

Gäller för: Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Giltig från: 2026-02-26

Innehållsansvar: Lena Holmquist Henrikson, (lenho19), Överläkare

Giltig till: 2028-02-26

Granskad av: Silke Kern, (silkn1), Överläkare/Professor

Godkänd av: Helena Gustafsson, (helgu14), Chefläkare

Delirium/konfusion hos äldre

Förändringar sedan föregående version

Ändring gällande dokumentation i Melior. Uppdatering läkemedel. Uppdatering prevalens av delirium i samband med höftfraktur, uppdatering referenser. Smärre redaktionella ändringar.

Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version	1
Bakgrund och syfte	2
Utförande	5
Behandling	5
Omvårdnadsåtgärder	6
Läkemedel	6
Relaterad information 1: Bedömning av risk för delirium/konfusion	9
Relaterad information 2: Bedömningsinstrument 4AT	10
Arbetsgrupp	11
Källförteckning	13

Bakgrund och syfte

Syftet med denna rutin är att öka vårdpersonalens medvetenhet och beredskap att aktivt förebygga, upptäcka och behandla delirium/konfusion. Rätt åtgärder minskar förekomst och duration av delirium/konfusion och därmed minskar lidandet och förbättras prognosen för dessa patienter.

Delirium kallas också konfusion, akut förvirring eller akut hjärnsvikt. I internationellt språkbruk används begreppet delirium, liksom i det svenska diagnoskodningssystemet ICD-10. Delirium är ett definierat tillstånd, med kriterier för diagnos, medan konfusion är en beskrivning av tillståndet. Av denna orsak används begreppet delirium i denna rutin.

Delirium kan drabba människor i alla åldrar, men drabbar i högre utsträckning äldre som har nedsatta fysiska och kognitiva reserver. Delirium drabbar många äldre som hamnar på sjukhus. Olika studier nämner prevalens på cirka 10–20% av äldre som söker på akutmottagning, cirka 30% bland äldre patienter inneliggande på vanlig somatisk avdelning, 15–25% postoperativt efter större elektiv kirurgi och mellan 20–60% bland höftfrakturpatienter.

Med adekvat omhändertagande och behandling ökar chansen att förvirringstillståndet avklingar, det kan ta allt från någon dag till flera veckor. Delirium är associerat med längre vårdtid, ökad mortalitet och framtida kognitiv svikt. Tidig upptäckt och adekvat behandling leder till förkortad sjukdomstid och bättre prognos.

Demens är en stark riskfaktor för att utveckla delirium. Delirium bör misstänkas vid en hastig försämring av kognitionen hos en patient med känd demenssjukdom.

Definition av delirium

Delirium definieras som ett akut insättande, fluktuerande och övergående tillstånd av kognitiv svikt med påverkad vakenhet, klarhet och uppmärksamhet, där individen förlorar förmågan att förstå sin omgivning och sin situation. Tillståndet uppträder när hjärnan blir överbelastad av somatisk orsak. Ju större sårbarhet en person har, desto mindre belastning behövs för att utlösa ett förvirringstillstånd. Symtomen förvärras ofta kvälls- och nattetid. Patienten kan i klara stunder och efteråt komma ihåg delar av förloppet, vilket ofta upplevs som obehagligt och skrämmande.

Det finns 3 varianter av delirium:

- **Hyperaktiv form** – patienten är agiterad (upprörd, upphetsad, rastlös), orolig och ”plockig”.
- **Hypoaktiv form** – patienten är passiv, inåtvänd och somnolent. Observera att denna form lätt kan missas!
- **Blandning av hyper- och hypoaktiv form.**

Symtom

Kognitiva och psykiska symtom: Nedsatt uppmärksamhet och koncentrationsförmåga, nedsatt orientering, svårigheter att tolka omgivningen, fragmenterat tänkande, nedsatt minne. Feltolkning av sinnesintryck, hallucinationer som ofta handlar om feltolkningar av den aktuella situationen, vanföreställningar (ofta paranoida), oro, gråtmildhet, aggressivitet, avbruten sömn, rubbad dygnsrytm, somnolens, påverkat medvetande.

Motoriska symtom: Hyperaktivitet (ex ”plockighet”, vandringsbeteende), hypoaktivitet.

Riskfaktorer

Vanliga riskfaktorer för att drabbas av delirium:

- Hög ålder
- Demens, kognitiv svikt
- Tidigare episod med delirium
- Multisjuklighet
- Kroniska hjärnskador
- Malnutrition
- Tidigare/aktuellt missbruk
- Nedsatt syn eller hörsel
- Tal-och språksvårigheter

Orsaker – utlösande faktorer

Många olika tillstånd kan utlösa delirium. Bland de vanligaste är:

- Läkemedelspåverkan
- Aktuellt trauma, fraktur, operation, narkos
- Infektion
- Sviktande vitalparametrar
- Svår smärta
- Rubbningar i blodsocker, elektrolyt- eller vätskebalans
- Eliminationsproblem (förstoppning, urinretention)
- Undernäring
- TIA/stroke
- Hjärtinfarkt, arytm
- Abstinens (alkohol, nikotin, läkemedel såsom opioider, bensodiazepiner)

Vanliga utlösande läkemedel är:

- Antikolinergika
 - Många läkemedel mot inkontinens t.ex. tolterodin (Detrusitol), fesoterodin (Toviaz) mm, vissa lugnande och sömnmedel t.ex. hydroxizin (Atarax), prometazin (Lergigan), propiomazin (Propavan), samt tricykliska antidepressiva t.ex amitryptilin (Saroten).
- Opioider både starka och framför allt så kallade svaga opioider, tex tradolan, tapentadol (Palexia)
- NSAID
- Kortison
- Antiepileptika
- Antipsykotika
- En del hjärtläkemedel tex betablockad och digoxin
- Bensodiazepiner framförallt långverkande (t.ex. diazepam (Stesolid))
- Vissa sömnläkemedel: Zolpidem (Stilnoct).

Obs! Kom ihåg att polyfarmaci ökar risken för delirium!

För fler exempel på läkemedel som bla ökar risk för delirium, se:

[Läkemedel som bör undvikas till äldre](#)

Avgränsningar

Denna rutin gäller för Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Samtlig sjukvårdspersonal ansvarar för att arbeta enligt denna rutin. Vårdenhetschef och sektionschef ansvarar för att rutinen är känd och följs.

Utförande

I samband med ankomstsamtalen identifieras risk för att utveckla delirium under vårdtiden, som stöd kan exempelvis ”Bedömning av risk för delirium/konfusion” (se relaterad information 1) användas. Dokumentation sker i Melior under ”Riskbedömning Delirium konfusion”.

Tänk på att patienten kan ha pågående delirium redan vid ankomst till avdelningen och att det kan uppkomma/ förvärras under vårdtiden trots förbyggande åtgärder. Screening av delirium bör därför göras regelbundet, helst dagligen. Det rekommenderas att man tar hjälp av ett screeninginstrument, förslagsvis 4 AT (se relaterad information 2) eller NuDesc, beroende på verksamhetens rutin. Dokumentation av 4 AT liksom NuDesc registreras i Meliors Mätvärdesdel under ”Totalpoäng 4 AT” eller ”Totalpoäng Nu-DESC”.

Vid identifierat delirium eller risk för delirium upprättas en plan för åtgärder och uppföljning. Dokumentationen sker i Melior under aktivitet ”Plan delirium konfusion, risk”. All personal som arbetar runt patienten ansvarar för att upptäcka tidiga tecken på tillståndet.

Granskning och värdering av patientens läkemedel med särskilt fokus på delirium/konfusion görs av läkare.

Diagnos ställs av läkare som dokumenterar i daganteckning och i slutanteckning.

Även sjuksköterska dokumenterar i slutanteckning i Melior om delirium förekommit under vårdtiden och vilka åtgärder som genomförts. Dokumentation sker under sökord ”Delirium konfusion”, med hänvisning till Plan vid delirium konfusion, risk.

Diagnoskodning görs enligt ICD-10:

- Delirium utan underliggande demenssjukdom F05.0
- Delirium med underliggande demenssjukdom F05.1
- Delirium, ospecificerat F05.9

Behandling

Av största vikt och grunden för omhändertagandet är att:

1. identifiera och åtgärda utlösande orsaker och att
2. vidta adekvata omvårdnadsåtgärder.

Om detta inte fungerar kan även

3. läkemedel behöva användas. Läkemedel förkortar inte vårdtiden och minskar inte mortaliteten men kan vara nödvändigt, framför allt för att främja sömn.

Omvårdnadsåtgärder

Det är mycket viktigt att personalen skapar tillit, är lugn, icke-konfronterande och så få som möjligt runt patienten.

Övriga omvårdnadsåtgärder:

- Upprätthållande av dygnsrytm (tala om vilken dag och tid det är, klocka, ljus på dagen, dagstidning, aktiviteter på dagen, skapa lugn på kvällen)
- Lugn miljö med lagom stimuli, personliga saker hos patienten
- Kommunikation: fungerande hörapparat, glasögon, tala lugnt och tydligt direkt till patienten med korta meningar, ge saklig information, håll ögonkontakt
- Håll dig till här och nu
- Undvik konfrontation med patienten
- Vidrör patienten försiktigt
- Undvik onödiga förflyttningar (mellan avdelningar, patientsalar)
- Undvik fysiska hinder (sänggrindar, dropp, lång uribag m.m.) då detta ofta förvärrar situationen
- Säkerställ närings- och vätskeintag, samt miktion och avföring
- Tag gärna hjälp av närstående vid behov (tex vara hos patienten på avdelningen)
- Extravak kan behövas

Läkemedel

Det viktigaste vid behandling av delirium är att identifiera och åtgärda utlösande faktorer och att skapa tillit och vidta omvårdnadsåtgärder enligt ovan, men läkemedel kan behövas sättas in tidigt i förloppet, framför allt för att dämpa symtom och främja sömn. Ta särskild hänsyn till att patienten är åldrad vid val och dosering av läkemedel.

- **Alla nedanstående läkemedel utvärderas dagligen och sätts ut så snart som möjligt!**
- Normalisering av dygnsrytm är viktigt - eftersträva god nattsömn.

Tabell 1 Läkemedel vid delirium/konfusion 1

Indikation	Dosering	Tänk på!
Sömn		
T. Zopiklon 5 – 7,5 mg	1 tn.	
K. Heminevrin (klometiazol) 300 mg	1 – 2 vb, max 2 kapslar/dygn. Kan även ges som oral lösning 50 mg/ml	<ul style="list-style-type: none">• Höga doser kan ge långvarig trötthet och blodtrycksfall• Försiktighet vid cirkulatorisk svikt

Indikation	Dosering	Tänk på!
Oro		
T. Oxascand (oxazepam) 5 mg	1 – 2 vb. Kan upprepas.	Viss risk att bensodiazepiner ökar förvirring/agitation

Neuroleptika ges med försiktighet, särskilt till patienter med demens (associerat med ökad risk för stroke och mortalitet)

Kort behandlingstid. Utvärdera ofta.

- Kom ihåg att medicinering med tvång endast får ske vid LPT-vård
- Konsultera psykiater vid behov
- **Mycket stor försiktighet med neuroleptika till patienter med LewyBody-demens eller Parkinsons sjukdom (risk malignt neuroleptikasyndrom)**

Tabell 2 Läkemedel vid delirium/konfusion 2

Utagerande och psykotiska symtom		
T. Olanzapin 5 mg	0,5 – 1 till kvällen samt vb.	<ul style="list-style-type: none"> • Max 10 mg/dygn • Kan kombineras med T. Oxascand 5 mg till kvällen • Munlöslig tablett Zyprexa/Olanzapin kan användas vid sväljningssvårigheter
T. Quetiapin 25 mg	0,5 – 1 till kvällen samt vb.	<ul style="list-style-type: none"> • Max 50 mg/dygn • Lämpligt vid demenssjukdom • Mindre antikolinerg effekt och kortare halveringstid än Olanzapin
Parenteral behandling vid svåra psykotiska symtom samt agitation och aggressivitet		
Inj. Haldol (haloperidol) 5 mg/ml	0,1 – 0,2 ml (dvs. 0,5 – 1 mg) vb intramuskulärt.	<ul style="list-style-type: none"> • Kan upprepas • Maxdos 2 – 5 mg/dygn • Observera risk för QT-förlängning
Inj. Diazepam 5 mg/ml	0,5 ml (dvs. 2,5 mg) vb. intramuskulärt eller intravenöst.	<ul style="list-style-type: none"> • Endast i ohållbara situationer där neuroleptika ej är lämpligt • Viss risk att bensodiazepiner ökar förvirring/agitation • Regiongemensam licens (VGR)

Avsteg från rutin

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i journalsystemet om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från styrdokumentet rapporteras i MedControl PRO.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Uppföljning


Innehållsansvarig är ansvarig för uppföljning och revision av innehållet.

Relaterad information 1: Bedömning av risk för delirium/konfusion

Bedömning av risk för delirium/konfusion
<p>Riskbedömning skall ske första dygnet enligt punkt 1–4 vid ankomstsamtal.</p> <p>Om något av kriterier 1–4 bevaras ”ja” föreligger risk för delirium.</p> <p>Vid delirium eller risk för delirium upprättas en plan för åtgärder och uppföljning av detta. Dokumentationen sker i Melior under aktivitet ”Plan för delirium konfusion, risk”.</p>
1. Kognitiv nedsättning (enligt tidigare dokumentation eller enligt patient/närstående)
2. Tidigare delirium (enligt tidigare dokumentation eller enligt patient/närstående)
3. Nedsatt social interaktion, exempelvis: <ul style="list-style-type: none">• handikappande syn- och hörselnedsättning• immobilisering• språksvårigheter
4. Yttre påfrestningar, exempelvis: <ul style="list-style-type: none">5) Läkemedelspåverkan6) Aktuellt trauma, operation, narkos7) Infektion8) Sviktande vitalparametrar9) Svår smärta10) Rubbningar i blodsocker, elektrolyt- samt vätskebalansen11) Eliminationsproblem12) Undernäring13) Abstinens

Relaterad information 2: Bedömningsinstrument 4AT

4 AT Bedömningsinstrument för delirium och kognitiv nedsättning www.the4at.com (svensk översättning) [4AT\(squarespace.com\)](http://4AT(squarespace.com)).

	Patientens namn:	
	Personnummer:	
	Datum:	Klockslag:
	Testare:	

Bedömningsinstrument för delirium & kognitiv nedsättning

[1] VAKENHET Ringa in svaren

Innefattar patienter som kan vara märkbart dåsiga (t.ex. svåra att väcka och/eller är uppenbart sömniga under bedömningen) eller agiterade/hyperaktiva. Observera patienten. Om patienten sover, försök att väcka patienten genom tilltal eller med en mjuk beröring på axeln. Be patienten att uppges sitt namn och sin adress för att underlätta skattningen.

Normal (helt vaken, men inte agiterad, genom hela bedömningen)	0
Lätt sömnig i <10 sekunder efter uppvaknande, därefter normal	0
Tydligt onormalt	4

[2] AMT4 (kognitiv förmåga)

Alder, födelsedatum, plats (namn på sjukhuset eller byggnaden), nuvarande år.

Inga misstag	0
1 misstag	1
2 eller flera misstag/omöjlig att testa	2

[3] UPPMÄRKSAMHET

Be patienten: "Räkna upp årets månader i baklänges ordning, börja med december". För att underlätta förståelsen är frågan "vilken är månaden före december?" tillåten.

Årets månader baklänges	Klarar 7 månader eller fler korrekt	0
	Börjar men klarar < 7 månader/vägrar börja	1
	Omöjlig testa (kan inte börja; mår inte bra, dåsigt, ouppmärksam)	2

[4] AKUT FÖRÄNDRING ELLER FLUKTUEERANDE FÖRLOPP

Belägg för betydande förändring eller fluktuation i: vakenhet, kognition, annan mental funktion (t.ex. paranoia, hallucinationer) som uppstått under de senaste 2 veckorna och som fortfarande är uppenbar de senaste 24 timmarna

Nej	0
Ja	4

≥ 4: möjligt delirium +/- kognitiv nedsättning
 1-3: möjlig kognitiv nedsättning
 0: delirium eller svår kognitiv nedsättning osannolik, (men delirium är fortfarande möjligt om informationen i [4] är ofullständig)

4AT POÄNG

VÄGLEDNING Version 1.2. Information och nedladdning: www.the4AT.com

4AT är ett screeninginstrument utformat för snabb initial bedömning av delirium och kognitiv nedsättning. Poäng ≥ 4 tyder på delirium, men är inte diagnostiskt: mer detaljerad bedömning av kognitiv status kan behövas för diagnos. Poäng mellan 1-3 tyder på kognitiv nedsättning och mer detaljerad kognitiv testning och anamnes krävs. En poäng på 0 utesluter inte delirium eller kognitiv nedsättning definitivt: mer detaljerad testning kan behövas beroende på kliniskt sammanhang.

Punkterna 1-3 bedöms *enbart vid observation av patienten vid bedömningstillfället*. Punkt 4 kräver information från en eller flera källor, t.ex. egen kunskap om patienten, annan personal som känner patienten, dokument från primärvård/kommun, journalanteckningar. Bedömaren bör ta hänsyn till kommunikationssvårigheter hos patienten (hörselnedsättning, dysfasi, avsaknad av gemensamt språk) när testet utförs och poängen tolkas.

Vakenhet: Ändrad nivå av vakenhet är mycket sannolikt delirium i sjukhusmiljö. Om patienten uppvisar betydande förändrad vakenhet under bedside-bedömningen, ges poäng 4 i punkt [1].

AMT4 (Förkortat kognitivt test - 4): Poängen kan extraheras från poängen i AMT10 om den gjorts omedelbart innan.

Akut förändring eller fluktuerande förlopp: Fluktuerande förlopp kan förekomma utan delirium i vissa fall av demenssjukdom, men tydligt fluktuerande förlopp indikerar vanligtvis delirium. För att underlätta bedömningen av hallucinationer och/eller paranoida tankar, fråga patienten frågor som: "Är du orolig över något som händer här?"; "Känner du dig rädd för någonting eller någon?"; "Har du sett eller hört något ovanligt?"

Johansson YA., Johansson Å., Låstberg J., Kenne Sarenmalm E. (2018) 4AT Swedish version 1.0.
© 2011-2014 MacLulich, Ryan, Cash

Arbetsgrupp

Lena Holmquist Henrikson, Centrumchef Geriatriskt utvecklingscentrum, Överläkare Geriatrik Sahlgrenska, VO Akutmedicin och geriatrik

Aleksandra Pilipovic, Specialistläkare Geriatrik Sahlgrenska, VO Akutmedicin och geriatrik

Cristina Gutiérrez Pérez, Överläkare, Geriatrik Sahlgrenska, VO Akutmedicin och geriatrik

Kristina Lygner, Specialistläkare, Äldrepsykiatriskt team, Affektiv mottagning 2 (ersätter Helene Svensson, Överläkare)

Julia Thulin Madsen, Specialistläkare Medicin Geriatrik Akutmottagning Östra, tidigare Geriatrik Mölndal

Linda Öst, Undersköterska, Akutgeriatrik avd. 34, Sahlgrenska, VO Akutmedicin och geriatrik

Torunn Höie Axelsson, Specialistläkare, Njurmedicin Sahlgrenska

Ida Westberg, Sjuksköterska, Geriatrik avd. 21, Sahlgrenska, VO Akutmedicin och geriatrik

Granskare version 1:

Ulla-Britt Mattsson, Överläkare, medicinskt ledningsansvarig, Psykiatri kognition och äldrepsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Anna Sveide Antonelli, Verksamhetschef, VO Neuropsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Helle Wijk, Universitetssjukhusöversjuksköterska, professor, Kvalitetsstrategiska Avdelningen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Theofanis Tsevis, Överläkare, MD, Patientflödeschef Konfusion, Tema Inflammation och Åldrande Karolinska Universitetssjukhuset

Torgeir Bruun Wyller, Professor, Oslo Universitet, Överläkare, SEC poliklinik och forskning Geriatrisk klinik, Oslo Universitetssjukhus

Leiv Otto Watne, Överläkare, Professor, Oslo Delirium Research Group, Dep of Geriatric Medicine Oslo University Hospital

Reviderad 2023 av:

Arbetsgruppen

Granskare revidering 2023:

Silke Kern, Universitetssjukhusöverläkare, Professor, VO Neuropsykiatri, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborgs Universitet

Desirée Stén, verksamhetsutvecklare, Geriatriskt utvecklingscentrum

Charlotta Copland, processledare, Digital hälsa och IS IT

Alexandra Barath, verksamhetsutvecklare, VO Geriatrik Mölndal

Reviderad 2026 av:

Arbetsgruppen

Charlotta Copland, processledare, Digital hälsa och IS IT

Granskad av:

Silke Kern, Universitetssjukhusöverläkare, Professor, VO Neuropsykiatri, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset, Göteborgs Universitet

Källförteckning

Rutinen baseras delvis på Geriatrik Sahlgrenskas rutin Konfusion – bedömning och åtgärd, som ursprungligen togs fram av en tvärprofessionell arbetsgrupp. Även riskbedömningsinstrumentet kommer från denna rutin.

Sharon K. Inouye, Westendorp R, Saczynski J. Delirium in elderly people, *Lancet*. 2014 March 8; 383(9920): 911–922

Marcantonio E.R, Delirium in hospitalized older adults, *N Engl J Med* 2017; 377:1456-1466 DOI: 10.1056/NEJMcp1605501

Ahmed et al, Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: a systematic review and meta-analysis). *Age Ageing*. 2014;43:326-333

Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA*. 2010 Jul 28;304(4):443-51. DOI: 10.1001/jama.2010.1013. PMID: 20664045.

Hshieh TT, Yue J, Oh E, et al. Effectiveness of Multicomponent Nonpharmacological Delirium Interventions: A Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2015;175(4):512–520. DOI:10.1001/jamainternmed.2014.7779

Kishi T, Hirota T, Matsunaga S, et al. Antipsychotic medications for the treatment of delirium: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2016;87:767–774.

Tieges Z, MacLulich AMJ, Anand A, Brookes C, Cassarino M, O'Connor M, Ryan D, Saller T, Arora RC, Chang Y, Agarwal K, Taffet G, Quinn T, Shenkin SD, Galvin R. Diagnostic accuracy of the 4AT for delirium detection: systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2020 Nov 11:afaa224.

Bellelli G, Morandi A, Davis DH, Mazzola P, Turco R, Gentile S, Ryan T, Cash H, Guerini F, Torpilliesi T, Del Santo F, Trabucchi M, Annoni G, MacLulich AM. Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. *Age Ageing*. 2014; 43:496-502

Shenkin SD, Fox C, Godfrey M, Siddiqi N, Goodacre S, Young J, Anand A, Gray A, Hanley J, MacRaid A, Steven J, Black PL, Tieges Z, Boyd J, Stephen J, Weir CJ, MacLulich AMJ. Delirium detection in older acute medical inpatients: a multicentre prospective comparative diagnostic test accuracy study of the 4AT and the confusion assessment method. *BMC Med*. 2019 Jul 24;17(1):138. doi: 10.1186/s12916-019-1367-9. PMID: 31337404; PMCID: PMC6651960.

Cross J. Nursing the Patient with Altered Cognitive Function. In: Hertz K, Santy[1]Tomlinson J, editors. *Fragility Fracture Nursing: Holistic Care and Management of the Orthogeriatric Patient*. Cham (CH)2018. p. 109-23.

Lee SJ, Jung SH, Lee SU, Lim JY, Yoon KS, Lee SY. Postoperative delirium after hip surgery is a potential risk factor for incident dementia: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Arch Gerontol Geriatr.* 2020;87:103977.

NICE. Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care 2023 [cited 2023 12-30]. Available from:

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/chapter/Recommendations>.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Innehållsansvar: Lena Holmquist Henrikson, (lenho19),
Överläkare

Granskad av: Silke Kern, (silkn1), Överläkare/Professor

Godkänd av: Helena Gustafsson, (helgu14), Chefläkare

Dokument-ID: SU9771-677637494-313

Version: 5.0

Giltig från: 2026-02-26

Giltig till: 2028-02-26