

DELIR, angst og dødsralling

Vigdis Årdal Sæterlid
Sjukepleiar i Palliativt team



Delir



Av psykiske lidelsar hos palliative pasientar, er delir den mest framtreddande. Akutt debut og svingande forløp gjennom døgnet.

- red bevissthetsnivå
 - red oppfatning
 - red merksemd
- kognitive forstyrringar
 - red korttidsminne
 - desorientert, tid / stad / eigne data
- psikomotoriske forstyrringar
 - skifte hypo -/ hyperaktivitet
 - auka reaksjonstid
 - auka el red talestraum
 - søvnlaus el forsryrra søvnrytme
 - nattleg forverring av symptoma
 - uroleg draum /mareritt evt m hallusinasjonar

Disponerende årsaker



- Høg alder
- Ulike demenstypar
- Påvist organisk hjernesjukdom
- Nedsett allmenntilstand
- Rusmiddelbruk
- Mannleg kjønn (?)

Utløysande faktorar



- somatisk sjukdom som gjev metabolske endringar cerebralt
- alvorleg somatisk sjukdom
- infeksjon
- urinretensjon
- elektrolyttforstyring
- dehydrering
- alvorleg anemi
- hypoxi
- hypo / hyper - glykemi
- medikament
- endringar kring pasienten, ustabilitet

Medikamentell årsak



- antikolinerg verknad
 - skopolamin /buskopan
 - tricykliske antidepressiva
 - antiparkinson-medisin
 - nevroleptika
- kortikosteroidar - Dexametason
 - Prednisolon

Medikamentell årsak, cont



- Psykoaktive legemiddel
 - opioidar
 - benzodiazepinar
- Seponering av benzodiazepin
- Seponering av alkohol (delirium tremens)



Klinisk bilete

- hyperaktiv - ca 30%
 - rastlaus, formålslaus åtferd
 - agitert, tankeprang
 - hallusinert, vrangforestilling

- hypoaktiv - ca 20%
 - somnolent

denne formen er rapportert høgare no enn i tidlegare studiar, og kanskje den hyppigaste formen hos palliative pasientar

- blanda/skiftande - ca 50%

Delir hos døyande - opptil 80% av palliative pasientar - diagnose-uavhengig

Tidsforløp



- akutt debut
- varer timar – veker
- ofte berre på natt
- svingande forløp
- langvarig delir = auka mortalitet
25-30% mortalitet

Verst prognose ved ukorrigerbar metabolsk svikt

Diagnose



- Ofte oversett /neglisjert
- Systematisk reg. av kognitive funksjonar

MMS, Mini Mental State

4 av 20 pkt: dag

år

stave baklengs

5-kant-test

Årsaksretta diagnostikk



- sjekk sannsynlege kroppslege årsaker
 - smerte
 - infeksjon
 - urinretensjon
 - elektrolytt forstyrrelsar
 - dehydrering
- sjekk medikasjon
 - opioidar
 - antikolinergika
- ver obs på miljøfaktorar

Differensialdiagnose



- Mani ved affektiv sjukdom
 - ikkje medvitsforstyrningar
 - ofte kjent frå før
- Annan psykose
 - som ved mani
- Demens
 - ikkje akutt
 - ikkje medvitsforstyrningar
 - ofte disponerande årsak

Differensialdiagnoser, cont



- hjernemetastaser
 - ct berre ved lang prognose
 - symptombehandling
- hjerneinsult
 - som for hjernemetastaser
- morfinintox
- underbehandling av smerter

Skjønn



- omfang av diagnostikk og utredning må tilpassast aktuell situasjon
- hyperaktiv forvirringstilstand hjå palliativ pasient på opptrappande opiatdose, er vanlegvis delir

Behandling



- seponer evt antikolinerg medikasjon om det går
- rett opp korrigerbare somatiske tilstandar
- skjerma, stabilt miljø
- markert døgnrytme, med klokke og kalender
- fysisk aktivitet om mogleg
- medikamentell behandling

Medikamentell behandling



- **Haldol**, haloperidol 1-10 mg i.v / i.m til effekt
 - best dokumentert
 - gunstig biverknadprofil
 - kan blandast i smertepumpe
 - effekt ved kvalme
- **Nozinan**, levomepromazine i.m 25-50 mg x 3
vedlikehold tabl. 5–25 mg x 3
- **Heminevrin**, klometiazol 300mg x1-4 evt 2 vesp
 - bra for søvn
 - obs lungefunksjon

Medikamentell behandling



Andre nevroleptika:

- Seroquel, quetiapin 25- 50mg x2
- Risperdal, risperidon 0,5-2mg po
- Zyprexa, olanzapin 2,5-13,5 mg po

Frårådd:

- Largactil, klorpromazin, pga sterk antikolinerg effekt

Medikamentell behandling



Midazolam - benzodiazepin – rask effekt og kort halveringstid

- kan gje respirasjonsdepresjon (svært høg dose)
- kan blandast i smertepumpe
- sedering av uro
- palliativ sedering

Delir - vanlegaste årsak til palliativ sedering - egne retningslinjer

JUS



- Beh av delir kan innebære tvangstiltak etter lov om psykisk helsevern
- Om pas ikkje kan gje samtykkje, må pårørande involverast om mogleg
- Naudsynt: adekvat diagnostikk
begrunna val av tiltak
mindre inngripande tiltak prøvd el uaktuelt
god skriftleg dokumentasjon

Avslutning



- Dei fleste vil erfare at delir som oftast er enkelt å diagnostisere og takknemleg å behandle, når ein først kjenner tilstanden.
- For dei det gjeld, opplevast delir som skremmande og uverdigg.
- Adekvat diagnostikk, behandling og informasjon er viktig for å oppretthalde livskvalitet og verdighet i livets siste fase.

Oppsummering



- delir oppstår brått.
- endring av bevissthet er viktigaste symptom.
- opioidar vanlegaste årsak hjå palliative pas.
- behandling innebærer korreksjon av årsaker, og evt. symptomatisk behandling med haldol, samt tilrettelegging av miljøet rundt pasienten.

Delir hos den døyande pasienten



- tegn på at hjernen begynner å svikte
- ikkje reversibel
- symptomlindring med Haldol og Midazolam som førstevalg
- hyperaktivitet, agitasjon og motorisk uro, gjev dårleg livskvalitet i våken tilstand og kan vere indikasjon for sedering, slik at pasienten kan sove mesteparten av døgnet.
 - god informasjon til pårørande
 - vere i samråd med pårørande

Delir - vanlegaste årsak til palliativ sedering - eigne retningslinjer

Angst / depresjon /uro hos døyande



- Psychological distress – høgt nivå av psykiske symptom, utløyst av store påkjenningar ved alvorleg sjukdom, ved dignosetidspunkt, ved tilbakefall, når livsforlengande behandling blir avslutta
- Symptom: bekymring, søvnevanskar, tristhet, uro
- Fall i funksjonar og fleire plagsomme symptom, forsterkar gjerne angst / depresjon / uro, hos den døyande

Behandling



- bli møtt med respekt og forståelse
- informasjon
- pårørende
- samtale med behandlar og evt andre aktuelle som prest
- medikamentell behandling



Dødsralling

- sekretstagnasjon i luftvegane - må skiljast frå tungpust
- nedsett hostekraft
- siste dagane/timane
- pasienten er ofte ikkje bevisst
- kan forverrast ved overhydrering

Ikkje-medikamentelle tiltak



- klinisk erfaring tilseier at det ikkje er plagsomt for pasienten, men belastande for pårørande
- god informasjon til pårørande
- variere stillingar - snu pasienten ofte, variere sideleie, evt thoraksleie
- godt munnstell
- frårådd å bruke sug, men må kunne vurderast å bruke i munnhola



Surkling i øvre luftveier

Robinul ordineres initialt som behovsmedikasjon inntil x 6 /d
Gi 0,2 mg sc inntil 1 x / time etter behov og inntil 1,2 mg
tilsvarende 6 doser / 24 timer. Bruk evt. KSCI (sc-sprøytepumpe).

For pasienter som, i tillegg til surklingen, puster anstrengt eller hurtig, og som ikke bruker et opioid fra før av, kan det være aktuelt å forskrive en kombinasjon av morfin 2,5-5 mg sc og Robinul sc som angitt over.

Pasienten selv er vanligvis ikke plaget av sin surkling. Vurder sideleie.
Gi informasjon/forklaring til de pårørende.
Er væskebehandling seponert?
Bruk av sug frarådes.

Hvis symptomkontroll ikke oppnås, kontakt ditt lokale eller regionale palliative team, eller Sunniva avdeling for lindrende behandling i Bergen hele døgnet på 55 97 94 00.

Robinul*	antikolinergikum (muskarineffekt) (surkling i luftveier ikke godkjent indik.område)
Effekt:	tørker ut slimhinnene
Relevante bivirkninger i livets slutfase:	tørr og varm hud, ev. temperaturstigning, urinretensjon. Se Felleskatalogen.
Virkning inntre:	sc: etter 30-40 min, iv: etter 1 min
Tid til maks plasmakonsentrasjon:	iv: umiddelbart, po og sc: data mangler
Plasma halveringstid:	1-1,5 timer
Virkningstid:	7 timer

Referansar



- Engedal: Urunde hjul, alderspsykiatri 2000
- Kaasa: Palliasjon, nordisk lærebok, 2016
- Loge, Hjelmstad, Kaasa, Tdnlf 2006
- Rosland, Hofacker, Paulsen, Tdnlf 2006
- <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/palliasjon-verktoy-for-helsepersonell/behandlingsalgoritmar-for-vanlege-symptom-hos-doyande-vaksne-dei-fire-viktigaste-medikamenta>
- [Nasjonalt handlingsprogram i palliasjon](#)