

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Giltig från: 2026-03-17

Innehållsansvar: Johan Bergfors, (johla21), Vårdenhetschef

Giltig till: 2028-03-17

Granskad av: Johan Bergfors, (johla21), Vårdenhetschef

Godkänd av: Jerker Nilson, (jern1), Chefläkare

# Delirium - Konfusion hos äldre, SÄS

## Sammanfattning

Rutinen är en modifierad version av Sahlgrenska Universitetssjukhusets rutin ”[Delirium/konfusion hos äldre](#)”, där anpassning gjorts utifrån lokala förhållanden på Södra Älvsborgs Sjukhus.

## Förändringar sedan föregående version

Ingen förändring.

## Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	1
Förändringar sedan föregående version .....	1
Bakgrund.....	1
Definition av delirium.....	2
Deliriums tre varianter .....	2
Symtom .....	2
Riskfaktorer.....	3
Orsaker - utlösande faktorer.....	3
Vanliga utlösande läkemedel .....	3
Genomförande .....	4
Behandling .....	4
Omvårdnadsåtgärder .....	4
Övriga omvårdnadsåtgärder.....	4
Läkemedel.....	5
Dokumentinformation.....	7
Referensförteckning.....	7
Länkförteckning.....	7
Bilaga 1 – 4AT.....	8

## Bakgrund

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 cirka 50% 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.

### Deliriums tre varianter

<b>Hyperaktiv form</b>	Patienten är agiterad (upprörd, upphetsad, rastlös), orolig och ”plockig”
<b>Hypoaktiv form</b>	Patienten är passiv, inåtvänd och somnolent. Observera att denna form lätt kan missas!
<b>Blandning av hyper- och hypoaktiv form</b>	

### Symtom

#### Kognitiva och psykiska symtom

Nedsatt uppmärksamhet och koncentrationsförmåga, nedsatt orientering, svårigheter att tolka omgivningen, fragmenterat tänkande, nedsatt minne. Feltolkning av sinnesintryck, hallucinationer, vanföreställningar (ofta

paranoida), oro, gråtmildhet, aggressivitet, avbruten sömn, rubbad dygnsrytm, somnolens.

#### Motoriska symtom

Hyperaktivitet (t.ex. ”plockighet”, vandringsbeteende), hypoaktivitet.

#### Riskfaktorer

Vanliga riskfaktorer för att drabbas av delirium:		
Hög ålder	Multisjuklighet	Tidigare/aktuellt missbruk
Demens, kognitiv svikt	Kroniska hjärnskador	Nedsatt syn eller hörsel
Tidigare episod av delirium	Malnutrition	Tal- och språksvårigheter

#### Orsaker - utlösande faktorer

Många olika tillstånd kan utlösa delirium. Vanligare är:

Infektion	Genomgången kirurgi, trauma fraktur	Läkemedel (se nedan)
Smärta	Hypoxi	Vätskebalans- & elektrolytstörningar
Hypo- hyperglykemi, andra metabola rubbningar	Förstoppning	Urinretention
TIA/Stroke		Hjärtinfarkt, arytm
Abstinens (alkohol, nikotin, läkemedel såsom opioider, bensodiazepiner)		

#### Vanliga utlösande läkemedel

Även läkemedel som tidigare tolererats kan utlösa eller bidra till konfusion, se REK-listan, avsnitt [Akut konfusion](#).

- glukokortikoider
- opioider
- antiepileptika
- parkinsonläkemedel
- antipsykotika
- läkemedel med antikolinerga effekter t.ex. inkontinensläkemedel, tricykliska antidepressiva
- sömnmedel/lugnande.

**OBS!** Kom ihåg att polyfarmaci ökar risken för delirium!

För fler exempel på läkemedel som ökar risken för delirium, se [Läkemedel som bör undvikas till äldre. Socialstyrelsen](#).

## Genomförande

Vid misstanke om delirium screenas patienten med hjälp av bedömningsinstrumentet [4AT](#), se [bilaga 1](#). Diagnos ställs av läkare som dokumenterar i daganteckning och i epikris. Även sjuksköterska dokumenterar i slutanteckning om delirium förekommit och vilka åtgärder som genomförts.

Diagnoskodning görs enligt ICD-10:

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

## Behandling

Omhändertagande vid delirium bygger på tre steg:



## Omvårdnadsåtgärder

Övergripande principer för omvårdnaden:

<b>Bygg tillit</b>	<b>Skapa lugn, icke-konfrontativ miljö</b>	<b>Minimera antalet personer runt patienten</b>
--------------------	--	---

### 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).

**Skapa lugn miljö** med lagom stimuli och personliga saker hos patienten.

**Kommunikation:** fungerande hörapparat, glasögon, tala lugnt och tydligt direkt till patienten med korta meningar, ge saklig information, håll ögonkontakt.

<b>Håll dig till här och nu</b>
<b>Undvik konfrontation med patienten</b>
<b>Vidrör patienten försiktigt</b>
<b>Undvik onödiga förflyttningar</b> (mellan avdelningar, patientsalar)
<b>Undvik fysiska hinder</b> (sänggrindar, dropp, lång uribag m.m.) då detta ofta förvärrar situationen.
<b>Säkerställ närings- och vätskeintag samt miktion och avföring.</b>
<b>Anhöriga kan vara en viktig resurs.</b> Tag gärna hjälp av närstående vid behov (t.ex. vara hos patienten på avdelningen utanför besökstider).
<b>Värdera behov av extravak</b>

## Läkemedel

Det viktigaste vid behandling av delirium är att identifiera och åtgärda utlösande faktorer och att skapa tillit och vidta omvårdnadsåtgärder enligt ovan. 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.

<b>Indikation: Sömn</b>	<b>Dosering</b>	<b>Tänk på!</b>
T. Zopiklon 5-7,5 mg	1 tn	
K. Klometiazol 300 mg	1-2 vb. Kan upprepas max 2 ggr. Kan även ges som oral lösning 50 mg/ml 6-10 ml.	Höga doser kan ge långvarig trötthet och blodtrycksfall. Försiktighet vid cirkulatorisk svikt.
<b>Indikation: Oro</b>	<b>Dosering</b>	<b>Tänk på!</b>
T. Oxazepam 5 mg	1-2 vb. Kan upprepas.	Viss risk att bensodiazepiner ökar förvirring/agitation.

Neuroleptika ges med försiktighet. Kort behandlingstid. Utvärdera ofta.

- Kom ihåg att medicinering med tvång endast får ske vid LPT-vård.

- Om patientens samtycke till vård inte kan utredas får behandling ges för att avvärja allvarlig eller akut fara för patientens liv eller hälsa enligt 4 kap, 4§ i patientlagen (2014:821).
- **Mycket stor försiktighet med neuroleptika till patienter med LewyBody-demens eller Parkinsons sjukdom.**

<b>Indikation: Utagerande och psykotiska symtom</b>	<b>Dosering</b>	<b>Tänk på!</b>
T. Olanzapin 5 mg	0,5-1 till kvällen samt vb.	Max 10 mg/dygn Munlöslig tablett Zyprexa ger snabbast effekt.  Kan kombineras med T. Oxazepam 5 mg till kvällen.
T. Kvetiapin 25 mg	0,5-1 till kvällen samt vb	Max 50 mg/dygn. Lämpligt vid demenssjukdom.  Mindre antikolinerg effekt och kortare halveringstid än Olanzapin.
<b>Parenteral behandling vid svåra psykotiska symtom samt agitation och aggressivitet</b>		
Inj. Haloperiol 5 mg/ml	0,1-0,2 ml (d.v.s. 0,5-1 mg) vb intramuskulärt.	Kan upprepas. Maxdos 2-5 mg/dygn.  Observera risk för QT-förlängning.
Inj. Diazepam 5 mg/ml	0,5 ml (d.v.s. 2,5 mg) vb intramuskulärt eller intravenöst.	Endast i ohållbara situationer där neuroleptika ej är lämpligt.  Viss risk att bensodiazepiner ökar förvirring/agitation.

## Dokumentinformation

### För innehållet svarar

Johan Bergfors, vårdenhetschef, VO kirurgi, ortopedi & ÖNH

Josefin Blomberg, specialistläkare geriatrik, VO kirurgi, ortopedi & ÖNH

### Remissinstanser

Verksamhetschefer, SÄS

### Fastställt av

Jerker Nilson, chefläkare, SÄS

### Nyckelord

Delirium, konfusion, förvirring, desorientering, sköra äldre, 4AT, skattningsskala, skattningsskala, omvårdnad, agiterande, dokumentation, läkemedelsbehandling, läkemedelsbiverkan

## Referensförteckning

1. Rutinen är till största del ett övertag av rutinen Delirium Konfusion hos äldre, version 3, Sahlgrenska sjukhuset.  
<https://hittadokument.vgregion.se/su>
2. Evensen, S, Ranhoff Hylén, A., Lydersen, S., Saltvedt, I. (2021) The delirium screening tool 4AT in routine clinical practice: prediction of mortality, sensitivity and specificity. European Geriatric Medicine 12(4): 793–800  
<https://doi.org/10.1007%2Fs41999-021-00489-1>

## Länkförteckning

- 4AT Svenska - 4AT – Rapid clinical test for delirium (the4at.com)  
<https://www.the4at.com/4at-svenska>
- Akut konfusion, REK-listan 2024, Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen.  
[https://reklistan.vgregion.se/#/advice/Psykiatri/Akut\\_konfusion](https://reklistan.vgregion.se/#/advice/Psykiatri/Akut_konfusion)
- Läkemedel som bör undvikas till äldre. Socialstyrelsen.  
[www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/aldre-olampliga-lakemedel-for-aldre-lista.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/aldre-olampliga-lakemedel-for-aldre-lista.pdf)
- Demenssjukdomar, REK-listan 2024, Läkemedelskommittén Västra Götalandsregionen  
<https://reklistan.vgregion.se/#/advice/Psykiatri/Demenssjukdomar>
- Demens. Regional medicinsk riktlinje – läkemedel. Västra Götalandsregionen  
<https://hittadokument.vgregion.se/regionovergripande>

## Bilaga 1 – 4AT


**Bedömningsinstrument  
för delirium & kognitiv nedsättning**

Patientens namn:

Personnummer:

Datum:

Klockslag:

Testare:

**[1] VAKENHET**

Innefattar patienter som kan vara märkbart dåsiga (t.ex. svåra att väcka och/eller är uppenbart sömnliga 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 uppge sitt namn och sin adress för att underlätta skattningen.

**Ringa in  
svaren**

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

**[2] AMT4 (kognitiv förmåga)**

Ålder, 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, dåsig, ouppmärksam)	2

**[4] AKUT FÖRÄNDRING ELLER FLUKTUELANDE 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](http://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 paranoidea 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., Lästberg J., Kenne Sarenmalm E. (2018) 4AT Swedish version 1.0.  
© 2011-2014 MacLulich, Ryan, Cash

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Södra Älvsborgs Sjukhus

**Innehållsansvar:** Johan Bergfors, (johla21), Vårdenhetschef

**Granskad av:** Johan Bergfors, (johla21), Vårdenhetschef

**Godkänd av:** Jerker Nilson, (jern1), Chefläkare

**Dokument-ID:** SAS9642-738863596-675

**Version:** 2.0

**Giltig från:** 2026-03-17

**Giltig till:** 2028-03-17