

Retningslinje for identifikation og behandling af delirium.

Udgiver:	Hospice Søholm			
Fagligt ansvarlig	Bodil A. Jespersen		Version	1
Kvalitetsansvarlig			Gældende fra	5/6-2014
Ledelsesansvarlig	Anne Marie Mathiesen/Region Midtjylland		Næste revision	September 2015
Ændringskommentarer				

Formål
Patientgruppe/patientforløb/anden målgruppe
Definition af begreber
Fremgangsmåde
Dokumentation
Ansvar
Referencer

Formål

At understøtte faglige tiltag, til lindring af patienters oplevede ubehag ved delirium.
 At understøtte sikkerheden for så vel patienter, pårørende og personale i forbindelse med at intervenere mod delirium ved at:

- Sikre identifikation af delirium ved systematisk brug af CAM.
- Beskrive evidensbaserede nonfarmakologiske interventioner ved delirium.
- Beskrive evidensbaserede farmakologiske interventioner ved delirium.

Patientgruppe/patientforløb/anden målgruppe

Indlagte patienter på Hospice Søholm.
 Pårørende til indlagte patienter.
 Tværfagligt personale.

Definition af begreber

Delirium er en tilstand karakteriseret ved akut indsættelse af fluktuation i den mentale tilstand. De kliniske kendetegn på delirium omfatter nedsat evne til at fastholde opmærksomheden, forstyrret tankegang, visende sig ved at patienten er

usammenhængende i sin tankegang og tale, nedsat samt ændret bevidsthedsniveau gående fra vågen til sløv, døsig eller ukontaktbar.

Tilstanden har altid en medicinsk, fysisk og / eller psykosocial årsag og er således en konsekvens af denne.

Fremgangsmåde

Delirium kan ikke altid lindres fuldstændigt.

De bedste lindringsresultater for delirium og dens følgevirkninger opnås ofte med bidrag fra forskellige faggrupper, som er en kombineret farmakologisk og nonfarmakologisk intervention.

Dette findes i anbefalingerne i den nationale retningslinje: [Klinisk retningslinje om delirium \(1\)](#), som følges på Hospice Søholm.

Anbefalinger:

Anbefalingerne fra [Klinisk retningslinje om delirium \(1\)](#) er skrevet i kursiv og uden opgivelser af referencer. Der vil være side-henvisning til udvalgte emner fra denne.

Identifikation af delirium:

- *CAM er et validt redskab til identifikation af delirium hos voksne patienter > 18 år i medicinsk, kirurgisk, geriatrisk og palliativ afdeling / hospice.*
- *Andre differentialdiagnostiske tilstande bør udelukkes ved brug af specifikke screeningsredskaber, f.eks. Mini Mental State Examination (MMSE) til identifikation af demens.*
- *CAM kan anvendes systematisk, f.eks. i hver vagt.*
- *Identifikation af den delirøse patient kan styrkes ved at træne personalet i bruge af CAM ved hjælp af en træningsmanual.*
- *CAM kan med fordel suppleres med DSMIV (golden standard), ved tvivl om resultatet af CAM-testen.*

Hospice Søholm:

- Vi screener patienter med mistanke om delirium. Der er planlagt undervisning i CAM og når det er gennemført bliver screeningen udført ved hjælp af CAM.
- Vi screener patienter i delirium mindst en gang i hver vagt. Se ovenstående vedrørende indførelse af CAM.

Non-farmakologisk intervention:

- *Der kan løbende identificeres risikofaktorer og udløsende årsager til delirium (kognitiv svækkelse, søvnbesvær, immobilitet, svækket syn og hørelse, dehydrering) blandt patienter på > 65 år.*

- *I forebyggelse af delirium kan der igangsættes nonfarmakologisk intervention målrettet risikofaktorer og udløsende årsager til delirium.*
- *Interventionen kan indeholde nedenstående (se side 10):*
 - *Sikring af patientens basale behov (søvn, smertebehandling, medicinsanering, væske, ernæring, ilttension, blære- og tarmfunktion, mobilisering).*
 - *Opmærksomhed på omgivelser/miljø (ro, god belysning, ur, kalender, radio/TV og familiære objekter).*
 - *God kommunikation (briller, høreapparat).*
 - *Kontinuitet i patientens indlæggelsesforløb (kontaktpersoner, individuel sygepleje).*
- *Sundhedsfagligt personale kan forebygge delirium. Kompetencerne til at forebygge delirium kan sikres ved at indføre et struktureret undervisningsprogram.*
- *Hvis der på afdelinger med patienter i risiko for at udvikle delirium er tilknyttet en geriater, kan der med fordel igangsættes proaktiv geriatrisk konsultation for at forebygge delirium.*
- *Sundhedsfagligt personale kan give mundtlig information om delirium til pårørende til kræftpatienter i palliativ fase ud fra information i en skriftlig informationsbrochure om delirium.*
- *Den mundtlige information til de pårørende kan understøttes med udlevering af den skriftlige informationsbrochure om delirium til de pårørende.*
- *Informationen i brochuren kan indeholde en forklaring på, hvad delirium er, dets symptomer, årsager, behandlinger og forslag til, hvordan de pårørende kan agere, hvis patienten bliver delirøs (se side 126).*

Hospice Søholm:

- Vi følger ovenstående anbefalinger.
- Vi er opmærksom på behov for tværfaglige interventioner (samtaler fra psykolog eller præst, taktil stimulation, fysioterapeutisk behandling, musikterapi, nærvær).
- Vi bruger pjecen til pårørende: [Delirium](#). (2)
- Vi bruger ovenstående pjecce som supplement i samtaler med patienter om delirium.

Farmakologisk intervention:

- *Haloperidol, olanzapin eller risperidon bør anvendes til symptomatisk, farmakologisk behandling af delirium. Da haloperidol er billigst anbefales det som førstevalgspræparat.*
- *Olanzapin eller risperidon bør overvejes som alternativ til haloperidol til patienter som behøver højdosis haloperidol (4,5 mg/døgn) i symptomatisk behandling af delirium eller til patienter som udvikler ekstrapyramidale symptomer*
- *Benzodiazepiner bør ikke anvendes til behandling af delirium*
- *Der kan ikke opstilles anbefalinger om dosering af de forskellige farmaka, da der ikke er fundet studier, der sammenligner effekten på delirium ved forskellige doser af ovennævnte farmaka (se side 179 for doseringsforslag).*

Hospice Søholm:

Der er udarbejdet en "[God klinisk praksis for farmakologisk behandling af delirium](#)" (3):

Inden vagthavende palliative læge kontaktes skal der været taget stilling til årsagerne til deliriet og om der skal måles temperatur og tages en urinstix..

Haloperidol (Serenase) er en del af rammeordinationen, og en del patienter har det ordineret som pn. Hvis der har været givet haloperidol efter rammeordinationen eller som pn. ordination, skal der ved næstkommende stuegang tages stilling til, om patienten skal have kontinuerlig behandling. I forhold til den akutte behandling, se side 2.

RAMMEORDINATION:

- Der må gives tablet eller subcutant injektion 0,5 -1 mg haloperidol (Serenase) denne ordination må max bruges 3 gange/døgn før den vagthavende palliative læge kontaktes. Ved brug af tablet skal der min. være 1 times interval imellem doseringerne. Ved subcutan injektion skal der min. være ½ time imellem injektionerne.
- Hvis patienten er i kvalmebehandling med haloperidol og tåler denne behandling godt, må ovennævnte behandling igangsættes for deliriet. Dvs. 0,5-1 mg haloperidol max x 3/døgn – ud over den givne kvalmebehandling.
- Den primære behandling af delirium må aldrig være benzodiazepiner.
- Vær opmærksom på, at hvis der gives Midazolam til en delirøs patient, vil deliriet fortsat være til stede under søvnen og kan forværre deliriet. Midazolam må derfor kun gives ved stærk uro, angst eller længerevarende søvnløshed. På denne indikation er max dosis 1,25-2.5 mg subcutant max x 3/døgn. Hvis der er behov for mere skal vagthavende palliative læge kontaktes.

BEHANDLING:

Hvis en pt. er diagnosticeret med delirium (ud fra CAM, kommer senere, foreløbig bruger vi vores nuværende screeningsredskab) kan en af følgende behandlinger opstartes efter lægeordination. De er sat i prioriteret rækkefølge med haloperidol som førstevalg, risperidon er andet valg og olanzapin er tredje valg, da den regionale lægemiddelkomite fraråder brug af olanzepin. Vi bruger olanzepin i de tilfælde hvor pt. ikke tåler haloperidol og har brug for sc administration, da risperidon ikke findes til injektion.

1. Opstarts-dosis af haloperidol (Serenase) peroralt eller subcutant er 0,5-2 mg x 2-3/døgn. Hvis det tolereres godt uden bivirkninger kan det om nødvendigt overvejes at øge dosis af haloperidol. Såfremt der ordineres pn haloperidol, må der max gives 10 mg/døgn af pn og fast i alt. Der skal i ordinationen altid fremgå et max antal gange pr. døgn.

2. Alternativt bør risperidon (Risperdal) anvendes. Startdosis for risperidon, peroralt 0,5 mg x 2/døgn. Vedligeholdelsesdosis 0,5-2,0 mg 1-2/døgn.
3. Eller olanzapin (Zyprexa). Startdosis for olanzapin, peroralt 1,25-2,5 mg x 1/døgn – ofte til natten. Vedligeholdelsesdosis 1,25-20 mg x 1, peroralt/sc

Behandlingen skal evalueres hver 3. dag indtil seponering. Dette er for at sikre at patienter ikke unødigt fortsætter en behandling med psykofarmaka.

Dokumentation

Her beskrives den monitorering den nationale retningslinje anbefaler og den daglige dokumentation. For overskuelighedens skyld er standarderne fra de 4 retningslinjer tildelt fortløbende numre.

Identifikation:

Standard 1: Hos 80 % af patienter er CAM anvendt til identifikation af delirium

Indikator 1: Andelen af patienter, hvor CAM er anvendt til identifikation af delirium

Monitorering 1:

I databaser spørges:

Er CAM anvendt til identifikation af delirium?

Ja

Nej

Standard 2:

95 % af det sundhedsfaglige personale er oplært i brug af CAM.

Indikator 2:

Andelen af sundhedsfagligt personale, der er oplært i træningsmanualen vedr. CAM.

Monitorering 2:

Multiple choice test ud fra Prætest for CAM - efter introduktionsperioden.

Non-farmakologisk:

Standard 3:

90 % af indlagte patienter på > 65 år er vurderet for tilstedeværelse af risikofaktorer og udløsende årsager til delirium indenfor 24 timer efter indlæggelse.

Indikator 3:

Andel patienter, der har været indlagt, hvor risikofaktorer og udløsende årsager til delirium er identificeret indenfor 24 timer efter indlæggelsen i den elektroniske patientjournal/plejeplan.

Monitorering 3:

I den elektroniske patientjournal/plejeplan dokumenteres, om den indlagte patient tilhører risikogruppe eller ej ved afkrydsning af spørgsmålet:

Er patienten vurderet for risikofaktorer

Ja

Nej

Standard 4:

75 % af personalet har gennemført et struktureret undervisningsprogram omhandlende delirium inden for den første måned efter ansættelse

Indikator 4:

Andel af personale, der har gennemført et struktureret undervisningsprogram omhandlende delirium senest en måned efter ansættelse.

Monitorering 4:

Gennemført undervisningsprogram dokumenteres i den enkelte medarbejders kompetence- og udviklingsplan.

Standard 5:

90 % af det sundhedsfaglige personale i primær og sekundær sektor samt på hospicer skal undervises inden for det første års ansættelse i at informere pårørende til palliative patienter om; hvad delirium er, dets symptomer, årsager, behandlinger og forslag til, hvordan pårørende kan agere, hvis den palliative patient bliver delirøs.

Indikator 5:

Andel af sundhedsfagligt personale på hospicer samt i primær og sekundær sektor der er blevet undervist i at informere pårørende om delirium inden for det første års ansættelse.

Monitorering 5:

I personalesagen noteres det når det sundhedsfaglige personale har fået undervisning i at informere pårørende om delirium.

Standard 6:

90 % af patienter, der udvikler delirium, og deres pårørende har fået udleveret og gennemgået materiale omkring delirium indenfor 24 timer.

Indikator 6:

Andel af patienter, der udvikler delirium, og deres pårørende der har fået udleveret og gennemgået materiale omkring delirium.

Monitorering 6:

I den elektroniske patientjournal/plejeplan skal der være mulighed for at dokumentere, om patienten og pårørende har fået udleveret og gennemgået materiale om delirium

Farmakologisk behandling:

Standard 7:

95 % af de delirøse patienter, der har haft behov for farmakologisk behandling er blevet behandlet med enten haloperidol som førstevalg eller olanzapin/risperidon som alternativ til haloperidol ved behov for højdosis haloperidol.

Indikator 7:

Andelen af delirøse patienter med behov for farmakologisk behandling, der behandles med haloperidol som førstevalg eller olanzapin/risperidon som alternativ til haloperidol ved behov for højdosis haloperidol.

Monitering 7:

I databaser spørges:

Har den delirøse patient haft brug for farmakologisk behandling?

Ja

Nej (besvar ikke mere)

Er den delirøse patient blevet behandlet med haloperidol som førstevalg?

Ja

Nej

Er den delirøse patient blevet behandlet med olanzapin eller risperidon som alternativ til haloperidol?

Ja

Nej

Hospice Søholm:

- Standard 1 og 2: Undervisningen af personalet i CAM gennemføres inden sommerferien 2014 og samtidig lægges CAM ind i EPJ. Der laves audit i juni 2015 vedrørende monitorering 1. Monitorering 2 udføres umiddelbart efter undervisningen.
- Standard 3: Alle patienter som indlægges på Hospice Søholm er i højrisiko for at udvikle delirium og vurderes. I øjeblikket screener vi ikke fast indenfor 24 timer fra indlæggelsestidspunktet. Når CAM er indført vil vi overveje om det skal gøres.
- Standard 4 og 5: Alle nyansatte modtager struktureret undervisning om delirium på tilpassede niveauer i introduktionsperioden. I den undervisning er pjecen inkluderet.

- Standard 6: I EPJ afkrydses om pjecen er udleveret, hvornår og til hvem. Vi prioriterer at pjecen gennemgås sammen med et personale. Rent praktisk kan der gå over 24 timer ift. hvornår pårørende kommer på besøg men vi vurderer det opfyldes i 90% af tilfældene på nuværende. Det vil blive undersøgt i audit i juni 2015.
- Standard 7: "[God klinisk praksis for farmakologisk behandling af delirium](#)" (3) følges. Det vil også blive undersøgt i audit i juni 2015.

Ansvar

Retningslinjen er udarbejdet af Lis lang, Vibeke Trillingsgaard og Karin Fosdal i samarbejde med læger og ledelsen på hospice Søholm.

Det er hospiceledelsens ansvar, at relevante medarbejdere (sygeplejersker, læger, fysioterapeuter, psykolog, musikterapeut og præst) kender indholdet af retningslinjen og nævnte faggruppers ansvar til at handle i overensstemmelse med retningslinjen.

Referencer

1. [Klinisk retningslinje om delirium](#). DMCG-pal. Center for kliniske retningslinjer. Afdeling for sundhedsvidenskab. Institut for folkesundhed
2. Pjecen til pårørende: [Delirium](#).
3. [God klinisk praksis for farmakologisk behandling af delirium](#)