
Vi må bry oss om delirium

DEBATT

MATHIAS NIKOLAI PETERSEN HELLA

mathias.nikolai.petersen.hella@sus.no

Mathias Nikolai Petersen Hella er lege i spesialisering i geriatri ved Mottaksklinikken, Geriatrisk seksjon, Stavanger universitetssjukehus og ph.d.-kandidat ved Klinisk Institutt 1, Universitetet i Bergen og Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM), Stavanger universitetssjukehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HOGNE SØNNESYN

Hogne Sønnesynd er ph.d., overlege ved Geriatrisk seksjon, Stavanger universitetssjukehus og seniorforsker ved Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM), Stavanger universitetssjukehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNE KATRINE BERGLAND

Anne Katrine Bergland er ph.d., spesialist i geriatri og i akutt- og mottaksmedisin, seksjonsoverlege ved Observasjons- og behandlingsavdelingen, Stavanger universitetssjukehus og seniorforsker ved Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM), Stavanger universitetssjukehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

DAG ÅRSLAND

Dag Årsland er spesialist i psykiatri, overlege og forskningsleder ved Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM), Stavanger universitetssjukehus samt professor og avdelingsleder ved

Alderspsykiatrisk avdeling, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience ved King's College London.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANE DJUV

Ane Djuv er ph.d., overlege i ortopedisk kirurgi, fagleder ved Ortopedisk osteoporosepoliklinikk, leder av Frakturregisteret i Helse Stavanger, leder av Register for beinbrudd og osteoporoseutredning (BeinOP). Hun er førsteamanuensis ved Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen og forsker ved Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling, Stavanger universitetssjukehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt rådgivningshonorar fra UCB.

AUDUN OSLAND VIK-MO

Audun Osland Vik-Mo er spesialist i psykiatri, avdelingsoverlege ved Alderspsykiatrisk avdeling, Stavanger universitetssjukehus, førsteamanuensis og fagleiar for Vestlandslegen, Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ERLING HOLEN

Erling Holen er utdanningsansvarlig overlege ved Anestesiavdelingen, Klinikk A, Stavanger universitetssjukehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

PAAL NAALSUND

Paal Naalsund er seksjonsoverlege ved Geriatrisk seksjon, Haraldsplass Diakonale Sykehus og leder for Norsk forening for geriatri.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BJØRN ERIK NEERLAND

Bjørn Erik Neerland er ph.d., spesialist i indremedisin og i geriatri, overlege ved Geriatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus, forsker ved Oslo Delirium Research Group og leder for Faggruppen for delirium i Norsk forening for geriatri.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LEIV OTTO WATNE

Leiv Otto Watne er spesialist i geriatri, overlege ved Geriatrisk avdeling, Akershus universitetssykehus, professor i geriatri ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo og leder for Oslo Delirium Research Group. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Andelen eldre i befolkningen øker, og mange av disse har høy risiko for utvikling av delirium ved sykehusinnleggelse. Vi bør i større grad ta i bruk de nasjonale retningslinjene for delirium.

Den 5. desember 2022 ble en invitert lederkommentar, «Delirium: Who cares?», publisert i tidsskriftet *Acta Psychiatrica Scandinavica* (1). I denne fremhevet man at Storbritannia mangler en nasjonal strategi for delirium, og at det er lite kunnskap om tilstanden hos befolkningen. Til tross for at delirium er en stor utfordring for helsetjenesten, har det vært lite forsket og fokusert på før i de senere år (2).

Hvordan er så situasjonen i Norge? Er delirium på agendaen i norske sykehus? Covid-19-pandemien minnet oss på at de eldste pasientene våre er særlig sårbare for delirium ved akutt sykdom (3). Men den viste oss også at vi mangler ressurser, bemanning og kompetanse (4). Vi ønsker å minne om hvorfor delirium er viktig og hvordan tilstanden kan forebygges og håndteres i norske sykehus.

Et folkehelseproblem

Delirium er et akutt nevropsykiatrisk syndrom med redusert oppmerksomhet, svekkelse i andre kognitive funksjoner og svingende bevissthet/våkenhet som kjennetegn. Det er en vanlig og potensielt alvorlig komplikasjon til akutt sykdom. Høy alder, demens, annen kognitiv svikt og kirurgi er blant de viktigste risikofaktorene (2). Hoftebruddspasienter har en forekomst av postoperativt delirium på 35–65 % (5). Delirium kan variere i presentasjon fra lette til mer alvorlige og vedvarende symptomer. I en studie fra ti norske akuttmottak i 2019 fant man at 17 % av pasienter 75 år eller eldre hadde tegn til delirium (6).

«Delirium er underdiagnostisert, underbehandlet og assosiert med økt morbiditet og mortalitet»

Delirium er underdiagnostisert, underbehandlet og assosiert med økt morbiditet og mortalitet (7). Selv om delirium kan være reversibelt, er det også forbundet med en økt risiko for senere utvikling av demens (8). Vi vet også stadig mer om hvordan delirium erfarer, og flere har fortalt offentlig om sine

opplevelser i ettertid. Delirium er ofte skremmende for den som rammes (9). Det er derfor mange gode grunner til at delirium bør settes høyt på dagsordenen i den norske helsetjenesten.

Allmennkunnskapen om delirium i befolkningen er dessverre fremdeles altfor dårlig, og mange pasienter skrives ut av sykehuset med uhyggelige minner som de sliter med å forstå (10). Delirium er således et folkehelseproblem, og det hadde vært til stor hjelp om det ble allment kjent at alle, spesielt eldre, kan bli forvirret og til og med få hallusinasjoner ved akutt sykdom.

Forebygging og håndtering

I Norge har vi oppdaterte nasjonale retningslinjer for forebygging, diagnostikk og behandling av delirium (11). Vi anbefaler at helsepersonell som har regelmessig kontakt med pasienter med delirium, tar disse i bruk. Det viktigste er å forebygge delirium, og det er vist at ikke-medikamentelle tiltak med flere komponenter er effektive (12). Slike tiltak forutsetter en helhetlig og tverrfaglig tilnærming og innebærer blant annet å unngå å unødig flytte pasienter med risiko for delirium.

Både tid og ressurser kreves for å håndtere risikopasienter på en god måte, men det krever også mye, og ofte *mer* ressurser, å håndtere pasienter som har utviklet delirium. Hos utsatte pasienter og ved symptomer som gir mistanke om delirium, som eksempelvis forstyrrelser i bevissthet, hallusinasjoner og/eller redusert oppmerksomhet, bør det gjøres regelmessig screening. I Norge anbefales screeningverktøyet 4AT (13). 4AT-skåring tar vanligvis under fem minutter og kan gjennomføres av alt helsepersonell.

«Deliriumscreening bør systematiseres og inkluderes som en naturlig del av den kliniske undersøkelsen»

For pasienter med etablert delirium er det viktigste å identifisere og behandle underliggende årsak(er). Dette krever ofte en bred gjennomgang av pasientens sykdomsbilde. Ikke-medikamentelle tiltak er alltid essensielle i behandlingen. Medikamentell behandling av delirium har svakt evidensgrunnlag og er ikke vist å ha effekt hverken på deliriumvarigheten eller overlevelsen (14). I klinisk praksis kan slik behandling, eksempelvis med antipsykotika som haloperidol, like fullt ha en plass der deliriet hindrer nødvendig medisinsk undersøkelse eller behandling.

Vi må bry oss

Vi opplever at det er økt oppmerksomhet rundt delirium i norske sykehus, men mener deliriumscreening bør systematiseres og inkluderes som en naturlig del av den kliniske undersøkelsen. Man kan diskutere hvor grensen skal gå for

hvem som bør screenes, men et naturlig utgangspunkt kunne være for alle over 65 år. Vi bryr oss om delirium, og det blir heldigvis stadig flere av oss. Det er for mange gode grunner til å bry seg om delirium til at vi kan la være!

REFERENCES

1. Kington J, Jenkinson J. Delirium: Who cares? *Acta Psychiatr Scand* 2022; 0: acps.13469. [PubMed][CrossRef]
2. Wilson JE, Mart MF, Cunningham C et al. Delirium. *Nat Rev Dis Primers* 2020; 6: 90. [PubMed][CrossRef]
3. Neerland BE, Watne LO, Krogseth M. Delirium hos pasienter med covid-19. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.20.0264. [PubMed][CrossRef]
4. Neerland BE. De sårbares pandemi. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140. doi: 10.4045/tidsskr.20.0583. [PubMed][CrossRef]
5. Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ et al. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 516–22. [PubMed][CrossRef]
6. Evensen S, Saltvedt I, Ranhoff AH et al. Delirium og kognitiv svikt blant eldre i norske akuttinntak. *Tidsskr Nor Legeforen* 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.18.0578. [PubMed][CrossRef]
7. O'Hanlon S, O'Regan N, MacLulich AMJ et al. Improving delirium care through early intervention: from bench to bedside to boardroom. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2014; 85: 207–13. [PubMed][CrossRef]
8. Fong TG, Inouye SK. The inter-relationship between delirium and dementia: the importance of delirium prevention. *Nat Rev Neurol* 2022; 18: 579–96. [PubMed][CrossRef]
9. Larsen RA. Just a little delirium- A report from the other side. *Acta Anaesthesiol Scand* 2019; 63: 1095–6. [PubMed][CrossRef]
10. Bergseng A, Meløe A. Stian (33) fikk delirium: - Det var som et evigvarende mareritt. *VG* 8.11.2022. <https://www.vg.no/forbruker/helse/i/nQQ3wx/stian-33-fikk-delirium-det-var-som-et-evigvarende-mareritt?fbclid=IwARoY3s7L-OR61bCzpyR-cHIgGT86sRMf34JifKp7D4POiEEBFOMNmIqeZk> Lest 15.12.2022.
11. Haraldsplass Diakonale Sykehus. Delirium - forebygging, diagnostikk og behandling. 2020/2021. https://www.legeforeningen.no/contentassets/a96298dad70a4e4599da2d1d9e75f1d5/deliriumprosedyre-oppdatert-11_11_2021_haraldsplass.pdf Lest 12.12.2022.
12. Ludolph P, Stoffers-Winterling J, Kunzler AM et al. Non-Pharmacologic Multicomponent Interventions Preventing Delirium in Hospitalized People. *J*

Am Geriatr Soc 2020; 68: 1864–71. [PubMed][CrossRef]

13. Evensen S, Hysten Ranhoff A, Lydersen S et al. The delirium screening tool 4AT in routine clinical practice: prediction of mortality, sensitivity and specificity. Eur Geriatr Med 2021; 12: 793–800. [PubMed][CrossRef]

14. Nikooie R, Neufeld KJ, Oh ES et al. Antipsychotics for Treating Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review. Ann Intern Med 2019; 171: 485–95. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 15. mars 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0037

Mottatt 17.1.2023, første revisjon innsendt 8.2.2023, godkjent 15.2.2023.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.