

Senast reviderat: 20260506

Dokumentet gäller för: VO Transplantationscentrum

Innehållsansvarig: Kajsa Fluor, Mona Grinell, Anna Olofsson

Rutin vid Delirium på avdelning 139

Syfte & Bakgrund.....	2
Syfte.....	2
Bakgrund	2
Riskbedömning.....	4
Screening av Delirium på avdelning 139	5
Handlingsplan vid identifierat Delirium.....	6
Prevention och behandling av Delirium	7
Omvårdnadsaspekter	7
Farmakologiska aspekter	8

Postadress:

VO Transplantationscentrum
Avdelning/enhet 139
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Telefon:

031-342 10 00

Webbplats:

sahlgrenska.se

Syfte & Bakgrund

Syfte

Syftet med rutinen är att tydliggöra en gemensam strategi för att förebygga, upptäcka och hantera akuta förvirringstillstånd/delirium postoperativt på avdelning 139. Målet är att höja kunskapen kring delirium hos medarbetare i vårdnära arbete, samt att minska lidande och förbättra prognosen för patienter som riskerar att få eller redan har utvecklat delirium. Rutinen riktar sig till hela teamet kring patienten. Huvudansvaret för screening, riskbedömning och omvårdnadsåtgärder faller i regel på sjuksköterska & undersköterska. Farmakologisk prevention, bedömning, diagnostik och behandling ansvarar läkaren för i samråd med ansvarig sjuksköterska.

Informationen är hämtad från sjukhusövergripande rutin "Delirium/konfusion hos äldre".

Bakgrund

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. Predisponerade faktorer innebär en större sårbarhet för patienten, vilket i sin tur innebär att mindre belastning behövs för att utlösa ett förvirringstillstånd.

Predisponerande faktorer:

- Kognitiv nedsättning/demens/encefalopati
- Hög ålder (>75 år)
- Tidigare delirium
- Nedsatt social interaktion, exempelvis: Handikappande syn och hörselnedsättning
Immobilisering språksvårigheter
- Psykiatrisk samsjuklighet
- Tidigare eller aktuellt missbruk

- Multisjuklighet/ Polyfarmaci
- Malnutrition under en längre tid

Vanliga utlösande orsaker är:

- Aktuellt trauma (fraktur, operation, narkos).
- Infektion
- Sviktande vitalparametrar
- Svår smärta
- Rubbningar i blodsocker, elektrolyt- eller vätskebalans
- Eliminationsproblem (förstoppning, urinretention).
- Undernäring
- TIA/stroke
- Hjärtinfarkt,arytmier
- Abstinens (alkohol, nikotin, läkemedel).
- Läkemedelspåverkan. Se kapitel Farmakologiska aspekter, s.7.

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!
- Kombination av hyper- och hypoaktiv form.

Postadress:

VO Transplantationscentrum
Avdelning/enhet 139
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Telefon:

031-342 10 00

Webbplats:

sahlgrenska.se

Symptom vid delirium

- Påverkat medvetande, växlande
- Försämrad uppmärksamhet och koncentration
- Fragmenterat tänkande
- Hyper- eller hypoaktivitet (rubbad psykomotorik)
- Desorientering (person, tid, rum, situation)
- Psykisk oro
- Hallucinos, (paranoida) vanföreställningar, feltolkning av sinnesintryck
- Personlighetsförändring, bristande emotionell kontakt
- Störning av minne och andra kognitiva förmågor

Riskbedömning

Patienter som vårdas på avdelning 139 utsätts för flertalet yttre påfrestningar i samband med operation vilket i sig innebär risk för att utveckla delirium. Vi har valt att inte använda befintlig riskbedömning i Melior då denna ej anses vara anpassad till vår verksamhet. Med det i åtanke görs ändå en riskbedömning vid inskrivning, för att fånga upp patienter med predisponerade faktorer som löper extra stor risk att utveckla delirium under sin vårdtid.

Riskbedömningen görs i samband med ankomstsamtalet enligt nedanstående mall.

Bedömning av risk för delirium/konfusion på avdelning 139

Riskbedömning ska ske första dygnet enligt punkt 1-8 vid ankomstsamtal
Om något av kriterier 1-8 Besvaras "ja" föreligger risk för delirium.
Vid pågående delirium eller risk för delirium upprättas en plan för åtgärder och uppföljning av detta. Dokumentation sker i Melior under aktivitet "Plan för delirium konfusion,risk".

1. Kognitiv nedsättning/demens/encefalopati
2. Hög ålder (>75 år)
3. Tidigare delirium
4. Nedsatt social interaktion, exempelvis:
 - Handikappande syn och hörselnedsättning
 - Immobilisering
 - språksvårigheter
5. Psykiatrisk samsjuklighet
6. Tidigare eller aktuellt missbruk
7. Multisjuklighet/ Polyfarmaci
8. Malnutrition under en längre tid

I "Plan för delirium konfusion,risk" dokumenteras predisponerade **faktorer** under sökordet "Riskfaktorer". Hänvisa till planen i omvårdnadsstatus under sökordet "*kommunikation*".

Genom att öppna en vårdplan vid identifierad risk är förhoppningen att vi ska kunna jobba förebyggande och undvika att delirium uppstår.

Screening av Delirium på avdelning 139

Alla patienter på avdelning 139 med en vårdtid över 24 h ska screenas 1g/dygn, detta görs av sjuksköterska och undersköterska som jobbar kvällspasset. Screeningen utförs med bedömningsinstrumentet Nu-DESC (The Nursing Delirium Screening Scale) som är ett validerat och enkelt instrument för att identifiera Delirium. Det består av en bedömningskala där fem symtom identifieras och poängsätts enligt nedan.

Område	Beskrivning	Poäng
Desorientering/ förvirring	Verbala eller beteendemässiga symtom som tyder på att personen inte är orienterad till tid och rum eller förväxlar en person med en annan eller feltolkar personerna i omgivningen	
Inadekvat beteende	Inadekvat beteende i relation till situationen; t ex personen drar ut kanyler, katetrar eller tar bort förband eller försöker ta sig ur säng när det är kontraindicerat.	
Inadekvat kommunikation	Inadekvat kommunikation i relation till situation; t ex osammanhängande, obegripligt eller meningslöst tal.	
Illusioner/ hallucinationer	Ser eller hör saker som inte existerar; feluppfattning/misstolkning eller förvanskning av synintryck.	
Psykomotorisk förlångsammn	Fördröjd reaktion, få eller inga spontana reaktioner eller svar; till exempel när man stimulerar patienten får man ingen reaktion (ej väckbar) och/eller reaktionen är mycket fördröjd	
Poängsumma		
0: symtomet förekommer aldrig under arbetspasset 1: symtomet förekommer under någon del av arbetspasset men av lindrig grad 2: symtomet förekommer under någon del av arbetspasset och var mycket uttalat eller störande		

Sjuksköterska och Undersköterska på modulen ansvarar för att screeningen utförs och dokumenteras. Totalpoängen dokumenteras som ett mätvärde i Melior under "Totalpoäng Nu-DESC" samt rapporteras vidare till nästkommande omvårdnadsteam. En totalsumma på ≥ 2 poäng indikerar att Delirium föreligger. Detta tas upp med läkare vid nästa rondtillfälle.

Handlingsplan vid identifierat Delirium

- Vid identifierat delirium kartläggs möjliga utlösande faktorer.
- Om predisponerande faktorer föreligger; använd hjälpmedel/anpassa vårdmiljön utefter dessa.
- Tillämpa omvårdnadsåtgärder och eventuella farmakologiska åtgärder enligt nedan.
- Fortsatt daglig screening (kan behöva ökas till 1gg/pass vid kraftigt fluktuerande förlopp).
- Ta upp på rond dagligen, stäm av med läkare. Diskutera behov av extravak.
- Se över aktuell läkemedelslista och utvärdera om något behöver sättas in eller ut (för referens se kapitlet nedan).

All dokumentation sker i Melior under aktivitet "Plan för delirium konfusion, risk". Planen är en levande anteckning och bör uppdateras kontinuerligt.

Diagnos ställs av läkare som dokumenterar i daganteckning och i slutanteckning. Även sjuksköterska dokumenterar i slutanteckning i Melior om delirium förekommit under vårdtiden 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

Prevention och behandling av Delirium

Omvårdnadsaspekter

Omvårdnadsåtgärder är det största verktyget både vad gäller att förebygga och behandla Delirium. Genom dessa omvårdnadsåtgärder skapar vi förutsägbarhet och kontinuitet för patienten, för att underlätta re-orientering. Det är mycket viktigt att skapa tillit, vara lugn, icke-konfronterande och ha ett lågaffektivt bemötande. Tänk på att möta patienten där den är, och att använda hjälpmedel när/om det behövs.

Nedan är en lista på omvårdnadsåtgärder som är extra viktiga att tillämpa vid delirium.

- Förebygga smärta
- Tidig och frekvent mobilisering, anpassad efter patientens förmåga.
- Upprätthållande av normal dygnsrytm (tala om vilken dag och tid det är, ha klocka synlig, ljus på dagen, uppdragna persienner så att patienten kan se ut, dagstidning, aktiviteter på dagen, skapa lugn på kvällen, främja god nattsömn, använd whiteboardtavlan för dagsschema).
- Lugn miljö med lagom stimuli. Personliga saker hos patienten. (Undvik flersal, Enkelrum om möjligt).

- Säkerställ fungerande kommunikation (fungerande hörapparat, glasögon, tala lugnt och tydligt med korta meningar, ge saklig information, håll ögonkontakt, använd bildstöd/tolk vb).
- Undvik onödiga förflyttningar (mellan avdelningar, patientsalar).
- Undvik om möjligt fysiska hinder (sänggrindar, dropp, slangar osv).
- Säkerställ basala kroppsfunktioner/behov (Närings- och vätskeintag, miktion och avföring).
- Involvera anhöriga.

Farmakologiska aspekter

Det viktigaste vid behandling av delirium är att identifiera och åtgärda utlösande faktorer.

Nedanstående läkemedel är vanliga orsaker till utlösande av Delirium.

- Antikolinerga (Detrusitol mfl, Atarax, Propavan, Saroten)
- Opioder (starka och svaga)
- NSAID
- Kortison
- Antiepileptika
- Antipsykotiska
- Bensodiazepiner (framförallt långverkande)
- Vissa sömnläkemedel: Zolpidem (Stilnoct)

Vissa läkemedel kan därför behövas sättas ut tidigt i förloppet.

Samtidigt behövs även vissa läkemedel sättas IN tidigt i förloppet för att dämpa symtom och främja återhämtning. Alla nedanstående läkemedel utvärderas dagligen och sätts ut så snart som möjligt!

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

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 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)

Kom ihåg att medicineringsmedel endast får ges om patienten vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), konsultera psykiatriker vid behov. Ta särskild hänsyn till om patienten är åldrad vid val och dosering av läkemedel. Neuroleptika ges med försiktighet, särskilt till patienter med demens (associerat med ökad risk för stroke och mortalitet), Lewybodydemens eller parkinsons sjukdom (ökad risk för malignt neuroleptika syndrom).