

Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Psykisk helse	Gyldig fra/til: 29.01.2025/29.07.2025
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter/Pasientbehandling	Versjon: 1.00
Godkjenner: Clara Gram Gjesdal	Prosedyre
Dok. ansvarlig: Mads Malm Svenningsson	Dok.id: D80695

Innhold

1	Hensikt	1
2	Målgruppe og avgrensning	1
3	Hva er agitert delir?	1
4	Håndtering og behandling	2
4.1	Spesielle forhold	2
4.2	Medikamentell behandling	2
5	Referanser	3
6	Evaluering	4
7	Forankring	4
8	Endringer siden forrige versjon	4

1 Hensikt

Pasienter som blir innbrakt med, eller som utvikler, en ekstremt utagerende atferd, kan ha agitert delir. Målet med denne retningslinjen er å bidra til at helsepersonell har kunnskap om tilstanden og at pasientene får et trygt pasientforløp på rett sted i sykehuset.

2 Målgruppe og avgrensning

Pasienter med agitert delir trenger helsehjelp fra flere fagmiljø. Målgruppen for retningslinjen er først og fremst behandlere i Avdeling for rusmedisin (AFR), Psykiatrisk klinikk, Mottaksklinikken, Medisinsk klinikk og Intensivavdelingene.

Delir uten uttalt agitasjon håndteres i henhold til Metodebok for indremedisin:

[Utredning og behandling av delir](#)

3 Hva er agitert delir?

Ekstremt utagerende pasienter kan ha tilstanden agitert delir. Utløsende faktorer er vanligvis bruk av de nyere psykoaktive substanser, særlig innen gruppen amfetaminer og tryptaminer, abstinensstilstander, ofte alkohol, og ved somatisk sykdom som encefalitter og/eller meningitter (1).

Tilstanden er karakterisert av uttalt aggressivitet og utagerende adferd med tydelig mangel på virkelighetsoppfatning. Slike pasienter lar seg oftest ikke medisineres uten bruk av fysisk overmakt. Siden den akutte forvirringen oftest inneholder paranoide elementer, vil slik inngripen kunne øke pasientens aggressive tilstand. Flere har også brukt anabole steroider, noe som både øker aggressivitet og risiko for farlig og skadelig utagering.

4 Håndtering og behandling

4.1 Spesielle forhold

Pasienten kan skade seg selv, andre pasienter og/eller personalet. Det er derfor viktig å sikre pasienten ved bruk av trent helsepersonell, eventuelt sykehusets egne vektere og i enkelte tilfeller politi.

Man starter med å forsøke en rolig tilnærming av behandlende lege, med vektere og annet personell i beredskap. Det anbefales å si at man er en behandler som ønsker å hjelpe pasienten, hva man ønsker å gjøre og hvorfor. Taushet vil ofte øke den paranoide beredskapen. Slik verbal tilnærming øker ikke aggresjonsnivået, snarere motsatt.

Dersom det blir behov for å holde pasienten, må man være klar over risiko for hypoksi og kvelningsfare, såkalt "restraint position asphyxia". En slik tilstand bør derfor snarest mulig endres til sideleie for å sikre frie luftveier. Rask etablering av intravenøs tilgang og medisinerings må vurderes, evt. intramuskulær administrering av sedativa (se nedenfor).

Både aktivert sympaticus og fastholding/bruk av fysisk overmakt øker oksygenbehovet. Hvis tilstanden er utløst av sentralstimulansia vil det i tillegg foreligge varierende grad av vasokonstriksjon – noe som kan gi komplikasjoner i form av akutt iskemisk hjertesykdom og arytmi. Evt. ledsagende cerebral iskemi vil kunne forverre delirtilstanden. Ved behandling må risiko for slike komplikasjoner veies mot pasientens premorbide sykehistorie (tidligere cerebral/hjertesykdom?) (2).

Generelle forholdsregler for delir gjelder også for denne pasientgruppen. Ikke-medikamentelle tiltak som enerom, skjerming og rolige omgivelser er viktig. Andre utløsende årsaker må vurderes. En tilstreber at pasienten håndteres og behandles der vedkommende befinner seg, da flytting kan bidra til agitasjon og forvirring, samt at flytting er risikofyllt.

I intensivavdelingene følger man EK-prosedyre for [Forebygging av agitasjon, trusler og vold hos voksne intensivpasienter](#) samt EK-prosedyre for [Håndtering av agitasjon, trusler og vold hos voksne intensivpasienter](#) på MIO og [Håndtering av agitasjon, trusler og vold hos voksne intensivpasienter \(>16 år\)](#) ved KSK INT.

4.2 Medikamentell behandling

Pasienten må i de mest alvorlige tilfelle tvangsmedisineres (ikke samtykkekompetent, nødvendig helsehjelp) med sedativa. Førstevalg er benzodiazepiner, for eksempel diazepam 10 mg p.o./i.m./i.v. i gjentatte doser opp til totaldose 100-200 mg. Eventuelt et annet benzodiazepin i ekvipotente doser. Ved manglende effekt kan man vurdere tillegg av antipsykotika som haloperidol (2-5 mg iv/im inntil 10 mg) eller olanzapin (10 mg im inntil 20 mg). Dette vil også kunne dempe de psykotiske symptomene knyttet til delirtilstanden. Oppnås ikke i.v. tilgang, vurderes haloperidol og olanzapin i.m. som førstevalg. Dersom

pasienten er eldre eller har kjent demens må man være forsiktig med benzodiazepiner og vurdere lavere dose med antipsykotika.

Ved spørsmål om behandling og dosering kan man ta kontakt med MIO-vakt 973300. Telefonen er døgnekstremt bemannet.

I de mest utagerende tilfellene kan man ende i en situasjon hvor pasienten må sederes dypt for å få kontroll på situasjonen og utredes somatisk. Det er ikke evidens for at dyp sedasjon/narkose hjelper på forvirringstilstanden og det tilbyes i så måte ikke som delirbehandling. Ved indikasjon må pasienten overføres Medisinsk intensiv og overvåkningsavdeling (MIO) for kontinuerlig intravenøs sedering med f.eks. deksametomidin eller propofol, samt eventuell intubasjon og respiratorbehandling. Vakthavende anestesipersonell ved KSK-intensiv (972453 og 972548) vurderer individuelt intubasjon og respiratorbehandling. Dette er behandling som ikke er uten risiko og vil kunne påføre pasienten komplikasjoner som f.eks. lungebetennelse, tap av luftvei og hemodynamisk ustabilitet. Dersom pasienten skal behandles i narkose og med respirator igangsettes dette på dagtid.

Bruk av propofol uten respirator medfører risiko for sekretstagnasjon, bradypnoe, aspirasjon og hypoksi og skal kun gjennomføres på intensivavdeling (1 og 3).

Øvrig behandling er symptomatisk; særlig rettet mot evt hypertermi og rabdomyolyse.

Det understrekes at det vitenskapelige grunnlaget for benzodiazepiner primært gjelder abstinenslaster ved alkohol- og benzodiazepinmisbruk. Ved andre delirtilstander kan det forverre tilstanden. Antipsykotika har i Cochraneanalyser tilsvarende effekt som placebo (4).

Pasienter som trenger dyp sedasjon/narkose skal etter endt intensivopphold tas imot av moderavdeling slik at intensivsengen frigjøres raskest mulig.

5 Referanser

Interne referanser

- | | |
|-------------------------------|---|
| 7.7.2.4-04 | Forebygging av agitasjon, trusler og vold hos voksne intensivpasienter |
| 7.7.2.4-05 | Håndtering av agitasjon, trusler og vold hos voksne intensivpasienter |
| 10.3.3.8.1-09 | Håndtering av agitasjon, trusler og vold hos voksne intensivpasienter (>16 år) |

Eksterne referanser

- 1: [Uptodate.com – Delirium and acute confusional states.](#)
- 2: Am J Forensic Med Pathol 2010; 31: 107-12.
- 3: [Excited delirium syndrome \(ExDS\): Treatment options and considerations - ScienceDirect](#)
- 4: [Pharmacological interventions for the treatment of delirium in critically ill adults - Burry, L - 2019 | Cochrane Library](#)

6 Evaluering

Prosedyren evalueres seneste etter 6 måneder og etter hver pasient som eventuelt ender opp i narkose.

7 Forankring

Prosedyren er godkjent av viseadministrerende direktør Clara Gram Gjesdal og har vært på høring hos relevante nivå 2 enheter. Det er avtalt evaluering etter 6 måneder , eventuelt tidligere ved behov.

8 Endringer siden forrige versjon

[]