

# Akut konfusion – diagnostik, behandling och uppföljning

Robert Sigström

Docent, psykiater, ST äldrepsykiatri

Terapigrupp psykiatri

[Robert.sigstrom@vgregion.se](mailto:Robert.sigstrom@vgregion.se)



Jag har inga jävförhållanden att  
deklarera

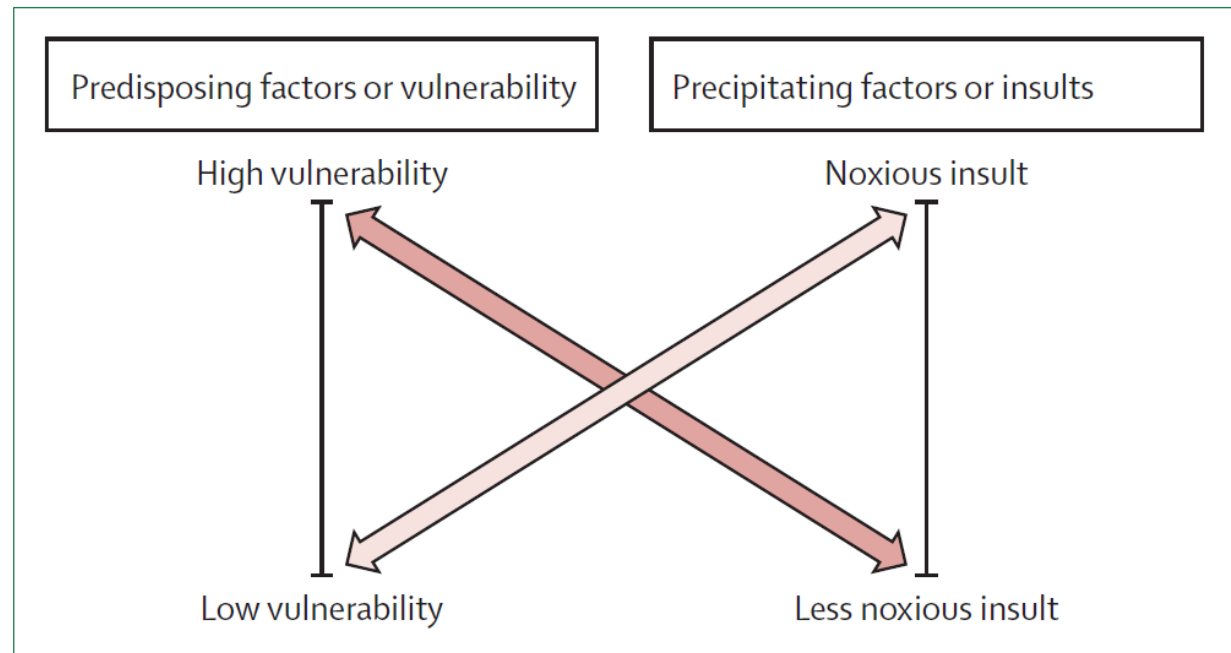


# Vad är konfusion (delirium/akut förvirring)?

- **Diagnoskriterier enligt DSM-5**
- **1. Uppmärksamhets- och varseblivningssvikt**
  - svårt **ta in** information, integrera information från olika stimuli, hålla den i minnet
  - Kan inte rikta uppmärksamhet åt rätt håll, kan inte behålla uppmärksamheten
  - Svårt begripa vad som händer i omgivningen
- **2. Annan kognitionsstörning**
  - Minnesstörning, desorientering, språk mm mm
- **3. Akut-subakut debut (timmar-ett par dagar) – förändring mot tidigare - fluktuerande**
- **4. Sjukhistoria, status och/eller lab tyder på direkt koppling till somatiskt tillstånd/substans**

# Vad är konfusion?

- Precis som "alla" under "rätt förutsättning" kan drabbas av en epileptisk kramp kan "alla" drabbas av konfusion – men man har olika trösklar
- Många, men inte alla, orsaker till delirium kan orsaka koma
- Utlösande vs predisponerande faktorer
- Inflammation



# Subtyper

- Baserat på symtom
  - Hyperaktiv
    - Agitation (vandrar/rör sig i sängen, skriker, fäktar etc), "plockig"
  - Hypoaktiv
    - Passiv, "ligger och tittar", svår få kontakt med
    - Missas oftare
  - Blandat (kan växla under dagen)

## How to miss delirium

---

- Keep any talk with patients to a minimum
- Do not assess cognitive function
- Assume cognitive impairment is long-standing
- Never talk to nurses, especially night staff
- Don't talk to families either
- If patient is withdrawn, start an antidepressant
- If patient is noisy, start a benzodiazepine

Thanks to Shaun O'Keefe

# Potentiella konsekvenser av konfusion

- Kan vara det enda uppenbara tecknet på mycket allvarlig sjukdom
- Retur efter utskrivning
- Stora risker för patienten på sjukhus eller hemma (fall, olyckor, bränder, försvinnande etc)
- Lidande för patienter
- Lidande för medpatienter
- Konfusion är kopplat till sämre prognos på alla sätt och vis, både på kort och lång sikt



# Förekomst - sjukhusperspektiv

- 15 % av patienter >65 år på akutmottagning (Chen et al Am J Emerg Med 2022)
  - 20 – 30% av patienter på medicinska och kirurgiska avdelningar har konfusion vid någon tidpunkt under sjukhusvistelse
  - Ännu vanligare på IVA och i palliativ vård





# Riskbedömning

- (ur Rutin konfusion Sahlgrenska)

## Bedömning av risk för delirium/konfusion

Alla patienter riskbedöms första dygnet enligt punkt 1–3 vid ankomstsamtal.

Om något av kriterier 1–3 bevaras "ja" föreligger risk för delirium.

Vid delirium eller risk för delirium upprättas en plan för åtgärder och uppföljning av detta. Dokumentationen sker i Melior under aktivitet "Plan för kommunikation".

Punkt 4 bedöms gemensamt på rond.

1) Kognitiv nedsättning (enligt tidigare dokumentation eller enligt närstående)

2) Tidigare delirium (enligt journal)

3) Låg grad av social interaktion, exempelvis:

- handikappande syn- och hörselnedsättning
- immobilisering
- språksvårigheter.

4) Yttre påfrestningar, exempelvis:

- Malnutrition
- Läkemedelspåverkan
- Infektion
- Cirkulationsstörningar (lågt/högt blodtryck, arytm, hjärtsvikt, anemi, osv)
- Dålig syresättning/koldioxidretention (lungsjukdom)
- Svår smärta
- Eliminationsproblem
- Rubbningar i blodsocker, elektrolyt- samt vätskebalansen
- Abstinens
- Aktuellt trauma, operation, narkos

# Scenario - äldreboende

- Ada, 86, har bott på äldreboende X i 1,5 år
- Svår demens, hjälp med all ADL, går med rollator
- På senare tid viss beteendestörning av och till ffa motstånd mot omvårdnad
- Idag ovanligt trött och morgonen, vaknar till när man försöker väcka henne och ska hjälpa henne upp ur sängen, blir arg, slår med knytnäve mot undersköterska, skriker, "går inte att nå", försöker resa sig och gå iväg

# Delirium på norska äldreboenden – exempel på patientpopulation

Table 1. Patient Characteristics on Inclusion (N= 145)

	All Patients (N= 145)	Delirium (n= 34)	No Delirium (n= 111)	P Value
Female gender, n (%)	101 (69.7)	23 (67.6)	78 (70.3)	.771
Age, y, mean (SD)	84.2 (9.7)	83.6 (10.2)	84.4 (9.6)	.655
Years in institution, mean (SD)	1.59 (1.7)	1.36 (1.3)	1.60 (1.8)	.483
Number of regular medications, mean (SD)	7.7 (3.7)	8.9 (4.3)	7.3 (3.4)	.030
Number of chronic diseases, mean (SD)	5.9 (2.4)	6.8 (2.4)	5.6 (2.4)	.013
Dementia, n (%)	116 (80.0)	28 (82.4)	88 (79.3)	.695
Alzheimer's disease	29 (20.0)	8 (23.5)	21 (18.9)	.557
Vascular dementia	13 (9.0)	7 (20.6)	6 (5.4)	.007
Unspecified dementia	70 (48.3)	11 (32.4)	59 (53.2)	.034
Other dementias	4 (2.8)	2 (5.9)	2 (1.8)	.204
Regular use of benzodiazepines, n (%)	29 (20.0)	13 (38.2)	16 (14.4)	.002
Regular use of Z-hypnotics, n (%)	33 (22.8)	11 (32.4)	22 (19.8)	.127

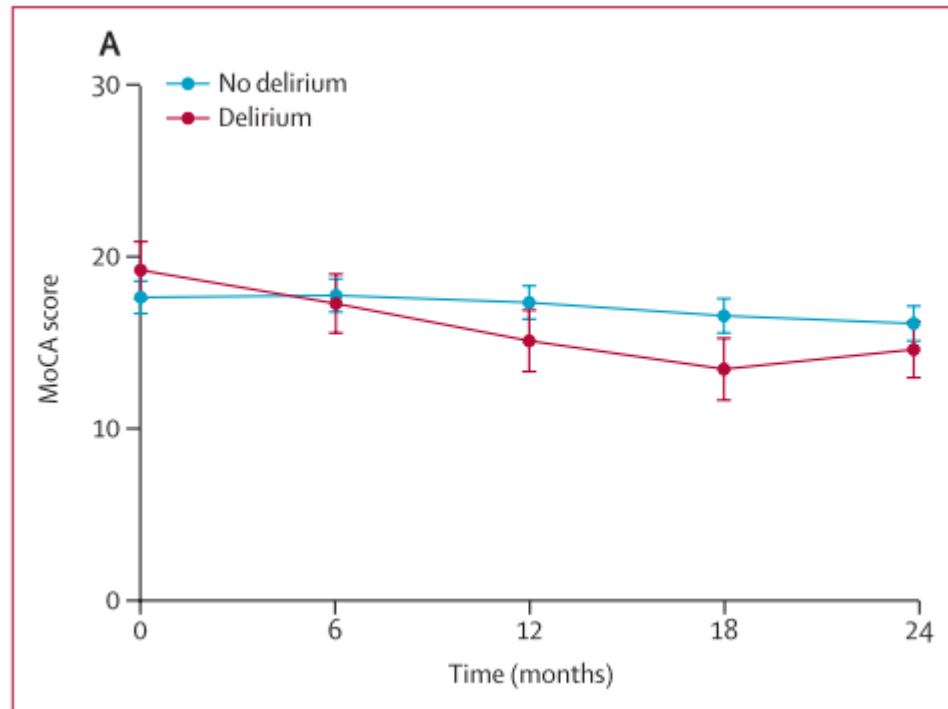
SD, standard deviation.

- Prospektiv studie under 2 månader
- 77 akuta händelser (57 patienter) som ledde till läkarundersökning.
- 5 patienter lades in på sjukhus.
- 60% av de med akuta händelser (23% av alla) hade screeningpositivt konfusion

Skretteberg et al 2022

# Scenario – efter sjukhusvård

- Karl, 75 år
- Änkeman
- Bott hemma utan hemtjänst (men borde kanske haft det enl barn som besöker varje dag)
- Kontakt med PV för hypertoni, BPH, tabl beh DM2, misstänkt alkoholbrukssyndrom
- Hittas av sonen på golvet
  - Urosepsis, kraftigt förvirrad under vårdtiden, sätts in på olanzapin 2,5 mg x 2, något utdraget vårdförlopp
- MoCA efter 1 vecka på sjukhus 11/30
- Skrivs ut till korttidsboende efter 14 dagar
  
- Vad är prognosen?



Krogseth et al Lancet Neurol 2023

Initialt hemmaboende personer med hemtjänst, som får konfusion under 2 års uppföljning har brantare kognitiv utförslöpa

Även kopplat till ökade serum-nivåer av neurofilament

# Konfusion och demensdiagnos

- Delirium "riskfaktor" för demens
  - Demens är i regel en kronisk, långsam sjukdom (månader-år av progress)
- Av anhöriga kan man ofta få en bra bild av tidigare kognitivt status
- På DT hjärna kan man se diverse fynd talande för demens
- MEN
  - Det går inte att utreda demens i samband med delirium
  - Testresultat MMSE/MoCA är inte representativa
  - Man bör undvika att ställa demensdiagnos på sjukhus
  - Konfusion kan kvarstå i veckor
  - I enskilda fall ses remarkabel förbättring
- Uppföljning av kognitivt status i primärvård om några månader



**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 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 uppge sitt namn och sin adress för att underlätta skattningen.*

Ringa in  
svaren

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 korrekta	0
	Börjar men klarar < 7 månader/vägrar börja	1
	Omöjlig att testa (kan inte börja; mår inte bra, dåsig, ouppmärksam)	2

**[4] AKUT FÖRÄNDRING ELLER FLUKTUERANDE 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**

# Multifaktoriellt tillstånd – multimodal intervention

- Icke-farmakologiska multimodala interventioner förebygger konfusion under vårdtid (minskar risk med ca 50%)
- Förkortar delirium med en dryg dag
- Minskar risk för trycksår men ej andra komplikationer eller långtidsprognos (sekundära utfallsmått)

(Leon-Salas et al, JAGS 2020)

- Allmän resursmobilisering, utbildning av personal
- Riskbedömning (i princip alla äldre med akut tillstånd har förhöjd risk)
- Aktiviteter, kognitiv stimulans, mobilisering, sällskap vid måltid, personal följer med på röntgen, är med vid uppvak etc, se till att pat har hörapparat, glasögon etc



# Ytterligare rekommendationer avs. bemötande

- Allmänt god och individualiserad omvårdnad
  - **Övertydlig, enkel** kommunikation
  - Vänlighet och diplomati, undvik konflikter om vad som skett, gjorts, ska göras
  - Försök skapa kontakt – visa intresse för personens historia, familj, yrkesliv, barndom, gemensamma nämnare
  - **Nödvändigt att väcka pat för kontroll av puls, blodtryck etc?**
  - **Tänka på klockslag när läkemedel ges**
- Hjälpa patienten att förstå sin situation
  - **Uppmuntra besök från anhöriga**, om ej möjligt, be dem ordna fotografier av dem
  - Skriv ned viktig information
  - Kalender och klocka till hands

# Medicinska åtgärder vid konfusion

- **Utred och behandla utlösande orsak** utifrån vad som är mest sannolikt
  - VITALPARAMETRAR, LYFT PÅ TÄCKE, TA AV KLÄDER
- Kryssa alla möjligtvis utlösande läkemedel som ej är nödvändiga
- Optimera smärtlindring (med försiktighet)
- Ta ställning till vårdnivå och vårdform
  - Akut konfusion kan motsvara allvarlig psykisk störning, särskilt vid farlighet för sig själv eller andra
    - Fallrisk, "rymning", vägrar livsviktig behandling, aggressivitet

# Läkemedelsbehandling

- Vad är behandlingsmålet?

- att delirium ska gå över fortare?

- psykofarmaka har då ingen visad effekt

- Att framkalla sömn/främja dygnsrytm

- Att kontrollera psykiatriska symtom och beteendestörningar

- regression till medelvärdet (fluktuation)

Bättre med stående läkemedel några dagar, än att ge vid behov

- En redan agiterad patient kanske inte vill ta medicin

## REKlistan, VGR

### Farmakologisk behandling

Om ovanstående ej fungerat kan läkemedelsbehandling av konfusionssymtom ges under kortast möjliga tid, men kan samtidigt förvärra konfusionen och fördröja återhämtningen.

Avsluta behandlingen så snart som möjligt (inom dagar). Ingen nedtrappning behövs.

För sömn:

- I första hand: Zopiklon 5-7,5 mg.
- I andra hand: Klometiazol (Heminevrin). Börja med 1 kapsel 300 mg mellan kl. 17 och 20. Vid utebliven effekt ges ytterligare 2 kapslar.

Vid oro:

- Oxazepam (Oxascand) 5-10 mg.

Vid agitation och aggressivitet:

- I första hand: Olanzapin 2,5-5 mg (finns som munsönderfallande).
- I andra hand: Quetiapin 12,5-25 mg, särskilt vid känd demenssjukdom.
- I tredje hand: Haloperidol 0,25-1 mg x2-3 (finns både som peroral och parenteral behandling).

## Kloka listan, Region Stockholm

### Vilka läkemedel bör användas

Läkemedelsbehandling vid hyperaktiv akut konfusion minskar inte sjuklustiden eller mortaliteten. Läkemedelsbehandlingen kan öka eller förlänga patientens symtom. Vid påtaglig agitation eller oro kan läkemedelsbehandling ibland ändå bli nödvändig.

Eventuellt till natten:

*Klometiazol* (Heminevrin, ej i Kloka listan) 300 mg (inom slutenvård eller på SÄBO) och/eller

*Zopiklon* 5–7,5 mg

Om effekten uteblir, beakta risken för paradoxal reaktion med ökad agitation innan dosen ökas.

Antipsykotiska medel kan prövas i undantagsfall och under begränsad tid (några dygn):

*Risperidon*

Börja med 0,25 mg. Kan vid behov titreras upp till max 1,5 mg per dygn.

**OBS:** Patienter med Lewykroppsdemens och Parkinson bör inte behandlas med antipsykotiska läkemedel. Konsultera specialist inom äldrepsykiatri eller neurologi.



[Robert.sigstrom@vgregion.se](mailto:Robert.sigstrom@vgregion.se)