

Konfusion

Gäller för: Region Kronoberg

Faktaägare: Snjezana Barbir, överläkare
Gunilla Östgaard, chefläkare
Pär Lindgren, chefläkare

1	Inledning.....	1
1.1	Definition.....	1
1.2	Etiologi.....	2
2	Symtom.....	3
3	Utredning.....	4
3.1	Diagnostik.....	4
4	Behandling.....	4
4.2	Icke farmakologisk	6
4.3	Farmakologisk.....	7
4.4	Förslag till läkemedelsbehandling:	7
5	Uppföljning.....	9
6	Remiss.....	9
7	Bilaga.....	10
7.1	Diagnostik av konfusion	10
7.2	DSM- IV – För diagnossättning av konfusion	11
7.3	ICD-10 SE.....	11

1 Inledning

1.1 Definition

Konfusion är ett uttryck för en ”akut hjärnsvikt” och medför en global nedsättning av hjärnans högre funktioner. Det är ett akut eller subakut, övergående tillstånd, till skillnad mot exempelvis demens. Tillståndet har ofta också till skillnad från demens ett fluktuerande förlopp. Alla – även yngre - kan drabbas, och konfusion ses bland annat som del i multiorgansvikt. Äldre patienter drabbas oftare, eftersom de är mer känsliga p.g.a. nedsatta somatiska och kognitiva resurser. Utmärkande är bristande kognitiv förmåga (uppmärksamhet, koncentration, tänkande och uppfattning).

Konfusion debuterar oftast i samband med akut somatisk sjukdom då patientens reservkapacitet och kompensatoriska förmåga för att kunna hantera yttre och inre påfrestningar är sämre. Risken att drabbas av en akut konfusion ökar vid demens eller annan hjärnskada, hög ålder och multisjuklighet. Det är mycket vanligare

med konfusion hos patienter med anamnestiska uppgifter om tidigare konfusioner.

Konfusion är en vanlig orsak till beteendestörning hos patienter som vårdas på en somatisk vårdavdelning. Det drabbar mellan 10 och 30 procent av alla ineliggande äldre patienter, cirka 90 % har somatisk bakomliggande orsak.

Konfusion innebär:

- ökad risk för komplikationer (trycksår, UVI, nutritionsproblem, sömnproblem, fallolyckor)
- stort lidande för patienten
- ökad risk för behov av institutionsvård
- risk för bestående kognitiv svikt
- ökad mortalitet
- förlängd vårdtid och ökade kostnader

1.2 Etiologi

De bakomliggande patofysiologiska mekanismerna vid konfusion är bara delvis kända och associeras mest med sviktande neurotransmittorsystem, inflammatoriska mekanismer samt ökade kortisolnivåer.

Orsaker till konfusion	Åtgärder för att häva konfusion
Läkemedel	<ul style="list-style-type: none"> • Minska eller sätta ut olämpliga läkemedel • Byt till mindre konfusionsdrivande läkemedel
Infektioner	<ul style="list-style-type: none"> • Behandla med antibiotika
Hypo-/hyperglykemi	<ul style="list-style-type: none"> • Justera läkemedelsbehandling
Vätskebalansstörning	<ul style="list-style-type: none"> • Bedöm och behandla dehydrering, övervätskning, hjärtproblem, elektrolytrubbning • Vätske- och kostregistrering
Syrebrist	<ul style="list-style-type: none"> • Behandla hypoxi • Vid kolsyreretention, ge understödjande ventilation • Kartlägg annan orsak (hjärtinkompensation, obstruktivitet, anemi) och behandla

Eliminationsproblem: Urinretention, förstoppning	<ul style="list-style-type: none"> • Bedömning • Laxering • Bladderscan, RIK, KAD
Förlust av sinnesintryck	<ul style="list-style-type: none"> • Se till att glasögon, hörapparat finns och fungerar • Kompensera med hjälpmedel som t ex tavlor och tydlig kommunikation • Använd tillräcklig belysning utan att blända • Lugn omgivning och lagom stimuli • Placera patienten så denne lätt kan ta kontakt med personal • Möjliggör kontakt med andra
Sömnstörningar	<ul style="list-style-type: none"> • Vara tillräckligt trött vid sänggående • Aktiviteter i dagsljus • Undvika diuretika och koffein timmarna innan sänggående • Minska ljus och ljud vid sänggående • Lugnande musik • Varm dryck • Kort avslappnande massage

Andra orsaker till konfusion:

- Trauma
- Vaskulära sjukdomar: TIA, stroke, migrän.
- Epilepsi
- Smärta
- Organsvikt (hjärtsvikt, njursvikt, leversvikt),
- Anemi, malnutrition
- Postoperativt
- Abstinensutlöst (alkohol, läkemedel, droger)
- Psykisk belastning

2 Symtom

Utmärkande för konfusion är akut debut (timmar-dagar) samt fluktuation över dygnet. Således kan personen en period te sig i det närmaste normal, för att sedan åter försämras. Konfusionen förvärras vid trötthet, varför symtomen nästan alltid

är tydligare under kvällar och nätter. Konfusion innebär störning av medvetandet, med förändring av personens normala uppmärksamhet, orienteringsgrad och andra kognitiva förmågor. Den kognitiva störningen gör att personen får svårt att tolka omvärlden, vilket ofta leder till ångest och oro. Konfusion upplevs som regel som mycket obehagligt av patienten. Vid konfusion kan även symptom som vanföreställningar, illusioner eller hallucinationer förekomma. Konfusion kan vara såväl i hyperaktiv som i hypoaktiv fas eller av blandad typ. Vid hyperaktiv form ses symptom som motorisk oro, agitation och aggressivitet. Vid hypoaktiv form ses trötthet, ökad sömn och minskad psykomotorik. Vanligen diagnosticeras oftast den hyperaktiva formen, eftersom den är lättare att observera. Inte sällan missas den den hypoaktiva formen, då personen inte uppvisar några tydliga symptom.

3 Utredning

3.1 Diagnostik

Det finns ett bedömningsinstrument (The Confusion Assessment Method - CAM) – som hjälper till att identifiera konfusion. Detta har hög specificitet och sensitivitet hos tränad personal.

Kriterier är:

1. **Akut debut och fluktuerande förlopp** (fluktuerande uppmärksamhet, fluktuerande medvetandegrad, fluktuerande tal)
2. **Ouppmärksamhet** (lättdistraherad, hänger inte med, desorienterad)
3. **Desorganiserat tänkande** (lättdistraherad, håller ej röd tråd, osammanhängande tal, ovanlig långsamt tal)
4. **Ändrad vakenhetsgrad** (ändrat sömnmönster, stegrad uppmärksamhet, rastlös eller slö och sömnig)

Diagnosen konfusion kräver närvaro 1 och 2 samt antingen 3 eller 4

Se även bilaga med konfusionsbedömningsinstrumentet, som innehåller en lista med de vanligaste frågorna och undersökningsfynden

Somatisk orsak till konfusion ska alltid utredas

1. Anhörig/vårdgivarens anamnes. Tidigare konfusion? Känd kognitiv svikt?
2. Noggrann somatisk undersökning med neurologiskt status
3. Genomgång av läkemedelslista
4. Labprover
5. Residualurinmätning
6. Utvidgad utredning (Rtg Hjärta/lungor, skelett(falltrauma?), EKG, DT hjärna)

OBS! Man bör helst inte sedera en konfusorisk patient innan man uteslutit allvarliga behandlingsbara orsaker!

4 Behandling

Identifiera orsaken till förvirringen och behandla denna orsak (somatiska, sociala, psykiska orsaker)

Faktorer som påverkar	Åtgärder för att underlätta patientens kontakt med omgivningen
Förlust av känd omgivning och kända ansikten	<ul style="list-style-type: none"> • Ta hjälp av närstående • Var få personer runt den konfusionella patienten • Lugnt icke-hotfullt, icke-konfronterande sätt • Reorientering, men också inlyssnande, inkännande • Lämna inte patienten utan tillsyn • Undvik att byta patientrum
Stressig och främmande sjukhusmiljö med okända rutiner	<ul style="list-style-type: none"> • Var närvarande, undvik stress • Förklara vem du är, vad du tänker göra och varför • Tala direkt till patienten med ett enkelt språk • Invänta svar och ha inte bråttom • Noggrann beskrivning av åtgärder, behandlingar • Undvik sjukhusjargong och prata inte över huvudet på patienten • Berör patienten med försiktighet • Modifiera sjukhusmiljön (personliga saker, kända föremål) • Håll dig till här och nu då tidsuppfattning är svårt • Undvik sådant som irriterar patienten
Svårighet att kommunicera behov och få dem tillfredsställda	<ul style="list-style-type: none"> • Underlätta kommunikationen med hjälpmedel • Ha ögonkontakt med patienten rakt framifrån • Tänk över placeringen i rummet • Patienter kan behöva hjälp med mat och dryck
Immobilisering	<ul style="list-style-type: none"> • Minska om möjligt hinder såsom grindar, sängläge, KAD

När ingenting hjälper och patienten blir allt mer agiterad	<ul style="list-style-type: none"> • Läkemedelsbehandling • Psykiatrikonsult
Kontakt med närstående	<ul style="list-style-type: none"> • För anamnes • För information om konfusionen • Som deltagare i teamet runt patienten

Det är viktigt att försöka häva konfusionen så fort som möjligt för att undvika komplikationer på kort och lång sikt. Avseende somatisk genes, tänk brett:

- Trauma? Nyligen genomgången operation?
- Smärta? (ge adekvat smärtlindring)
- Infektion? (temp, CRP, LPK, odlingar).
- Förstoppning? Urinretention? OBS! Hellre tappning/RIK än KAD vid urinstämna eftersom KAD kan förvärra konfusion.
- Hjärtinfarkt? Hjärtsvikt? (EKG, Troponin-T, ProBNP, hjärt-lungröntgen).
- Dehydrering/elektrolytrubbning? (elektrolyter inklusive kalcium, kreatinin).
- Hypo/hyperglykemi?
- Anemi? Njur/leversvikt?
- Hypoxi? Respiratorisk insufficiens? (Pox, blodgas)
- Stroke/TIA? Skalltrauma? (CT hjärna). Epilepsi? (EEG)
- Annan orsak?

4.1.1 Läkemedels- eller alkohol/drogutlöst?

Vanliga utlösande läkemedel: antikolinergika, opioider, steroider, antiepileptika, sedativa, hypnotika (ex bensodiazepiner), antiarytmika (särskilt digoxin och betablockad), NSAID. Symptom kan också uppstå då läkemedel slutat administreras (abstinens, ex. opioider).

4.2 Icke farmakologisk

Omvårdnadsåtgärder

Bemöt patienten med respekt och lugn. Försök inte korrigera patientens verklighetsbild, men kommunicera tydligt. Ge besked upprepade gånger. Tala om vad klockan är, vilket datum det är. Normalisera sömn-vakenhetscykeln - viktigt! Säkerställ kost- och vätskeintag samt miktion och avföring. Eftersträva lugn miljö och undvik miljöombyte. Så lite störande ljud som möjligt, ännu viktigare nattetid. Ljust i rummet dagtid, mörkt nattetid. Obs! Dock Inte helt mörkt i rummet nattetid (risk för synillusioner ökar om alltför mörkt). Gärna några personliga saker på rummet

- God och anpassad omvårdnad för varje patient är viktigt!
- Skall vårdas av ett fåtal personer
- Daglig mobilisering och ADL-träning
- Ge stöd till anhöriga.

4.3 Farmakologisk

Det viktigaste vid behandling av konfusion är åtgärder enligt ovan. Men läkemedel kan behövas sättas in tidigt i förloppet. Speciellt viktigt är att tidigt behandla nattlig konfusion - eftersträva god nattsömn och god dygnsrytm. Utvärdera läkemedelsbehandlingen dagligen! Så korta behandlingstider som möjligt! Parenteral behandling vid svåra psykotiska symptom samt agitation och aggression: Kom ihåg att medicinering mot patientens vilja endast får ske vid LPT-vård alternativt nödvärnssituation (dvs akut, farlig situation som kräver omedelbar åtgärd och man ej kan invänta vårdintygsskrivande och psykiaterbedömning)

4.4 Förslag till läkemedelsbehandling:

4.4.1 Sömn

Läkemedel	Dosering	Observera
1. Zopiklon	5-7,5 mg till natten	<ul style="list-style-type: none"> • Ffa vid tillfälliga och kortvariga besvär. • Snabbt insättande effekt inom ca 30 minuter, sällan dagtrötthet om rätt använt.
2. Klometiazol (Heminevrin)	Börja med 300 mg. Om utebliven effekt efter 1-2 timmar kan ytterligare 300-600mg ges.	<ul style="list-style-type: none"> • Klometiazol kan underlätta att komma till ro på natten. • Kan även ges som oral lösning Heminevrin 50 mg/ml. • Höga doser kan ge långvarig trötthet, blodtrycksfall och sekretstagnation

4.4.2 Oro

Bensodiazepiner bör användas med försiktighet, eftersom de har som biverkan att nedsätta de kognitiva förmågorna, vilket kan förvärra förvirringen. Patienter med organiska hjärnsador kan även få paradoxala effekter med ökad agitation i stället för sedation. Om bensodiazepiner ges bör man använda preparat med kort halveringstid, då ackumulationsrisken annars är hög (framför allt hos äldre).

Läkemedel	Dosering	Observera
1. Oxazepam (Oxascand, Sobril)	5-10 mg till kvällen samt vid behov flera gånger/dygn.	<ul style="list-style-type: none"> • Vid all sedation måste övervakning av patientens vitala funktioner relateras till graden av sedation.
2. Lorazepam (Temesta)	0,5 mg x 2 - 3	<ul style="list-style-type: none"> • Max 6 mg/dygn • 1 mg lorazepam motsvarar ca 20 mg oxazepam.
3. Klometiazol	300-600 mg vid behov	<ul style="list-style-type: none"> • Kan även ges som oral lösning

(Heminevrin)	Kan upprepas flera gånger per dygn.	Heminevrin 50 mg/ml. <ul style="list-style-type: none"> Höga doser kan ge långvarig trötthet, blodtrycksfall och sekretstagnation
--------------	-------------------------------------	--

4.4.3 Vid utagerande och psykotiska symtom

Läkemedel	Dosering	Observera
1. Olanzapine (Olanzapin, Zyprexa) munsönderfallande tablett	5 mg till kvällen samt vid behov flera ggr/dag	<ul style="list-style-type: none"> Snabbare och upptag och tillslag än icke-munlöslig tablett Kan även ges som intramuskulär injektion Ges ej till patienter med Mb Parkinson eller Lewy Body demens – se nedan.
1. Risperidon (Risperidon, Risperdal)	0,5-1 mg 1 x 2	<ul style="list-style-type: none"> Kan även ges som munsönderfallande tablett eller oral lösning. Ges ej till patienter med Mb Parkinson eller Lewy Body demens – se nedan. I studier ingen skillnad mot Olanzapine, använd efter egen erfarenhet.
2. Haloperidol (Haloperidol, Haldol)	0,25–0,5 mg till natten	<ul style="list-style-type: none"> Vid svårare oro och agitation kan haloperidol (Haldol) provas. Kan även ges som oral lösning eller intramuskulär injektion. Ges ej till patienter med Mb Parkinson eller Lewy Body demens – se nedan. QT-tiden kan förlängas.
3. Diazepam (Stesolid Novum) injektion	5 mg im eller iv	<ul style="list-style-type: none"> Endast i ohållbara och agiterade situationer när neuroleptika inte är lämpligt. Finns viss risk att bensodiazepiner kan förvärra den grundläggande konfusionen och ge exempelvis ökad agitation. Neuroleptika t.ex. Olanzapin (Zyprexa) och Diazepam (Stesolid) bör inte ges samtidigt pga risk för cirkulationssvikt.

Stor försiktighet med neuroleptika till patienter med Mb Parkinson (kan förvärra parkinsonsymptom) och helst inte alls till patienter med Lewy-Body-demens. Behandling med traditionella neuroleptika till patienter med Lewy Body demens kan i vissa fall vara livshotande. Använd helst bensodiazepin vid akut situation

och konsultera neurolog/psykiater i lugnare skede innan låg dos (12,5-25 mg) av neuroleptikum kvetiapin (Quetiapin, Seroquel) provas.

4.4.4 Övrigt

Bensodiazepiner är förstahandsval vid alkoholabstinensutlösta (delirium tremens) och epilepsiinducerade konfusionstillstånd.

5 Uppföljning

Många patienter skrivs ut från sjukhus innan de kognitiva funktionerna är återställda. Därför är det viktigt att individanpassa uppföljningen i samråd med ansvarig läkare i primärvården samt kommunens sjuksköterskor.

6 Remiss

Varje miljöförändring innebär stress!

Undvik att flytta patienten så långt det är möjligt!

Vid behov av konsult, kontakta läkare på Akutgeriatriska kliniken telefon: 588013

7 Bilaga

7.1 Diagnostik av konfusion

Baserat på CAM algoritmen

7.1.1 Kriterie 1: Akut debut och fluktuerande förlopp

Direkta frågor till patienten:

Har du känt dig förvirrad idag?
Trodde du att du inte var på sjukhuset?
Såg du saker som inte riktigt var där?
Blev du förvirrad av ljud som du hört?

Det som observeras:

Fluktuerande medvetandegrad
Fluktuerande uppmärksamhet
Fluktuerande tal

7.1.2 Kriterie 2: Ouppmärksamhet

Direkta frågor till patienten:

Be patienten att räkna bakåt alternativt räkna upp veckodagarna baklänges
Vad är det för månad?
Vilken typ av plats är du på?
Vad är det för år?
Vad är det för veckodag?

Det som observeras:

Problem att hålla röd tråd under samtalet
Fluktuerande uppmärksamhet
Omedveten av miljön
Lätt distraherad
Stirrande blick

7.1.3 Kriterie 3: Desorganiserat tänkande

Direkta frågor till patienten:

Vad är för månad?
Vilken typ av plats är du i?
Vad är det för år?
Vad är det för veckodag?

Det som observeras:

Ologiskt tankeflöde
Plötsligt byter samtalsämne
Osammanhängande tal
Oförmåga att tala

Brist på tankar
Ovanlig långsamt tal

7.1.4 Kriterie 4: Ändrad vakenhetsgrad

Det som observeras:

Sömnstörning
Patienten är sömnig, slö eller komatös
Letargi och tröghet
Rastlöshet
Stegrad uppmärksamhet
Plockighet

För diagnostik krävs kriterie 1 och 2 samt 3 eller 4. Vid osäkerhet kontakta anhöriga eller omvårdnadspersonal som känner patienten för att se om nuvarande tillstånd skiljer sig från patientens habituella tillstånd.

7.2 DSM- IV – För diagnossättning av konfusion

Medvetandestörning (dvs grumlad förmåga att uppmärksamma omgivningen) med minskad förmåga att fokusera, vidmakthålla eller skifta uppmärksamheten.

Kognitiva förändringar (såsom försämrat minne, desorientering, språkstörning) eller perceptionsstörning som inte kan förklaras med demenssjukdom.

Störningen utvecklas under kort tid (vanligen timmar eller dagar) och tenderar att fluktuera under dygnets lopp.

Det finns hållpunkter från anamnes, somatisk undersökning eller laboratorieresultat att störningen är en direkt fysiologisk följd av somatisk sjukdom/skada

Kommentar:

Begreppet förvirring/förvirringstillstånd benämns i internationellt språkbruk som delirium. Även den svenska versionen av klassifikationsregistret ICD-10 använder denna benämning. Detta utgör ett semantiskt problem, eftersom den traditionella svenska tillämpningen av ordet delirium (delirium tremens, delirium acutum) är djupt rotad.

7.3 ICD-10 SE

Delirium utan underliggande demenssjukdom F05.0

Delirium med underliggande demenssjukdom F05.1

Delirium, specificerat F05.8

Delirium, ospecificerat F05.9

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare