

# Förvirringstillstånd i palliativ vård

2016-06-20

Referat av **Peter Strang**, onkolog och professor i palliativ medicin vid Karolinska Institutet. Referatet publicerades ursprungligen i PKC:s Nyhetsbrev #7, i juni 2016.

Akuta förvirringstillstånd är betydligt vanligare än man tror och man ser dem både i vanlig sjukvård, inom äldreomsorgen och i den specialiserade palliativa vården. Siffror runt 30% är inte alls ovanliga och i döendefasen vet man utgående ifrån studier att 20–80% besväras av någon grad av förvirring. Siffrorna varierar beroende på patient, diagnos och symtombild. En del av våra "äldre-äldre" kan ha en kombinerad form av demens och förvirring, vilket innebär att man har en demens, men tillståndet kompliceras av en akut förvirring.

## Hur ställs diagnosen förvirring/delirium?

I formella sjukvårdssammanhang används ordet "delirium", som många enbart förknippar med alkoholmissbruk, men delirium betyder egentligen förvirringstillstånd. Enligt DSM-5 (den internationellt mest använda manualen för att ställa psykiska diagnoser) kännetecknas ett förvirringstillstånd (delirium) av:

- Medvetandestörning
- Påverkan på kognitionen som t.ex. kan innebära att patienten:
  - Inte vet vem hon är
  - Har svårt att svara på enkla frågor, tappar tråden
  - Pratar osammanhängande
  - Har vanföreställningar, dvs. tolkar ljud- och synintryck fel

Förvirringstillstånd uppstår ofta snabbt och växlar över dygnet. Det finns ofta en bakomliggande fysisk orsak (smärta, infektion, nyinsatt läkemedel osv) som utlöst förvirringen. Det är därför förvirringen kan börja så plötsligt!

## Två typer av förvirring

Det finns två huvudformer av förvirring: En hypoaktiv och en hyperaktiv form.

**Hypoaktiv form:** Denna form är i särklassigt vanligast och kännetecknas av en stillsam bild. Patienten är ofta sängliggande, förefaller glömsk och kanske lite förvirrad utan att man sätter ord på det. När man t.ex. skall skriva in en sådan patient kan svaret på de flesta frågor bli *"Ehh... jag minns inte riktigt..."* Personen ifråga minns inte när hon blev sjuk eller var hon har vårdats men om man hjälper till med *"Var det inte så att du låg en månad på XX kliniken?"* får man ofta ett lättat svar *"Ja, så var det!"*.

Eftersom symtombilden är så stillsam, missar man ofta att det handlar om förvirring och inte vanlig glömska.

**Hyperaktiv form:** Om patienten drabbas av ett hyperaktivt förvirringstillstånd, är symtombilden tydlig. Patient blir rastlös, vänder på dygnet, hon blir kanske orolig, rädd och misstänksam. Många gånger har dessa patienter också vanföreställningar, vilket innebär att de t.ex. hör ljud som finns (någon spolar en toalett) men man tolkar det som om *"någon håller på och borrar sig in i mitt rum!!"*.

## Utösande faktorer

Det är viktigt att komma ihåg att det ofta kan finnas en fysisk orsak som utlöser den akuta förvirringen, t.ex. smärta, feber eller infektioner. Varje fysiskt symptom är en stressfaktor både för kroppen och hjärnan och när man är känslig kan det därför räcka med så oskyldiga orsaker som en urinvägsinfektion för att en skör person skall utveckla ett förvirringstillstånd.

Några vanliga fysiska orsaker finns samlade i nedanstående faktaruta.

### Exempel på fysiska orsaker som kan utlösa förvirringstillstånd

- Feber/infektion (UVI, lunginflammation)
- Hjärtsvikt med tung andning
- Smärta
- Uttänjd blåsa eller tarm (flera dagars förstoppning)
- Nyinsatta läkemedel (t.ex. betablockerare, NSAID, opioider osv.)
- Intorkning (dehydrering)
- Hyperkalcemi

## Att behandla förvirringstillstånd

### *Bakomliggande orsak*

Som redan nämnts, finns det ofta en bakomliggande orsak som utlöser förvirringen. I första hand skall behandlingen inrikta sig på detta! Om patienten fått ett nytt läkemedel som gett förvirring – sätt då ut tablett! Om du tror att urinvägsinfektionen och febern utlöst förvirring, behandla då i första hand UVI:n!

### *Omvårdnadsåtgärder*

När man pratar om behandling är det lätt att tänka på läkemedel, men det som måste komma i första hand är omvårdnadsåtgärder! För den som drabbats av förvirring är allt oroande och upplevs kanske som skrämmande och farligt. Då blir man lätt aggressiv.

Av den anledningen handlar den goda omvårdnaden om att skapa lugn och helst skall ganska få vårdare sköta just den personen för att minska oron. Det handlar också om att närma sig personen framifrån, tala om vem man är och vad man tänker göra (*"Jag heter syster Lisa och jag skall hjälpa dig med strumporna!"*).

Nattetid är det bra med en svag nattlampa så att personen ser var hon är och känner igen sig. Vid akut förvirring skall man undvika förflyttningar till annan avdelning. Om man tror att intorkning och feber bidrar till förvirringen skall man förstås hjälpa till med vätska och med febernedsättande tablett.

### *Läkemedel vid förvirring*

Ibland behövs ändå läkemedel, särskilt om patienten är orolig, rädd, aggressiv och dessutom har vanföreställningar. Det man brukar rekommendera är t.ex. haloperidol (Haldol) eller risperidon (Risperdal) och ofta brukar lägsta möjliga dos vara lämplig i palliativ vård. Klometiazol (Heminevrin) kan vara ett alternativ hos äldre aggressiva, förvirrade patienter och kan både ges till kvällen och som dagsdoser (se FASS!). Mer moderna preparat som olanzapin (Zyprexa) har prövats i palliativa studier, även om preparatet inte formellt är godkänt i FASS för förvirringstillstånd. Även då har man startat med lägsta möjliga dos och ökat vid behov.

Undvik att ge bensodiazepiner vid oro som utlösts av förvirring eftersom bensodiazepiner kan förstärka oron hos känsliga patienter. Om man behöver ge bensodiazepiner, bör man ge haloperidol (Haldol) samtidigt.

## Referenser

För referenser och vidareläsning se:

- Strang P: *Förvirring, delirium och terminal oro*. Ur boken: Strang & Beck-Friis: **Palliativ medicin**, 4:e upplagan 2012. (sid 285–290)

- Strang, P: *Förvirringstillstånd*, i boken **Palliativ vård inom äldreomsorgen**, 3:e upplagan (sid 82–85).