

Den forvirrede pasienten på
akuttavdelingen- hvor skal
den være, hva må vi gjøre
?

Overlege Dagfinn Green
St. Olavs hospital
Akuttkonferansen 2019

Hvorfor blir folk innlagt akuttpsykiatrien ?

- Psykisk lidelse...



Hvorfor blir folk psykisk syke ?

- Født sånn eller blitt sånn ???



Bio-psyko-sosial modell

- Hjernens biologi påvirker psykiske forhold (rus, hjerneskade)
- Sosialt miljø og psykologi påvirker hjernes utvikling og funksjon (f.eks kan psykoterapi påvirke metabolismen og nettverk i hjernen)
- Epigenetikk ! (f.eks kan omsorg endre genavlesingen)

Inndeling/klassifisering av psykoser .Forenklet

- **Organiske “psykoser”/psykiske lidelser:**
 - Demens, delir, *organiske syndromer/personlighetsforstyrrelse*
- **Ikke- organiske psykoser (funksjonelle):**
 - Schizofrenispektrum
 - Bipolar lidelse (manisk-depressiv)
 - Vrangforestillingslidelse/paranoid p./*Parafreni (VLØSLP)*
 - Reaktive psykoser

ICD 10, kap F. Psykiske lidelser, forenklet

F0 **Organiske psykiske lidelser**

F1 "Ruslidelser"

F2 Schizofreniene

F3 Stemningslidelsene

F4 "Nevrotiske" lidelser

F5 Spiseforstyrrelsene med mer

F6 Personlighetsforstyrrelser

F7 Psykisk utviklingshemning

F8 Utviklingsforstyrrelser

F9 BUP-lidelser

F0: Organiske psykiske lidelser

- Primær **biologisk** prosess i sentralnervesystemet (SNS) som **hovedansvarlig** for de psykiske symptomene
- *Kan* finne en klar og definert **årsak** til lidelsen- dvs den psykiske lidelsen hadde ikke vært tilstede uten disse organiske lidelsene/skadene, (men er likevel ikke alltid *eneste* forklaring)
- Enten **primære** hjernesykdommer/skader eller sykdommer som **sekundært** rammer SNS

Organisk vs uorganisk

- "Uorganisk/funksjonell" (f.eks Schizofreni, bipolar lidelse) i denne settingen impliserer ikke at de ikke har et cerebralt substrat, men vi finner (ennå ikke?) en **uavhengig diagnostiserbar hjernelidelse, systemisk lidelse eller forstyrrelse**

F0: Organiske psykiske lidelser

- Demens (F00-F03)
- Amnestiske syndromer (F04)
(ikke-alkoholisk Korsakoff)
- Delirium (F05)
- Organiske syndromer (F06)
(angst, depresjon, mani, hallusinose, kataton I, paranoid/schizofrenilignende I.)
- Organisk personlighetsforstyrrelse (F07.0)
– inkl frontallappssyndrom, limbisk epileptisk personlighetssyndrom

Organiske psykiske lidelser "1. rang"

- Demens (F00-F03)
 - Amnestiske syndromer (F04)
 - Delirium (F05)
- **Kognitiv svikt/hukommelse (F 00-04) og/eller endret bevissthetsnivå/våkenhetsgrad/oppmerksomhet (F 05) er påvirket.**
- lar seg symptomatisk som regel lett skille fra ikke-organisk schizofreni/affektive lidelser



Oppsummert innledning


- bio-psyko-sosial modell, men noen er mer **bio**
- man holder fortsatt på skillet mellom organisk vs uorganisk
- noen av de organiske psykiske lidelsen har kjennetegnet **kognitiv** svikt og endret oppmerksomhet/**årvåkenhet**

Delirium ..

- akutt hjerne svikt



Delirium. Andre begrep

- akutt forvirring
 - akutt konfusjon,
 - akutt psykoorganisk syndrom,
 - toksisk psykose og
 - medikamentell psykose
- 

Akutt...

- relativt raskt (oftest timer, få dager)
- ikke snikende som f.eks depresjon, demens og de fleste psykoser

Hjerne...

- Dvs enten en sykdom/prosess som rammer hjernen direkte (f.eks hjernebetennelse, slag) eller noe som rammer hjernen indirekte (f.eks lungesykdom/hjertesykdom/infeksjon)

Svikt...

- Dvs endring fra tidligere fungering som kan gi seg utslag i:
 - mindre årvåkenhet, **dårligere oppmerksomhet**, hukommelse, orienteringsevne samt
 - nye fenomener som f.eks syns og hørselshallusinasjoner

Delirium fluktuerer..

- Dvs symptomene på hjernesvikt kan endre seg fra time til time, ofte verst om kveld/natt

Delirium har en **somatisk/organisk årsak**

- Dvs man må **lete etter årsaken**, for å vite hva man ev skal behandle !

Delirium. ICD 10 (F05)

- A: Redusert bevissthetsnivå/våkenhetsgrad og oppmerksomhetssvikt.
- B: Kognitive forstyrrelser
1. Svekket korttidshukommelse
 2. Desorientering (tid, sted)
- C : Hypo- eller hyperaktivering med lettskremthet



Delirium ICD 10._{forts}

D: Forstyrrelse av nattesøvn med forverring av symptomene om natten. Ofte visuelle eller taktile hallusinasjoner

E: Akutt debut og fluktuerende forløp

F: Bevis for hjerneorganisk etiologi

Psykiatriske symptomer ved delirium

- Hallusinasjoner
 - Auditive
 - Visuelle
 - Taktile
- Vrangforestillinger
 - Innesperring
 - Forgiftning og drap
- Angst, svær uro
- Aggresjon

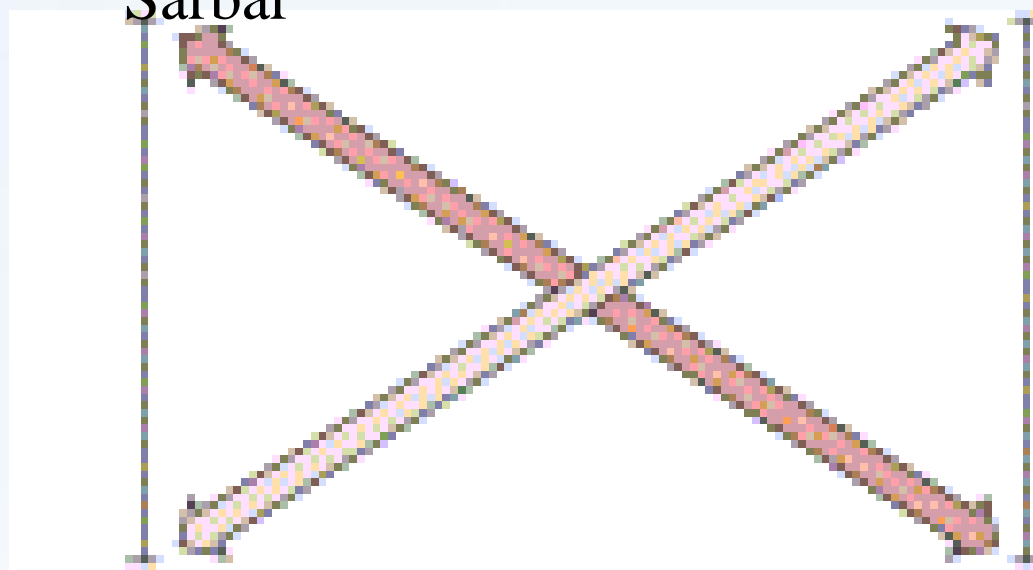
Psykiatriske symptomer er sjelden særlig fremtredende, men psykiateren kontaktes i de tilfellene de psykiatriske symptomene dominerer.

Altså..

- Delirium er en akutt hjernesvikt som fluktuerer og har en somatisk/medikamentell årsak

Sårbar

Betydelig stressor



Lite sårbar

Beskjeden stressor

Sårbarhetsmodell for delirium hos gamle

Etter S. Inouye

Dagfinn Green 8.2.19



Sårbarhetsfaktorer, disponerende årsaker

- Høy alder
 - Kognitiv svikt
 - Komorbiditet
 - Sansesvikt
 - Polyfarmasi
- 



Utløsende årsaker, stressorer.

- Somatisk sykdom som feks:
 1. Hjerneslag, hjernebetennelse
 2. Hodetraume
 3. Hjerteinfarkt, økende hjertesvikt
 4. Lungeemboli
 5. Infeksjonssykdommer
 6. Urinretensjon
 7. Frakturer
 8. Mb Addison
 9. Elektrolyttforstyrrelser
 10. Cancer
 11. Anemi

Medikamentelle årsaker, stressorer.

- **Anticholinerge legemidler:**

Tricykliske antidepressiva,
Antiparkinsonmidler, Antipsykotika

- **Legemidler som passerer blod-hjernebarrieren:**


Benzo, digitalis, høydosenevroleptika,
antiepileptika, narkosemidler , litium

- **Seponering** av benzo og alkohol

- ++



Utredning av delir - anamnese

- Hva er endret (symptomer på hjernesvikt ?)
 - Akutt start? Når ? Fluktuasjoner?
 - Andre tegn til sykdom? (feber, hoste, nyoppstått inkontinens eller falltendens etc)
 - Kjent kognitiv svikt?
 - Delirium før?
 - Komorbiditet?
 - Polyfarmasi?
- 



Screening for delirium og kognitiv svikt

Pasientens navn:

(etikett)

Fødselsdato:

Pasientnummer:

Dato:

Tidspunkt:

Testen er utført av:

[1] ÅRVÅKENHET (forholder seg normalt til omgivelsene)

Pasienten virker tydelig døsig (dvs. vanskelig å vekke og/ eller er åpenbart søvnig ved undersøkelsen) eller motorisk urolig/hyperaktiv. Observer pasienten. Hvis pasienten sover, forsøk å vekke pasienten med vanlig stemme eller ved varsom berøring på skulderen. Be pasienten oppgi navn og adresse til hjelp med vurderingen.

Normal (helt årvåken, ikke urolig ved undersøkelse)	0
Lett søvnig < 10 sekunder etter oppvåkning, deretter normal	0
Tydelig unormal(t)	4

[2] AMT4 (Forkortet mental vurdering)

Ålder, fødselsdato, sted (navnet på sykehuset eller bygning), årstall

Ingen feil	0
1 feil	1
2 feil eller flere/ikke testbar	2

[3] OPPMERKSOMHET

Spør pasienten: "Kan du i baklengs rekkefølge nevne for meg årets måneder, begynn med desember"
Å hjelpe pasienten med et innledende spørsmål «hva er måneden før desember?» er tillatt

Rekkefølgen av årets måneder baklengs	Oppgir 7 måneder eller flere korrekt	0
	Begynner, men klarer <7 måneder/ avslår å begynne	1
	Ikke testbar (er uvel, døsig, uoppmærksom)	2

[4] AKUTT ENDRING ELLER FLUKTUASJON I TILSTAND

Holdepunkter for betydelige endringer eller fluktuasjoner knyttet til: årvåkenhet, kognisjon, annen mental funksjon
(F.eks. paranoide symptomer, hallusinasjoner) oppstått i løpet av de siste to uker og fremdeles tilstede de siste 24 timer

Nei	0
Ja	4

≥4: mulig delirium og eller kognitiv svikt

1-3: mulig kognitiv svikt

0: delirium eller alvorlig kognitiv svikt usannsynlig (men fremdeles mulig delirium hvis informasjonen er ufullstendig)

Dagfinn Green 8.2.19

4AT SKÅR




AVS HOSPITAL
SSYKEHUSET I TRONDHEIM

Somatisk utredning

- Blodtrykk, puls, temperatur, saturasjon
- Somatisk status inkludert orienterende nevrologi mtp slag
- Ekg
- Urinstix
- Blodprøver
 - Hb, lpk, tpk, CRP, ALAT, ALP, Krea, Na, K, Ca, glukose, albumin
 - (TSH, T4, Folat, B12)




Andre undersøkelser

- CT/MR caput: Kun om man ikke finner somatisk sykdom som forklarer deliriumet
 - EEG: mistanke om epilepsi og encefalitt
 - Spinalvæskeundersøkelse: mistanke om encefalitt
- 



Delirium på akuttpost, når?

1. Pasienten innlegges **feil sted** pga dramatiske psykiatriske symptomer
 2. Psykiatrisk pasient blir somatisk syk
 3. Atferdsavviket er så stort at kun psykiatrien har rammene for å håndtere det **etter** at pas er utredet og behandlet på somatisk avdeling
 4. (Som komplikasjon til psykiatrisk sykdom hos eldre??)
- 



Differensialdiagnostikk delirium

- Demens , ev med atferdsforstyrrelse (såkalt APSD/NPS)
- Psykotisk depresjon
- Psykose



Delirium tremens (DT)

- Spesialutgave av delirium som oppstår etter langvarig alkoholmisbruk, oftest mellom 48-96 timer etter siste inntak, kjennetegnes av hallusinasjoner, desorientering, rask puls, høyt BT, feber, agitasjon, svette og eventuelt kramper (potensielt dødelig)
- Alkoholisk hallusinose opptrer tidligere (24-48 timer) og er ikke det samme som DT , men kan utvikle seg til det
- Abstinenssymptomer: (innen 6 timer) søvnevansker, angst, uro, anoreksi, hodepine, svette, hjertebank- går over etter 24-48 timer
- **Benzo** (f.eks diazepam, lorazepam) er drug of choice for disse tilstandene

Delirium vs demens

- **Akutt start** ved delirium
- Forstyrret våkenhetsnivå og oppmerksomhet ved delirium
- Vekslende **forløp** ved delirium
- Ofte synshallusinose ved delir (hørsel forekommer også), men OBS Lewy-legeme demens som også kan fluktuere!
- Usammenhengende tale og desorganisert tenkning ved delirium (ved demens-sent i forløpet)
- **Sykehistorien** (komparentopplysninger) er viktigste hjelpemiddel !

Psykotisk depresjon vs delirium/demens

- Langsom utvikling (uker/måneder), relativt stabilt forløp med utvikling av depressivt syndrom
- Ofte **klar og orientert med intakt hukommelse**
- Ofte (mer systematiserte) vrangforestillinger
 - stemningskongruente (skyld, verdiløshet, økonomisk ruin, nihilistiske VF, somatiske)
 - stemningsinkongruente (forfølgelse, tankekontroll)



Demens (F 00-03)

- Demens er et hjerneorganisk syndrom av heterogen etiologi og en **fellesbetegnelse** på en rekke sykelige tilstander (Alzheimer, Lewy body, frontotemporallapdemens)
- Felles for demenslidelsene er svekket hukommelse, svekket kognisjon (dømmekraft, planlegging), endret følelsesliv og atferd som går utover deres evne til å klare seg i dagliglivet

NPS/APSD

- Mange demente kan få psykiatriske tilleggssymptomer som f.eks **psykose og aggresjon**.
- Disse tilleggssymptomene benevner vi ofte med egne sekkebetegnelser:
 - **Nevropsykiatriske symptomer** ved demens eller
 - **Atferdsmessige og psykiatriske symptomer** ved demens
- Andre eksempler på NPS/APSD er angst, uro, vandring, roping, depresjon,

Vanlige psykosesymptomer ved demens (NPS)



- Folk stjeler fra leiligheten
- Komplott mot pasienten (ofte noe i!)
- Utroskapsparanoia
- Synshallusinasjoner (obs Lewy-body demens)
- Hørselshallusinose (sjeldnere)
- Sjeldnere med mer omfattende/avanserte paranoide system, men finnes..

NPS vs delirium

- Kan være **vanskelig å skille**, men NPS er ikke utløst av somatisk sykdom, og oppstår typisk i samhandling/grensesettingssituasjoner...
- Ved NPS- **ikke endret årvåkenhet**, bevissthetsnivå
- Delirium fluktuerer mer enn NPS, men NPS er ofte verre på ettermiddag (såkalt "sundowning")
- Deliriøse er mer usammenhengende og desorganiserte enn demente med NPS




Håndtering av delirium

- Delirium skyldes somatisk sykdom, ergo bør pasienten **innlegges somatisk avdeling**
 1. Geriatrisk sengepost
 2. Øvrig medisinsk sengepost
- 
- 



Håndtering av delirium

- **Finne og behandle utløsende årsak**
 - Optimalisere alle andre forhold
 - Smerter (helst paracet, ev opioider)
 - Eliminasjon (obstipasjon, urinretensjon)
 - Elektrolytter, hydrering, oksygenering
 - Medikamenter (ev seponer/reduser sedativa og anticholinerge medikamenter)
 - Miljøtiltak
 - Medikamentell behandling
- 

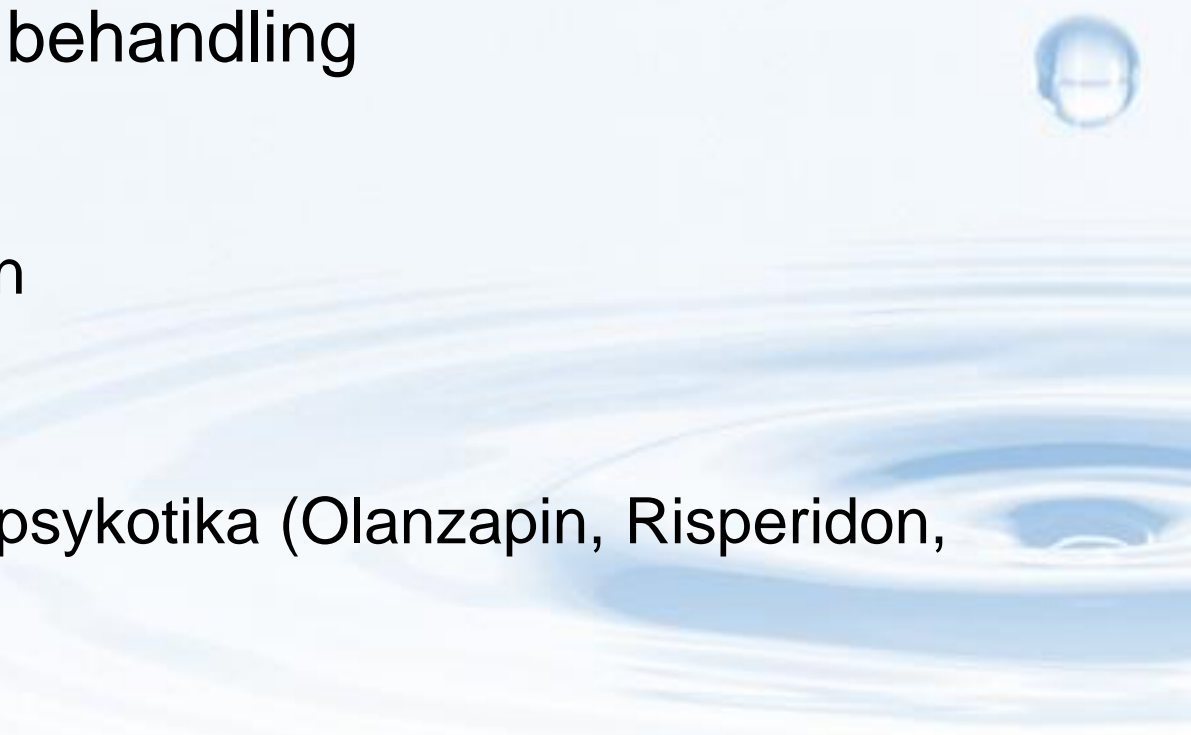



Miljøbehandling av delirium

- **Realitetsorientere** pasienten (verbalt- enkel, tydelig informasjon, belysning, høreapparat, briller, klokke, kalender, skilting- ev be pårørende være tilstede !)
- **Strukturere** døgnet (søvn, måltider/mat og drikke, mobilisere, noe aktivitet, ev skjerming)




Medikamentell behandling

- Tradisjonell behandling
 - Haldol
 - Sobril
 - Heminevrin
 - Alternativer
 - Andre antipsykotika (Olanzapin, Risperidon, Quetiapin)
 - Melatonin
- 



Medikamentell behandling av delirium

- Vær tilbakeholdende!
 - Benzo kan gjøre tilstanden værre
 - Små doser
 - Behandle vanligvis bare noen få dager (3-5)
- 

Medikamentell behandling av delirium

- Et forslag
 - Ren uro eller tydelige hallusinasjoner/vrangforestillinger: Haldol 0,5-2 mg x 2
 - Angst: Sobril 10-15 mg inntil x 3 (men kan forverre deliriumet og bør unngås!)
 - Hvis natta er vanskelig: Zyprexa 2,5-5 mg eller Seroquel 25-50 mg vesp
 - Heminevrin 300-600 mg kun for å «snu døgnet tilbake» eller man er nødt til å få til søvn



Oppsummering

- Delirium: Akutt start, fluktuasjoner, endringer i oppmerksomhet, kognisjon og bevissthet.
 - Delirium skyldes somatisk sykdom – finn sykdommen og behandle den!
 - Innleggelse i geriatriisk/medisinsk avdeling
 - Vær tilbakeholden med medikamenter
- 