi anbefaler følgende tilføjelse:

"ECT behandling bør overvejes ved behandlingsrefraktært delirium, hvor øvrige behandlingsmuligheder er udtømte. Undtaget er terminale patienter, hvor ECT behandling ikke vil være aktuel".

2.

Vi anbefaler, at I tilføjer en reference til DMCG-PAL nationale kliniske retningslinje for delirium.

DMCG-PAL's retningslinjer kan findes her:

<http://www.dmcgpal.dk/661/godkendteretningslinjer>

Vi finder, at det aktuelle udkast generelt mangler en palliationsfaglig vinkel. Med en reference til det palliative fagområdes egen retningslinje, vil der i nogen grad blive kompenseret for dette.

Med venlig hilsen

Anette Hygum

Formand for Dansk Selskab for Palliativ Medicin

Kære Katarina Gesser

Jeg har sammen med kollegaer læst NKR og sender hermed vores kommentarer:

Umiddelbart kan jeg ikke se Quick Guiden men tænker man måske skal lave en for hospitalsvæsen og en for almen praksis (AP) især til plejehjemslæger.

Man kunne lave lidt info materiale til Plejehjemslæger til undervisning på deres afsnit.

I jeres cases har I kun eksempler med fra hospitalet og ikke AP??

Punkt 9 med svag anbefaling mod antipsykotika er fin, men vi synes godt I kunne komme med forslag til beh.valg fx risperdal, Serenase?? Er der forskel til hvilke pt. Grupper?

Punkt 10 og 11 kunne med fordel have samme ordlyd som punkt 9, men svag anbefaling mod i stedet for den nuværende. Det skaberforvirring.

Thomas Gorlen skriver:

Kommentarer til de centrale budskaber som er det de fleste læser derfor vigtig at den er helt klar:

3. Screening med Cam test - skrives senere at det ikke er fundet evidens, men anbefaling da testen ikke er skadelig. Jeg mener at testen ikke er valideret i forhold til patienter med demenssygdom.

Det er efter min opfattelse lige så vigtig at øge opmærksomhed på delirium og spørge pårørende om patienter er anderledes end han/hun plejer at være

9. behandling med antipsykotika. Jeg synes Haloperidol også bør nævnes i budskabsdelen.

Anna Weibull skriver:

DSPaM (palliative selskab) hverken er med i arbejdsgruppen eller som høringspartner, så jeg har videresendt materialet til dem.

Jeg har skimmet meget overfladisk og undres over at målgruppen inkluderer terminale patienter, men der er ikke taget højde for dem ret meget i teksten og slet ikke i cases.

Dog er der en patient med hæmatologisk cancer og delir, som behandles med megadoser haloperidol 2,5 mg x ? i casen. Ikke det vi anbefaler

Med venlig hilsen

Janne Unkerskov

Praktiserende læge

Lægerne Kanaltorvet 8,1; 2620 Albertslund

Medicinkonsulent KAP-H Region Hovedstaden

Mobil: 51293551

Mail: janneunkerskov@gmail.com

Sundhedsstyrelsen
NKRsekretariat@sst.dk

Høringssvar vedrørende Sundhedsstyrelsens "National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af organisk delirium"

Dansk Selskab for Fysioterapi har med interesse læst Sundhedsstyrelsens, opdatering af National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af organisk delirium.

Vi takker for muligheden for at afgive høringssvar og kvitterer for et solidt arbejde.

Følgende høringssvar leveres på vegne af Dansk Selskab for Fysioterapi (DSF) i samarbejde med Dansk Selskab for Hjerte- og lungefysioterapi. Input fra Dansk Selskab for Hjerte- og lungefysioterapi er udarbejdet af Mette Brøkner Hansen, Specialeansvarlig Fysioterapeut, Intensiv klinik, Forflytningsvejleder, Rigshospitalet.

Generelt kvitterer vi endnu engang for et godt stykke arbejde. På samme vis som den oprindelige NKR er emnet stadig meget relevant.

Vi har blot en enkelt bemærkning til den opdaterede version.

Under emnet "Al farmakologi" står der: *"...man skal være tilbageholden og ...de non-farmakologiske tiltag skal prioriteres og afprøves først".*

Dette kommer dog desværre ikke optimalt frem i de fire patient-cases, hvor der kun er en enkelt case som beskriver non-farmakologisk behandling. Vi savner særligt at casene beskriver vigtigheden af elementer som **søvn, døgnrytme og mobilisering** samt **gøre patienten naturlig træt til aften / nat**.

Vi håber, at arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen finder kommentaren anvendelig at arbejde videre med i kvalificeringen af retningslinjen. Såfremt der er opklarende spørgsmål eller yderligere behov, er vi naturligvis behjælpelige hermed.

Vi ser frem til at modtage og læse den endelige version.

Med venlig hilsen

Gitte Arnbjerg

Formand for Dansk Selskab for Fysioterapi

Til NKR sekretariatet

Ergoterapeutforeningen takker for muligheden for at være høringspart ift. opdatering af nedenstående høring.

Vi har ikke direkte kommentarer til høringsversionen, men læser med tilfredshed, at anbefalingen 9: Behandling med anti-psykotika er gået fra en svag anbefaling FOR til en svag anbefaling IMOD. Det finder vi, er godt i tråd med ambitionerne om at nedsætte forbruget af antipsykotisk medicin til mennesker med demens, da det også ofte er dem, der udvikler delir.

Med venlig hilsen
Ulla Garbøl

Chefkonsulent

Ergoterapeutforeningen

Nørre Voldgade 90, 2

DK-1358 København K

Tlf: 88 82 62 70

Direkte: 53 36 49 25

etf.dk

Att: NKR sekretariatet

Vedr: høring om den nationale kliniske retningslinje for organisk delirium

Jeg vil på mange måder gerne anerkende det flotte arbejde, der er lavet. Jeg tillader mig dog med stor undren at beklage, at det ser ud til, at der ikke har været fagområdespecialister i palliation med i arbejdsgruppen, da palliative patienter og især de terminale har en høj incidens af delirium.

Der er i høj grad brug for, at man i denne nationale retningslinje for delirium får lavet andre formuleringer for den medicinske behandling og informeret samtykke af de patienter, hvor man forventer, at de kun har 6-12 måneders restlevetid eller er terminalerklærede.

Mine begrundelser er følgende:

1. Generelt arbejder vi i palliation udfra, at det er vigtigt at skelne, at 50% af patienter med delirium er reversible og 50% har irreversibelt terminalt delirium (1,2). Et irreversibelt delirium har i sig selv ofte en høj mortalitet med kort levetid.
I retningslinjen er der generelt kun fokus på det reversible delirium.
Baseret på at 75 % (ref) af patienter uanset delirium typen bedres i symptomer er vores Best Practise tidligt brug af antipsykotisk medicin samtidig med non-medikamentelle tiltag.
I Region Syddanmark har vi generelt, siden vi lavede en tværgående retningslinje i 2017 til behandling af delirium på hospicerne behandlet de terminale patienter med faste doseringer af antipsykotika og primært anbefalet Haloperidol de første dage med hyppig evaluering.
Vi er ved at revidere retningslinjen og vil arbejde udfra, at haloperidol, olanzapin, quetiapin og risperidon er ligeværdige mht. til effekt og tolerabilitet (3).
Måske vil vi også indrage et nyere review og overveje anvendelse af Aripiprazol (4).
Evidensen er lav, men vi er også oppe imod, at det er vanskeligt at lave studier på patienter med kort rest levetid, og især når det drejer sig om delirium.
2. Under andre anbefalinger anføres det, at behandling med andre antipsykotika end haloperidol er off-label, og at en behandling forudsætter et **særligt indgående informeret samtykke**. Samtykket skal i så fald ofte indhentes hos de pårørende, da det jo er velkendt, at en patient i delirium oftest er **beslutningsinhabil!!**
Vi skifter hyppigt til de andre præparater ved utilfredsstillende virkning af haloperidol, da der jo er en vis risiko for, at der er tale om irreversibilitet. Det er vigtigt, at informere og dokumentere, hvad man gør, men bliver jo en besværlig og i værste fald uoverkommelig opgave at skulle leve op til jeres anbefalinger om, hvad man **skal** gøre for at indhente samtykke. Der vil jo kunne opstå etiske dilemmaer, hvis patient og pårørende ikke vil samtykke.
Patienter i hjem, på plejehjem og på hospice har jo ikke den samme adgang til læge, som en indlagt patient, så der er jo en høj risiko for, at man ikke kan få en god lindrende behandling i tide eller få mulighed for at dø hjemme, især hvis der er behov for hurtigt skift i den medikamentelle behandling. Pårørende kan også risikere unødigt belastning.
3. I henvisningen til den vejledning om, at EKG skal kontrolleres på palliative patienter -også indlagte på sygehus undtages.

1. Lawlor and Bush: Delirium in patients with cancer: assessment, impact, mechanisms and management. Nature Reviews – Clinical oncology 2015; Feb;12(2):77-92
2. Scott et al. Clarifying Delirium Management: Practical, Evidences-Based, Expert Recommendations for Clinical Practice. Jour Pall Care 2013; 423-435
3. Wilcock et al. Palliative Care Formulary – edition 7 (Best practice I palliation)
4. Ostuzzi G et al. Pharmacological treatment of hyperactive delirium in people with Covid-19: Rethinking conventional approaches. Ther Adv Psychopharmacol 2020, vol. 10;1-9

Jeg har en del års erfaring med at arbejde med evidensbaserede retningslinier med delirium og kvalme til palliative patienter og vil meget gerne tilbyde at indgå i en arbejdsgruppe til at lave et supplement om behandlingen af de palliative patienter

Venlig hilsen
Overlæge og fagområdespecialist
Janne Bække
Palliativt Team Sønderborg
Janne.baekke@rsyd.dk

Kære SST

Vi har med interesse læst udkastet og har nogle kommentarer

- Ad høringpartnere: når delirium er så udbredt hos svært syge patienter (rammer 90% af terminale patienter), samt opleves "yderst skræmmende" af patienter og pårørende, så anbefales det ved fremtidige revisioner at involvere Dansk Selskab for Klinisk Onkologi DSKO og Dansk Selskab for Palliativ Medicin DSPAM og gerne nogen fra Hospice-området.
- Det vil være hensigtsmæssigt, at terminalt delirium bliver nærmere beskrevet og ikke blot omtalt. Dette er et kæmpe problem for terminale patienter og deres pårørende – og de sundhedsprofessionelle og gængse retningslinjer (fx at "behandle underliggende årsag, lave medicinsanering og undgå antipsykotika og især benzodiazepiner) yder ingen hjælp i denne situation.
- Haloperidol har været en fast bestanddel i "Tryghedskassen" i årevis og de cases, der er omtalt i retningslinjen illustrere også fint, hvordan det kan afhjælpe de sværeste psykotiske reaktioner, så det synes ikke helt at stemme overens med at antipsykotika nærmest frarådes.
- Under konklusioner nævnes at "manglende erkendelse af delirium kan forsinke behandling." hvilket er så rigtigt og er årsag til at man rutinemæssigt kan have gavn af at CAM screene alle indlagte hver dag f.eks. mellem 16-20. Det er også en klar erfaring fra hospice, at man kan undgå de meget voldsomme delirium episoder ved at opspore OG sætte ind tidligt. På den baggrund anbefales det, at retningslinjen i højere grad betoner rutinemæssig screening.
- I retningslinjen anføres at : *Behandling med benzodiazepin og benzodiazepinlignende stoffer kan undtagelsesvist overvejes hos følgende patientgrupper:*
 - *Palliative patienter med angst og uro eller terminalt delirium*Vi foreslår at ændre "kan undtagelsesvist overvejes" til " kan anvendes". Igen er 90% i delirium terminalt og stofferne er nødvendige for at sikre en ordentlig død.

Venlig hilsen

Kristin Enevoldsen

overlæge

afsnit for åbne indlæggelser, onkologisk afdeling

Lars Henrik Jensen

overlæge

onkologisk afdeling, Vejle Sygehus

Vejle Sygehus

- en del af Sygehus Lillebælt

Beriderbakken 4, 7100 Vejle

Tlf. 7940 5000

www.vejlesygehus.dk



Region Syddanmark

Til Sundhedsstyrelsen
NKR Sekretariatet

DANSKE
REGIONER



Dato 17. december 2020
EMN-2017-02007
Annamaria Marrero Zwinge

Høringsvar vedr. national klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af organisk delirium

Danske Regioner har den 30. november 2020 modtaget national klinisk retningslinje (NKR) for forebyggelse og behandling af organisk delirium, i høring.

Danske Regioner takker for muligheden for at afgive bemærkninger til retningslinjen som har været i høring i regionerne. Nedenstående bemærkninger til udkastet er baseret på de regionale svar.

Som generel bemærkning til udkastet tager Danske Regioner forbehold for et eventuelt øget ressourceforbrug som følge af den nationale kliniske retningslinje.

Generelle faglige kommentarer

Meget relevant og læsevenlig retningslinje, om end retningslinjen med fordel kan gøres mere overskuelig og brugbar i en klinisk hverdag. Der mangler f.eks. forslag til dosering af antipsykotika.

Retningslinjen ville blive endnu mere praksisnær, hvis det blev understreget, at behandling med antipsykotika udgør en helt særlig risiko hos ældre og behandling af delir generelt, bør være absolut sidste valg af behandling til ældre.

Eftersom der er en stor gruppe patienter som meget hyppigt får delir, som kun er yderst sporadisk nævnt, patienter med terminalt delir, vil en del af kommentarerne herunder omhandle netop denne patientgruppe.

Specifikke Kommentarer

Side 4, pkt. 3

Der sættes spørgsmålstejn ved "Akut sygdom" som risikofaktor, da der ikke er præciseret hvad dette begreb omfatter – Hvad er "akut sygdom"? Nyopstået sygdom, infektion, ...?

Der bør tilføjes 3 risikofaktorer, jf. NICE 2010 (tabel 7.9 og 7.10): Komorbiditet, Sværhedsgrad af sygdom og polyfarmaci

DANSKE REGIONER
DAMPFÆRGEVEJ 22
2100 KØBENHAVN Ø
+45 35 29 81 00
REGIONER@REGIONER.DK
REGIONER.DK

Side 6

Der bør linkes til den nyeste udgave af Seponeringslisten.

Da man ikke kan finde en rekommandation i forhold til revurdering eller seponering kunne følgende tilføjes: *“Ved enhver brug og anvendelse af antipsykotisk medicin hører en tidsmæssigt fastsat revurdering af behov for fortsat anvendelse eller mulighed for seponering.”*

Side 11

Om selve emneafgrænsningen: det forslås, at patienten med terminalt delir, som langt de fleste døende har eller får i kortere eller længere tid, får sit helt eget punkt. Både i forhold til overvejelser om evt. udredning, diagnostik og valg af farmakologisk behandling. Denne patientgruppe bør have en særstatus i retningslinjen bl.a. fordi der her kan komme sedering ind med benzodiazepin netop fordi antipsykotiske haloperidol og lignende ikke altid giver tilstrækkelig symptomlindring.

Side 13, pkt. 3.

Med hensyn til psykometrisk screeningsværktøj, så nævnes i princip kun én slags nemlig CAM enten kort(e) eller lang. Det betyder, at mange aldrig ser sig om efter andre om mindre komplicerede (især den lange som kræver træning og ekstraviden). CAM har nok været længst på markedet og er oversat og efterhånden velvalideret. Der er dog den ulempe, at den intet siger om sværhedsgraden. Der findes mange af disse værktøjer, både til screening af kun "findes delir eller ej" og til sværhedsgraden af delir, at det vil klæde denne retningslinje, at gå nærmere ind i dette. MDAS og 4-AT er blot to andre eksempler på dels sværhedsgrad og dels findes delir? Emnet fortjener en grundig revision, hvori det også præciseres at screening ikke er det samme som diagnostik.

Side 22, pkt. 5

Sætningen "Interventionen kan muligvis forlænge indlæggelsen" er uhensigtsmæssigt fremhævet den lave evidens taget i betragtning. Derfor ses denne sætning gerne fjernet af frygt for at den vil kunne farve læserens præferencer ift. non farmakologisk behandling. Alternativt kan tilføjes: "... i mindre grad" (jf. resultatet af studiet).

Side 26, pkt. 6

Om skærmede omgivelser: Aging Clinical and Experimental Research (2020)32:141-147 bør tages med.

Det kan overvejes at føre afsnit 6: Skærmede omgivelser ind under afsnit 5: Multikomponent non-farmakologisk behandling ved delirium, så den non-farmakologiske tilgang samles i et afsnit.

Forslag til tilføjelse: "Overvej undgåelse af hyppige skift af plejepersonale" og "overvej fast vagt".

Side 27, pkt. 7

Forslag om tilføjelse: "De pårørende kan bidrage med vigtige anamnesticke oplysninger – både ift. aktuelle symptombillede, nylige ændringer og habitualtilstand."

Side 32

Der bør linkes til den nyeste udgave af Seponeringslisten.

Side 34

Umiddelbart ser det ud til, at der er en gentagelse af beskrivelsen af effektestimater.

Side 38, pkt. 9 – 11

"Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser" bør ikke være rammesættende for behandlingen. Denne vejledning (ref. 41) bør fjernet helt fra dette afsnit, da vejledningen omhandler anvendelse af antipsykotika ved psykotiske lidelser og således ikke er målrettet delir som er et organisk psykosyndrom. Der henvises også til denne på s. 39 under punktet "Andre overvejelser".

Kommentar til punkt 9, 10 og 11:

Der gøres opmærksom på et særdeles relevant studie som bør medtaget i denne retningslinje:

Wu, Yi-Cheng, et al. "Association of delirium response and safety of pharmacological interventions for the management and prevention of delirium: a network meta-analysis." JAMA psychiatry 76.5 (2019): 526-535.

Dette studie konkluderer at der er god effekt af kombination af Haloperidol og Lorazepam på sværhedsgraden af delirium, samt en eventuelt forebyggende effekt af melatonergt præparat.

Side 39, pkt. 9

Der bør tilføjet: "... valideret screeningredskab, løbende at observere effekt og bivirkninger af behandlingen samt vurdere hvorvidt der fortsat er indikation for denne."

Angående anvendelse af Melatonin til behandling af delir beskriver et nyere review¹) en subgruppe af delir patienter, som måske kunne have gavn af melatonin. I forbindelse med næste opdatering af NKR bør melatonin's evt. plads i det farmakologiske armamentarium for behandling af delir afklares.

1) Campbell m.fl., "Melatonin for the prevention of postoperative delirium in older adults"

Side 60

Med ændringerne i PICO 7, punkt 9, styrkes vigtigheden af det tværfaglige samarbejde omkring den delirøse patient, og de non-farmakologiske redskabers betydning understreges. Retningslinjen kan derfor blive en vigtig del af den faglige argumentation for, at psykofarmaka må være absolut sidste valg til disse patienter.

Det bør tilføjes, at ved evt. off-label behandling med 2. generationsantipsykotika er det hensigtsmæssigt, at lægemidlet kan administreres både oralt og parenteralt (ej

depotformulering), ligesom det bør fremgå, at der skal udvises opmærksomhed i forhold til dosering (aldersafhængig? max. dosis mm.).

Med venlig hilsen

Rósa Víkingisdóttir

Konsulent

Center for sundhed og sociale indsatser (SUS)

Kære Marie-Louise

Jeg har efter fristen modtaget nedenstående hørings svar fra en af regionerne som vi gerne vil have med i vores hørings svar. Hvis muligt vil jeg gerne have vedlagt bemærkningerne Danske Regioners hørings svar.

Jeg kan også indsætte bemærkningerne i vores samlet svar hvis I ønsker dette.

”Der er ikke opstillet nye PICO spørgsmål. Af de 10 PICO spørgsmål fra dengang er 9 ikke fundet relevante at opdatere. Det er udelukkende PICO spørgsmål 7: ”bør patienter med delir behandles med antipsykotika”, der er opdateret. Her ændres anbefaling så *fra svag anbefaling for: ”overvej kortvarig antipsykotisk behandling af udvalgte delirøse hospitalsindlagte patienter ”til svag anbefaling mod.* Det hedder nu: ”Anvend ikke rutinemæssigt behandling med antipsykotika til delirøse patienter, da antipsykotika muligvis ikke nedsætter varighed af delirium eller mindsker uro”. Det nævnes dog fortsat, at det kan overvejes efter konkret vurdering til agiterede delirøse, der er forpinte af psykotiske symptomer, ikke mindst mhp at få mulighed for at komme til at give pleje og behandling.

Evidensgrundlaget er siden sidst udvidet med 2 RCT-studier, så der nu indgår i alt 4 RCT. Samlet set er der enighed om, at evidensen er lav. De inkluderede studier har forskellige patientgrupper, fx intensive eller palliative, der ikke nødvendigvis kan generaliseres til de dygtigt dårlige patienter, der ofte ses. De anvender forskellige AP fast i ret små faste doser og flere giver mulighed for haloperidol og bz ved behov til både interventions- og placebo gruppen.

På side 38 står, at antipsykotika muligvis ikke påvirker uro. Hertil skal det bemærkes, at det er vist i HOPE-studiet fra 2013, der ikke indgår i dette udkast, at der er signifikant effekt af Haloperidol på uro og agitation.

På side 60 – under punktet, Intervention – nævnt 4 antipsykotiske præparater. Her skal det bemærkes, at Haloperidol er det eneste præparat, der er godkendt til anvendelse ved delirbehandling, for at dæmpe psyko-motorisk uro og agitation. Således er anvendelse af de resterende præparater, Olanzapin, Risperidon og Quetiapin i princippet off-label.

Omkring de faglige ændringer, findes disse grundlæggende i orden. Der er ikke tale om den store forandring og heller ikke usammenhængende med, hvad det faktisk er,

der står i VIP. I virkeligheden er man tilbage til traditionel viden om at medicin *ikke* er en standarddel af behandlingen, men *ret den udløsende årsag*.

Afslutningsvis skal det komplementeres, at et nyt layout for retningslinjen gør den betydeligt mere indbydende og læsevenlig, ligesom det fungerer godt med den nye opsætning, hvor kort baggrund kommer før anbefaling.”

Med venlig hilsen

Annamaria Zwinge

Center for Sundhedsinnovation (SINO)

M 2752 6140

E azw@regioner.dk



Danske Regioner

Dampfærgevej 22

2100 København Ø

T 3529 8100

Officiel post: regioner@regioner.dk

Følg os på [Twitter](#), [Facebook](#) og regioner.dk

Til Sundhedsstyrelsen

Ældre Sagen har ingen bemærkninger til ovenstående høring.

Venlig hilsen

Pia Westring
Afdelingssekretær/PA
Samfundsanalyse
Direkte: 33 96 86 29
Mobil: +45 21 19 59 53
pw@aeldresagen.dk

Til NKR sekretariatet

Jeg beklager den sene tilbagemelding fra DSKF, men jeg har desværre været syg.

Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi takker for muligheden for at kommentere på den nationale kliniske retningslinje for forebyggelse og behandling af organisk delirium. Vejledningen har været i høring hos selskabets medlemmer og der er kommet en enkelt tilbagemelding:

Vejledningen er velskrevet om end PICO-formatet og skabelonen er uhensigtsmæssig. Det centrale spørgsmål fra en farmakologisk synsvinkel er det store fokus på haloperidol. Stoffet er ikke videre sederende i forhold andre antipsykotika, det er forbundet med større risiko for akut dystoni, og det bliver generelt ikke anvendt som akut sederende ved andre akutte psykiatriske tilstande. Hvorfor skal det så anvendes på gamle mennesker?

Mvh.

Zandra Nymand Ennis
Sekretær for DSKF

Til Sundhedsstyrelsen

For god ordens skyld skal vi hermed takke for fremsendelsen af høringsudkast vedrørende national klinisk retningslinje for organisk delirium.

Vi tager udkastet til efterretning og har ikke yderligere kommentarer.

Venlig hilsen
Anders Beich
Formand, DSAM

(Denne mail er fremsendt på vegne af Anders Beich)



Dorthe Pedersen, sekretær
Dansk Selskab for Almen Medicin
Stockholmsgade 55, 2100 Kbh Ø
T: 7070 7431 - M: 5150 1676
dp@dsam.dk - www.dsam.dk

[Følg os på Facebook](#) og [abonner på vores nyhedsbreve](#)

Kære Jutta Møller Jensen

Jeg vil bare melde tilbage fra dansk selskab for apopleksi at vi har ingen kommentarer.

Lene Yde-Andersen Koldborg

Faglig sekretær i Dansk Selskab for Apopleksi
Afdelingssygeplejerske

• +45 35 45 43 53

Mail: Lene.koldborg.01@regionh.dk

Rigshospitalet

Neurologisk Klinik, Afsnit 2083
Blegdamsvej 9, opgang 2, 8 sal
2100 København Ø

Til NKR-sekretariatet

Center for Psykisk Sårbarhed har ikke kommentarer til høring vedr. National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af organisk delirium, idet det af retningslinjen fremgår, at vores målgruppe er undtaget for retningslinjen jf. følgende: "Afgrænsning af målgruppe.... Undtagelse: Delirøse tilstande i relation til psykiske sygdomme eller tilstande, som er forårsaget af misbrug eller abstinenser, er ikke behandlet i denne retningslinje, da disse tilstande er af anden genese og behandles anderledes end organisk delirium, der udløses af fysisk sygdom eller påvirkning."

Med venlig hilsen

Berit Martinussen

Sekretær

Center for Handicap og Psykisk Sårbarhed

Mobil 41 93 24 33

bm@socialstyrelsen.dk



Socialstyrelsen

Telefon +45 72 42 37 00

www.socialstyrelsen.dk

Jeg har to bemærkninger til det udmærkede udkast, til de nationale kliniske retningslinjer.

1. Der står på side 38 at antipsykotika muligvis ikke påvirker uro.

Det er vist i HOPE-studiet fra 2013, der ikke indgår i dette udkast, at der er signifikant effekt af Haloperidol på uro og agitation.

2. På side 60 under punktet, Intervention, er nævnt 4 antipsykotiske præparater.

Haloperidol er det eneste præparat der er godkendt til anvendelse ved delirbehandling, for at dæmpe psykomotorisk uro og agitation.

Således er anvendelse af de resterende præparater, Olanzapin, Risperidon og Quetiapin i princippet off-label.

Med venlig hilsen Peter Lindorff Larsen, Liaisonpsykiater, PCN.

Bedømmelse: "National klinisk retningslinje for forebygging og behandling af organisk delirium"

Bakgrunn

Arbeidsgruppen for retningslinjene har vurdert at det siden 2016 har tilkommet ny evidens om behandling av delirium med antipsykotika, i form av metaanalyser og systematiske reviews.

Arbeidsgruppen har derfor valgt å oppdatere retningslinjene for fokusert spørsmål 7: «*Bør pasienter med delirium behandles med antipsykotika?*»

I gjeldende anbefalinger fra 2016 var svaret (Kapittel 7):

Anbefaling 1: «Overvej kortvarig behandling med antipsykotika til udvalgte deliriøse hospitalsindlagte pasienter»

Anbefaling 2: «Det er god praksis at overveje kortvarigt at behandle udvalgte ikke-hospitalsindlagte pasienter med delir med antipsykotika, hvor non-farmakologisk multikomponent intervensjon og skærming ikke er tilstrækkelig til at håndtere patienten».

I høringsutkastet fra 2020 er oppdatert svar: «Anvend ikke rutinemæssigt behandling med antipsykotika til deliriøse pasienter, da antipsykotika muligvis ikke nedsætter varighet af delirium eller mindsker uro. (Svag anbefaling mod).

Min bedømmelse

Anbefalingenes relevans

Det fokuserte spørsmålet er svært relevant. Helsepersonell møter ofte urolige deliriøse pasienter med psykose eller agitert atferd og vurderer å behandle disse med antipsykotisk medisin. Det var godt kjent at evidensgrunnlaget for behandling med antipsykotika var svakt da retningslinjene ble utarbeidet i 2016. Det har de siste 5 årene kommet noen få nye studier av høy relevans for dette spørsmålet. Disse er nå inkludert i evalueringen av arbeidsgruppen.

Anbefalingenes styrkeangivelse

Jeg støtter styrkeangivelsen. Det er vurdert at det er en svak anbefaling mot bruk av antipsykotika. Begrunnelsen i dette tilfellet er vurderingen om at ulempene er større enn fordelene, men at det ikke er underbygget av sterk evidens.

Det er fremdeles få placebokontrollerte studier av antipsykotika til pasienter med delirium, og de er både heterogene, av varierende kvalitet og inkonklusive. De nyeste enkeltstudiene og metaanalysene har funnet at antipsykotika ikke er bedre enn placebo når det gjelder å redusere varighet eller alvorlighetsgrad av delirium. Dette gjelder studier av både palliative pasienter (Agar) og pasienter i intensivavdeling (Girard). Dessverre er det meget få studier som evaluerer effekten av antipsykotika på enkeltsymptomer ved delirium, slik som uro, angst, atferd, hallusinasjoner eller vrangforestillinger. Det er gjerne forekomsten av nettopp slike symptomer som utløser et behov for medikamentell intervensjon, og det er disse enkeltsymptomene man ønsker å lindre ved antipsykotisk behandling. Studier til nå har gjerne evaluert effekt på alvorlighetsgrad eller varighet av delirium, og der er det ikke vist at antipsykotika kommer bedre ut enn placebo.

En feil? Mot slutten av det tredje siste avsnittet på side 40 («Kun ét studie [47]...») vises det til studien av Agar (ref 47), og at denne studiepopulasjonen «var pasienter indlagt på intensiv afdeling». Det stemmer ikke. Pasientene i studien til Agar var palliative pasienter. Det er i tillegg grunn til å trekke fram at denne studien er en av veldig få som faktisk har evaluert effekt av antipsykotisk behandling på symptomnivå (atferd, kommunikasjon, hallusinasjoner og vrangforestillinger). I denne studien hadde antipsykotisk medikasjon en negativ effekt på disse symptomene og placebogruppen kom bedre ut.

Understøttes anbefalingene av evidens?

Ja, anbefalingene understøttes av evidens. De endringene av anbefalingene som har skjedd fra 2016 til 2020 gjenspeiler de vitenskapelige publikasjonene de siste årene og samsvarer også med evidensbaserte retningslinjer i andre land, f eks de skotske retningslinjene <https://www.sign.ac.uk/media/1423/sign157.pdf>

Min konklusjon

Jeg har ingen innvendinger til selve teksten. Jeg mener den er balansert og understøttes av evidens.

Det omtalte avsnittet på side 40 bør rettes opp.

Bjørn Erik Neerland, MD, PhD

Oslo, 14.12.20

Odense d. 15/12 2020

Peer review af opdatering af den nationale kliniske retningslinje for forebyggelse og behandling af organisk delirium.

2. revision 2020

Sagsnummer (05-0000-57)

Retningslinjen foreligger nu i en revideret udgave hvor 1. udgave er fra 2016. Retningslinjen er udarbejdet af et bredt fagligt sammensat panel herunder geriatri, psykiatri, neurologi, anæstesi og intensiv terapi, farmakologi og dansk sygeplejeråd mfl. Dette sikrer bred tværfaglig forankring og anerkendelse.

Som beskrevet i retningslinjen er risikoen for delirium blandt indlagte patienter høj. Specielt i lyset af stigende alder og komorbiditet blandt indlagte patienter. Udvikling af delirium hos en patient er associeret med længere indlæggelsestid, højere risiko for morbiditet og mortalitet. Derudover et stort ubehag for både patienten selv og nærmeste pårørende. Dertil kommer flere udgifter i forbindelse med længere indlæggelse og behandling af patienter som udvikler delirium. Som der nævnes i retningslinjen findes ingen specifik dokumenteret behandling af delirium. Behandlingen sigter alene på at løse den tilgrundliggende lidelse. Det kan dog være nødvendigt at tilbyde en lindrende medicinsk behandling under akut delirium. Men kun såfremt non farmakologiske tiltag ikke er tilstrækkelige.

Det er en klar styrke at retningslinjen fokuserer på vigtigheden af at sundhedspersonale er opmærksomme på delirium hos indlagte patienter i risiko. Ligeledes er det en styrke at der fokuseres på screeningsmetoder. Dette kunne med fordel uddybes evt. i folder materiale eller lign. Som kunne benyttes til undervisning af personale. Dette har været benyttet i mange år på intensivafdelinger men er nu begyndt at eksistere på almindelige sengeafsnit og akut modtagelser.

Ligeledes er det en styrke at retningslinjen fokuserer på behandling af den underliggende lidelse som afgørende for at bryde delirium hos indlagte patienter.

Som det også fremgår af retningslinjen er evidensen på området yderst sparsom og de fleste steder ikke tilstede. Så eventuel lindrende behandling bygger udelukkende på en ekspert anbefaling og ikke på nogen underliggende evidens. Denne mangel på evidens og udelukkende en ekspert rekommandation er også en meget stor fare og ulempe for både patienter og behandlere på dette område. I lyset af den manglende evidens er anbefalingerne omkring lindring meget svagt formuleret og pakket ind i en del forbehold.

Eksempelvis rekommandationen omkring behandling med antipsykotisk behandling:

”Behandling med antipsykotika (2020)
Svag anbefaling mod”

Denne svage formulering imod medicinsk behandling rummer dels en fare for at patienter forholdes en relevant indiceret lindrende behandling da sundhedspersoner vil være tilbageholdende med at tilbyde relevant lindrende antipsykotisk behandling af frygt represalier. Omvendt betyder hverken eller

rekommendationen at man kan tolke retningslinjen til tidligere behandling og ikke afvente effekten af non-farmakologiske tiltag. Begge scenarier skal ses i lyset af at patientgruppen der udvikler delirium er yderst skrøbelig med stor risiko for forværring i både den somatiske som psykiske tilstand. Herunder kardielle komplikationer både med og uden antipsykotisk behandling.

Noget af frygten som sundheds person er når en retningslinje benytter formuleringen bør. Dette er for en sundhedsperson noget man kan overveje. Men i jurist terminologi er "bør" at sidestille med "skal". Aktuelt rummer formuleringen en risiko for at sundhedspersoner dels undlader behandling eller presses til behandling hvor begge scenarier rummer en risiko for juridiske konsekvenser uden hjemmel i evidens.

Det ville være hensigtsmæssigt at fjerne bør og i stedet benytte en formulering om at rutinemæssig brug af antipsykotisk behandling ved delirium ikke har nogen evidens men kan være indiceret såfremt det vurderes at det vil være lindrende for patienten og risikoen overskygges af den potentielt gavnlige effekt.

Ligeledes bør hyppig revurdering anbefales.

I lyset af den manglende evidens men i erkendelse af behovet for behandling skal retningslinjen roses for at lade præparatvalget være op til den enkelte sundhedsperson. Som det nævnes i retningslinjen er det eneste lægemiddel godkendt til behandling af delirium haloperidol. Mange sundhedspersoner vil formentlig i dag anbefale Quetiapin som ikke er registreret til behandling af delirium. Her vil retningslinjen understøtte at sundhedspersoner benytter det lægemiddel de kender bedst.

Et andet svagt punkt er lovhjemmel til medicinsk behandling af delirøse patienter med klare psykotiske symptomer eller tilstande der kan ligestilles hermed og indikation for akut behandling af den underliggende lidelse. Her har man i sundhedssystemet ofte været nødsaget til psykiatrisk vurdering mhp. på tvang for at kunne gennemføre dels en lindrende behandling og dels livsnødvendig behandling af den tilgrundliggende lidelse. Dels har dette afsted kommet en forsinkelse af relevant behandling og unødigt risiko for patienterne. Dels har evt. tvangsfiksering af og til været en benyttet mulighed som bestemt kan være relevant men ikke altid har været et mindste middels princip. Man kunne forestille sig tidlig non farmakologisk behandling og måske tidlig antipsykotisk behandling kunne være et tidligt mindstemiddels alternativ.

Det kunne være hensigtsmæssigt at nævne lovtæksten i retningslinjen så sundhedspersonale er klædt på til opgaven:

"Sundhedsloven § 19

Hvis en patient, der midlertidigt eller varigt mangler evnen til at give informeret samtykke eller er under 15 år, befinder sig i en situation, hvor øjeblikkelig behandling er påkrævet for patientens overlevelse eller for på længere sigt at forbedre patientens chance for overlevelse eller for et væsentligt bedre resultat af behandlingen, kan en sundhedsperson indlede eller fortsætte en behandling uden samtykke fra patienten eller fra forældremyndighedens indehaver, nærmeste pårørende, værge eller fremtidsfuldmægtig."

Sammenfattende kan man sige retningslinjen er klinisk relevant og belyser et stort problem i sundhedssektoren. En stor ulempe er den manglende evidens for lindrende behandling af en meget

skrøbelig patientgruppe. Hvor instruksen vil beskytte både patienter og personale bedre ved at overveje ovenstående formuleringer.

Der bør i forbindelse med publicering overvejes hvordan indholdet i retningslinjen implementeres i praksis? Det ville være en hjælp såfremt der udarbejdes undervisningsmateriale samt lommekort. Specielt med fokus på screening af patienter i risiko samt non-farmakologisk og farmakologisk behandling.

Venlig hilsen

Thomas Strøm

Overlæge, Ph.d.

Multidisciplinære Intensive Terapiafsnit (ITA)

Anæstesiologisk - Intensiv Afdeling V

OUH - Odense Universitetshospital

Sdr. Boulevard 29, DK-5000 Odense C

Klinisk Professor, Overlæge, Ph.d.

Bedøvelse og Intensiv

Sygehus Sønderjylland

University of Southern Denmark

Kresten Philipsensvej 15, DK-6200 Aabenraa

thomas.stroem@rsyd.dk

Tel. +45 2585 0228 / +45 6541 5719