



Af Bodil Abild Jespersen, Dorte Lange Høst, Anna Weibull,  
Mette Asbjørn Neergaard

#### Kontakt

bodijesp@rm.dk

#### Biografi

Overlæge Bodil Abild Jespersen, overlæge Dorte Lange Høst, afdelingslæge Anna Weibull og overlæge Mette Asbjørn Neergaard, alle ansat ved Enhed for Lindrende Behandling, Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital.

# Delirøse symptomer hos patienter i palliative forløb

Delirium kan ses hos patienter i palliative forløb og kan være ubehageligt og belastende for såvel patient som pårørende. Behandling sigter mod korrektion af reversible årsager om muligt. Her gennemgås håndtering af delirøse symptomer såvel præterminalt som terminalt.

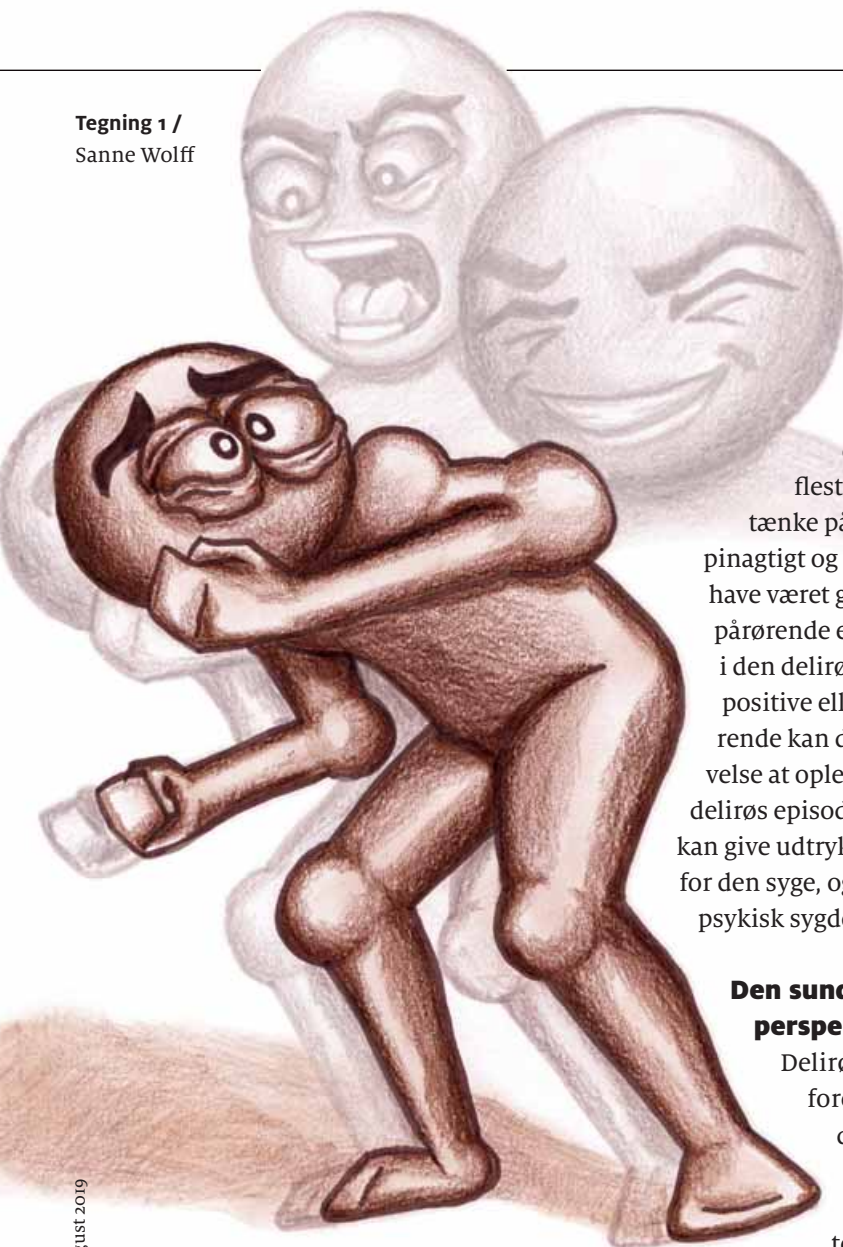
**D**en stakkels kejser kunne næsten ikke trække vejret, det var ligesom om der sad noget på hans bryst; han slog øjnene op, og da så han, at det var Døden, der sad på hans bryst og havde taget hans guldkrone på, og holdt i den ene hånd kejserens guldsabel, i den anden hans prægtige fane; og rundt om i folderne af de store fløjlssegegardiner stak der forunderlige hoveder frem, nogle ganske fæle, andre så velsignede milde.

Fra "Nattergalen" af H. C. Andersen (1843)

#### Resume

Delirøse symptomer er hyppigt forekommende hos patienter i palliative forløb. Mulige reversible årsager forsøges udredt og behandlet. Urinvejsinfektion er en hyppig årsag til delirium hos i forvejen svækkede patienter. Der bør foretages en kritisk gennemgang af patientens medicinliste, hvor al ikke aktuelt lindrende medicin seponeres. Patienten skærmes mest muligt, og normal døgnrytme forsøges opretholdt. Hvis patienten er meget forpint af de delirøse symptomer, kan behandling med antipsykotikum forsøges, haloperidol er førstevalg. Når de delirøse symptomer er aftaget, skal den antipsykotiske medicin seponeres.

Tegning 1 /  
Sanne Wolff



### Patientens perspektiv

Den delirøse tilstand er en stor belastning for patienten og de pårørende. Patienten kan opleve tankemylder med en invasion af tanker i fortid og nutid. De fleste patienter husker den delirøse tilstand, og for de fleste er det lidelsesfyldt at tænke på. Patienten kan opleve det pinagtigt og sidde med en oplevelse af at have været grov og urimelig over for pårørende eller personale. Oplevelserne i den delirøse tilstand kan også være positive eller neutrale. For de pårørende kan det være en voldsom oplevelse at opleve en akut indsættende delirøs episode hos en nærtstående. De kan give udtryk for, at "det har slået klik" for den syge, og frygter en pludselig opstået psykisk sygdom.

### Den sundhedsprofessionelles perspektiv

Delirøse symptomer er hyppigt forekommende hos patienter i den sene og terminale fase af palliative forløb. Delirium kan hos disse patienter skyldes den somatiske sygdom, infektion, medicin eller abstinenser, eventuelt en kombination af disse faktorer. For den sundhedsprofessionelle er det en vigtig opgave at kunne identificere, italesætte og behandle den delirøse tilstand. Lægen ser måske patienten på et tidspunkt, hvor patienten fremtræder helt som vanligt, men det betaler sig at være lydhør over for de pårørendes og hjemmesygeplejerskens beretning om, hvordan patienten har det, fx når mørket falder på. Delirium findes i tre former, hvor det hyperaktive delirium karakterise-



## Det hypoaktive delirium overses let af de sundhedsprofessionelle

res ved urolig, udadreagerende adfærd, og det hypoaktive ved, at patienten er døsig og initiativløs. Den tredje form er en blanding af de to. Det hypoaktive delirium overses let af de sundhedsprofessionelle eller kan forveksles med andre tilstande som depression eller nært forstående død. Fælles for alle tre former er, at patienten ofte beskriver tankemylder og indre uro.

*Confusion Assessment Method (CAM)* er et valideret redskab til at identificere delirium hos voksne patienter i palliative forløb. Det er hurtigt og let at anvende og kræver ikke patientens aktive medvirken, se figur 1 (1).

**Figur 1 /**

Confusion Assessment Method (CAM)

Kendetegn	Ikke tilstede	Tilstede
<b>1. Akut indsættende og flukturerende forløb:</b> Oplysninger om dette kendetegn fås normalt fra familie eller plejepersonale. Er der tegn på en akut ændring i patientens mentale tilstand i forhold til det habituelle? Varierer denne (abnorme) adfærd i løbet af døgnet, dvs. kommer og går den eller bliver den mere eller mindre alvorlig?		
<b>2. Uopmærksomhed</b> Dette kendetegn viser sig ved et positivt svar på følgende spørgsmål: Har patienten svært ved at fastholde opmærksomhed, er let at distrahere, har svært ved at holde styr på det der blev sagt?		
<b>3. Uorganiseret tankegang:</b> Dette kendetegn viser sig ved et positivt svar på følgende spørgsmål: Er patientens tankegang uorganiseret og usammenhængende med vrøvlende og irrelevant tale, uklare og ulogiske tanker eller uforudsigelig skift fra et emne til et andet?		
<b>4. Ændret bevidsthedsniveau</b> Dette kendetegn viser sig ved et positivt svar på følgende spørgsmål: Er patientens bevidsthedsniveau ændret, således at patienten er: På vagt (overopmærksom) Sløv (søvning) Som i en døs (vanskeligt at få opmærksomhed) Ukontaktbar		



### Case

Peter er 81 år og er i terminalstadiet af iskæmisk hjertesygdom. Han bor med rask lidt yngre ægtefælle i et mindre rækkehus. Fraset dårlig hørelse er Peter mentalt velbevaret og læser dagligt sin avis. Der er udfærdiget terminalerklæring og terminaltilskud til lægemidler, og hjemmeplejen kommer dagligt og hjælper med personlig pleje og medicinadministration. Den seneste uge har Peter haft tiltagende svært ved at sove om natten. Der er besvær med at falde i søvn om aftenen, og søvnen er ganske kort og afbrudt. Om formiddagen sover Peter derimod godt og er ofte dybt sovende, når hjemmeplejen kommer for at hjælpe med personlig pleje. De sidste par dage har Peter været vredladen over for hustruen, som han mener er efter ham blandt andet med mad, som han ikke bryder sig om. En aften, hvor parret sidder sammen i stuen og ser tv, undrer Peter sig over, at der går grise rundt i stuen.

### Overvejelser og strategier

Urinvejsinfektion kan ofte være den udløsende årsag til, at patienter i palliative forløb udvikler delirøse symptomer. Det var det også i Peters tilfælde, og han blev sat i antibiotisk behandling. De delirøse symptomer forværredes dog alligevel, og Peter sov nu slet ikke om natten. Han var derimod råbende og ville tilkalde politiet, da han mente, at hustruen havde forgiftet hans mad. De delirøse symptomer var nu så pinefulde, at behandling med antipsykotisk medicin var nødvendig. Forinden var Peters medicinliste gennemgået og hjertemagnyl og pantoprazol seponeret. Peter blev behandlet med oralopløsning haloperidol 0,5 mg to gange dagligt og efter behov for at lindre de delirøse symptomer. Oralopløsning haloperidol har en bitter smag, og det krævede nogen overtalelse at få Peter til at tage medicinen. Efter et par dage var der effekt af den antibiotiske behandling på urinvejsinfektionen, de delirøse symptomer aftog og forsvandt. Behandlingen med haloperidol kunne seponeres efter fem dage. Hustruen var da særdeles udtrættet og havde det ikke været for parrets datter, som trådte til og overnattede i hjemmet, ville en indlæggelse af Peter næppe have været undgået. Hustruen blev ganske chokeret og ked af det, da symptomerne debute-



**Årsagsrettet eller symptomatisk behandling af delirøse symptomer i livets sidste fase er sjældent indiceret**

**Tabel 1 /**

Oversigt over hyppige disponerende og udløsende årsager til delirium.

Disponerende årsager	Udløsende årsager
Alvorlig somatisk sygdom	Psykoaktive lægemidler og lægemidler med antikolinerg effekt (steroider, opioider, benzodiazepiner, antidepressiva og antiepileptika)
Sygdom i hjernen, fx hjernemetastaser eller sequelae efter apopleksi	Medicininteraktioner
Nedsat almentilstand og underernæring	Infektion, især urinvejsinfektion
Underliggende demens	Hypoksi
Nedsat syn og hørelse	Dehydrering
Alkoholmisbrug	Metaboliske forstyrrelser som hyperkalcaemi eller hypoglykæmi
Høj alder	Nyre-/leversvigt (uræmisk/hepatisk encefalopati)
	Abstinenser

rede, men blev orienteret om mulige årsager, behandling osv. Hjemmesygeplejersken var i denne periode en vigtig støtte for hustruen.

Tabel 1 er en oversigt over disponerende og udløsende årsager til delirium (2). I Peters tilfælde var den udløsende årsag en urinvejsinfektion, mens disponerende faktorer var høj alder, dårlig hørelse og muligvis medicin. Mange patienter i palliative forløb udsættes ofte for polyfarmaci, og risikoen for interaktioner er stor (3). Søvnproblemer forsøges ofte behandlet med benzodiazepiner. Er der imidlertid tale om søvnproblemer, der skyldes delirøse symptomer, risikerer behandling med benzodiazepiner blot at forværre de delirøse symptomer. Den sedative effekt svækker patientens kognitive formåen uden at behandle

**Tabel 2 /**

Behandlingsstrategi til lindring af delirøse symptomer.

Non-farmakologisk	Farmakologisk
Rolige hjemlige omgivelser	Haloperidol 0,5-1 mg p.o./s.c. x 2-3 samt pn, maks. 6 mg/døgn
Skærmning – få, kendte personer	Hos ældre patienter eller ved ekstrapyramidale bivirkninger:
Vanlig struktur og døgnrytme	T. risperidon 0,5-1 mg x 2-3 eller olanzapin 1,25-2,5 mg x 1 nocte p.o./s.c.
Naturligt udsyn og dagslys	
Evt. fast vagt	



det underliggende delirium. I tilfælde af svært agiteret delirium kan det dog være nødvendigt at supplere den antipsykotiske behandling med et benzodiazepin. Antipsykotisk behandling forsøges kun, når patienten er voldsomt forpint af de delirøse symptomer, da effekten som oftest er begrænset (4). Tabel 2 er en oversigt over den non-farmakologiske og farmakologiske tilgang til lindring af de delirøse symptomer (5).

Hos den uafvendeligt døende patient i de sidste levedøgn er delirøse symptomer hyppigt forekommende og må ses som værende en del af den fysiologiske dødsproces. Organerne svækkes, også hjernen og dermed sanserne. Den døende er ikke helt orienteret i tid og sted, ser og hører måske ting, der ikke er til stede. Årsagsrettet eller symptomatisk behandling af delirøse symptomer i livets sidste fase er sjældent indiceret. Her kan en subkutan injektion af midazolam give den døende patient den fornødne ro (2). ●

Interessekonflikter: *ingen angivet*

### Hovedbudskaber

- 1.** Mulige reversible årsager forsøges udredt og behandlet.
- 2.** Haloperidol er førstevalg, 0,5-1 mg x 2-3 samt pn, maks. i alt 6 mg/døgn, og kan gives i samme dosis oralt eller s.c.
- 3.** Brug som udgangspunkt ikke benzodiazepiner alene; det forværrer ofte de delirøse symptomer. Undtagelsen er det terminale delirium.
- 3.** Det terminale delirium ses hos op mod 80 % af alle døende i de sidste levedøgn og kræver sjældent behandling ud over lindring af uro med midazolam og evt. morfin s.c.

### Litteratur

1. Spile M et al. Klinisk retningslinje for lindring af dyspnø hos voksne uhelbredeligt syge kræftpatienter. DMCG-PAL 2012. [www.dmcgpal.dk](http://www.dmcgpal.dk)
2. Jespersen BA. Delirøse symptomer. I: Neergaard MA, Larsen H. red. Palliativ Medicin - en lærebog. Munksgaard 2015.
3. Kotlinska-Lemieszek A et al. Clinically significant drug-drug interactions involving medications used for symptom control in patients with advanced malignant disease. A systematic review. J Pain Symptom Manage 2019 (Epub ahead of print).
4. Candy B et al. Drug therapy for delirium in terminally ill adult patients. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Nov 14;11:CD004770.
5. <https://vejledninger.dsam.dk/palliation/>