

Gäller för: Intensivvårdsavdelning Kungälv

Giltig från: 2025-06-15

Innehållsansvar: Anna Berg Olofsson, (annol140), Ivasjuksköterska

Giltig till: 2027-06-12

Godkänd av: Jesper Wallskog, (jeswa1), Överläkare

# IVA-delirium – Identifiering och behandling

## Syfte

Att förebygga, identifiera och behandla IVA-delirium hos intensivvårdspatienten.

## Bakgrund

Majoriteten av alla IVA-patienter (upp till 80 %) drabbas någon gång under vårdtiden på IVA av delirium. Delirium innebär att man får en förvrängd verklighetsuppfattning i form av förvirring, hallucinationer och mardrömmar. Detta orsakar ett oerhört lidande hos patienterna och leder till sämre prognos och längre vårdtider. Det finns tre typer av delirium: hyperaktivt, hypoaktivt samt ett blandtillstånd av dessa. En patient som är hyperaktiv d.v.s. agiterad och stressad kan vara lätt att fånga upp och ge diagnosen delirium. Det är dock svårare att fånga upp de patienter med hypoaktivt delirium d.v.s. de som verkar trötta och inte kommunicerar. Lidandet och de negativa effekterna är dock lika allvarliga. Därför är det viktigt att upptäcka och behandla dessa patienter.

## Arbetsbeskrivning

### Identifiering

För att underlätta identifieringen av delirium skall alla kontaktbara patienter screenas en gång per arbetspass, under förutsättning att patienten vårdats på IVA under större delen av arbetspasset (> 4 timmar). Kontaktbar patient innebär RASS $\geq$ -2, RLS  $\geq$ 3, GCS $\geq$ 11. Som hjälpmedel för att identifiera IVA-delirium finns olika bedömningsinstrument. Vi har valt Nu-DESC (The Nursing Delirium Screening Scale) som är ett validerat och enkelt instrument för att identifiera IVA-delirium. Det består av en bedömningsskala där fem symtom identifieras och poängsätts (=kodas), se Bilaga 1.

**En totalsumma på  $\geq$  2 poäng** indikerar att ett IVA-delirium föreligger. Patientansvarig sjuksköterska är ansvarig för att screeningen utförs och

dokumenteras men det är fördelaktigt om sjuksköterska och undersköterska genomför screeningen tillsammans i slutet av arbetspasset. Poängen dokumenteras på kurvan (skriv till Nu-DESC till höger om raden för RLS, RASS etc. och dokumentera poängen vid aktuellt klockslag) samt i Melior, under rubriken Kommunikation i Omvårdnadsstatus. Informera även ansvarig läkare. Vidta åtgärder som kan reducera delirium. Trendutvecklingen av Nu-DESC-poängen kan användas som ett mått på effekten av insatta åtgärder. Därför är det extra värdefullt att screeningen görs varje arbetspass.

## Behandling

Ännu finns inget läkemedel som specifikt behandlar delirium. I första hand gäller det att eliminera orsaker till delirium.

- Sätt upp dagliga sederingsmål vid varje rond för att undvika onödig sedering. Använd RASS! Undvik Bensodiazepiner. Förstahandspreparat Dexdor och Propofol vilka är kortverkande och lättstyrda. Sträva efter att ha en så vaken patient som möjligt utan att patienten upplever obehag. Fråga patienten! Det vi upplever ser obehagligt ut behöver inte upplevas så av patienten och tvärtom.
- Säkerställ att patienten har nödvändiga hjälpmedel för orientering och kommunikation som exempelvis glasögon och hörapparat.
- Behandla smärta. Överväg om det finns alternativ till Opioider: EDA, perifera blockader, NSAID.
- Sömnhygien, aktivitet på dagen tyst, lugnt och mörkt på natten! Utvärdera behovet av slangar och övervakning. Sänk om möjligt ljudet på larmen. Erbjud öronproppar. **Även om patienten är sederad ska nattron bevaras!** Sömn- och insomningsmedicin vid behov.
- Tidig aktiv mobilisering, gärna med sängcykel. Det finns flera studier som visar att tidig aktiv mobilisering minskar incidensen av delirium. Mobilisering vid uppsatta tider ger en struktur på dagen. Det kan vara ett viktigt steg att komma ur sängen och se omvärlden ur ett perspektiv som är ”mer normalt”. För en vaken patient kan mobiliseringen kännas som en meningsfull aktivitet.
- Reorientering, informera patienten löpande om tid, rum, personer, orsak till sjukhusvistelsen o.s.v. Var noggrann med att förklara vad som sker och vad som ska hända. Ge dygnet en tydlig

struktur. Personalkontinuitet och närvaro av närstående samt egna tillhörigheter kan hjälpa.

- Haldol (Haloperidol) är det enda läkemedel som rekommenderats av SCCM (Society of Critical Care Medicine) vid IVA-delirium. Det finns dock bristande vetenskapliga belägg för dess effekt och då det förekommer allvarliga biverkningar av Haldol kan atypiska neuroleptika som Olanzapin eller Quetiapine övervägas som alternativ även om deras effekt inte heller är övertygande. Om Haldol används bör det bara användas under en kort tid för att kupera akut förvirring och agitation. Vid långvarig användning riskeras översedering. Startdos 2,5 mg. Förlängd QTc-tid och njursvikt är biverkningar som bör beaktas. Undvik bensodiazepiner till patient med delirium!

## Källförteckning

Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F, Roy MA. Impact on delirium detection of using a sensitive Instrument integrated into clinical practice. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005;27(3):194-9.

Haloperidol Guidelines (2011). *Delirium management in the ICU*. Orlando [http://www.surgicalcriticalcare.net/Guidelines/delirium\\_2011.pdf](http://www.surgicalcriticalcare.net/Guidelines/delirium_2011.pdf)

Page V, Wesley E, Gates S, Zhao X, 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 Sep;1(7):515-23.

Schweickert WD, Pohlman, MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2009 May 30;373(9678):1874-82.

Svenska Intensivvårdregistret. Riktlinje för registrering av omvårdnadsvariablerna smärta, sedering och delirium [Internet]. Karlstad: Svenska Intensivvårdsregistret (SIR); 2022. [citerad 12 januari 2023]. Hämtad från [Smärta, sedering och delirium - omvårdnadsvariabler \(icuregswe.org\)](https://www.icuregswe.org)

van den Boogaard, M. Haloperidol prophylaxis in critically ill patients with a high risk for delirium. *Crit Care*. 2013 Jan 17;17(1).

**Barium id: 33 001**

## Nu-DESC

## Bilaga 1

<b>1. Desorientering/förvirring</b>	Verbala eller beteendemässiga symtom som tyder på att personen inte är orienterad till tid och rum eller förväxlar en person med en annan eller feltolkar personerna i omgivningen.
<b>2. Inadekvat beteende</b>	Inadekvat beteende i relation till situationen, t ex personen drar ut kanyler, katetrar, tar bort förband eller försöker ta sig ur säng när det är kontraindicerat.
<b>3. Inadekvat kommunikation</b>	Inadekvat kommunikation i relation till situation, t ex osammanhängande, obegripligt eller meningslöst tal.
<b>4. Illusioner/hallucinationer</b>	Ser eller hör saker som inte existerar, feluppfattning/misstolkning eller förvanskning av synintryck.
<b>5. Psykomotorisk förlångsamhet</b>	Fördröjd reaktion, få eller inga spontana reaktioner eller svar, till exempel när man stimulerar patienten får man ingen reaktion (ej väckbar) och/eller reaktionen är mycket fördröjd.

**Kodning av de fem symtomen:**

**0:** symtomet förekommer aldrig under arbetspasset

**1:** symtomet förekommer under någon del av arbetspasset men av lindrig grad

**2:** symtomet förekommer under någon del av arbetspasset och var mycket uttalat eller störande

Definition för IVA delirium enligt Nu-DESC är **en totalsumma på  $\geq 2$** .

Datum			
Arbetspass	D	K	N
Desorientering			
Inadekvat beteende			
Inadekvat kommunikation			
Illusioner/ hallucinationer			
Psykomotorisk förlångsamning			
Summa			

D = dagpass, K = kvällspass, N = nattpass

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Intensivvårdsavdelning Kungälv

**Innehållsansvar:** Anna Berg Olofsson, (annol140),  
Ivasjuksköterska

**Godkänd av:** Jesper Wallskog, (jeswa1), Överläkare

**Dokument-ID:** SV9761-782711715-912

**Version:** 2.0

**Giltig från:** 2025-06-15

**Giltig till:** 2027-06-12