



SUNDHEDSSTYRELSEN

NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR
FOREBYGGELSE OG BEHANDLING AF
ORGANISK DELIRIUM

2016

National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af organisk delirium

© Sundhedsstyrelsen, 2016. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 15.12.2016

Format: PDF

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-819-3

Indhold

Indledning		9
0.1	Formål	9
0.2	Afgrænsning af patientgruppe	9
0.3	Målgruppe/brugere	10
0.4	Emneafgrænsning	10
0.5	Patientperspektivet	10
0.6	Juridiske forhold	11
1	Screening for delir med et psykometrisk værktøj	12
1.1	Fokuseret spørgsmål 1	12
1.2	Anbefaling	12
1.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	12
1.4	Baggrund for valg af spørgsmål	12
1.5	Litteratur	13
1.6	Arbejdsgruppens overvejelser	13
1.7	Rationale for anbefaling	15
2	Forebyggelse af delir med multikomponent non-farmakologisk intervention	16
2.1	Fokuseret spørgsmål 2	16
2.2	Anbefaling	16
2.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	16
2.4	Baggrund for valg af spørgsmål	17
2.5	Litteratur	17
2.6	Gennemgang af evidensen	17
2.7	Arbejdsgruppens overvejelser	19
2.8	Rationale for anbefaling	20
2.9	Evidensprofil	20
3	Multikomponent non-farmakologisk behandling ved delir	23
3.1	Fokuseret spørgsmål 3	23
3.2	Anbefaling	23
3.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	23
3.4	Baggrund for valg af spørgsmål	24
3.5	Litteratur	24
3.6	Gennemgang af evidensen	24
3.7	Arbejdsgruppens overvejelser	25
3.8	Rationale for anbefaling	25
3.9	Evidensprofil	25
4	Skærmede omgivelser	28
4.1	Fokuseret spørgsmål 4	28
4.2	Anbefaling	28
4.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	28
4.4	Baggrund for valg af spørgsmål	28
4.5	Litteratur	28
4.6	Arbejdsgruppens overvejelser	29
4.7	Rationale for anbefaling	29
5	Aktiv inddragelse og undervisning i delir af pårørende	30
5.1	Fokuseret spørgsmål 5	30
5.2	Anbefaling	30
5.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	30
5.4	Baggrund for valg af spørgsmål	30
5.5	Litteratur	31

5.6	Arbejdsgruppens overvejelser	31
5.7	Rationale for anbefaling	32
5.8	Evidensprofil	32
6	Medicिंगennemgang og – justering	35
6.1	Fokuseret spørgsmål 6	35
6.2	Anbefaling 1	35
6.2.1	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	35
6.2.2	Baggrund for valg af spørgsmål	35
6.2.3	Litteratur	36
6.2.4	Gennemgang af evidensen	36
6.2.5	Arbejdsgruppens overvejelser	36
6.2.6	Rationale for anbefaling 1	37
6.2.7	Evidensprofil	37
6.3	Anbefaling 2	40
6.3.1	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	40
6.3.2	Baggrund for valg af spørgsmål	40
6.3.3	Arbejdsgruppens overvejelser	40
6.3.4	Rationale for anbefaling 2	41
7	Behandling med antipsykotika	42
7.1	Fokuseret spørgsmål 7	42
7.2	Anbefaling 1	42
7.2.1	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	42
7.2.2	Baggrund for valg af spørgsmål	42
7.2.3	Litteratur	42
7.2.4	Gennemgang af evidensen	42
7.2.5	Arbejdsgruppens overvejelser	43
7.2.6	Rationale for anbefaling 1	44
7.2.7	Evidensprofil	44
7.3	Anbefaling 2	47
√	Det er god praksis at overveje kortvarigt at behandle udvalgte ikke-hospitalsindlagte patienter med delir med antipsykotika, hvor non-farmakologisk multikomponent intervention og skærmning ikke er tilstrækkelig til at håndtere patienten.	47
7.3.1	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	47
7.3.2	Baggrund for valg af spørgsmål	47
7.3.3	Arbejdsgruppens overvejelser	47
7.3.4	Rationale for anbefaling 2	49
8	Behandling med benzodiazepin og benzodiazepin-lignende stoffer	50
8.1	Fokuseret spørgsmål 8	50
8.2	Anbefaling	50
8.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	50
8.4	Baggrund for valg af spørgsmål	50
8.5	Litteratur	50
8.6	Arbejdsgruppens overvejelser	51
8.7	Rationale for anbefaling	52
9	Behandling med melatonin	53
9.1	Fokuseret spørgsmål 9	53
9.2	Anbefaling	53
9.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	53
9.4	Baggrund for valg af spørgsmål	53
9.5	Litteratur	53
9.6	Arbejdsgruppens overvejelser	53
9.7	Rationale for anbefaling	54
10	Behandling med elektro-konvulsiv terapi (ECT)	55
10.1	Fokuseret spørgsmål 10	55
10.2	Anbefaling	55

10.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	55
10.4	Baggrund for valg af spørgsmål	55
10.5	Litteratur	55
10.6	Arbejdsgruppens overvejelser	55
10.7	Rationale for anbefaling	56
11	Referenceliste	57
12	Bilag	61
	Bilag 1: Baggrund	62
	Bilag 2: Implementering	64
	Bilag 3: Monitorering	65
	Bilag 4: Opdatering og videre forskning	66
	Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode	67
	Bilag 6: Fokuserede spørgsmål	68
	Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer	69
	Bilag 8: Søgebeskrivelser og evidensvurderinger	72
	Bilag 9: Arbejdsgruppen og referencegruppen	73
	Bilag 10: Forkortelser og begreber	77

EVIDENSENS KVALITET – DE FIRE NIVEAUER

Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baserer sig på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). For yderligere beskrivelse se [bilag 7](#).

Høj (⊕⊕⊕⊕)

Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.

Moderat (⊕⊕⊕○)

Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.

Lav (⊕⊕○○)

Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt

Meget lav (⊕○○○)

Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

ANBEFALINGENS STYRKE

Stærk anbefaling for ↑↑

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling for, når de samlede fordele ved interventionen vurderes at være klart større end ulemperne.

Svag/betinget anbefaling for ↑

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling for interventionen, når vi vurderer, at fordelene ved interventionen er større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved interventionen, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende. Anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

Svag/betinget anbefaling imod ↓

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når vi vurderer, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Vi anvender også denne anbefaling, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre. Anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

Stærk anbefaling imod ↓↓

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling imod, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene. Vi vil også anvende en stærk anbefaling imod, når gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

God praksis ✓

God praksis, som bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. En anbefaling om god praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens. Derfor er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de er stærke eller svage.

Centrale budskaber

Screening med et psykometrisk værktøj

√ Det er god praksis at overveje at screenerisikopatienter med et psykometriskværktøj.

Non-farmakologisk multikomponent intervention

↑ Overvej non-farmakologisk multikomponent forebyggende behandling til alle patienter over 65 år med risiko for delir.

↑ Overvej non-farmakologisk multikomponent behandling af alle delirøse patienter.

Skærmede omgivelser

√ Det er god praksis at overveje at skærme patienter med delir.

Aktiv inddragelse af pårørende

↑ Overvej at inddrage pårørende aktivt.

Mediciggennemgang og pausering af medicin

↑ Overvej at foretage gennemgang og sanering af medicin hos alle ældre med risiko for delir.

√ Det er god praksis at foretage medicinstatus og gennemgang hos alle delirøse patienter samt at overveje justering, herunder pausering af ikke-livsvigtig medicin.

Behandling med antipsykotika

↑ Overvej kortvarig behandling med antipsykotika til udvalgte delirøse hospitalsindlagte patienter

√ Det er god praksis at overveje at behandle udvalgte ikke-hospitalsindlagte patienter med delir med antipsykotika, hvor non-farmakologisk multikomponent intervention og skærmning ikke er tilstrækkelig til at håndtere patienten.

Behandling med benzodiazepin eller benzodiazepin-lignende midler

√ Det er god praksis ikke at anvende benzodiazepiner og benzodiazepin-lignende stoffer til behandling af delir.

Behandling med melatonin

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

Bør patienter med behandlingsrefraktær delir behandles med ECT

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

Indledning

0.1 Formål

Formålet med de nationale kliniske retningslinjer er at sikre en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet, medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper samt prioritering i sundhedsvæsenet.

En national klinisk retningslinje indeholder alene konkrete handlingsanvisninger indenfor udvalgte, velafgrænsede kliniske problemstillinger (dvs. hvad der skal gøres, og hvem er det relevant for). Den har ikke som primært formål at afklare visitation og organisering af indsatsen (hvem der skal tilbyde indsatsen) eller samfundsøkonomiske konsekvenser (hvad er den afledte effekt på ressourcerne og er disse til stede). Disse typer af problemstillinger kan eksempelvis håndteres i en visitationsretningslinje, et pakkeforløb, et forløbsprogram, et referenceprogram eller en medicinsk teknologivurdering (MTV).

Denne retningslinjes formål er at medvirke til at sikre relevant opsporing, forebyggelse og behandling af organisk delirium (herefter kaldet delir).

Delir har en dårlig prognose med markant øget risiko for død, funktionstab og længerevarende kognitive problemer. Relevant udredning og behandling af udløsende årsager er derfor afgørende og det forudsættes, at der hos alle delirøse patienter foretages relevant udredning. Udredningen skal tage sigte på at identificere udløsende årsager. Det forudsættes også, at der sikres behandling af disse samtidig med understøttende behandling og somatisk stabilisering. Så længe patienten er midlertidigt inhabil, kan behandling foretages i henhold til sundhedsloven § 19. Fyldestgørende information til patienten og de pårørende er væsentlig i henhold til sundhedslovens § 20.

0.2 Afgrænsning af patientgruppe

Den primære patientgruppe er ældre (> 65 år) med delir eller risiko for at udvikle delir, som er indlagt på somatisk afdeling. Risikofaktorer for udvikling af delir er høj alder, demens eller kognitiv dysfunktion, funktionsnedsættelse og akut sygdom samt skrøbelighed.

Da delir også forekommer i andre patientgrupper, herunder hos plejehjemsbeboere i primærsektoren, terminale patienter og intensivpatienter, er disse også inkluderet. Ved de enkelte PICO-spørgsmål er beskrevet hvilke patientgrupper, der er inkluderet i evidenssøgningen.

Delirøse tilstande i relation til psykiske sygdomme eller tilstande som er forårsaget af misbrug og abstinenser, er ikke behandlet i denne retningslinje, da disse tilstande er af anden genese og behandles anderledes end organisk delir, der udløses af fysisk sygdom eller påvirkning.

Litteraturen i denne NKR bygger på kriterierne i DSM-III-R eller DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders⁽¹⁾) som guldstandard for diagnostik af delir, vurderet ved interview af psykiatrisk specialist.

0.3 Målgruppe/brugere

Den nationale kliniske retningslinje for delir er primært henvendt til sundhedspersonale, der diagnosticerer, behandler samt varetager pleje- og omsorg for patienter med delir eller i risiko for udvikling af delir.

Patienter og deres pårørende kan ligeledes orientere sig i retningslinjen.

0.4 Emneafgrænsning

Arbejdsgruppen har valgt at fokusere på effekten af opsporing og tidlig diagnostik af delir, samt belyse evidensen af forebyggende tiltag og de mest anvendte behandlinger af delirøse patienter.

Følgende ti fokuserede spørgsmål er undersøgt:

- Bør alle akut syge, ny-indlagte patienter over 65 år screenes for delir med et psykometrisk værktøj (b-CAM eller CAM)?
- Bør patienter med risiko for delir have non-farmakologisk multikomponent behandling?
- Bør patienter med delir have non-farmakologisk multikomponent behandling?
- Bør patienter med delir have skærmede omgivelser?
- Bør pårørende aktivt inddrages i behandling af patienter med delir?
- Bør patienter med delir få pauseret ikke-livsvigtig medicin?
- Bør patienter med delir behandles med antipsykotika?
- Bør patienter med delir behandles med benzodiazepiner eller benzodiazepinlignende midler?
- Bør patienter med delir behandles med melatonin?
- Bør patienter med behandlingsrefraktært delir behandles med ECT?

0.5 Patientperspektivet

Det er vigtigt, at patientens værdier og præferencer løbende inddrages i patientforløbet.

I denne retningslinje er patientperspektivet repræsenteret via relevante patientforeninger (Ældresagen og Danske Patienter) som har udpeget medlemmer i den nedsatte referencegruppe. Derudover har de haft mulighed for at afgive høringssvar til udkastet til den færdigeretningslinje. Medlemmer af referencegruppen samt høringssvarer fremgår af [bilag 9](#).

0.6 Juridiske forhold

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede udsagn med inddragelse af relevant sagkundskab.

Nationale kliniske retningslinjer kan bruges af fagpersoner, når de skal træffe beslutninger om passende og god klinisk sundhedsfaglig ydelse i specifikke situationer. De nationale kliniske retningslinjer er offentligt tilgængelige, og patienter kan også orientere sig i retningslinjerne.

Nationale kliniske retningslinjer klassificeres som faglig rådgivning, hvilket indebærer, at Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge retningslinjerne. De nationale kliniske retningslinjer er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse.

Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

1 Screening for delir med et psykometrisk værktøj

1.1 Fokuseret spørgsmål 1

Bør alle akut syge nyindlagte patienter over 65 år screenes med et psykometrisk værktøj (fx b-CAM eller CAM)?

1.2 anbefaling

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

1.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Der anbefales oplæring/undervisning af personale i brug af den valgte psykometriske test for at opnå en tilstrækkelig høj sensibilitet og specificitet.

Da delir er en fluktuerende tilstand, anbefales en gentagelse af testen ved negativt resultat hos patienter mistænkt for delir nogle timer eller dage efter første test, samt gentagelse af testen ved mentale ændringer hos patienter med en eller flere risikofaktorer⁽²⁾.

Risikofaktorer:

- Høj alder (min. 65 år)
- Demens eller kognitiv dysfunktion (både aktuel og tidligere, eksempelvis tidligere delir og hjerneskader)
- Funktionsnedsættelse
- Akut sygdom

1.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Ældre patienter med akut sygdom er i høj risiko for at udvikle delir. Delir kan vise sig i flere former, herunder hyperaktive, hypoaktive og blandede former, hvor særligt de hypoaktive kan overses i den kliniske hverdag. Patienter med uopdaget delir har markant øget dødelighed i forhold til diagnosticerede delirøse patienter (30,8 % vs. 11,8 %) ⁽³⁾.

Der findes mange psykometriske tests, hvoraf Confusement Assessment Method (CAM) er den mest udbredte i klinikken ⁽²⁾. Den findes i to former, long-CAM (10 kriterier), der er et omfattende værktøj til identifikation af kognitive problemer og short-CAM (4 kriterier), der er specifikt målrettet identifikation og erkendelse af delir og, den hyppigst anvendte i klinisk sammenhæng.

CAM-ICU og b-CAM repræsenterer udgaver af short-CAM til henholdsvis kritisk syge intuberede patienter og ikke-kritisk syge patienter ⁽⁴⁾. CAM-ICU er valideret i dansk

sammenhæng, mens b-CAM aktuelt er under validering. Long-CAM er p.t. ikke valideret i en dansk kontekst.

Patienten vurderes i forbindelse med samtale. Der er mistanke om delir, hvis patienten opfylder kriterium 1 og 2 samt enten 3 eller 4:

1. Akut indsættende og fluktuerende forløb
2. Uopmærksomhed
3. Uorganiseret tankegang
4. Ændret bevidsthedsniveau

Uddannelse og træning i brug af screeningsværktøjet er essentielt for at sikre høj diagnostisk sikkerhed⁽⁵⁾.

1.5 Litteratur

Arbejdsgruppen fandt ikke randomiserede studier, der beskrev effekten af screening med et psykometrisk værktøj hos ældre akut indlagte patienter.

Der kunne derfor ikke udarbejdes en evidensbaseret anbefaling om screening med psykometrisk værktøj. Arbejdsgruppen har derfor udarbejdet en god praksis anbefaling.

1.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen

Der er ikke fundet brugbar evidens på området.

Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter

Arbejdsgruppen vurderer, at oplæring i systematisk screening vil medføre en generelt øget opmærksomhed på tilstanden. Flere delirøse patienter vil blive identificeret (herunder hypoaktivt delir), og som følge heraf vil flere patienter blive relevant håndteret.

Undervisning/oplysning af sundhedspersonale kan gøre sundhedspersonalet bedre til at sondre mellem delir, demens og depression hos ældre.

Ved korrekt brug af psykometriske værktøjer vurderer arbejdsgruppen, at risikoen for over- og underdiagnostik er lille.

Patientpræferencer

Da CAM er baseret på observationer og ikke forbundet med ubehag eller alvorlige skadevirkninger, vurderer arbejdsgruppen, at screening sandsynligvis ikke er præferencefølsomt.

Instrumenter med test-spørgsmål fx. b-CAM kan potentielt være præferencefølsomt, da patienter muligvis kan irriteres. Specielt hvis de er delirøse, og derved har vanskeligt ved at svare på spørgsmålene. Relevant information om testen og årsagen til, at den anvendes, formodes dog at minimere dette.

Andre overvejelser

Arbejdsgruppen anbefaler, at sundhedspersonale undervises/oplæres i brug af et psykometrisk værktøj, eksempelvis b-CAM, for at sikre en høj diagnostisk kvalitet.

Indførelse af screening vil i opstarten sandsynligvis medføre et øget tidsforbrug hos personalet til undervisning og selve udførelsen af screeningen.

B-CAM er simpel at anvende og forventes ikke at medføre væsentligt tidsforbrug ved implementering. Der kan med fordel benyttes sidemandsoplæring.

På sigt formodes anvendelsen dog at kunne mindske personalets tidsforbrug, idet plejen kan tilrettelægges efter patientens aktuelle mentale tilstand.

1.7 Rationale for anbefaling

Arbejdsgruppen vægtede i anbefalingen, at delir ofte ikke er erkendt, når der ikke bruges et systematisk værktøj, særligt hos patienter med hypoaktivt delir⁽³⁾. CAM, især b-CAM, er relativt hurtige tests at udføre. Der er høj diagnostisk sikkerhed hos trænet personale. Da testen ikke er forbundet med betydende ubehag for patienten eller alvorlige skadevirkninger, forventer arbejdsgruppen, at de fleste patienter vil tage imod tilbud om test. Der blev ikke fundet brugbar evidens på området, så arbejdsgruppen har på baggrund af klinisk erfaring formuleret en god praksis anbefaling.

Idet delir er en fluktuerende tilstand, anbefaler arbejdsgruppen at gentage eventuelt negative tests hos patienter med risiko for delir nogle timer eller dage efter første test for at sikre korrekt diagnostik.

2 Forebyggelse af delir med multikomponent non-farmakologisk intervention

2.1 Fokuseret spørgsmål 2

Bør patienter med risiko for delir have multikomponent non-farmakologisk behandling?

2.2 Anbefaling

↑ Overvej non-farmakologisk multikomponent forebyggende behandling til alle patienter over 65 år med risiko for delir (⊕⊕○○)

2.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Det anbefales, at der som hovedregel iværksættes non-farmakologisk multikomponent behandling hos alle patienter ved risiko for delir. Interventionerne kan praktisk bestå i:

- Sanseoptimering:

Sørg for, at der er tilstrækkeligt lys i rummet, så patienten kan orientere sig. Ved nedsat syn eller hørelse skal patientens briller eller høreapparat fremskaffes og ved behov skal patienten hjælpes til brug. Alternativt kan kommunikator bruges hos hørehæmmede.

- Orientering og kognitiv stimulation:

Synligt ur og kalender og eventuelt tavle med dagsplan på stuen. Undgå skiftende personale, gentag præsentation af personale, der indgår i plejen samt gentag sted og årsag til indlæggelse. Efter individuel vurdering kan der føres samtale om aktuelle emner. Om muligt fremskaf kendte objekter (billeder mm.). Få ændringer i indretningen af sengestuen, fx. sengebord på patientens sædvanlige side af sengen, kan hjælpe patienten til at føle sig mere hjemme.

- Mobilisering:

Patienten bør mobiliseres flere gange dagligt, som minimum til måltiderne. Patienten bør selv udføre eller hjælpe med dele af personlig hygiejne. Ved behov for gangredskab skal dette være tilgængeligt.

- Ernæring:

Vurder patientens ernæringstilstand og eventuelle problemer med fødeindtag grundet den akutte tilstand. Afhjælp dette, eksempelvis ved vur-

dering af fagperson.

- Rehydrering:

Vurder hydreringsgrad og væskeindtag og suppler med relevant væsketerapi om nødvendigt.

- Døgnrytme:

Understøt patientens naturlige døgnrytme.

2.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Udvikling af delir skyldes samspil mellem risikofaktorer hos den skrøbelige patient samt fysiske stressfaktorer i forbindelse med akut og/eller alvorlig sygdom, som bør udredes og behandles⁽⁶⁾.

Multikomponent non-farmakologisk forebyggende behandling sigter på at reducere kendte risikofaktorer for delir, så delir undgås eller varighed og sværhedsgrad reduceres. Arbejdsgruppen har i dette spørgsmål valgt at fokusere på følgende risikofaktorer:

- Svækkede sanser, fx. nedsat syn og hørelse.
- Orienteringsbesvær og forvirring, som kan udvikle sig til vrangforestillinger.
- Immobilisering, enten som følge af den somatiske sygdom eller som forbundet med hypoaktivt delir.
- Nedsat føde- og væskeindtag og/eller øget behov.
- Forstyrret døgnrytme/manglende nattesøvn.

2.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for besvarelse af PICO 2 er 9 RCT-studier⁽⁷⁻¹⁵⁾ (N=2157). Flow charts findes på sst.dk.

2.6 Gennemgang af evidensen

Alle studier på nær Moon (pt.>18år) er på ældre (pt.>65år)⁽⁷⁻¹⁴⁾. Hempenius og Guo vurderer postoperative forløb hos cancerpatienter^(10,11), Lundström inkluderer hoftefraktur-patienter⁽¹³⁾. Moon vurderede intensiv-patienter med blandede kirurgiske og medicinske lidelser⁽¹⁵⁾. De øvrige studier (Abizanda, Avendano-Cespedes, Bonaventura, Jeffs, Martinez) blev foretaget på akut indlagte patienter på intern medicinske eller geriatrike afdelinger^(7-9,12,14).

Interventionen bestod af to eller flere non-farmakologiske interventioner rettet mod risikofaktorer for delir, herunder mobilisering, sanseoptimering, reorientering, rehydrering og ernæring. Interventionen blev foretaget af plejepersonale eller

sundhedspersonale med særlig kompetence på området, fx fysio- eller ergoterapeut til mobilisering.

Skema: Karakteristika af inkluderede studier:

Studie	Alder	Afdeling, patienttype	Interventioner
Abizanda (2011)⁽⁷⁾	> 65 år	Akut geriatrisk enhed	Reorientering, mobilisering
Avendano-Cespedes (2016)⁽⁸⁾	> 65 år	Akut geriatrisk afsnit	Reorientering, mobilisering, sanseoptimering, ernæring, døgnrytme
Bonaventura (2007)⁽⁹⁾	> 65 år	Medicinsk og geriatrisk afdeling	Reorientering, mobilisering, sanseoptimering, rehydrering
Guo (2016)⁽¹⁰⁾	65-80 år	Postoperativt forløb efter oral cancer-operation	Reorientering, døgnrytme
Hempenius (2013)⁽¹¹⁾	> 65 år	Postoperativt forløb efter fjernelse af solid tumor	Reorientering, mobilisering, ernæring
Jeffs (2013)⁽¹²⁾	> 65 år	Akut medicinsk afdeling	Reorientering, mobilisering
Lundström (2007)⁽¹³⁾	> 70 år	Postoperativt forløb efter hoftefraktur på hhv. alm. Ortopædkirurgisk afdeling og geriatrisk afdeling	Mobilisering, ernæring
Martinez (2012)⁽¹⁴⁾	> 70 år	Akut medicinsk afdeling	Reorientering, sanseoptimering
Moon (2015)⁽¹⁵⁾	> 18 år	Intensivafsnit, blandet medicinske og kirurgiske lidelser	Reorientering, mobilisering, sanseoptimering, ernæring døgnrytme

Kvaliteten af evidensen var lav for følgende kritiske outcome: mortalitet (både under indlæggelse og 12 mdr. follow-up).

Kvaliteten af evidensen var lav for følgende vigtige outcomes: forbedring af ADL-funktion, udskrivelse til vanlig bolig og fald. Der fandtes en mulig positiv effekt af interventionen på mortalitet under indlæggelse og forbedring af ADL-funktion.

Kvaliteten af evidensen var moderat for det kritiske outcome: delir tilfælde.

Kvaliteten af evidensen var moderat for de vigtige outcomes: delirvarighed, delirsværhedsgrad, indlæggelsestid og tryksår. Der fandtes en sandsynlig positiv effekt af interventionen på antal delirtilfælde, delirvarighed og tryksår.

Ingen studier opgjorde genindlæggelser.

2.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	<p>Kvaliteten af evidensen er samlet set lav, da evidensen for det kritiske outcome, mortalitet, er lav grundet få events i de fundne studier.</p> <p>Der er desuden lav tiltro til estimaterne for fald, forbedring i ADL-funktion, og udskrivelse til vanlig bolig.</p> <p>Kvaliteten af evidensen for de øvrige outcomes (delir-tilfælde, delir-varighed, delir-sværhedsgrad, indlæggelsestid og tryksår) er moderat.</p>
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>Der er udelukkende fundet evidens for gavnlige effekter af non-farmakologisk multikomponent intervention og ingen skadelige virkninger.</p>
Patientpræferencer	<p>Arbejdsgruppen vurderer, at non-farmakologisk multikomponent intervention ikke er præferencefølsom, da stort set alle patienter vil ønske at modtage denne behandling.</p>
Andre overvejelser	<p>Der kan være behov for undervisning og oplæring af personale ved imple-</p>

2.8 Rationale for anbefaling

Der er ved formulering af anbefalingen lagt vægt på, at forebyggende behandling med non-farmakologisk multikomponent intervention overvejende viste positiv effekt på alle outcomes, og ikke vurderes at have skadelige virkninger.

Arbejdsgruppen har moderat tiltro til effekten af interventionen på delirforekomst, delirvarighed og forekomst af tryksår. Der er dog lav tiltro til effekten på mortalitet (både under indlæggelse og efter 12 måneder), forbedring af ADL-funktion, fald og udskrivelse til vanlig bolig. Interventionen vurderes til ikke at være præferencefølsom.

2.9 Evidensprofil

Population: Akut indlagte (på hospital eller plejefsnit i primær sektor) patienter over 65 år med somatisk sygdom samt mindst en af nedenstående risikofaktorer: demens, Mb. Parkinson, tidligere apopleksi, tidligere delir, lav funktionsevne eller flere kroniske sygdomme.

Intervention: Multikomponent non-farmakologisk intervention som indeholder to eller flere af følgende interventioner: Skemalagt fysisk aktivitet flere gange dagligt, fx i forbindelse med måltider og pleje. Sanseoptimering, eksempelvis briller, høreapparat og lys på stuen. Reorientering, eksempelvis information om tid, sted og egne data. Ernæring med fokus på at sikre nødvendigt væske/føde indtag. Struktureret døgnrytme med fokus på, at patienten er vågen om dagen samt at pleje, undersøgelser mm. i videst muligt omfang foregår i dagtid, og der er ro og mørke på stuen om natten.

Sammenligning: Vanlig behandling

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Kvaliteten af evidensen Studieresultater & effektestimater	Sammendrag
		Vanlig behandling	Multi-component delir intervention		
Delirium tilfælde (Incident delirium) Ved udskrivelse	Relative risiko: 0.64 (CI 95% 0.53 - 0.77) Baseret på data fra 2157 patienter i 9 studier ⁽⁷⁻¹⁵⁾	213 per 1.000	136 per 1.000	Moderat Risiko for bias grundet manglende blinding, ej muligt i denne type intervention.	Vigtigt outcome. Interventionen ned-sætter sandsynligvis incidensen af delir.
		Forskel: 77 færre per 1.000 (CI 95% 100 færre - 49 færre)			

Genindlæggelse (Readmission)					Vigtigt outcome. Vi fandt ingen studier, der opgjorde genindlæggelser.
Mindst 3 mdr. follow-up					
Forbedring af ADL (Improvement in Activities of Daily Living)	Relative risiko: 1.15 (CI 95% 0.91 - 1.47)	411 per 1.000	473 per 1.000	Lav	Vigtigt outcome. Interventionen øger muligvis forbedring i ADL.
Ved udskrivelse	Baseret på data fra 341 patienter i 1 studier ⁽⁷⁾	Forskel: 62 mere per 1.000		Grundet upræcist effektestimater, kun et enkelt studie. Risiko for bias grundet manglende blinding.	
		(CI 95% 37 færre - 193 mere)			
Udskrivelse til vanlig bolig (Return to independent living)	Relative risiko: 0.95 (CI 95% 0.85 - 1.07)	752 per 1.000	714 per 1.000	Lav	Vigtigt outcome. Interventionen påvirker muligvis ikke outcome i betydelig grad.
Ved udskrivelse	Baseret på data fra 990 patienter i 3 studier ⁽¹¹⁻¹³⁾	Forskel: 38 færre per 1.000		Grundet risiko for bias, inkonsistente resultater	
		(CI 95% 113 færre - 53 mere)			
Fald (Falls)	Relative risiko: 0.57 (CI 95% 0.16 - 2.01)	86 per 1.000	49 per 1.000	Lav	Vigtigt outcome. Interventionen har muligvis lille eller ingen effekt på forekomsten af fald.
Ved udskrivelse	Baseret på data fra 746 patienter i 3 studier ^(11,13,14)	Forskel: 37 færre per 1.000		Grundet risiko for bias, inkonsistente resultater	
		(CI 95% 72 færre - 87 mere)			
Tryksår (Pressure ulcers)	Relative risiko: 0.48 (CI 95% 0.26 - 0.89)	123 per 1.000	59 per 1.000	Moderat	Vigtigt outcome. Interventionen nedsetter sandsynligvis tryksår i betydelig grad.
Ved udskrivelse	Baseret på data fra 457 patienter i 2 studier ^(11,13)	Forskel: 64 færre per 1.000		Grundet risiko for bias pga. manglende blinding.	
		(CI 95% 91 færre - 14 færre)			
Død (Inpatient mortality)	Relative risiko: 0.78 (CI 95% 0.52 - 1.16)	97 per 1.000	76 per 1.000	Lav	Vigtigt outcome. Interventionen nedsetter muligvis mortalitet under indlæggelse i nogen grad.
Ved udskrivelse	Baseret på data	Forskel: 21 færre per 1.000		Grundet inkonsistente resultater.	

	fra 1032 patienter i 5 studier ^(7,8,11,13,15)	1.000 (CI 95% 47 færre - 16 mere)		
Død (12 month mortality) 12 mdr.	Relative risiko: 0.85 (CI 95% 0.46 - 1.56) Baseret på data fra 199 patienter i 1 studier ⁽¹³⁾	186 per 1.000 <hr/> Forskel: 28 færre per 1.000 (CI 95% 100 færre - 104 mere)	158 per 1.000	Meget lav Upræcist effektestimater, da der kun er et studie.
Delir varighed (Duration of delirium) Ved udskrivelse	Målt med: Skala: - Lavere bedre Baseret på data fra 402 patienter i 5 studier ^(8,10,12-14)	3.0 (Median) <hr/> Forskel: MD 1.47 lavere (CI 95% 2.1 lavere - 0.85 lavere)		Moderat Risiko for bias pga. manglende blinding.
Delir sværhedsgrad (Severity of delirium) Ved udskrivelse	Målt med: Skala: - Lavere bedre Baseret på data fra 117 patienter i 3 studier ^(8,11,12)	Forskel: SMD 0.93 lavere (CI 95% 1.32 lavere - 0.54 lavere)		Moderat Risiko for bias pga. manglende blinding
Indlæggelsestid (Length of admission) Ved udskrivelse	Målt med: Skala: - Lavere bedre Baseret på data fra 1794 patienter i 5 studier ^(8,11-14)	8.7 (Median) <hr/> Forskel: MD 0.01 højere (CI 95% 0.68 lavere - 0.7 højere)		Lav Risiko for bias pga. manglende blinding, inkonsistente resultater
				Kritisk outcome. Det er usikkert om interventionen påvirker død efter 12 mdr.
				Kritisk outcome. Interventionen nedsætter sandsynligvis delir varighed i nogen grad.
				Interventionen påvirker sandsynligvis ikke delir sværhedsgrad i væsentlig grad.
				Vigtigt outcome. Interventionen påvirker sandsynligvis ikke indlæggelsestid.

3 Multikomponent non-farmakologisk behandling ved delir

3.1 Fokuseret spørgsmål 3

Bør patienter med delir have multikomponent non-farmakologisk intervention?

3.2 Anbefaling

↑ Overvej non-farmakologisk multikomponent behandling af alle delirøse patienter
(⊕⊕○○)

3.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Der bør som hovedregel iværksættes non-farmakologisk multikomponent behandling hos alle delirøse patienter.

Interventionerne kan praktisk bestå i:

- Sanseoptimering:

Sørg for, at der er tilstrækkeligt lys i rummet, så patienten kan orientere sig. Ved nedsat syn eller hørelse skal patientens briller eller høreapparat fremskaffes og ved behov skal patienten hjælpes til brug. Alternativt kan kommunikator bruges hos hørehæmmede.

- Orientering og kognitiv stimulation:

Synligt ur og kalender og eventuelt tavle med dagsplan på stuen. Undgå skiftende personale, gentag præsentation af personale, der indgår i plejen samt gentag sted og årsag til indlæggelse. Efter individuel vurdering kan der føres samtale om aktuelle emner. Om muligt fremskaf kendte objekter (billeder mm.). Få ændringer i indretningen af sengestuen, fx. sengebord på patientens sædvanlige side af sengen, kan hjælpe patienten til at føle sig mere hjemme.

- Mobilisering:

Patienten bør mobiliseres flere gange dagligt, som minimum til måltiderne. Patienten bør selv udføre eller hjælpe med dele af personlig hygiejne. Ved behov for gangredskab skal dette være tilgængeligt.

- Ernæring:

Vurder patientens ernæringstilstand og eventuelle problemer med fødeindtag grundet den akutte tilstand. Afhjælp dette eksempelvis ved vur-

dering af fagperson.

- Rehydrering:

Vurder hydreringsgrad og væskeindtag, suppler med relevant væsketerapi om nødvendigt.

- Døgnrytme:

Understøt patientens naturlige døgnrytme.

3.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Udvikling af delir skyldes sandsynligvis et samspil mellem risikofaktorer hos den skrøbelige patient samt fysiske stress-faktorer i forbindelse med akut og/eller alvorlig sygdom⁽⁶⁾. Multikomponent non-farmakologisk behandling sigter på at reducere flere af disse risikofaktorer, så delir-tilstandens varighed og sværhedsgrad reduceres. Arbejdsgruppen har i dette spørgsmål valgt at fokusere på følgende risikofaktorer:

- Svækkede sanser, eksempelvis nedsat syn og hørelse.
- Orienteringsbesvær og forvirring, som kan udvikle sig til vrangforestillinger.
- Immobilisering, enten som følge af den somatiske sygdom eller som følge af hypoaktivt delir.
- Nedsat føde- og væskeindtag.
- Forstyrrelse af døgnrytme og nattesøvn.

3.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for besvarelse af PICO 3 er 3 RCT-studier⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ (N=480). Flow charts findes på sst.dk.

3.6 Gennemgang af evidensen

Alle studier inkluderer ældre patienter (>65 år, >69 år, >75 år) akut indlagt på intern medicinsk afdeling. Delir verificeres enten ved både Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) og CAM^(16,17) eller ved CAM og DSM-IV⁽¹⁸⁾. Der foretages derefter multikomponent intervention bestående af sanseoptimering og reorientering samt geriatrik vurdering af læge og sygeplejerske^(16,17) eller mobilisering, reorientering og ernæring samt geriatrik vurdering⁽¹⁸⁾.

Kvaliteten af evidensen var lav for det kritiske outcome: mortalitet. Kvaliteten af evidensen var lav for de vigtige outcomes: indlæggelsestid og større plejehov efter udskrivelse.

Ingen studier opgjorde følgende outcomes: genindlæggelser, delirvarighed, fald, funktionsevne, delirsværhedsgrad, forbrug af antipsykotika, og tryksår.

3.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Der er muligvis en gavnlig effekt på plejebehov efter udskrivelse. Der er muligvis ingen effekt på død. Interventionen kan muligvis forlænge indlæggelsen. Der vurderes ikke at være skadevirkninger af interventionen.
Patientpræferencer	Arbejdsgruppen vurderer, at interventionen ikke er præferencefølsom. Dog kan der være vanskeligheder med compliance hos delirøse patienter, særligt ved mobilisering og ernæring/rehydrering.

3.8 Rationale for anbefaling

I formuleringen af anbefalingen er der blevet lagt vægt på, at der muligvis er en gavnlig effekt på plejebehov efter udskrivelse. Der er sandsynligvis lille eller ingen effekt på mortalitet, og muligvis let øget indlæggelsestid som følge af interventionen. Det er ligeledes blevet vægtet, at der ikke er alvorlige skadevirkninger af interventionen, og at interventionen ikke vurderes at være præferencefølsom.

3.9 Evidensprofil

Population: Patienter over 65 år med delir, inklusiv intensivpatienter og patienter i primær sektor.

Intervention: Multikomponent non-farmakologisk intervention som indeholder to eller flere af følgende interventioner: Skemalagt fysisk aktivitet flere gange dagligt fx i forbindelse med måltider og pleje. Sanseoptimering, eksempelvis briller, høreapparat og lys på stuen. Reorientering, eksempelvis information om tid, sted og egne data. Ernæring med fokus på at sikre nødvendigt væske/føde indtag. Struktureret døgnrytme med fokus på, at patienten er vågen om dagen samt at pleje, undersøgelser mm. i videst muligt omfang foregår i dagtid, og der er ro og mørke på stuen om natten.

Sammenligning: Vanlig behandling

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Kvaliteten af evidensen Studieresultater & effektestimater	Sammendrag
		Control	Intervention		
Død (mortality) Længste follow-up, min 3 mdr.	Relative risiko: 1.08 (CI 95% 0.81 - 1.44) Baseret på data fra 480 patienter i 3 studier ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾	265 per 1.000 Forskæl: 21 mere per 1.000 (CI 95% 50 færre - 117 mere)	286 per 1.000	Lav Grundet risiko for bias ved manglende blinding, upræcist effektestimat.	Kritisk outcome. Interventionen påvirker sandsynligvis ikke mortaliteten.
Genindlæggelser (readmissions) Min. 3 mdr follow-up		<hr/>			Vigtigt outcome. Vi fandt ingen studier, der opgjorde genindlæggelser.
Øget plejebehov (more dependent living) Ved udskrivelse	Relative risiko: 0.83 (CI 95% 0.62 - 1.1) Baseret på data fra 480 patienter i 3 studier ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾	261 per 1.000 Forskæl: 44 færre per 1.000 (CI 95% 99 færre - 26 mere)	217 per 1.000	Lav Grundet risiko for bias pga. manglende blinding, upræcist effektestimat	Vigtigt outcome. Intervention kan muligvis nedsætte risikoen for øget plejebehov efter udskrivelse.
Indlæggelsestid (Hospital stay) Ved udskrivelse	Målt med: Tid Skala: - Lavere bedre Baseret på data fra 392 patienter i 2 studier ^(17,18)	19.1 Dage (Median) Forskæl: MD 3.26 mere (CI 95% 2.84 færre - 9.36 mere)	Dage	Lav Grundet risiko for bias ved manglende blinding, inkonsistente resultater	Vigtigt outcome. Intervention øger muligvis indlæggelsestiden i mindre grad.
Delir varighed (Duration of delirium) Ved udskrivelse		<hr/>			Kritisk outcome. Vi fandt ingen studier, der opgjorde delirvarighed.
Fald (falls)		<hr/>			Vigtigt outcome. Vi fandt ingen

Ved udskrivelse	_____	studier, der opgjorde fald.
Funktionsevne (ADL function)		Vigtigt outcome.
Ved udskrivelse	_____	Vi fandt ingen studier, der opgjorde funktionsevne.
Forbrug af antipsykotika (use of antipsychotic medication)	_____	Vigtigt outcome.
Ved udskrivelse		Vi fandt ingen studier, der opgjorde forbrug af antipsykotika.
Tryksår (pressure ulcers)		Vigtigt outcome.
Ved udskrivelse	_____	Vi fandt ingen studier, der opgjorde tryksår.
Delirium sværhedsgrad (delirium severity)		Vigtigt outcome.
Ved udskrivelse	_____	Vi fandt ingen studier, der opgjorde delirium sværhedsgrad.

4 Skærmede omgivelser

4.1 Fokuseret spørgsmål 4

Bør patienter med delir have skærmede omgivelser?

4.2 Anbefaling

√ **Det er god praksis at overveje at skærme patienter med delir.**

4.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

- Undgå uvedkommende og uhensigtsmæssige stimuli.
- Planlæg om muligt medicingivning og undersøgelser, så patientens søvn ikke forstyrres.
- Præsenter et stimulus, en information eller en opgave ad gangen.
- Alle delirøse patienter bør mobiliseres og stimuleres relevant. Særligt hos patienter med hypoaktivt delir er det vigtigt, at personalet initierer aktiviteter.

4.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Manglende søvn nedsætter kognitiv performance. Studier på raske søvn-depriverede og på delirøse viser lignende ændringer i cerebral perfusion og metabolisme⁽¹⁹⁾ og søvnforstyrrelser betragtes som risikofaktor for udvikling af delir. På en hospitalsafdeling for akutte sygdomme er der ofte uro/støj hele døgnet i forbindelse med pleje og behandling af patienter samt alarmer på monitoreringsudstyr. Dette opleves særligt på gangpladser og flersengsstuer og kan forstyrre patientens nattesøvn.

Arbejdsgruppen ønskede derfor at undersøge evidensen for, hvorvidt skærmede omgivelser kan have en effekt på behandlingen af delir. Skærmede omgivelser betragtes i denne sammenhæng som at undgå forstyrrende og uvedkommende stimuli, og kan opnås ad flere veje:

- Rolige omgivelser, fx. enestue
- Tilrettelæggelse af pleje, undersøgelser og behandling, så det foregår i patientens vågne timer.

4.5 Litteratur

Der er ikke fundet studier, der undersøger effekten af skærmning på patienter med delir.

4.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens til at besvare spørgsmålet.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Arbejdsgruppen vurderer, at skærmning kan forventes at have overvejende gavnlige effekt på varighed, sværhedsgrad og behov for antipsykotika. Skærmning med sovemaske og ørepropper kan muligvis have negativ effekt, da det kan mindske orienteringsevnen, især for allerede sansesvækkede patienter.
Patientpræferencer	Arbejdsgruppen forventer, at de fleste patienter ville foretrække at få skærmning. Nogle kan dog opleve utryghed og ensomhed.
Andre overvejelser	<p>Sovemaske og ørepropper bør undgås, såfremt patienten ikke selv kan påsætte og fjerne disse.</p> <p>Overvej mulighed for kontinuerlig tilstedeværelse af pårørende eller fast vagt for at undgå utryghed og ensomhed.</p>

4.7 Rationale for anbefaling

Ved formulering af anbefalingen vægtede arbejdsgruppen, at der sandsynligvis ikke findes skadevirkninger af interventionen, og klinisk erfaring tyder på øget forekomst og forværring af delir ved mange forstyrrelser og uvedkommende stimuli. Arbejdsgruppen vurderer, at interventionen ikke er præferencefølsom.

5 Aktiv inddragelse og undervisning i delir af pårørende

5.1 Fokuseret spørgsmål 5

Bør pårørende aktivt inddrages i behandling af patienter med delir?

5.2 Anbefaling

↑ **Overvej at inddrage pårørende aktivt i behandling af patienter med delir.**

(⊕○○○)

5.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Oplys patientens pårørende om tilstanden og om risikofaktorer herfor, gerne med skriftligt materiale, der beskriver vigtigheden af stille nærvær, kortfattet klar kommunikation, passende stimulering, ro og uforstyrret søvn. De pårørende kan opfordres til om muligt at medbringe kendte mindre objekter, fx billeder, til patienten. De pårørende kan ligeledes hjælpe med at give beskrivelse af patientens præferencer, rutiner og interesser. Lad desuden de pårørende hjælpe med reorientering, dvs. med at korrigere patienten stille og roligt i forhold til tid og sted og manglende erkendelse.

I efterforløbet kan tilbydes gennemgang af forløbet sammen med patient og pårørende.

5.4 Baggrund for valg af spørgsmål

De pårørende er vigtige samarbejdspartnere omkring den akut syge patient, og er hos den ældre medicinske patient ofte en ægtefælle/partner eller voksne børn. At være pårørende til en patient med delir kan være en skræmmende oplevelse, da pårørende tit ikke forstår årsagen til den ofte dramatiske ændring i patientens adfærd og ikke er vidende om, at tilstanden som hovedregel er reversibel⁽²⁰⁾. Som pårørende kan det være svært at håndtere en agiteret patient, og hos den terminale patient kan delir forhindre en meningsfuld og værdig afsked⁽²¹⁾.

Belastningen af de pårørende til delirøse patienter formodes at mindskes ved oplysning om tilstanden, og pårørende kan muligvis opdage symptomer på begyndende delir hurtigere end personalet i kraft af deres nære kendskab til patienten^(21,22).

Arbejdsgruppen ønskede at belyse effekten af aktiv inddragelse af pårørende på patienter med delir. Den aktive inddragelse kan eksempelvis bestå i:

- Oplysning om delir/undervisning i delir
- Medinddragelse i beslutningstagen
- Indbydende omgivelser til besøg og samvær

5.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for anbefalingen er et ikke-randomiseret kontrolleret studie⁽²³⁾ (N=97). Studiet inkluderede ældre patienter (>65 år) samt en voksen pårørende (>21 år) til hver patient. Interventionen bestod i undervisning til patient og pårørende af en specialuddannet geriatrisk sygeplejerske med fokus på patientens tilstand, forebyggelse af risikofaktorer for delir samt grundig forberedelse af udskrivelse. Da studiet ikke var randomiseret, var der var høj risiko for bias. Kun 25 % af de inkluderede patienter havde delir ved inkluderingstidspunktet.

Kvaliteten af evidensen er meget lav for følgende kritiske outcome: mortalitet under indlæggelse. Kvaliteten af evidensen er meget lav for følgende vigtige outcomes: genindlæggelser, udskrivelse til plejebolig, indlæggelsestid, funktionsniveau, delir sværhedsgrad

Studiet opgjorde ikke følgende outcomes: mortalitet (3 mdr.), fald, forbrug af antipsykotika, delir varighed samt udskrivelse til vanlig bolig.

5.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af den fundne evidens er meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Samlet set peger studiet på, at der sandsynligvis ikke er skadelige virkninger af interventionen. De gavnlige effekter er usikre.
Patientpræferencer	<p>Patienter med delir kan blive pinligt berørte eller skamfulde over deres adfærd, mens de var påvirkede af delir.</p> <p>Det er arbejdsgruppens vurdering, at der hos nogle patienter kan være et ønske om, at deres pårørende ikke oplever dem i denne tilstand.</p>
Andre overvejelser	<p>De pårørende kan blive forskrækkede over at opleve deres nære i delirøs tilstand. Oplysning om tilstanden kan hjælpe de pårørende til at forstå og hjælpe patienten bedre.</p> <p>Den nærmeste pårørende til den</p>

ældre patient med delir er ofte ægtefællen eller et voksent barn, der allerede er primær omsorgsperson. Der er risiko for "care-giver fatigue", hvis der stilles for store krav til de pårørende under indlæggelsen.

5.7 Rationale for anbefaling

Ved formulering af anbefalingen vægtede arbejdsgruppen, at evidensen er meget lav, men der tyder ikke på at være skadelige virkninger af interventionen.

5.8 Evidensprofil

Population: Patienter over 65 år med delir.

Intervention: Aktiv inddragelse af pårørende (fx inddragelse i daglige aktiviteter og gøremål samt overnatningsmulighed).

Sammenligning: Vanlig behandling

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Kvaliteten af evidensen Studieresultater & effektestimater	Sammendrag
		Vanlig behandling	Inddragelse af pårørende		
Død (Mortality) 3 mdr. follow-up					Kritisk outcome. Vi fandt ingen studier, der opgjorde død (min. 3 mdr. follow-up)
Genindlæggelser (Readmission to hospital within 30 days) 30 dages follow-up	Relative risiko: 0.39 (CI 95% 0.18 - 0.85) Baseret på data fra 97 patienter i 1 studie ⁽²³⁾	362 per 1.000	141 per 1.000 Forskel: 221 færre per 1.000 (CI 95% 297 færre - 54 færre)	Meget lav Grundet meget alvorlig risiko for bias, grundet manglende overførbarhed, grundet upræcist effektestimat.	Vigtigt outcome. Interventionen medfører muligvis færre genindlæggelser.
Fald (Falls) Ved udskrivelse					Vigtigt outcome. Vi fandt ingen studier, der opgjorde fald.

Forbrug af anti-psykotika (Use of antipsychotic medication)					Vigtigt outcome. Vi fandt ingen studier, der opgjorde forbrug af antipsykotika.
Ved udskrivelse					
Udskrivelse til plejebolig (Discharge to a nursing home)	Relative risiko: 0.65 (CI 95% 0.31 - 1.38)	277 per 1.000	180 per 1.000	Meget lav Grundet alvorlig risiko for bias, manglende overførbare, upræcist effekttestimat	Vigtigt outcome. .Effekten af interventionen på outcome er meget usikker.
Ved udskrivelse	Baseret på data fra 97 patienter i 1 studie ⁽²³⁾	Forskel: 97 færre per 1.000 (CI 95% 191 færre - 105 mere)			
Indlæggelsestid (Length of stay)	Målt med: Skala: - Lavere bedre	5.9 (Median)		Meget lav Grundet alvorlig risiko for bias, manglende overførbare, upræcist effekttestimat	Vigtigt outcome. Effekten af interventionen på outcome er meget usikker.
Ved udskrivelse	Baseret på data fra 97 patienter i 1 studie ⁽²³⁾	Forskel: MD 0.8 lavere (CI 95% 3.15 lavere - 1.55 højere)			
Delir varighed (Duration of delirium)					Kritisk outcome. Vi fandt ingen studier, der opgjorde delir varighed.
Ved udskrivelse					
Funktionsniveau (ADL function)	Målt med: Skala: - Højere bedre	79.3 (Median)		Meget lav Grundet risiko for bias, manglende overførbare, upræcist effekttestimat	Vigtigt outcome. Interventionen medfører muligvis bedre funktionsniveau.
Ved udskrivelse	Baseret på data fra 97 patienter i 1 studie ⁽²³⁾	Forskel: MD 2.4 højere (CI 95% 7.26 lavere - 12.06 højere)			
Udskrivelse til vanlig bolig (discharge to usual residence)					Vigtigt outcome. Vi fandt ingen studier, der opgjorde udskrivelse til vanlig bolig.
Ved udskrivelse					
Delir sværhedsgrad (Delirium severity)	Målt med: Delirium severity Skala: 0-32 Lavere bedre	4.7 (Median)		Meget lav Grundet risiko for bias, manglende overførbare, upræcist effekttestimat	Vigtigt outcome. Interventionen medfører muligvis lavere delir sværhedsgrad.
Ved udskrivelse	Baseret på data fra 97 patienter i 1 studie ⁽²³⁾	Forskel: MD 3.0 lavere (CI 95% 5.07 lavere - 0.93)			

	studie ⁽²³⁾	lavere)		
Død (mortality)	Opfølgningstid under indlæggelsen	Der var et dødsfald. Det er ikke beskrevet i hvilken gruppe dødsfaldet skete.	Meget lav	Kritisk outcome. Der var for få dødsfald til at vurdere effekten af interventionen
Under indlæggelse	Baseret på data fra 97 patienter i 1 studie ⁽²³⁾		Risiko for bias, manglende overførbarhed og kun et dødsfald.	

6 Medicingennemgang og – justering

6.1 Fokuseret spørgsmål 6

Bør patienter med delir få pauseret ikke-livsvigtig medicin?

Arbejdsgruppen har formuleret to anbefalinger. Baggrunder herfor er, at der ikke blev fundet litteratur på spørgsmålet om, hvorvidt patienter med delir bør få pauseret ikke-livsvigtig medicin, men udelukkende fundet litteratur på medicingennemgang for patienter med risiko for delir.

6.2 Anbefaling 1

↑ Overvej at foretage gennemgang og sanering af medicin hos alle ældre med risiko for delir (⊕⊕○○)

6.2.1 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Evidensen bag denne anbefaling omhandler plejehjemsbeboere, men interventionen bør overvejes hos alle ældre i behandling med flere lægemidler og ældre med flere kroniske sygdomme, demenssygdom og/eller lavt funktionsniveau.

Hos delirøse patienter kan det være relevant med intensivering af medikamentel behandling for at behandle udløsende/vedligeholdende årsager (fx antibiotika, hjertesvigsbehandling, analgetika, laksantia).

Screeningsværktøjet START/STOPP version 2 på [Dansk Geriatrisk Selskabs hjemmeside](#) kan benyttes som redskab til identifikation af risikable lægemidler til ældre⁽²⁴⁾. Ligeledes kan IRF's rød-gul-grøn liste også anvendes.

6.2.2 Baggrund for valg af spørgsmål

Ældre har en høj risiko for medicinbivirkninger. Det kan skyldes ændret farmakokinetik, dvs. ændret evne til at metabolisere lægemidler -og/eller ændret farmakodynamik, dvs. ændret følsomhed for lægemidler. Ældre har ofte flere kroniske lidelser og får flere lægemidler⁽²⁵⁾. I litteraturen er beskrevet polyfarmaci (5 eller flere præparater) hos 49,7 % af europæiske plejehjemsbeboere, 24,3 % fik udskrevet 10 eller flere præparater⁽²⁶⁾.

Risikoen for medicinudløst delir er høj hos skrøbelige ældre og patienter med demenssygdomme og menes at udgøre op mod 31 % af alle delir-tilfælde hos ældre⁽²⁷⁾. Særligt opioider, benzodiazepiner, antikolinerge lægemidler og antidepressiva er associerede med delir, men de fleste lægemidler kan medvirke til udvikling af delir⁽²⁷⁾.

Arbejdsgruppen ønskede at vurdere evidensen for at foretage medicingennemgang og -pausering hos ældre med delir. I søgeprocessen fandtes der dog kun litteratur for patienter med risiko for delir. Arbejdsgruppen har derfor formuleret to anbefalinger for hen-

holdsvis patienter med risiko for delir og patienter med delir, præsenteret i henholdsvis afsnit 6.2 og 6.3.

6.2.3 Litteratur

Evidensgrundlaget for anbefalingen er to cluster-RCT studier^(26,28). Flow charts findes på sst.dk.

6.2.4 Gennemgang af evidensen

Begge studier inkluderede ældre plejehjemspatienter. Interventionen i det ene studie⁽²⁶⁾ bestod i undervisning af de ansatte læger på plejehjemmet, mulighed for rådgivning af sundhedspersonalet samt brug af START-STOPP-kriterierne⁽²⁶⁾. I det andet studie benyttedes et computerprogram GRAM (Geriatric Risk Assessment Med. Guide), der identificerede risikofyldte ordinationer og/eller kombinationer af lægemidler⁽²⁸⁾.

Kvaliteten af evidensen for det kritiske outcome mortalitet var høj.

Kvaliteten af evidensen var moderat for følgende vigtige outcomes: udskrivelse (fra plejebolig), forbrug af antipsykotika, en eller flere episoder med delir, fald, delirtilfælde samt indlæggelsesdage (hospital).

Studierne opgjorde ikke følgende kritiske outcomes: opblussen eller reboundeffekt samt delirvarighed.

Studierne opgjorde ikke følgende vigtige outcomes: indlæggelsestid, genindlæggelser, samt funktionsevne.

6.2.5 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen

Kvaliteten af evidensen vurderes samlet set lav, da to kritiske outcomes (opblussen/rebound-effekt og delirvarighed) ikke er opgjort.

Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter

Der er fundet gavnlig effekt af medicingennemgang og sanering på risiko for udvikling af delir. Der er ikke fundet forskel på mortalitet.

Der er ikke fundet data, der indikerer risiko for opblussen af eksisterende sygdom, og der er ikke data, der tyder på en stigning i antal indlæggelser eller død. Arbejdsgruppen tolker derfor, at der sandsynligvis ikke sker væsentlig opblussen af eksisterende

de/kroniskelidelser ved medicinsanering.

Der er ikke fundet data for effekt på ADL funktion.

Patientpræferencer

Arbejdsgruppen vurderer, at interventionen kan være præferencefølsom, idet nogle patienter ikke ønsker, at der foretages ændringer i deres medicin.

6.2.6 Rationale for anbefaling 1

Der er ved formulering af anbefalingen lagt vægt på, at der ikke er fundet studier, der har undersøgt de kritiske outcomes: reboundeffekt og delir varighed, hvorfor kvaliteten af evidensen samlet set er lav.

6.2.7 Evidensprofil

Population: Plejehjemsbeboere over 65 år med risiko for delir.

Intervention: Medicinstatus og gennemgang med sanering.

Sammenligning: Ingen medicinsanering

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimater		Kvaliteten af evidensen	Sammendrag
		Ingen medicin- sanering	Medicin- sanering	Studieresultater & effektestimater	
Død (Mortality)	Relative risiko: 1.02	114	116	Moderat	Kritisk outcome. Medicinsanering påvirker ikke død i betydelig grad
Længste follow-up min 3 mdr	(CI 95% 0.87 - 1.2)	per 1.000	per 1.000	Upræcist effekt- estimat, grundet brede konfidensin- tervaller	
	Baseret på data fra 4556 pati- enter i 2 studier ^(26,28)	Forskæl: 2 mere per 1.000			
		(CI 95% 15 færre - 23 mere)			
Udskrivelse fra plejehjem (Discharge)	Relative risiko: 1.33	110	146	Lav	Vigtigt outcome. Medicinsanering øger sandsyn- ligvis udskrive- lse i nogen grad.
Ved udskrivelse	(CI 95% 0.96 - 1.84)	per 1.000	per 1.000	på grund af alvorlig upræcist effekt- estimat og kun 1 studie.	
	Baseret på data fra	Forskæl: 36 mere per 1.000			
		(CI 95% 4 færre - 92 mere)			

	1018 patienter i 1 studie ⁽²⁶⁾				
Opblussen eller reboundeffekt af eksisterende lidelse (Exacerbation or reboundeffect)					Kritisk outcome. Vi fandt ingen studier, der opgjorde opblussen eller reboundeffekt.
Udskrivelse					
Forbrug af antipsykotika (Antipsychotics prescribed)	Relative risiko: 0.35 (CI 95% 0.18 - 0.68)	91 per 1.000	32 per 1.000	Moderat	Vigtigt outcome. Medicinsanering nedsætter sandsynligvis forbrug af antipsykotika væsentligt.
Udskrivelse	Baseret på data fra 716 patienter i 1 studie ⁽²⁶⁾	Forskel: 59 færre per 1.000 (CI 95% 75 færre - 29 færre)		på grund af upræcist effektestimat og kun ét studie.	
En eller flere episoder med delir (Any episode of delirium)	Relative risiko: 0.35 (CI 95% 0.18 - 0.68)	91 per 1.000	32 per 1.000	Moderat	Vigtigt outcome. Medicinsanering nedsætter sandsynligvis delir enkeltepisoder væsentligt
Længste follow-up, min. 3 mdr.	Baseret på data fra 716 patienter i 1 studie ⁽²⁶⁾	Forskel: 59 færre per 1.000 (CI 95% 75 færre - 29 færre)		på grund af risiko for bias med utilstrækkelig blinding af vurderende læge samt muligt upræcist effektestimat grundet kun 1 studie trods stor population. Der findes ikke grund til at nedgradere, da Lapane 2011 studie med lignende outcome (deliriumtilfælde) viser samme effekt.	
Deliriumtilfælde (Delirium incidents)	Relative risiko: 0.42 (CI 95% 0.34 - 0.51)			Moderat	Medicinsanering nedsætter sandsynligvis risikoen for deliriumtilfælde.
Longest	Baseret på data fra patienter i 1 studie ⁽²⁶⁾			Risiko for bias	
Indlæggelsestid (Time at hospitalization)					Vigtigt outcome. Vi fandt ingen studier, der opgjorde indlæg-

Efter endt indlæggelse				gelsestid
Genindlæggelser (Readmissions)				Vigtigt outcome. Vi fandt ingen studier, der opgjorde forekomst af genindlæggelser.
Længste follow-up, min. 3 mdr.				
Delir varighed (Duration of delirium)				Kritisk outcome. Vi fandt ingen studier, der opgjorde delir varighed.
Udskrivelse				
Fald (Falls)	Målt med:	0.43	Moderat	Vigtigt outcome. Medicinsanering nedsætter sandsynligvis fald i nogen grad.
Ved udskrivelse	Skala: -	(Median)	Kun data fra ét studie. (Lapane 2011)	
	Baseret på data fra 716 patienter i 1 studie ⁽²⁶⁾	Forskel: MD 0.11 lavere (CI 95% 0.22 lavere - 0.0 lavere)		
Antal delirtilfælde (Episodes of delirium)	Målt med:	0.14	Moderat	Medicinsanering nedsætter sandsynligvis delirtilfælde væsentligt.
Længste follow-up, min. 3 mdr.	Skala: -	(Median)	på grund af risiko for bias grundet utilstrækkelig blinding af vurderende læge samt på grund af upræcist effekt-estimat. Der nedgraderes kun til moderat da lignende outcomes i andet studie (Lapane) viser samme effekt.	
	Baseret på data fra 716 patienter i 1 studie ⁽²⁶⁾	Forskel: MD 0.11 lavere (CI 95% 0.17 lavere - 0.05 lavere)		
Indlæggelsestid (Days in hospital)	Målt med:	0.68	Moderat	Medicinsanering nedsætter sandsynligvis indlæggelsestid væsentligt.
Længste follow-up, min. 3 mdr.	Skala: -	(Median)	på grund af upræcist effekt-estimat, da der kun er et studie.	
	Baseret på data fra 716 patienter i 1 studie ⁽²⁶⁾	Forskel: MD 0.23 lavere (CI 95% 0.57 lavere - 0.11 lavere)		
Funktionsevne (ADL function)				Vi fandt ingen studier, der opgjorde funktionsevne.
Efter udskrivelse				

6.3 Anbefaling 2

√ **Det er god praksis at foretage medicinstatus og gennemgang hos alle delirøse patienter samt at overveje justering, herunder pausering af ikke-livsvigtig medicin.**

6.3.1 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Screeningsværktøjet START/STOPP version 2 på [Dansk Geriatrisk Selskabs hjemmeside](#) kan benyttes som redskab til identifikation af risikable lægemidler til ældre⁽²⁴⁾. IRF's [rød-gul-grøn liste](#) kan også benyttes.

Vær særligt opmærksom på opioider, benzodiazepiner, antipsykotika og antidepressiva samt andre lægemidler med antikolinerg effekt, da disse kan udløse eller forværre delir⁽²⁷⁾. Vær særlig opmærksom på evt. behov for nedtrapning ved afhængighedsskabende lægemidler.

6.3.2 Baggrund for valg af spørgsmål

Ældre har en høj risiko for medicinbivirkninger. Det kan skyldes ændret farmakokinetik, dvs. ændret evne til at metabolisere lægemidler -og/eller ændret farmakodynamik, dvs. ændret følsomhed for lægemidler. Ældre har ofte flere kroniske lidelser og får flere lægemidler⁽²⁵⁾. I litteraturen er beskrevet polyfarmaci (5 eller flere præparater) hos 49,7 % af europæiske plejehjemsbeboere, 24,3 % fik udskrevet 10 eller flere præparater⁽²⁶⁾.

Risikoen for medicin-udløst delir er højere hos skrøbelige ældre og patienter med demenssygdomme og menes at udgøre op mod 31 % af alle delir-tilfælde hos ældre. Særligt opioider, benzodiazepiner, antikolinerge lægemidler og antidepressiva er associerede med delir, men de fleste lægemidler kan medvirke til udvikling af delir⁽²⁷⁾.

Arbejdsgruppen ønskede at vurdere evidensen for at foretage medicingennemgang og -pausering hos ældre med delir. I søgeprocessen fandtes der dog kun litteratur for patienter med risiko for delir. Arbejdsgruppen har derfor formuleret to anbefalinger om hhv. patienter med delir og patienter med risiko for delir.

6.3.3 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens for medicingennemgang og pausering hos delirøse patienter.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Arbejdsgruppen vurderer, at medicingennemgang med justering/pausering kan nedsætte brug af CNS aktive stoffer samt skabe fokus på somatisk stabilisering. Lavere medicinforbrug kan også medføre færre forstyrrelser/unødige stimuli for patienten. Desuden kan færre tabletter

	lette patientens indtag af livsnødvendig medicin (bedre compliance). Ved pausering af vanlig medicin kan der være risiko for opblussen af grundsygdom eller udvikling af abstinenser.
Patientpræferencer	Arbejdsgruppen vurderer, at interventionen er mindre præferencefølsom ved fulminant delir end ved forebyggelse af delir.
Andre overvejelser	Da patienten kan udvikle forværring af grundsygdom eller abstinenser ved ændring i medicin, bør man være opmærksom på, om dette forekommer.

6.3.4 Rationale for anbefaling 2

Da der ikke er fundet evidens, der besvarer spørgsmålet om effekten af medicingennemgang og pausering hos patienter med delir, har arbejdsgruppen formuleret en god praksis anbefaling. Da en del lægemidler kan fremkalde eller forværre delir hos allerede svækkede patienter, anbefales det at foretage medicingennemgang og pausering af ikke-livsnødvendige lægemidler.

Interventionen vurderes ikke at være præferencefølsom.

7 Behandling med antipsykotika

7.1 Fokuseret spørgsmål 7

Bør patienter med delir behandles med antipsykotika?

Arbejdsgruppen har formuleret to anbefalinger, da der ikke er fundet litteratur på spørgsmålet om, hvorvidt patienter over 65 år med delir generelt bør behandles med antipsykotika. Der er udelukkende fundet litteratur for patienter indlagt på hospital.

7.2 Anbefaling 1

↑ **Overvej kortvarig behandling med antipsykotika til udvalgte delirøse hospitalsindlagte patienter (⊕○○○)**

7.2.1 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Antipsykotika anbefales primært til hyperaktive og/eller forpinte delirøse patienter, hvor multikomponent non-farmakologisk behandling ikke er tilstrækkelig, eller hvor diagnostik og behandling vanskeliggøres af patientens delirøse tilstand. Behandlingen gives samtidig med behandling af den/de tilgrundliggende årsager. Målet med behandling med antipsykotika er at gøre patienten komfortabel, dvs. hjælpe på subjektive symptomer som angst og hallucinationer.

7.2.2 Baggrund for valg af spørgsmål

Patienter med delir kan fremstå angste og urolige og kan være psykotiske og forpinte. I disse situationer anvendes farmakologisk behandling i form af antipsykotika ofte⁽²⁹⁾. Særligt haloperidol er rutinemæssigt brugt som symptomatisk behandling⁽³⁰⁾. Ingen lægemidler er dog godkendt specifikt til understøttende behandling af delir⁽³¹⁾. Der er ved brug af antipsykotika risiko for alvorlige bivirkninger, herunder kardielle arytmier og ekstrapyramidale gener.

Arbejdsgruppen ønskede at vurdere evidensen for effekt af antipsykotika på delir. Da evidensen er begrænset til hospitalsindlagte patienter, har arbejdsgruppen valgt at formulere to anbefalinger, den ene gældende særligt for denne gruppe, og den anden generelt for patienter over 65 år med delir.

7.2.3 Litteratur

Evidensgrundlaget for anbefalingen er 3 studier⁽³²⁻³⁴⁾ N=178. Flow charts findes på sst.dk.

7.2.4 Gennemgang af evidensen

I studiet af Hakim er der udelukkende inkluderet ældre patienter (>65 år)⁽³³⁾, i de øvrige er det hhv. voksne patienter (gennemsnitsalder 63 år)⁽³²⁾ og patienter i alderen 58-98 år⁽³⁴⁾. To studier er udført i intensivt regi^(32,33), det ene med patienter med blan-

dede medicinske og kirurgiske lidelser, det andet specifikt efter hjertekirurgi med ekstrakorporal-cirkulation. Delir blev her konstateret med Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC). Også subsyndromal delir (ICDSC-score 3) er inkluderet i studiet af Hakim et al⁽³³⁾. Det sidste studie indeholder blandede medicinske og kirurgiske patienter, herunder hofteopererede⁽³⁴⁾. Delir konstateres i dette studie ved Delirium Rating Scale Revised '98 (DRS-R-98)⁽³⁴⁾.

To studier^(32,34) undersøger quetiapin mod placebo (hhv. dosis 100-400 og 25-175mg/dg), Hakim bruger Risperidon vs. placebo (dosis 1-4 mg/dg)⁽³³⁾. Alle tre studier bruger "rescue"-medicin, hhv. haloperidol, midazolam og fentanyl⁽³²⁾, haloperidol⁽³³⁾ og lorazepam⁽³⁴⁾.

Kvaliteten af evidensen vurderes lav for følgende kritiske outcomes: mortalitet indenfor 3 måneder og alvorlige bivirkninger (Serious adverse events). Kvaliteten af evidensen vurderes lav for følgende vigtige outcome: indlæggelsestid.

Kvaliteten af evidensen vurderes meget lav for følgende kritiske outcomes: mortalitet under indlæggelse og deliriumvarighed. Kvaliteten af evidensen vurderes meget lav for følgende vigtige outcomes: ekstrapyramidale bivirkninger, deliriumsværhedsgrad.

Ingen studier opgjorde følgende outcomes: genindlæggelser, fald, funktionsevne, angst samt uro.

7.2.5 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Der er fundet sparsom evidens og udelukkende på hospitalsindlagte patienter. Det er derfor uvist, om der generelt er gavnlige eller skadelige virkninger af behandling med antipsykotika ved delir, da der ikke er tilstrækkelige data på området.
Patientpræferencer	Behandling med antipsykotika vurderes ikke at være betydelig præferencefølsomt, da der er tale om patienter i agiteret eller forpint tilstand.
Andre overvejelser	Behandling med antipsykotika bør kun overvejes som supplerende behandling til non-farmakologisk behandling hos delirøse patienter, der er forpinte af vrangforestillinger/hallucinationer samt svært agiterede patienter, så den/de udløsende årsag(er) kan diagnosticeres og

behandles. Grundet risiko for bivirkninger anbefaler arbejdsgruppen kun kortvarig behandling i forbindelse med, at patienten er agiteret eller forpint af den delirøse tilstand.

Ved ældre patienter (>65 år) anbefales rutinemæssigt at starte med lavere dosis.

Valg af antipsykotisk præparat må bero på en klinisk vurdering af den enkelte patient og på bivirkningsrisiko.

QTc bør om muligt kontrolleres med EKG før start. Ved forlænget QTc bør dette kontrolleres efter 1-2 døgn behandling. Ved QTc-forlængelse bør mulige årsager til dette udredes og saneres.

7.2.6 Rationale for anbefaling 1

Kvaliteten af evidensen er lav. Der er kun fundet få studier, der vurderer effekten af antipsykotika i forhold til placebo, og samtlige patienter har kunnet få ordineret "rescue"-medicin (haloperidol eller benzodiazepin), hvilket blandt andet forklarer, at begge patientgrupper oplever ekstrapyramidale bivirkninger.

Resultaterne er muligvis ikke overførbare til ikke-hospitalsindlagte patienter. Interventionen vurderes at være præferencefølsom.

7.2.7 Evidensprofil

Population: Hospitalsindlagte patienter over 65 år med delir uden aktuel antipsykotisk behandling.

Intervention: Behandling med antipsykotika (1. og 2. generation), fx haloperidol, olanzapin, risperidon og quetiapin under pågående delir.

Sammenligning: Ingen behandling med antipsykotika

Outcome Tidsramme	Resultater og målinger	Effektestimer		Kvaliteten af evidensen Studieresultater & effektestimer	Sammendrag
		Kontrol	Intervention		
Ekstrapyramidale bivirkninger (ekstrapyramidal)	Relative risiko: 0.95 (CI 95% 0.18)	34 per 1.000	32 per 1.000	Meget lav inkonsistente resultater, upræcist effektestimat pga.	Vigtigt outcome. Det er usikkert om interventionen påvirker fo-

symptoms)	- 5.0)	Forskel: 2 færre per 1.000		få events og brede konfidensintervaller, manglende overførbare.	rekomst af ext- rapyramidale bivirkninger.
Ved udskrivelse	Baseret på data fra 178 patienter i 3 studier ^(32,34)	(CI 95% 28 færre - 136 mere)			
Alvorlige bivirkninger (SAE)	Relative risiko: 2.86	0	0	Lav	Kritisk outcome. Der var for få, der oplevede alvorlige bivirkninger til at vurdere effekten af interventionen.
Udskrivelse	(CI 95% 0.12 - 66.44)	per 1.000	per 1.000	Få hændelser giver et upræcist effekttestimat.	
	Baseret på data fra 77 patienter i 2 studier ^(32,34)	Forskel: 0 færre per 1.000			
		(CI 95% 0 færre - 0 færre)			
Død (mortality 3 months FU)	Relative risiko: 1.42	57	81	Lav	Kritisk outcome. Interventionen øger muligvis mortaliteten i nogen grad.
Min. 3 mdr. follow-up	(CI 95% 0.43 - 4.62)	per 1.000	per 1.000	Få hændelser giver upræcist effekttestimat, manglende overførbare.	
	Baseret på data fra 142 patienter i 2 studier ^(33,34)	Forskel: 24 mere per 1.000			
		(CI 95% 32 færre - 206 mere)			
Død (In hospital mortality)	Relative risiko: 0.76	167	55	Meget lav	Kritisk outcome. Der er for få dødsfald til at vurdere effekten af interventionen
Ved udskrivelse	(CI 95% 0.13 - 4.27)	per 1.000	per 1.000	Få events, upræcist effekttestimat, manglende overførbare	
	Baseret på data fra 137 patienter i 2 studier ^(32,33)	Forskel: 112 færre per 1.000			
		(CI 95% 160 færre - 319 mere)			
Genindlæggelser (Readmissions)					Vigtigt outcome. Vi fandt ingen studier, der opgjorde genindlæggelser.
3 mdr. follow-up					
Fald (Falls)					Vigtigt outcome. Vi fandt ingen studier, der op-
Ved udskrivelse					

				gjorde fald.
Funktionsevne (ADL function)				Vigtigt outcome. Vi fandt ingen studier, der opgjorde funktionsevne.
Ved udskrivelse				
Angst (Anxiety)				Vigtigt outcome. Vi fandt ingen studier, der opgjorde angst.
Ved udskrivelse				
Uro (Restlessness)				Vigtigt outcome. Vi fandt ingen studier, der opgjorde uro.
Ved udskrivelse				
Delir sværhedsgrad (Delirium severity)	Målt med: Skala: - Lavere bedre	7.39 (Median)	Meget lav	Vigtigt outcome. Det er usikkert om interventionen påvirker delir sværhedsgrad.
Ved udskrivelse	Baseret på data fra 41 patienter i 1 studie ⁽³⁴⁾	Forskel: MD 0.26 lavere (CI 95% 9.42 lavere - 8.91 højere)	upræcist effektestimater, kun et studie med få patienter, manglende overførbare	
Indlæggelsestid (Days in hospital)	Målt med: Dage Skala: - Lavere bedre	6.0 (Median)	Lav	Vigtigt outcome. Interventionen påvirker sandsynligvis ikke indlæggelsestid.
Ved udskrivelse	Baseret på data fra 137 patienter i 2 studier ^(32,33)	Forskel: MD 0.01 lavere (CI 95% 0.74 lavere - 0.73 højere)	Manglende overførbare, kun intensivpatienter inkluderet i studierne.	
Delir varighed (Duration of delirium)	Målt med: Skala: - Lavere bedre	4.5 (Median)	Meget lav	Kritisk outcome. Det er usikkert om interventionen har en effekt på delir varighed.
Ved udskrivelse	Baseret på data fra 60 patienter i 2 studier ^(32,33)	Forskel: MD 1.66 lavere (CI 95% 5.09 lavere - 1.76 højere)	inkonsistente resultater og manglende overførbare.	

7.3 Anbefaling 2

√ **Det er god praksis at overveje kortvarigt at behandle udvalgte ikke-hospitalsindlagte patienter med delir med antipsykotika, hvor non-farmakologisk multikomponent intervention og skærmning ikke er tilstrækkelig til at håndtere patienten.**

7.3.1 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Behandling med antipsykotika kan overvejes hos patienter, der er forpinte og/eller så agiterede, at det vanskeliggør relevant diagnostik og behandling af de udløsende årsager til deres delir. Antipsykotisk behandling forventes primært at lindre den delirøse patients indre uro og forpintethed og kan ikke forventes at have effekt på eksempelvis omkringvandren eller råbende adfærd.

Hvis behandling med antipsykotika iværksættes, skal behandlingen seponeres, når patientens uro ophører. Dosis skal være lavest effektive dosis og afpasses efter alder og grad af psykomotorisk uro. Behandlingen skal revurderes dagligt.

Der foreligger størst klinisk erfaring med brug af haloperidol til delirøse patienter med psykomotorisk uro. Haloperidol er ikke primært sederende.

Hos patienter med morbus parkinson og atypisk parkinsonisme bør udvises ekstra forsigtighed.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der benyttes et præparat, der kan administreres som andet end tablet. Det er hensigtsmæssigt at udvælge et enkeltpræparat, som bruges primært som førstevalg, så personalet er vant til doseringer og evt. bivirkninger, så der kan undgås administrationsfejl.

7.3.2 Baggrund for valg af spørgsmål

Patienter med delir fremstår tit angste og urolige og kan være psykotiske og forpinte. I disse situationer bruges farmakologisk behandling i form af antipsykotika ofte⁽²⁹⁾. Særligt haloperidol er rutinemæssigt brugt som symptomatisk behandling⁽³⁰⁾. Ingen lægemidler er dog godkendt specifikt til understøttende behandling af delir⁽³¹⁾.

Arbejdsgruppen ønskede at vurdere evidensen af effekten af antipsykotika på delir. Da evidensen var begrænset til hospitalsindlagte, har arbejdsgruppen valgt at formulere to anbefalinger, den ene særligt gældende denne gruppe, den anden en generel anbefaling.

7.3.3 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen

Der er ikke fundet evidens for ikke-hospitalsindlagte patienter.

Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter

Arbejdsgruppen vurderer, at udvalgte delirøse patienter, der er forpinte eller agiterede i en grad, så behandling af den udløsende årsag til delir vanskeliggøres, kan have nytte af behandling med antipsykotika.

Grundet risiko for fald, udvikling af kardielle arytmier samt ekstrapyramidale bivirkninger og malignt neuroleptikasyndrom anbefaler arbejdsgruppen, at man ikke rutinemæssigt behandler delirøse patienter med antipsykotika.

Patientpræferencer

Behandling med antipsykotika vurderes ikke at være betydelig præferencefølsomt, da der er tale om patienter i agiteret eller forpint tilstand.

Andre overvejelser

Behandling med antipsykotika bør kun overvejes som supplerende behandling til non-farmakologisk behandling hos delirøse patienter, der er forpinte af vrangforestillinger/hallucinationer samt svært agiterede patienter, så den/de udløsende årsag(er) kan diagnosticeres og behandles.

Grundet risiko for bivirkninger anbefaler arbejdsgruppen kun kortvarig behandling i forbindelse med, at patienten er agiteret eller forpint af den delirøse tilstand.

Ved ældre patienter (>65 år) anbefales rutinemæssigt at starte med lavere dosis.

Valg af antipsykotisk præparat må bero på en klinisk vurdering af den enkelte patient og på bivirkningsrisiko.

QTc bør om muligt kontrolleres med EKG før start. Ved forlænget QTc bør dette kontrolleres efter 1-2 døgn behandling. Ved QTc-forlængelse bør mulige årsager til dette udredes og saneres.

7.3.4 Rationale for anbefaling 2

Der er ikke fundet evidens på området til at formulere en generel anbefaling om brug af antipsykotika til behandling af delirøse patienter. Arbejdsgruppen har derfor valgt at formulere en god praksisanbefaling gældende ikke-hospitalsindlagte. Da der kan være alvorlige bivirkninger (kardiel arytmi, ekstrapyramidale gener og malignt neuroleptika syndrom), bør brugen af disse lægemidler overvejes nøje.

Arbejdsgruppen anbefaler, at disse midler primært anvendes som supplerende behandling til forpinte patienter samt patienter med hyperaktivt delir, hvor behandling af den udløsende årsag til delir ellers kan vanskeliggøres, og hvor multikomponent non-farmakologisk behandling samt skærmning ikke er tilstrækkelig.

8 Behandling med benzodiazepin og benzodiazepin-lignende stoffer

8.1 Fokuseret spørgsmål 8

Bør patienter med delir behandles med benzodiazepin eller benzodiazepin-lignende stoffer?

8.2 Anbefaling

✓ **Det er god praksis ikke at anvende benzodiazepiner og benzodiazepin-lignende stoffer til behandling af delir.**

8.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Behandling med benzodiazepin og benzodiazepinlignende stoffer kan undtagelsesvist overvejes hos følgende patientgrupper:

- Palliative patienter med angst og uro eller terminalt delir
- Patienter på intensivafsnit, hvor der er mulighed for respiratorisk støtte og monitorering. Behandlingen bør reserveres til vanskeligt behandlelige tilfælde, hvor antipsykotika er forsøgt.

Benzodiazepiner kan i sig selv udløse delir^(35,36).

Hos ældre kan paradox effekt (modsat virkning end forventet) af benzodiazepiner og benzodiazepin-lignende midler bevirke, at patienterne bliver hyperaktive, motorisk urolige og udadreagerende.

Hos patienter, der allerede har et længerevarende forbrug af disse lægemidler, skal brat seponering undgås, grundet risiko for abstinenser.

8.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Brug af benzodiazepin og benzodiazepinlignende midler formodes udbredt i behandling af delir med det mål at berolige agiterede delirøse patienter. Der er dog kendte skadevirkninger ved brugen af disse midler.

8.5 Litteratur

Der er ikke fundet studier, der undersøger effekten af benzodiazepiner eller benzodiazepinlignende stoffer på patienter med delir.

Randomiserede placebo-kontrollerede studier af denne patientgruppe er svær, da der som regel kræves en form for behandling til svært urolige patienter, hvilket reflekteres i den yderst sparsomme litteratur på området⁽³⁷⁾.

8.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens på området.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>Arbejdsgruppen vurderer, at benzodiazepin og benzodiazepin-lignende stoffer hos agiterede eller forpinte delirøse patienter muligvis kan have en gavnlig virkning i form af den sederende og angstdæmpende effekt. Lægemidlerne kan derved muligvis regulere døgnrytmen.</p> <p>Der er dog stor risiko for skadevirkninger pga. sedering, fx. tryksår, fald, aspiration og respirationsdepression. Desuden er der risiko for paradox effekt.</p> <p>Samlet set kan benzodiazepin og benzodiazepinlignende stoffer forlænge eller forværre delirtilstanden.</p>
Patientpræferencer	Arbejdsgruppen vurderer, at behandling med benzodiazepin og benzodiazepin-lignende stoffer er præferencefølsom grundet risikoen for skadevirkninger.
Andre overvejelser	Hvis der behandles med benzodiazepin anbefales det fortrinsvis at anvende stoffer med kort halveringstid. Udvis særlig forsigtighed ved ældre og skrøbelige patienter, og overvej nedsat dosis. Patienterne skal ved behandling med benzodiazepiner monitoreres tæt.

8.7 Rationale for anbefaling

Der er ikke fundet brugbar evidens på området. Da nogle patienter kan være urolige og angstede, kan benzodiazepin og benzodiazepinlignende stoffer have en plads i behandlingen, såfremt der ikke opnås tilstrækkelig effekt med behandling med antipsykotika. Grundet mulige skadevirkninger, bør der udvises forsigtighed ved ordination. Interventionen vurderes at være præferencefølsom.

9 Behandling med melatonin

9.1 Fokuseret spørgsmål 9

Bør patienter med delir behandles med melatonin?

9.2 Anbefaling

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

9.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Det er ikke dokumenteret, at melatonin kan sikre naturlig døgnrytme hos delirøse patienter.

9.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Melatonin er et naturligt forekommende hormon udskilt fra corpus pineale og menes at regulere den circadiane rytme.^[50] Behandling med melatonin-agonister bruges til regulering af døgnrytme i forbindelse med jetlag og indsovningsbesvær. Der er kun beskrevet få og ikke- alvorlige bivirkninger.^[67]

Et studie har undersøgt urinmetabolitter af melatonin hos delirøse patienter både i akut fase samt efterfølgende, og mener at vise en sammenhæng mellem for højt eller for lavt naturligt forekommende melatoninniveau hos hhv. hypo- og hyperaktive delirøse patienter.^[52] Flere studier har udpeget mulig sammenhæng mellem ændringer i plasma-melatonin og delirudvikling.^{[54][68]}

Arbejdsgruppen ønskede at undersøge evidensen for effekt af behandling med melatonin-agonister på patienter med delir.

9.5 Litteratur

Der er ikke fundet studier, der beskriver effekten af melatonin-behandling på delirøse patienter.

9.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen

Der er ikke fundet evidens på området.

Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter

De eventuelle gavnlige og/eller skadelige effekter ved behandling af delir er udokumenterede.

Patientpræferencer	Behandlingen forventes at være præferencefølsom.
---------------------------	--

Andre overvejelser	Studier af forebyggende behandling af delir med melatonin tyder ikke på effekt ⁽³⁸⁾ .
---------------------------	--

9.7 Rationale for anbefaling

Der er ikke fundet brugbare studier til at formulere en evidensbaseret anbefaling for melatoninbehandling af delirøse patienter. Effekten er ikke dokumenteret, ej heller på forebyggende behandling for delir⁽³⁸⁾.

10 Behandling med elektro-konvulsiv terapi (ECT)

10.1 Fokuseret spørgsmål 10

Bør patienter med behandlingsrefraktært delir behandles med elektro-konvulsiv terapi (ECT)?

10.2 Anbefaling

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

10.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Ved behandlingsrefraktært delir må behandlende læge genoverveje, om alle udløsende årsager er korrekt identificerede og korrigeret samt eventuelt gentage udredningen, før ECT behandling overvejes.

Så længe patienten er midlertidigt inhabil, kan behandling foretages i henhold til Sundhedsloven § 19. Fyldestgørende information til patienten og de pårørende er væsentlig, jfr. Sundhedsloven § 20.

10.4 Baggrund for valg af spørgsmål

I Danmark anvendes undtagelsesvist ECT af protraherede refraktære delirøse tilstande⁽³⁹⁻⁴³⁾. Behandling med ECT betragtes som en sikker behandlingsform hos ældre patienter grundet få bivirkninger i forhold til farmakologisk behandling med antipsykotika⁽⁴⁴⁾.

Arbejdsgruppen ønskede at undersøge evidensen for ECT-behandling af svære, refraktære delir-tilfælde.

10.5 Litteratur

Der er ikke fundet studier, der undersøger effekten af ECT-behandling på delir.

10.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens på området.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	De gavnlige effekter af ECT på behandling af behandlingsrefraktært delir er uafklarede grundet manglende studier. ECT kan muligvis bryde den delirøse tilstand, men virkningsmekanismen er uafklaret.

	Der kan være skadelige effekter, eksempelvis den anæstesi-relaterede risiko samt efterfølgende hukommelsesbæsvær.
Patientpræferencer	Arbejdsgruppen vurderer, at behandlingen ikke er betydelig præferencefølsom efter grundig information af pårørende såfremt alle andre behandlingsmuligheder er udtømte.
Andre overvejelser	ECT-behandling bør kun udføres efter psykiatrisk specialistvurdering. Patienten bør ikke flyttes fra somatisk regi, da delirets udløsende årsager kan kræve fortsat monitorering og behandling.

10.7 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at ECT kan være en mulighed i svære tilfælde af behandlingsrefraktært delir, når alle udløsende årsager er grundigt udredt og behandlet samt andre øvrige non-farmakologiske og farmakologiske behandlingsmuligheder er udtømte. Risikoen ved at lægge en svært syg patient i fuld anæstesi må opvejes mod følgerne af pågående delir. ECT bør kun foretages efter vurdering af psykiatrisk specialist. Der er ikke fundet brugbar evidens på området, men klinisk erfaring tyder på, at der kan være en effekt på akut delirøse tilstande⁽⁴¹⁾.

11 Referenceliste

- (1) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TM. 4. ed. Washington, D.C. : American Psychiatric Association, 1994.
- (2) LaMantia MA, Messina FC, Hobgood CD, Miller DK. Screening for delirium in the emergency department: a systematic review. *Ann Emerg Med* 2014;63(5):551-560.e2.
- (3) Kakuma R, du Fort GG, Arsenault L, Perrault A, Platt RW, Monette J, et al. Delirium in older emergency department patients discharged home: effect on survival. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(4):443-450.
- (4) Han JH, Wilson A, Vasilevskis EE, Shintani A, Schnelle JF, Dittus RS, et al. Diagnosing delirium in older emergency department patients: validity and reliability of the delirium triage screen and the brief confusion assessment method. *Ann Emerg Med* 2013;62(5):457-465.
- (5) Wong CL, Holroyd-Leduc J, Simel DL, Straus SE. Does this patient have delirium?: value of bedside instruments. *JAMA* 2010;304(7):779-786.
- (6) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Delirium (CG103). National Clinical Guideline Centre, 2010. (Clinical Guide 103).
- (7) Abizanda P, Leon M, Dominguez-Martin L, Lozano-Berrio V, Romero L, Luengo C, et al. Effects of a short-term occupational therapy intervention in an acute geriatric unit. A randomized clinical trial. *Maturitas* 2011;69(3):273-278.
- (8) Avendano-Cespedes A, Garcia-Cantos N, Gonzalez-Teruel M, Martinez-Garcia M, Villarreal-Bocanegra E, Oliver-Carbonell J, et al. Pilot study of a preventive multicomponent nurse intervention to reduce the incidence and severity of delirium in hospitalized older adults: MID-Nurse-P. *Maturitas* 2016;86:86-94.
- (9) Bonaventura M, Zanotti R. Effectiveness of IPD treatment for delirium prevention in hospitalized elderly. A controlled randomized clinical trial. *Prof Inferm* 2007;60(4):230-236.
- (10) Guo Y, Sun L, Li L, Jia P, Zhang J, Jiang H, et al. Impact of multicomponent, non-pharmacologic interventions on perioperative cortisol and melatonin levels and postoperative delirium in elderly oral cancer patients. *Arch Gerontol Geriatr* 2016;62:112-7.
- (11) Hempenius L, Slaets JP, van Asselt D, de Bock GH, Wiggers T, van Leeuwen BL. Outcomes of a Geriatric Liaison Intervention to Prevent the Development of Postoperative Delirium in Frail Elderly Cancer Patients: Report on a Multicentre, Randomized, Controlled Trial. *PLoS one* 2013;8(6):e64834.
- (12) Jeffs KJ, Berlowitz DJ, Grant S, Lawlor V, Graco M, de Morton N, A., et al. An enhanced exercise and cognitive programme does not appear to reduce incident delirium in hospitalised patients: a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2013;3(6).

- (13) Lundstrom M, Olofsson B, Stenvall M, Karlsson S, Nyberg L, Englund U, et al. Postoperative delirium in old patients with femoral neck fracture: a randomized intervention study. *Aging clinical and experimental research* 2007;19(3):178-186.
- (14) Martinez FT, Tobar C, Beddings CI, Vallejo G, Fuentes P. Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. *Age Ageing* 2012;41(5):629-634.
- (15) Moon K, Lee S. The effects of a tailored intensive care unit delirium prevention protocol: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2015;52(9):1423-32.
- (16) Cole MG, Primeau FJ, Bailey RF, Bonnycastle MJ, Masciarelli F, Engelsmann F, et al. Systematic intervention for elderly inpatients with delirium: a randomized trial. *CMAJ* 1994;151(7):965-970.
- (17) Cole MG, McCusker J, Bellavance F, Primeau FJ, Bailey RF, Bonnycastle MJ, et al. Systematic detection and multidisciplinary care of delirium in older medical inpatients: a randomized trial. *CMAJ* 2002;167(7):753-759.
- (18) Pitkala KH, Laurila JV, Strandberg TE, Tilvis RS. Multicomponent geriatric intervention for elderly inpatients with delirium: a randomized, controlled trial. *The Journals of Gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences* 2006;61(2):176-181.
- (19) Litton E, Carnegie V, Elliott R, Webb SA. The Efficacy of Earplugs as a Sleep Hygiene Strategy for Reducing Delirium in the ICU: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med* 2016;44(5):992-999.
- (20) Day J, Higgins I. Adult family member experiences during an older loved one's delirium: a narrative literature review. *J Clin Nurs* 2015;24(11-12):1447-56.
- (21) Carbone MK, Gugliucci MR. Delirium and the Family Caregiver: The Need for Evidence-based Education Interventions. *Gerontologist* 2015;55(3):345-52.
- (22) Halloway S. A family approach to delirium: a review of the literature. *Aging & Mental Health* 2014;18(2):129-39.
- (23) Boltz M, Resnick B, Chippendale T, Galvin J. Testing a family-centered intervention to promote functional and cognitive recovery in hospitalized older adults. *J Am Geriatr Soc* 2014;62(12):2398-407.
- (24) Dansk Geriatrisk Selskab, O'Mahony D. Screening of older persons' prescriptions (STOPP) : version 2 (Dansk oversættelse). Opdateret: 27.04.2015. Senest hentet: 30.11.2016. [Link](#)
- (25) Van der Cammen, Tischa J.M., Rajkumar C, Onder G, Sterke CS, Petrovic M. Drug cessation in complex older adults: time for action. *Age Ageing* 2014;43(1):20-5.
- (26) Garcia-Gollarte F, Baleriola-Julvez J, Ferrero-Lopez I, Cuenllas-Diaz A, Cruz-Jentoft A. An educational intervention on drug use in nursing homes improves health outcomes resource utilization and reduces inappropriate drug prescription. *Journal of the American Medical Directors Association* 2014;15(12):885-91.

- (27) Catic AG. Identification and management of in-hospital drug-induced delirium in older patients. *Drugs Aging* 2011;28(9):737-748.
- (28) Lapane KL, Hughes CM, Daiello LA, Cameron KA, Feinberg J. Effect of a pharmacist-led multicomponent intervention focusing on the medication monitoring phase to prevent potential adverse drug events in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2011;59(7):1238-45.
- (29) Friedman JI, Soleimani L, McGonigle DP, Egol C, Silverstein JH. Pharmacological treatments of non-substance-withdrawal delirium: a systematic review of prospective trials. *Am J Psychiatry* 2014;171(2):151-9.
- (30) Page VJ, Ely EW, Gates S, Zhao XB, Alce T, Shintani A, et al. Effect of intravenous haloperidol on the duration of delirium and coma in critically ill patients (Hope-ICU): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Respir Med* 2013;1(7):515-523.
- (31) Meagher DJ, McLoughlin L, Leonard M, Hannon N, Dunne C, O'Regan N. What do we really know about the treatment of delirium with antipsychotics? Ten key issues for delirium pharmacotherapy. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013;21(12):1223-38.
- (32) Devlin JW, Roberts RJ, Fong JJ, Skrobik Y, Riker RR, Hill NS, et al. Efficacy and safety of quetiapine in critically ill patients with delirium: a prospective, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. *Crit Care Med* 2010;38(2):419-427.
- (33) Hakim SM, Othman AI, Naoum DO. Early treatment with risperidone for subsyndromal delirium after on-pump cardiac surgery in the elderly: a randomized trial. *Anesthesiology* 2012;116(5):987-997.
- (34) Tahir TA, Eeles E, Karapareddy V, Muthuvelu P, Chapple S, Phillips B, et al. A randomized controlled trial of quetiapine versus placebo in the treatment of delirium. *J Psychosom Res* 2010;69(5):485-490.
- (35) Nandi S, Harvey WF, Saillant J, Kazakin A, Talmo C, Bono J. Pharmacologic risk factors for post-operative delirium in total joint arthroplasty patients: a case-control study. *J Arthroplasty* 2014;29(2):268-271.
- (36) Pandharipande P, Shintani A, Peterson J, Pun BT, Wilkinson GR, Dittus RS, et al. Lorazepam is an independent risk factor for transitioning to delirium in intensive care unit patients. *Anesthesiology* 2006;104(1):21-26.
- (37) Lonergan E, Luxenberg J, Areosa Sastre A. Benzodiazepines for delirium. *The Cochrane database of systematic reviews* 2009(4):CD006379.
- (38) Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J, et al. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *The Cochrane database of systematic reviews* 2016;3:CD005563.
- (39) Kramp P, Bolwig TG. Electroconvulsive therapy in acute delirious states. *Compr Psychiatry* 1981;22(4):368-371.

- (40) Stromgren LS. ECT in acute delirium and related clinical states. *Convuls Ther* 1997;13(1):10-17.
- (41) Fink M. The interaction of delirium and seizures. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2000;5(2):93-97.
- (42) Fink M. ECT in delirious states. *J ECT* 1999;15(3):175-177.
- (43) Nielsen RM, Olsen KS, Lauritsen AO, Boesen HC. Electroconvulsive therapy as a treatment for protracted refractory delirium in the intensive care unit--five cases and a review. *J Crit Care* 2014;29(5):881.e1-881.e6.
- (44) Kerner N, Prudic J. Current electroconvulsive therapy practice and research in the geriatric population. *Neuropsychiatry (London)* 2014;4(1):33-54.
- (45) Leslie DL, Inouye SK. The importance of delirium: economic and societal costs. *J Am Geriatr Soc* 2011;59 Suppl 2:S241-3.
- (46) Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gelinas C, Dasta JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2013;41(1):263-306.
- (47) Brajtman S, Wright D, Hogan DB, Allard P, Bruto V, Burne D, et al. Developing guidelines on the assessment and treatment of delirium in older adults at the end of life. *Can Geriatr J* 2011;14(2):40-50.
- (48) Canadian Coalition for Seniors' Mental Health (CCSMH). Guideline on the assessment and treatment of delirium in older adults at the end of life. Toronto : Canadian Coalition for Seniors' Mental Health (CCSMH), 2010.
- (49) World Health Organization. ICD-10 version 2016: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Løbende opdateret. Senest hentet: 30.11.2016. [Link](#)
- (50) Leslie DL, Marcantonio ER, Zhang Y, Leo-Summers L, Inouye SK. One-year health care costs associated with delirium in the elderly population. *Arch Intern Med* 2008;168(1):27-32.

12 Bilag

- Bilag 1: Baggrund**
- Bilag 2: Implementering**
- Bilag 3: Monitorering**
- Bilag 4: Opdatering og videre forskning**
- Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode**
- Bilag 6: Fokuserede spørgsmål på PICO-form**
- Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer**
- Bilag 8: Søgebeskrivelser og evidensvurderinger**
- Bilag 9: Arbejdsgruppen og referencegruppen**

Bilag 1: Baggrund

Delir er hyppigt forekommende hos akut syge, og ses hos 14-56 % af ældre indlagte patienter⁽⁴⁵⁾. Særligt hos patienter på intensivafsnit ses incidensrater op mod 80 %⁽⁴⁶⁾ og hos terminale patienter omkring 90 %⁽⁴⁷⁾. På både kort og lang sigt har delirøse patienter dårlig prognose. De har markant øget 1 års- mortalitet (62 %) ⁽⁴⁵⁾, forlænget indlæggelsestid, øget forekomst af komplikationer under indlæggelsen samt funktionstab, øget plejeburde og kognitiv dysfunktion i efterforløbet⁽⁴⁸⁾.

Delir er en akut indsættende (timer til dage) og fluktuerende tilstand med opmærksomhedsforstyrrelse samt påvirkning af kognition eller tankemønster^(1,49). Der er ofte udtalt døgnvariation med forværring om aftenen og natten. Der skelnes mellem tre subtyper: hyperaktivt, hypoaktivt og blandet delir. Ved den hyperaktive form kan patienten være pillende eller motorisk urolig, højtråbende, eventuelt udadreagerende samt sene- og afdelingsflygtig. Ved den hypoaktive form kan patienten være sløv, evt. somnolent, apatisk og der kan ses nedsat mimik og psykomotorisk hæmning. Den blandede form indeholder elementer af både den hypo- og hyperaktive form. Hyperaktivt delir ses i 15-47 % af alle delirtilfælde, mens mellem 19-71 % har hypoaktivt delir⁽⁴⁸⁾. Diagnostisk kan særligt de overvejende hypoaktive tilstande let overses i den kliniske hverdag. Manglende erkendelse af delir kan forsinke behandling af de udløsende årsager og øge risikoen for komplikationer og død.

Årsagsmekanismen bag udvikling af delir er kompleks og ikke endeligt klarlagt. Dog står det helt klart, at delir som hovedregel udløses af somatiske sygdomme, hvorfor udredning og behandling skal målrettes disse. Alle akutte medicinske og kirurgiske lidelser kan udløse delir, herunder infektioner, dehydrering, elektrolyt- og syrebaseforstyrrelser. Mange typer af lægemidler øger risikoen for delir, både enkeltvis og i kombination. Også mangelfuldt væske- og fødeindtag, sansedeficits, uhensigtsmæssige omgivelser og forstyrret døgnrytme kan disponere til delirudvikling. Alle mennesker kan udvikle delir, men ældre, svækkede samt demente patienter er særligt disponerede for udvikling af delir. Patienter med bestående hjernesygdom, eksempelvis demens, samt patienter med tidligere tilfælde af delir er i høj risiko.

Patienterne kan opleve den delirøse tilstand som yderst skræmmende med oplevelsen af at blive jagtet, bortført, være indespærret eller på anden måde i livsfare⁽⁴⁸⁾. Nogle patienter føler sig efterfølgende skamfulde over deres adfærd. Pårørende kan naturligvis blive forfærdede over den pludselige psykotiske tilstand hos patienten⁽⁴⁸⁾.

Behandlingen af delir rettes primært mod den/de udløsende somatiske årsag(er) samtidig med sikring af understøttende behandling. Herudover bør foretages non-farmakologisk multikomponentintervention samt symptom-behandling ved behov. Det er vigtigt at sikre tilstrækkelig væske-/fødeindtag, optimering af sanser (briller/ høreapparat), sikring af døgnrytme med henblik på at opnå søvn, skabero, genkendelighed og hyppig reorientering. Ved tilfælde af behandlingsrefraktært delir bør behandlere nøje overveje, om alle udløsende årsager er identificerede og behandlet.

Der er ingen lægemidler specifikt godkendt til behandling af delir, men der bruges sedende og antipsykotiske midler som symptomlindrende behandling. Patienter i delir kan være yderst vanskelige at behandle, da tilstanden i sig selv kan begrænse deres sygdomsindsigt og gøre dem non-kompliance.

Grundet risici for komplikationer er der store samfundsøkonomiske omkostninger ved delir, der forlænger indlæggelsestid, øger risiko for komplikationer under indlæggelse og medføre lavere funktionsniveau efter indlæggelsen. Behandling af en patient med delir er vurderet til at koste over 2,5 gange mere end en patient uden delir⁽⁵⁰⁾.

Denne nationale kliniske retningslinje giver evidensbaserede anbefalinger for forebyggelse, opsporing og behandling af delir. Retningslinjen bidrager til at understøtte korrekt og tidlig diagnostik af delir med henblik på at sikre relevant behandling, hvilket skal medvirke til at højne standarden i håndteringen af organisk delir og begrænse antal nye tilfælde af delir og komplikationer hertil.

Bilag 2: Implementering

Regionerne spiller en vigtig rolle i at understøtte implementeringen af den nationale kliniske retningslinje gennem formidling af retningslinjens indhold og ved at understøtte retningslinjens anvendelse i praksis. For at understøtte retningslinjens anvendelse lokalt er det hensigtsmæssigt, at den nationale kliniske retningslinje samstemmes med eller integreres i de forløbsbeskrivelser, instrukser og vejledninger, som allerede anvendes her. Regionerne bør således sikre, at de anbefalinger, som må være relevante for specialiserede afdelinger på sygehusniveau, indarbejdes i instrukser og vejledninger i den pågældende region. Herudover kan der med fordel indsættes link til den nationale kliniske retningslinje i lægehåndbogen. Regionernes praksiskonsulenter kan have en rolle i at tage stilling til den konkrete implementering.

De faglige selskaber er vigtige aktører i at udbrede kendskabet til retningslinjen. Sundhedsstyrelsen foreslår derfor, at den nationale kliniske retningslinje omtales på de relevante faglige selskabers hjemmesider, evt. med orientering om implikationer for det pågældende speciale og med link til den fulde version af retningslinjen. Her tænkes særligt på Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Geriatri, Dansk Selskab for Almen Medicin, de faglige selskaber under Dansk Selskab for Intern Medicin og Dansk Sygepleje Selskab. Eftersom delir rammer bredt, vil retningslinjen være relevant for de fleste faglige selskaber. Sundhedsstyrelsen foreslår, at retningslinjen præsenteres på årsmøder i regi af de faglige selskaber og på Lægedage. Information kan også formidles via medlemsblade og elektroniske nyhedsbreve.

Sundhedsstyrelsen foreslår desuden, at retningslinjens indhold formidles til patienterne, og at relevante patientforeninger kan spille en rolle heri.

Implementering af national klinisk retningslinje for delir er som udgangspunkt et regionalt ansvar. Dog ønsker Sundhedsstyrelsen at understøtte implementeringen. I foråret 2014 publicerede Sundhedsstyrelsen således en værktøjskasse med konkrete redskaber til implementering. Den er tilgængelig som et elektronisk opslagsværk på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#). Værktøjsskassen bygger på evidens for effekten af interventioner, og er tænkt som en hjælp til leder/projektleder, der lokalt skal arbejde med implementering af forandringer af et vist omfang.

Foruden den fulde retningslinje udgives en quick guide. Quick guiden er en kort version på 1-2 A4-ark. Den gengiver alene retningslinjens anbefalinger og evt. centrale budskaber med angivelse af evidensgraduering og anbefalingens styrke.

Bilag 3: Monitorering

Proces- og effektindikatorer

Der findes aktuelt ikke egnede proces-indikatorer for delir. Såfremt screening implementeres, kan data for dette opgøres. Journalaudit vil være brugbart lokalt for at vurdere om anbefalingerne i retningslinjen bruges i praksis.

Datakilder

For at vurdere effekten af retningslinjens implementering kan data fra landspatientregistret samkøres med ICD-kodning for delir. Det anbefales, at man ved opdatering af denne retningslinje vurderer, om der findes egnede data, der kan bruges som indikatorer.

Bilag 4: Opdatering og videre forskning

Opdatering

Som udgangspunkt bør retningslinjen opdateres tre år efter udgivelsesdato, med mindre ny evidens eller den teknologiske udvikling på området tilsiger andet.

Videre forskning

Denne retningslinje har påvist flere områder med manglende eller sparsom evidens. Særligt kunne effekten af systematisk screening og tidlig opsporing af delirtilfælde være interessant at få belyst. Herudover mangler der også evidens vedrørende de nævnte interventioner i forbindelse med både farmakologisk og non-farmakologisk behandling af patienter med delir.

Ved gennemsyn af litteraturen er der fundet store mængder af studier foretaget på forskellige specifikke patientgrupper med risiko for delir. I en opdateret udgave af denne retningslinje kunne populationsdefinitionen af flere PICO-spørgsmål udvides, så evidensen for behandling af disse risikogrupper belyses.

Arbejdsgruppen foreslår, at der oprettes et tværspecialiseret fagligt selskab/interessegruppe for delir, der bl.a. kan skabe overblik over igangværende forskning og bidrage til udbredelse af ny viden på området.

Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode

For en uddybet beskrivelse af metoden henvises til Sundhedsstyrelsens NKR metodehåndbog version 2.1. Metodehåndbogen kan tilgås [her](#).

Bilag 6: Fokuserede spørgsmål

For en uddybet beskrivelse af de spørgsmål, denne kliniske retningslinje besvarer, se venligst dokumentet vedr. fokuserede spørgsmål [her](#).

Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer

Ved evidens vælges en af de første fire typer af anbefalinger. Er der ikke fundet evidens vælges i stedet en god praksis anbefaling.

De fire typer af anbefalinger til evidensbaserede anbefalinger

En anbefaling kan enten være for eller imod en given intervention. En anbefaling kan enten være stærk eller svag/betinget. Der er således følgende fire typer af anbefalinger:

Stærk anbefaling for ↑↑

Ordlyd: *Giv/brug/anvend...*

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling for, når der er pålidelig evidens, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne.

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling for:

- Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.
- Stor gavnlige effekt og ingen eller få skadevirkninger.
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartet til fordel for interventionen.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes at ønske interventionen.
- Langt de fleste klinikere vil tilbyde interventionen.

Svag/betinget anbefaling for ↑

Ordlyd: *Overvej at...*

Sundhedsstyrelsen giver en svag/betinget anbefaling for intervention en, når det vurderes, at fordelene ved interventionen er marginalt større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved en eksisterende praksis, samtidig med at skadevirkningerne er få eller fraværende.

Følgende vil trække i retning af en svag/betinget anbefaling for:

- Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter.
- Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger ikke er entydig.
- Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendte.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes at ønske interventionen, men nogen vil afstå.
- Klinikerne vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

Svag/betinget anbefaling imod ↓

Ordlyd: *Anvend kun ... efter nøje overvejelse, da den gavnlige effekt er usikker og/eller lille, og der er dokumenterede skadevirkninger såsom...*

Sundhedsstyrelsen giver en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når ulemperne ved interventionen vurderes at være større end fordelene, men hvor man ikke har høj tiltro til de estimerede effekter. Den svage/betingede anbefaling imod, anvendes også hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre.

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling imod:

- Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter. Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger ikke er entydig.
- Skadevirkningerne vurderes at være marginalt større end den gavnlige effekt.
- Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendte.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes at ville afstå fra interventionen, men nogen vil ønske den.
- Klinikerne vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

Stærk anbefaling imod ↓↓

Ordlyd: *Giv ikke/brug ikke/anvend ikke/undlad at...*

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling imod, når der er der er høj tiltro til, der viser, at de samlede ulemper er klart større end fordelene. Det samme gælder, hvis der er stor tiltro til, at en intervention er nyttesløs.

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling imod:

- Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.
- Der er stor tiltro til, at interventionen ikke gavner, eller at den gavnlige effekt er lille.

- Der er stor tiltro til, at interventionen har betydelige skadevirkninger.
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartede imod interventionen.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes ikke at ville ønske interventionen.
- Klinikerne vil meget sjældent tilbyde interventionen

For yderligere beskrivelse af de forskellige evidensbaserede anbefalinger se venligst:

<http://www.gradeworkinggroup.org>

De to typer af anbefalinger til god praksis anbefalinger

God praksis ✓

For:

Det er god praksis at...

Imod:

Det er ikke god praksis at...

Det er ikke god praksis rutinemæssigt at...

Det er god praksis at undlade at...

Det er god praksis at undlade rutinemæssigt at...

God praksis, som bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. En anbefaling om god praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens. Derfor er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de er stærke eller svage.

Bilag 8: Søgebeskrivelser og evidensvurderinger

Søgeprotokoller samt evidensvurderinger er offentliggjort på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#).

Til denne kliniske retningslinje er søgningerne foretaget i en defineret gruppe databaser, der er udvalgt til søgning efter nationale kliniske retningslinjer, nærmere beskrevet i [Metodehåndbogen](#). Der er lavet systematiske søgninger foretaget af Tove Faber Frandsen i samarbejde med fagkonsulenten Maria Bohr Dawids.

Først er der søgt internationalt på guidelines og medicinske teknologivurderinger (MTV) i følgende informationskilder: Guidelines International Network (G-I-N), NICE (UK), National Guideline Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), HTA database (CRD database), SBU (Sverige), Socialstyrelsen (Sverige), Helsedirektoratet (Norge), Kunnskapssenteret (Norge), Netpunkt (Danmark), Medline og Embase.

Dernæst er der søgt mere specifikt med udgangspunkt i de fokuserede spørgsmål (PICOs). Her er der fremfundet sekundærlitteratur (systematiske reviews og metaanalyser). Databaser søgt er: Medline, Embase, PsycINFO, Cinahl og Cochrane Library.

Til sidst er der lavet en opdateret søgning på primærlitteratur i databaserne: Medline, Embase, PsycInfo og Cinahl.

Søgningerne er foretaget i perioden 27. oktober 2015 til 8. juli 2016.

Generelle søgetermer

Engelske: Delirium, acute confusion

Danske: Delirium, delir, konfusion

Norske: Delirium, delir, konfusjon, akutt forvirring

Svenske: Delirium, konfusion, akut förvirring, förvirringstillstånd

Generelle inklusionskriterier

Publikationsår: 2006-2016

Sprog: Engelsk, dansk, norsk og svensk

Dokumenttyper: Guidelines, clinical guidelines, HTA, meta-analyser, systematiske reviews, RCT

Bilag 9: Arbejdsgruppen og referencegruppen

Arbejdsgruppen vedr. NKR for forebyggelse og behandling af organisk delirium består af følgende personer:

- Lars Weywadt (formand), overlæge, udpeget af Sundhedsstyrelsen
- Jens Nørbæk, overlæge, speciallæge i psykiatri, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab, Liaison og tilsyn, Psykiatrisk Center Hvidovre
- Lise Fonsmark, overlæge, udpeget af Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intern medicin
- Jakob Greve Carlsen, overlæge, udpeget af Dansk Selskab for Akutmedicin, Akutafdelingen, Holbæk Sygehus
- Anne Henckel Johansen, Ergoterapeut, udpeget af Ergoterapeutforeningen, Helsingør Rehabilitering og Træningscenter
- Hanne Pedersen, overlæge, udpeget af Dansk Selskab for Geriatri, Medicinsk Afdeling Glostrup Hospital
- Susanne Stabel Gren, overlæge, udpeget af Dansk Selskab for Geriatri, Medicinsk afdeling O, Herlev Hospital
- Michael Krasheninnikoff, overlæge, Udpeget af Dansk Ortopædisk Selskab, Hvidovre Hospital
- Helle Svenningsen, Adjunkt, MKS, ph.d., udpeget af Dansk Sygepleje Selskab, VIA Sundhed, Sygeplejerskeuddannelsen Aarhus
- Mette Friis, Sygeplejerske, udpeget af Dansk Sygepleje Selskab, Odense Kommune, Lysningen
- Birgit Villadsen, oversygeplejerske, udpeget af Dansk Sygepleje Selskab, Bispebjerg Hospital
- Anette Davidsen, speciallæge i almen medicin, udpeget af Dansk Selskab for Almen Medicin
- Yasmin Hassan Hamid, udpeget af Dansk Endokrinologisk Selskab, Bispebjerg Hospital
- Merete Almind, læge, Udpeget af Dansk Lungemedicinsk Selskab, Bispebjerg Hospital
- Kirstine Moll Harboe, læge, Udpeget af Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi

- Karen Ægidius, overlæge, udpeget af Dansk Selskab for Apopleksi, Neurologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital

Fagkonsulenten Maria Bohr Dawids har som en del af sekretariatet, jf. nedenfor, været overordnet ansvarlig for litteraturgennemgangen og for at udarbejde udkast til retningslinjen til drøftelse i arbejdsgruppen.

Habilitetsforhold

En person, der virker inden for det offentlige, og som har en personlig interesse i udfaldet af en konkret sag, må ikke deltage i behandlingen af denne sag. Hvis en person er inhabil, er der risiko for, at han eller hun ikke er uvildig ved vurderingen af en sag. Der foreligger habilitetserklæringer for alle arbejdsgruppemedlemmer. Habilitetserklæringerne kan tilgås [her](#)

Referencegruppen

Referencegruppen er udpeget af regioner, kommuner, patientforeninger og andre relevante interessenter på området, og dens opgave har bestået i at kommentere på afgrænsningen af og det faglige indhold i retningslinjen.

Referencegruppen vedr. NKR for forebyggelse og behandling af organisk delirium består af følgende personer:

- Lars Weywadt (formand), overlæge, udpeget af Sundhedsstyrelsen
- Mette Lund Jespersen, 1.reservelæge, Udpeget af Region Hovedstaden, Enhed for Hospitalsplanlægning, Region Hovedstaden
- Linea Ohm Søndergaard, konsulent, udpeget af Danske Regioner
- Lisa Jakobsen, afdelingslæge, Udpeget af Region Syd, Geriatrisk Afdeling G OUH Odense Universitetshospital
- Per Fabæch Knudsen, faglig konsulent, Udpeget af Socialstyrelsen og Social- og Indenrigsministeriet
- Sophie Leth-Møller, konsulent, udpeget af KL
- Rikke Green Skaarup, konsulent, udpeget af KL
- Anne Birgitte L. Pedersen, overlæge, Udpeget af Region Midt, Medicinsk Afdeling, Medicinsk Modtageafsnit, Hospitalsenheden Vest
- Michael Lau Bech-Hansen, ledende overlæge, udpeget af Region Sjælland, Psykiatrien Roskilde
- Bodil Gramkow Andersen, overlæge, udpeget af Region Nordjylland, Ældrepsykiatrien
- Katrine Astrup Sørensen, fysioterapeut, udpeget af Dansk Selskab for Fysioterapi, Intensivt Afsnit, Aarhus Universitetshospital

- Birgitte Gram Blendstrup, specialkonsulent, Sundheds- og Ældreministeriet, Center for Psykiatri og Lægemiddelpolitik
- Mirjana Saabye, chefkonsulent, Ældre Sagen
- Dorthe Wiinholdt Christensen, videnskabelig medarbejder, Enhed for Sygepleje Forskning og Evidensbasering (ESFE), Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler

Sekretariat

Sekretariatet for begge grupper:

- Maria Herlev Ahrenfeldt, projektleder, specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Maria Bohr Dawids, fagkonsulent, læge, Sundhedsstyrelsen
- Britta Tendal, metodekonsulent, specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Tove Frandsen, søgekonsulent, Sundhedsstyrelsen

Peer review og offentlig høring

Den nationale kliniske retningslinje for NKR for forebyggelse og behandling af organisk delirium har forud for udgivelsen været i bred offentlig høring samt sendt i høring blandt følgende høringsparter:

- Dansk Sygepleje Selskab
- Dansk Psykiatrisk Selskab
- Ergoterapeutforeningen
- Dansk Selskab for Geriatri
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dansk Selskab for Fysioterapi
- Dansk Ortopædisk Selskab
- Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin
- Dansk Endokrinologisk Selskab
- Dansk Selskab for Lungemedicin
- Dansk Neurologisk Selskab
- Dansk Selskab for Akutmedicin
- Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi

- Dansk Apopleksi Selskab
- Ergoterapeutforeningen
- Danske Patienter
- Ældresagen
- Danske Regioner
- KL
- Socialstyrelsen
- Sundheds- og Ældreministeriet

Retningslinjen er desuden i samme periode peer reviewet af:

- Bjørn Erik Neerland, læge, lektor, Geriatrisk afdeling, Universitetet i Oslo
- Jens-Ulrik Rosholm, Overlæge, Geriatrisk afdeling G, OUH

Bilag 10: Forkortelser og begreber

ADL-funktion	Funktionsevne (Improvement in Activities of Daily Living)
Agiteret patient	Oprevet, hyperaktiv patient
Antikolinerge lægemidler	Lægemidler, der hæmmer kolinerge receptorer
Atypisk parkinsonisme	Fællesbetegnelse for tilstandene: Lewy-body demens, Multipel System Atrofi (MSA), Progressiv Supranukleær Parese (PSP), Cortico Basal Degeneration (CBD)
Behandlingsrefraktært delir	Tilstand af delir, der ikke responderer på behandling
Benzodiazepin	Vanedannende angstdæmpende eller sovemedicin
CAM	Confusement Assessment Method
DSM-III/ DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (det amerikanske diagnosesystem for psykiatriske lidelser, tredje og fjerde udgave)
ECT	Elektro-konvulsiv behandling
Ekstrapyramidale gener/bivirkninger	Medicininducerede bevægeforstyrrelser, bl.a. rysten, stivhed og ufrivillige bevægelser.
Fulminant delir	Udtalt/svært delir
Guldstandard	Den mest præcise diagnostiske undersøgelse for en sygdom eller lidelse
Hypoaktivt delir	Delir kendetegnet ved nedsat mental og fysisk aktivitet
ICD-10	International Classification of Diseases, 10th edition. WHO's Diagnosesystem, 10. Udgave
Kardielle arytmier	Hjerterytmeforstyrrelser
Malignt neuroleptikasyndrom	Sjælden og potentielt dødelig komplikation til behandling med antipsykotika.
Medicinstatus	Patientens aktuelle medicin
Medicingennemgang	Gennemgang af patientens medicin-præparater med vurdering af indikation for behandlingen.

Medicinsanering	Oprydning i patientens medicinliste, herunder evt. seponering eller ændring af styrke/type af lægemiddel
Medicinpausering	Pause i medicinforbrug i kortere tid, typisk få dage til uger.
Rebound-effekt	Opblussen i eksisterende sygdom, hvis medicin fjernes
Reversibel tilstand	Tilstand der kan helbredes/forsvinde igen
Seponering	Stop af en medicinsk behandling
Skrøbelighed	Oversat fra det engelske ord frailty. Henviser til en ældre patient, der af psykiske, sociale eller fysiske årsager er i højere risiko for sygdom og funktionstab.