

# Delirium

En guide til forebyggelse, opsporing  
og håndtering af delirium hos  
mennesker med demens



NATIONALT  
VIDENSCENTER  
FOR DEMENS



## **HVORFOR EN GUIDE OM DELIRIUM OG DEMENS?**

Det kaldes organisk delirium eller blot delirium, når en person i forbindelse med fysisk sygdom eller medicinpåvirkning pludselig bliver desorienteret og forvirret, ændrer døgnrytme, bliver urolig eller apatisk. Mennesker med demens har stærkt øget risiko for at udvikle delirium i forbindelse med sygdom eller som bivirkning ved medicinsk behandling. Når en person med demens får delirium, kaldes det DSD (Delirium Superimposed on Dementia), hvilket betyder 'delirium tillagt demens'.

Hvis en person med demens får delirium, kan forløbet sætte fart i udviklingen af demenssygdommen og medføre store funktionstab, som ikke kan genvindes. Jo længere den delirøse tilstand varer, jo større er risikoen for et varigt funktionstab.

Delirium er generelt betydeligt hyppigere blandt ældre end yngre mennesker og endnu hyppigere blandt ældre med demens. Risikoen for at udvikle delirium i forbindelse med sygdom og indlæggelse er 3-4 gange højere for ældre med demens end for ældre uden demens.

Denne guide henvender sig primært til sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, som møder mennesker med demens i deres arbejde, men kan med fordel også læses af andre sundhedsprofessionelle.

Guiden omhandler ikke delirium, der er udløst af misbrug, og beskæftiger sig heller ikke specifikt med terminalt delirium. Generelt kan det dog siges, at man hos terminale personer med demens må overveje niveauet for udredning og behandling for den udløsende årsag til delirium. Målet vil primært være lindring. Beslutning om dette skal ske i samråd med læge og pårørende. Det er vigtigt at vide, om personen har et behandlingstestamente eller en fremtidsfuldmagt. I så fald skal bestemmelserne i disse følges.

## **HVAD ER DELIRIUM?**

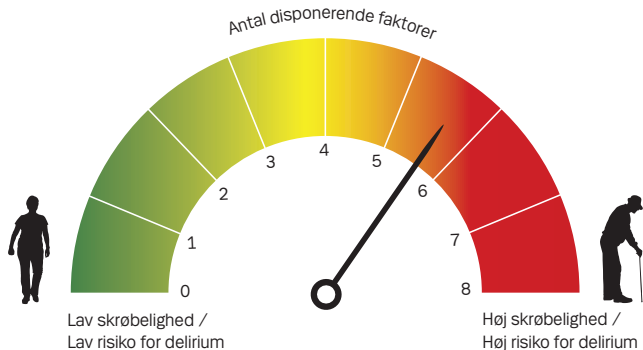
Delirium er en akut eller subakut indsættende og svingende tilstand, der kan udvikle sig over få timer eller dage. Tilstanden er forårsaget af en alvorlig hjernepåvirkning, som viser sig ved, at personen over kort

tid bliver dårligere til at fastholde opmærksomhed. Personen kan også pludselig have markant påvirkede kognitive funktioner, fx hukommelse og evnen til at samle tankerne. Personen får også forstyrrelser i døgnrytme og ændringer i motorisk tempo, som vedkommende ikke normalt har. Personer med delirium kan udvikle hallucinationer og vrangforestillinger, som kan være skræmmende og forårsage angst og uro. Tilstanden kan fejlagtigt tolkes som en akut forværring af demenssygdommen, men det er ikke tilfældet.

Den præcise årsag til, at man udvikler delirium er kompleks og ikke endeligt klarlagt, men tilstanden opstår formodentligt blandt andet som resultat af en inflammationstilstand i hjernen og er altid forårsaget af fysisk sygdom eller bivirkninger ved medicin. Derfor er delirium et tegn på, at der er en fysisk ubalance i kroppen, som akut påvirker hjernens funktion, men ikke hvad og hvor alvorligt det er.

Varigheden af en delirøs tilstand er forskellig og afhænger af den udløsende årsag. Hvis det drejer sig om alvorlig og langvarig sygdom, kan den delirøse tilstand også være langvarig og først aftage, når den udløsende fysiske sygdom er velbehandlet. I andre tilfælde kan delirium være ganske kortvarig, fx i tilfælde hvor den medicin, som har udløst tilstanden, stoppes eller udskiftes med anden medicin. Hvis det drejer sig om kronisk sygdom, vil personen være i høj risiko for at udvikle delirium hver gang, tilstanden forværres. Det samme gælder for terminale patienter.

Delirium betragtes som en reversibel tilstand. Et sygdomsforløb med delirium øger dog markant risikoen for længerevarende kognitive vanskeligheder, funktionstab og død hos ældre og skrøbelige personer. Ældre, der ellers har været kognitivt velfungerende, har øget risiko for at udvikle demens efter episoden med delirium. Jo længere den delirøse tilstand varer, des større er risikoen for funktionstab og for at udvikle demenssygdom. Det skyldes formodentligt, at delirium forårsager skader i hjernens celler.



Der er mange faktorer, som øger risikoen for at udvikle delirium. De vigtigste er:

- høj alder
- hjernesygdom, som fx demens eller en hjerneskade
- misbrug
- nedsat syn eller hørelse
- dårlig fysisk almentilstand
- kronisk sygdom
- polyfarmaci (brug af mere end fem lægemidler samtidig)
- tidligere delirium.

Kernesymptomer på delirium er:



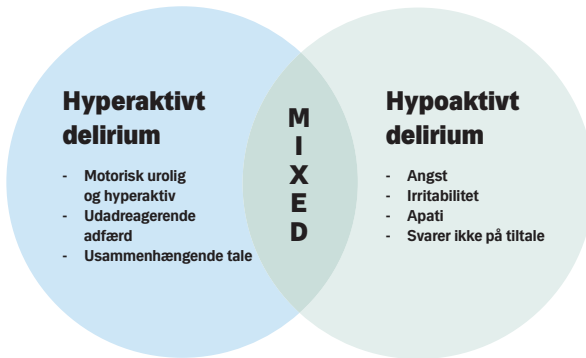
### **Reduceret bevidsthedsniveau med svingende opmærksomhed og orienteringsevne**

Personen veksler mellem at være dårligere orienteret i tid og sted og at have vanskeligere end normalt ved at fastholde opmærksomheden – selv i korte samtaler – og på andre tidspunkter at være i sin vanlige tilstand. Hos personer med demens er det ofte vanskelighederne ved at fastholde opmærksomhed, der som det første fremstår anderledes end normalt.



## Ændret psykomotorisk tempo

Der skelnes mellem tre forskellige undertyper af delirium, hvor det motoriske tempo er ændret på forskellig vis: hyperaktivt delirium, hypoaktivt delirium og en blandingstype. Ved hyperaktivt delirium bliver personen pludselig urolig, rastløs og vandrer rundt uden at kunne finde ro. Dette står i modsætning til hypoaktivt delirium (stille delirium), hvor personen er apatisk og initiativløs. Endeligt kan der forekomme en blandet type, hvor personen skifter mellem at være motorisk urolig og apatisk.



Alle symptomer på delirium svinger. Det kan starte med, at der udelukkende er symptomer om natten i form af uro og/eller virkelighedsstro mareridt. Symptomerne kan også svinge fra time til time i løbet af dagen.

Hos nogle personer opstår der psykotiske symptomer, oftest i form af virkelighedsstro synshallucinationer og vrangforestillinger. Det beskrives ofte af personer, der efterfølgende kan huske deres delirium som "at drømme med åbne øjne".



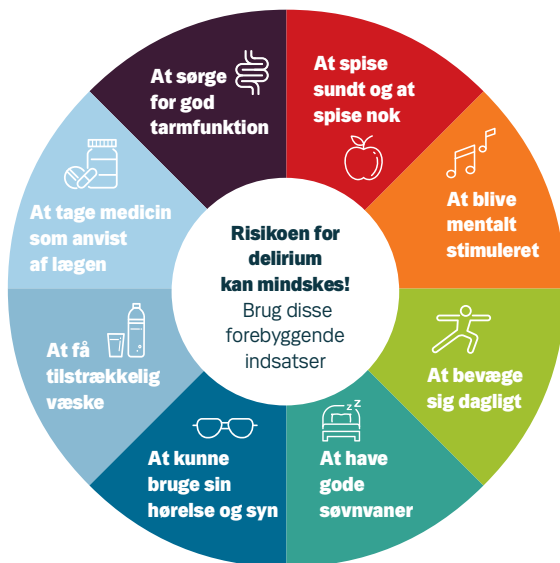
## Forstyrrelser i søvn og døgnrytme

Delirium påvirker formodentligt de signalstoffer i hjernen, som regulerer søvn-/vågen-balancen, så personen sover dårligt eller slet ikke om natten og måske i stedet meget i dagens løb.

## RISIKOEN FOR DELIRIUM HOS PERSONER MED DEMENS

Fordi personer med demens har meget høj risiko for at udvikle delirium, når de bliver syge, er det ekstra vigtigt at forebygge helbreds-mæssige problemer. Det er vigtigt, at personen holder sig fysisk sund og i form og får stimuleret sine kognitive funktioner. Det er ofte nødvendigt at involvere pårørende eller andre omsorgsgivere, som kan hjælpe personen med at bevare et så godt helbred som muligt.

Der er en række sundhedsfremmende indsatser til forebyggelse af delirium ved sygdom.



## **IDENTIFIKATION AF TEGN PÅ DELIRIUM OG UDREDNING AF UDLØSENDE ÅRSAGER**

For at kunne identificere tegn på delirium hos en person med demens, skal man have et godt billede af, hvordan vedkommende fungerer i det daglige, særligt i forhold til de tre kernesymptomer:

- Reduceret bevidsthedsniveau med svingende opmærksomhed, orienteringsevne og tankeforstyrrelser.
- Forstyrrelser i søvn og døgnrytme.
- Ændret psykomotorisk tempo.

I starten af et forløb med delirium kan ændringerne være ganske små, og det er ofte en nær pårørende eller omsorgsperson, der har daglig kontakt med personen, der observerer det og reagerer på det. Det er derfor vigtigt at tage deres bekymringer og observationer alvorligt, og man skal altid overveje udredning for akut opstået sygdom eller forværring af eksisterende sygdom, ligesom man bør foretage en gennemgang af personens medicin.

Der findes screeningsredskaber, som både kan bruges til udredning og observation af delirium. Ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinjer er det god praksis at screene løbende, hvis der er mistanke om delirium. I Danmark anvender man ofte CAM (Confusion and Assessment Method).

Når det drejer sig om personer med let grad af demens, kan screeningsredskaberne 4AT eller b-CAM (Brief Confusion and Assessment Method) bruges. 4AT og b-CAM kan være vanskelige at anvende ved moderat til svær demens, da de forudsætter et vist niveau af sproglig forståelse. På [www.videnscenterfordemens.dk](http://www.videnscenterfordemens.dk) kan du læse mere om screeningsredskaber.

Sundhedsstyrelsen anbefaler ligeledes, at man løbende laver CAM, b-CAM eller 4AT-screening for at observere tilstanden og for at få et mere præcist billede af, om de tiltag, man sætter i værk, afhjælper delirium. Screening skal gentages flere gange hen over døgnnet, da tilstanden svinger. Der kan sagtens være en negativ screening om for-



middagen og en positiv om eftermiddagen. Det anbefales derfor at lave ca. tre screeninger i døgnet. For at følge om tilstanden bedres eller forværres, kan man også udfylde døgnskema/uroskema over udsving i motorisk tempo og søvn.

Det er vigtigt at vide, at jo mere fremskreden demenssygdommen er, jo sværere er det at identificere ændringerne i bevidsthed og psyko-motorik ved hjælp af en screening.

Delirium kan udløses af et hvilket som helst fysisk helbredsproblem og behandles ved at udrede og behandle den/de udløsende somatiske årsager samt om muligt at seponere eller pausere eventuel medicin, som kan udløse eller forværre tilstanden. Udredning og behandling skal altid tilpasses den enkeltes helbredstilstand, aktuelle problemstilling og situation. Det er ofte nødvendigt med en tværfaglig indsats.

I takt med at demenssygdommen tager til, vil risikoen for at udvikle delirium blive større, og de udløsende fysiske årsager mindre alvorlige. En forkølellestilstand eller infektion i mundhulen kan således udløse delirium hos en person med svær demens, mens der som hovedregel skal en mere alvorlig tilstand til hos en person med let demens, fx alvorlig lungeinfektion.

For at finde den/de udløsende årsager til delirium bør man som minimum gennemføre følgende:

- Måling af vitale værdier, blodtryk, puls, temperatur og eventuelt saturation.
- Gennemgang af væske og ernæring.
- Observation af mavefunktion og vandladning.
- Observation af smerter.
- Observation af hud og slimhinder.
- Gennemgang af medicinliste med henblik på at undersøge, om personen får medicin, som kan udløse delirium.

- Tage blodprøver for at undersøge, hvad der har udløst tilstanden, fx infektion, forstyrrelser i elektrolytbalancen, dårlig nyre- og leverfunktion, lav blodprocent, lavt/højt blodsukker eller andet. Ofte tages også urin til dyrkning. Dette sker i samråd med læge og alt efter den individuelle situation.

Hvis årsagen til delirium ikke findes ved ovenstående undersøgelser, kan man overveje yderligere undersøgelser i samråd med lægen.

### **PLEJE OG OMSORG TIL PERSONER MED DEMENS OG DELIRIUM**

Når en person med demens har udviklet delirium i forbindelse med fysisk sygdom eller medicinpåvirkning, er det vigtigste, at den/de udløsende årsager bliver fundet, og behandling påbegyndes. Herudover kan pleje og omsorg medvirke til at afhjælpe symptomer og forkorte den delirøse tilstand. Dette kaldes ofte nonfarmakologiske tiltag. Jo hurtigere pleje- og omsorgstiltagene bliver iværksat, jo bedre virker de. Hvis de samme tiltag iværksættes hurtigt i forbindelse med nyopstået sygdom, kan de formodentligt i nogle tilfælde forebygge delirium.



For at kunne yde pleje og omsorg så individuelt som muligt er det vigtigt at have kendskab til personens liv og de vaner og præferencer vedkommende har og har haft. En helhedsorienteret og personcentreret tilgang gør det muligt at forstå og imødekomme individuelle fysiske og psykologiske behov, også selvom personen er ude af stand til selv at fortælle det. Det skaber grundlag for at etablere en god relation og skabe tryghed.

Her er en gennemgang af pleje og omsorgstiltag, også kaldet nonfarmakologisk behandling.

### **Øget hjælp til basale behov**

Personen med demens og delirium vil oftest have behov for øget hjælp og støtte til basale behov, fx ernæring, væske, mavefunktion, vandladning og personlig hygiejne. Vedkommendes funktionsniveau vil være betydeligt lavere end normalt. Derfor skal hjælpen tilpasses det aktuelle funktionsniveau og den kognitive formåen under en episode med delirium.

Hvis dette ikke sker, kan det medføre en forlængelse og forværring af den delirøse tilstand. For eksempel er tilstrækkelig ernæring og væske afgørende for at blive rask. Selvom en person med demens normalt kan klare måltider selv, kan vedkommende under en delirøs episode udvikle midlertidig apraksi og agnosi, der gør det svært at styre glas, ske og gaffel eller at genkende spiseredskaber.

Personer med hyperaktivt delirium kan have svært ved at finde ro til måltidet, mens personer med hypoaktivt delirium ikke vil kunne tage initiativ til at spise.

### **Tilpasning af sansemæssige stimuli**

På grund af den akutte påvirkning af hjernen er personer med demens og delirium i højere grad end ellers udsat for sansemæssig overstimulering. Den påvirkede hjerne kan i endnu mindre grad end ellers bearbejde og skabe mening i sanseindtryk, og for mange sansemæssige stimuli kan udløse stress og angst, hvilket kan forværre symptomerne. Sanse-

mæssige indtryk kan også være med til at aktivere hallucinationer og illusioner og forværre motorisk uro.

Det er derfor vigtigt at tilpasse sensoriske indtryk. For personer med hyperaktivt delirium vil det ikke være godt at have musik eller TV kørende hele tiden. Der skal heller ikke være larm fra telefoner, alarmer eller personale og andre, der taler højt. Det optimale er, at personen har mulighed for at opholde sig et roligt sted for at hvile.

Personer med hypoaktivt delirium skal stimuleres sansemæssigt for at vågne op og være med i det, der sker. Personalet kan hjælpe ved at sætte gang i sansemæssig stimulation eller korte aktiviteter, som er tilpasset den enkeltes præferencer og generelle tilstand, fx sang eller samtale om emner, der interesserer personen.

Imidlertid er det formodentligt individuelt, hvor meget og hvilke sansemæssige stimuli den enkelte har gavn af. Det skal derfor altid tilpasses individuelt med nøje observation af, hvad der øger de delirøse symptomer, fx motorisk uro, angst og stress, og hvad der afhjælper dem.

Brug af sansestimulerende hjælpemidler, fx tyngdedyner, er ikke undersøgt tilstrækkeligt til at det kan fastslås, om det generelt har en effekt på delirium eller på symptomerne. Nogle studier indikerer, at beroligende musik eller musik, som er individuelt udvalgt efter præferencer, har en positiv effekt på uro i forbindelse med delirium.

### **Mobilisering hurtigst muligt**

Personen med demens og delirium skal så vidt muligt mobiliseres periodevist i dagtimerne. Det kan være, at personens almentilstand under en sygdomsperiode har gjort vedkommende så svækket, at mobiliseringen kun kan være ganske kortvarig på en sengekant eller i en stol.

Undersøgelser tyder på, at det har betydning i forhold til at mindske symptomer og forkorte et forløb med delirium. Det er vigtigt at huske, at personen på grund af den hjernemæssige påvirkning kan have store problemer med at orientere sig i forhold til afstande og størrelsesforhold.

Mange af dem, der kan huske den delirøse episode, beskriver, at rummet virkede mindre, at gulvet skrånede voldsomt, eller at de selv svævede eller faldt ned i et hul. Det kaldes for visuospatiale hallucinationer eller illusioner. Derfor skal mobilisering være varsom og rolig med god støtte, både for at undgå fald og unødigt stress samt skader på personalet.

### **Løbende vurdering af medicin ved læge**

Når en person med demens udvikler delirium, er det afgørende, at en læge gennemgår medicinlisten og tager stilling til, om vedkommende får medicin, der udløser, forstærker eller forlænger den delirøse episode, og om den i så fald kan pauseres eller seponeres. En lang række medicinske præparater kan udløse eller forstærke delirium, fx antikolinerg medicin, beroligende medicin, sovemedicin og visse typer af antipsykotisk medicin og opioider.

### **Så god og uafbrudt søvn som muligt**

Når det gælder personer med demens, som har delirium, er målet i forhold til søvn så vidt muligt at genetablere en normal døgnrytme, så vedkommende er mest vågen om dagen, gerne med korte hvil, og har mulighed for at sove uafbrudt om natten. Unødige forstyrrelser skal selvfølgelig undgås om natten. Delirium bedres ikke i sig selv ved langvarig medicinsk sedation. Tværtimod vil en sådan længere periode med immobilitet give problemer i forhold til øget risiko for infektioner i lunger og urinveje, forstoppelse, liggesår osv. Når den udløsende årsag til delirium er behandlet, vil søvnen hos de fleste langsomt stabilisere sig, og vedkommende vil vende tilbage til sin normale døgnrytme.

### **Brug af høreapparat og briller**

Det afhjælper angst og utryghed at have mulighed for at orientere sig i forhold til omgivelserne og forholde sig til, hvad der sker omkring en. Det er afgørende, at personen kan orientere sig bedst muligt. Derfor skal eventuelle briller og høreapparat altid være på og virke.

## **Mulighed for reorientering**

For de fleste giver det ro og mindre stress, hvis man har mulighed for at orientere sig i tid og sted. For nogle er det en fordel med ur og kalender. Man må dog altid tage højde for personens evne til at forstå og forholde sig til fx aftaler i en kalender, der ellers kan være mere stressende for vedkommende.

## **Reducere angst og stress**

Angst og psykologisk stress kan formodentligt forværre de delirøse symptomer og forlænge den delirøse episode.

Det er meget skræmmende at have delirium, og man kan have brug for en person, der er tæt på, og som kan hjælpe en og støtte med reorientering. Hvis personen med demens og delirium er rigtig dårlig, kan det være nødvendigt med meget tæt kontakt til personalet hele døgnet. Det er afgørende, at personalet har et roligt og afdæmpet kropssprog og i det hele taget er rolige og venlige. Det skaber også ro og tryghed at tilpasse kommunikationen til personens kognitive niveau, fx ved at bruge et enkelt sprog uden for mange valg og informationer. Lange beskeder og uoverskuelig kommunikation stresser den påvirkede hjerne og skaber angst og uro.

Her er syv gode råd til kommunikation til personer med demens og delirium:

- Etabler kontakt fra starten.
- Brug et tydeligt kropssprog.
- Vær rolig og tålmodig.
- Brug konkrete og enkle formuleringer, fx "Kom og sæt dig her".
- Anerkend personens oplevelser og følelser.
- Afled evt. personen.
- Afrund kontakten tydeligt.

Hvis det er muligt, kan man inddrage pårørende, som kan være med til at skabe ro og tryghed for personen. Det er vigtigt at forventningsafstemme med pårørende og afklare, om vedkommende har over-

skud til det. For nogen kan det være alt for stressende og utrygt at være tæt på et nært familiemedlem med delirium.

### **ANTIPSYKOTISK- OG BEROLIGENDE MEDICIN**

I Sundhedsstyrelsens Nationale Kliniske Retningslinje fra 2021 anbefales det ikke som standart at anvende antipsykotisk eller beroligende medicin til behandling af delirium. Antipsykotisk medicin behandler ikke i sig selv den hjernemæssige påvirkning, som leder til den delirøse tilstand. For at afhjælpe svær motorisk uro kan det dog overvejes i følgende situationer:

- Når personer er til fare for sig selv eller andre.
- Når deliriumsymptomerne forhindrer vigtige undersøgelser eller behandling.

Hvis det er nødvendigt at give antipsykotisk- og beroligende medicin i forbindelse med delirium, skal det altid seponeres, så snart det er muligt og forsvarligt.

Personer med demens har øget risiko for at udvikle bivirkninger i forbindelse med antipsykotisk medicin. I den periode, hvor medicinen gives, er det derfor vigtigt, at man nøje observerer for bivirkninger. I samråd med den behandlende læge skal der ved eventuelle skadelige bivirkninger, fx dysfasi, løbende ske en vurdering i forhold til effekten og nødvendigheden af behandlingen.





## **OPFØLGNING EFTER EN DELIRIUMEPISODE – FOKUS PÅ PATIENTSIKKERHED I SEKTOROVERGANGE**

Personer med demens, som har haft delirium i forbindelse med sygdom, er særligt udsatte i forbindelse med sektorovergange. Det vil typisk være i overgangen fra sygehus til eget hjem, rehabiliteringsplads, akutplads eller plejehjem. Under indlæggelsen er det afklaret, hvilke tilstande som har udløst og bidraget til personens delirium, og disse tilstande er håndteret/behandlet i muligt omfang.

Når de udløsende årsager til delirium er behandlet, vil tilstanden bedres og ophøre. På det tidspunkt, hvor personen udskrives, vil tilstanden derfor som hovedregel være aftagende eller helt overstået. Der sker dog ofte det, at selve udskrivelsen kan give uro/forvirring, hvilket aftager, når personen er 'landet godt' i sit hjem eller på den midlertidig døgnpads.

Der er derfor brug for særlig omsorg, tryghed og opsyn den første tid efter udskrivelsen, så personen og evt. pårørende kan finde sig til rette. Det gælder både omsorg i forhold til fysiske funktioner, hvor der skal fokuseres på stille og roligt at få genoptaget en god hverdag med vante aktiviteter, en god døgnrytme, indtag af mad og drikke og



udskillelser. Der er også brug for særlig omsorg, når det gælder psyko-sociale forhold. Efter delirium kan der være en periode med ængstelighed eller tristhed, hvor personen – og de pårørende – har brug for at tale om oplevelsen.

Hvis der kommer en ny episode med akut forvirring, vil der oftest være tale om tilbagefald af delirium, som kan skyldes ny fysisk sygdom. Det kræver en ny sygeplejefaglig og lægelig udredning.

Delirium under en indlæggelse giver ofte funktionstab. Hvis personen skal i rehabilitering efter en indlæggelse, er det vigtigt at vide, at vedkommende hurtigt kan blive udtrættet. Det er afgørende, at rehabiliteringen er individuelt planlagt, så vedkommende kan klare det efter en delirøs episode. Studier tyder på, at det har stor betydning for det fremtidige funktionsniveau.

Den svækkede mentale tilstand efter en episode med delirium betyder, at det er vigtigt, at man samarbejder med personen og den pårørende om at skabe overblik over planlagt opfølgning efter indlæggelsen.

Hvis personalet ikke kender personen, er det vigtigt at få oplysninger om vedkommendes habituelle kognitive tilstand og funktionsniveau, og hvis muligt også om vedkommendes liv, vaner og præferencer.

På baggrund af de oplysninger kan omsorg, pleje og rehabilitering planlægges individuelt, hvilket vil give personen med demens de bedste muligheder for at kunne samarbejde og deltage. Hvis der er pårørende, er det afgørende at inddrage dem og deres viden mest muligt.

## **HJÆLP PERSONEN MED DEMENS MED AT 'LANDE GODT' EFTER EN EPISODE MED DELIRIUM**

- Indhent oplysninger om episoden: hvad udløste det, hvor længe, hvor alvorlig?
- Skab ro og tryghed omkring personen.
- Vurder behovet for hjælp til mad, drikke, udskillelser, søvn og hvile, aktivitet/mobilisering/motion.
- Tilpas træning og sensoriske stimuli efter, hvor hurtigt personen udtrættes.
- Indhent oplysninger om plan for efterbehandling, fx ambulante tider og medicin.
- Sørg for at videregive information til personen og pårørende, og lyt til deres oplevelser.

Lær om delirium i tre konkrete situationer  
i e-learningen *ABC Demens – delirium*

Du finder e-learningen samt kilder og forskning her:  
[www.videnscenterfordemens.dk/abc](http://www.videnscenterfordemens.dk/abc)





NATIONALT  
VIDENSCENTER  
FOR DEMENS

[www.videnscenterfordemens.dk](http://www.videnscenterfordemens.dk)