

Förvirringstillstånd i palliativ vård

2015-04-21

Referat av **Peter Strang**, onkolog och professor emeritus i palliativ medicin vid Karolinska Institutet. Referatet publicerades ursprungligen på Palliativt kunskapscentrums webbplats den 21 april 2015.

Förvirringstillstånd (i engelskspråkig litteratur ofta "delirium" eller "confusional state") är ett vanligt och underdiagnostiserat tillstånd som många patienter drabbas av i livets slutskede.

Enligt studier har 20–60% någon grad av förvirring när de skrivs in i palliativ slutenvård och under de sista dagarna/timmarna gäller ännu högre siffror, upp till 80–90%. Av den anledningen klarar inte patienter t.ex. att svara på VAS-skattningar på ett pålitligt sätt, det är säkrare med ja/nej frågor eller att använda ord såsom "inte ont" eller "lite ont", "mycket ont".

Akut förvirring i palliativ vård är ett dåligt prognostiskt tecken – det talar för att patienten verkligen är nära livets slut.

Att diagnostisera förvirring

Inom palliativ vård talar man idag om två typer av förvirringstillstånd: en stillsam hypoaktiv form (hypoactive delirium) som är vanligast och som ofta missas, och en hyperaktiv form (hyperactive delirium) med en rastlös, orolig patient som vänder på dygnet. I typiska fall har tillståndet börjat plötsligt, patienten har en tydlig medvetandestörning, klarar inte av att hålla tråden och förefaller virrig. Hon eller han känner ofta oro och rastlöshet och kan bli aggressiv p.g.a. att hon/han känner sig hotad.

Orsaken till detta är vanföreställningar: patienten hör ljud som finns (t.ex. grannen som spolar på toa) men ljudet vantolkas och personen tror att "tjuvar håller på att bryta sig in". Hon kan se skuggor ute på gårdsplan, men skuggorna tolkas som spioner eller mördare. Då är det inte konstigt att patienten blir rädd och vill skydda sig – med sin käpp.

Varför blir man förvirrad?

Blir den fysiska eller psykiska belastningen för stor, så kan vem som helst råka in i ett tillstånd av förvirring. Friska människor har en stor reservkapacitet i hjärnan – därför drabbas vi väldigt sällan av förvirringstillstånd. Vid svår sjukdom och hög ålder är reserverna mycket små – det behövs därför bara en liten kroppslig eller psykisk belastning för att man skall bli snurrig.

Risken är särskilt hög om man dessutom har en hjärnsjukdom – t.ex. en demens eller hjärnmetastaser.

Vanliga orsaker till förvirring

- ***Fysiska orsaker***

För en äldre skör person kan en urinvägsinfektion eller en långvarig, smärtsam förstoppning räcka till för att ett förvirringstillstånd med oro och aggressivitet skall uppkomma! Då handlar det inte om att ge lugnande medel utan att behandla förstoppningen eller UVIn...!

Andra vanliga orsaker är plötslig smärta, hjärtsvikt som ger andningsproblem, hjärtinfarkt eller lung-inflammation. I cancersammanhang bör man också tänka på hyperkalcemi eller svängande blodsocker.

- ***Läkemedel***

Vissa läkemedel kan ge akut förvirring för personer med känslig hjärna, t.ex. patienter med samtidig demens och kroppslig sjukdom. Risken är påtaglig för preparat såsom NSAID (antiinflammatoriska preparat) och antikolinergt verkande preparat (t.ex. tricykliska preparat eller skopolamin), men risken finns också bl.a. för kortison, morfin-preparat och diazepam.

Ett bra tips är att kolla om patienten har några nyinsatta läkemedel. Ändå är smärta i sig en större riskfaktor än smärtstillande medel! Smärta skall alltid behandlas!

- ***Sociala orsaker***

Förflyttningar till "okänd avdelning", för mycket ljud, för många inblandade personer kan räcka till för att utlösa förvirring. Helt mörka rum nattetid kan också skapa förvirring när patienten vaknar

Behandling av förvirring

Enkla åtgärder handlar om att skapa lugn, undvika höga ljud och låta ett fåtal sköterskor sköta personen. Nattetid är det bra med svag nattlampa. Därefter bör man tänka igenom om det finns

fysiska orsaker (se ovan) som kan åtgärdas eller läkemedel som kan sättas ut. I 30–50% av fallen löser det problemet helt! I övriga fall behövs läkemedel.

I 1:a hand: bland läkemedel är Haldol standardpreparatet, men man börjar med låga doser, 0,5–1 mg som kan upprepas efter 2–4 timmar. Tabletter verkar långsammare och cirka 60% tas upp (biotillgänglighet). Heminevrin 300 mg x 3 kan fungera på äldre patienter. 2a hand: Zyprexa 2,5–5 mg eller Risperdal i lågdos är alternativ.

Bensodiazepiner, särskilt diazepam (Stesolid) kan i högre dos förvärra förvirringstillståndet. Om man vill lägga till en bensodiazepin är det fördel att välja oxazepam (Oxascand) som saknar metaboliter.

Hos döende: Om patienten är döende kan palliativ sedering med låga doser midazolam i kombination med Haldol övervägas. Doser återfinns i referenserna. (OBS! Ordinerande läkare bör anpassa doserna till "sin" patient.)

Referenser

- Bush S et al: **Treating an established episode of delirium in palliative care: expert opinion and review of the current evidence base with recommendations for future development.** *Journal of Pain and Symptom Management*, 2014; 48(2):231–48
- Strang P: **Förvirring, delirium, terminal oro.** Ur boken Strang & Beck-Friis: *Palliativ medicin och vård* (Liber 2012). Sid 285–290
- Strang P: **Palliativ vård inom äldreomsorgen** (Vårdförlaget 2012), sid 82–84