

Doknr. i Barium 15313	Dokumentserie su/med	Giltigt fr o m 2016-10-01	Version 4
RUTIN Konfusion			
Innehållsansvarig: Linda Öst, Undersköterska natt, Avdelning 4 akutgeriatrik (linos1) Godkänd av: Mona Andersson Palmqvist, Verksamhetschef, Verksamhetsledning (monpa7) Denna rutin gäller för: Verksamhet Geriatrik Lungmedicin och Allergologi			

Innehållsansvariga

Linda Öst, undersköterska, Aleksandra Pilipovic, specialistläkare Geriatrik, Cristina Gutiérrez Pérez, specialistläkare Geriatrik.

Revideringar i denna version

Blankett för riskbedömning

Syfte

Syftet är att ge all vårdpersonal en ökad medvetenhet om vikten av att aktivt förebygga konfusion. Genom ett adekvat förhållningssätt kan konfusionsutvecklingen minskas och händelseförloppet påverkas i både konfusionsgrad och duration vilket leder till mindre lidande för patienten och kortare vårdtid.

Bakgrund

Konfusion, eller akut förvirringstillstånd, är en vanlig men ofta förbisett allvarligt tillstånd som drabbar närmare hälften av våra gamla på sjukhus. Med adekvat omhändertagande och behandling avklingar konfusionen (det kan ta allt från några dagar till flera veckor). Cirka 30% av patienter med obehandlad konfusion dör, mörkertalet är stort.

En tidig upptäckt av tillståndet med snabb insättande behandling och god omvårdnad leder till en förkortad sjukdomstid vilket också innebär minskad arbetsbelastning och minskade vårdkostnader.

Definition av konfusion

Konfusion är ett **akut** insättande, **fluktuerande** och **övergående** tillstånd av mental svikt då individen inte längre kan fungera på ett för sig normalt sätt.

Det uppträder när hjärnan blir överbelastad som vid fysiska och psykiska påfrestningar.

Vid konfusion förlorar patienten förmågan att rätt förstå omgivningen och sin egen situation, vilket skapar oro och otrygghet och därmed mer konfusion. Således behöver patienten extra hjälp med att förstå och bli förstådd.

OBS: Patienten kan komma ihåg hela eller delar av konfusionsförloppet!

Konfusion kan yttrar sig som:

Hyperaktiv konfusion - Patienten är agiterad, orolig, upprörd, upphetsad, plockig och rastlös.

Hypoaktiv konfusion - Patienten är passiv, inåtvänd och somnolent. Svårupptäckt!

Blandning av hyper/hypoaktiva symtom kan också förekomma.

Kännetecken konfusion

- * Akut debut
- * Växlande/fluktuerande tillstånd över dygnet (vanligast kväll/ natt)
- * Försämrad uppmärksamhetsförmåga
- * Kan inte tänka klart/vilsenhet
- * Svårighet att tolka omgivningen
- * Osammanhängande tal
- * Rastlöshet/oro/slöhet/somnolens
- * Vanföreställningar/hallucinationer
- * Emotionella symtom
- * Rubbad dygnsrytm/avbruten sömn

Arbetsbeskrivning

Vid **ankomstsamtal** på avdelningen identifieras risk för konfusion och dokumenteras med stöd av blankett "Riskbedömning konfusion", enligt bilaga 1.

Om risk för konfusion föreligger upprättas en vårdplan, se bilaga 1.

För att få diagnos konfusion krävs 3 av 4 kriterier enligt DSM-IV (Bilaga 2). Diagnosen ställs av läkare som dokumenterar i en **daganteckning** och i **slutanteckningen**.

Har patient lidit av konfusion under vårdtiden ska sjuksköterskan dokumentera det i sin slutanteckning.

All personal som arbetar runt patienten ansvarar för att upptäcka tidiga tecken på konfusion.

RUTIN Konfusion

Orsaker till konfusion	Åtgärder för att häva konfusion
Läkemedel	<ul style="list-style-type: none"> • Minska eller sätta ut olämpliga läkemedel • Byt till mindre konfusionsdrivande läkemedel
Infektioner	<ul style="list-style-type: none"> • Behandla med antibiotika
Hypo-/hyperglukemi	<ul style="list-style-type: none"> • Justera läkemedelsbehandling
Vätskebalansstörning	<ul style="list-style-type: none"> • Bedöm och behandla dehydrering, övervätskning, hjärtproblem, elektrolytrubbning • Vätske- och kostregistrering
Syrebrist	<ul style="list-style-type: none"> • Behandla hypoxi • Vid kolsyreretention, ge understödjande ventilation • Kartlägg annan orsak (hjärtinkompensation, obstruktivitet, anemi) och behandla
Eliminationsproblem: Urinretention, förstoppning	<ul style="list-style-type: none"> • Bedömning • Laxering • Bladderscan, RIK, KAD
Förlust av sinnesintryck	<ul style="list-style-type: none"> • Se till att glasögon, hörapparat finns och fungerar • Kompensera med hjälpmedel som t ex tavlor och tydlig kommunikation • Använd tillräcklig belysning utan att blända • Lugn omgivning och lagom stimuli • Placera patienten så denne lätt kan ta kontakt med personal • Möjliggör kontakt med andra
Sömnstörningar	<ul style="list-style-type: none"> • Vara tillräckligt trött vid sänggående • Aktiviteter i dagsljus • Undvika diuretika och koffein timmarna innan sänggående • Minska ljus och ljud vid sänggående • Lugnande musik • Varm dryck • Kort avslappnande massage

RUTIN Konfusion

Faktorer som påverkar	Åtgärder för att underlätta patientens kontakt med omgivningen
Förlust av känd omgivning och kända ansikten	<ul style="list-style-type: none"> • Ta hjälp av närstående • Var få personer runt den konfusionella patienten • Lugnt icke-hotfullt, icke-konfronterande sätt • Reorientering, men också inlyssnande, inkännande • Lämna inte patienten utan tillsyn • Undvik byta patientrum
Stressig och främmande sjukhusmiljö med okända rutiner	<ul style="list-style-type: none"> • Var närvarande, undvik stress • Förklara vem du är, vad du tänker göra och varför • Tala direkt till patienten med ett enkelt språk • Invänta svar och ha inte bråttom • Noggrann beskrivning av åtgärder, behandlingar • Undvik sjukhusjargong och prata inte över huvudet på patienten • Berör patienten med försiktighet • Modifiera sjukhusmiljön (personliga saker, kända föremål) • Håll dig till här och nu då tidsuppfattning är svårt • Undvik sådant som irriterar patienten
Svårighet att kommunicera behov och få dem tillfredsställda	<ul style="list-style-type: none"> • Underlätta kommunikationen med hjälpmedel • Ha ögonkontakt med patienten rakt framifrån • Tänk över placeringen i rummet • Patienten kan behöva hjälp med mat och dryck
Immobilisering	<ul style="list-style-type: none"> • Minska om möjligt hinder såsom grindar, sängläge, KAD
När ingenting hjälper och patienten blir allt mer agiterad	<ul style="list-style-type: none"> • Läkemedelsbehandling • Psykiatrikonsult (för äldre än 65 år kontakta neuropsykiatrikonsult)
Kontakt med närstående	<ul style="list-style-type: none"> • För anamnes • För information om konfusionen • Som deltagare i teamet runt patienten

Doknr. i Barium 15313	Giltigt fr.o.m 2016-10-01	Version 4
--------------------------	------------------------------	--------------

RUTIN Konfusion

Ansvar

Läkare samt sjuksköterska och undersköterska som tar hand om patienten ansvarar tillsammans för utförandet av rutinens aktiviteter.

Ansvar för spridning och implementering har sektionschef och vårdenhetschef. Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar och lagar.

Uppföljning, utvärdering och revision

Ledare för prioriterat ansvarområde ansvarar tillsammans med verksamhetsutvecklare för att utvärdering och revidering av rutindokumentet sker vid behov, dock senast två år efter godkännande.

Relaterad information

Bilaga 1. Riskbedömning konfusion

Referenser

Andersson, S. "Konfusion/förvirrings tillstånd. Reviderad av Ragnar Åstrand 2010.

Inouye, S. K., D. Acampora, et al. (1993). "The Yale Geriatric Care Program: A model of care to prevent functional decline in hospitalized elderly patients". *J Am Geriatr. Soc.* **41** (12): 1345-1352

Inouye, S. K. and P. A. Charpentier (1996). "Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability." *Jama* **275** (11): 852-7.

Lindesay, J., K. Rockwood, et al., Eds. (2002). "Delirium in old age". New York, Oxford University Press.

Milisen, K., M. D. Foreman, et al. (2001). "A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients." *Journal of the American Geriatrics Society* **49** (5): 523-32.

Granskare

Simina German, sektionschef, allmän geriatrik
Ia Nilsson, vårdenhetschef, avd 603
Lena Larsson, vårdenhetschef avd 4/5
Parvin Noori, sektionsledare avd 19/32
Linnéa Carling, vårdenhetschef 604
Åsa Henriksson, verksamhetsutvecklare GLA

Blankett: Riskbedömning Konfusion

Bilaga 1

Alla patienter riskbedöms första dygnet enligt punkt 1-3 vid ankomstsamtal. Om något av kriterier 1 till 3 bevaras ”ja” föreligger risk för konfusion. Resultatet av bedömningen skrivs in under sökord ”**Kommunikation**” i omvårdnadsstatus enligt nedan, oavsett om risk föreligger eller inte. Punkt 4 bedöms gemensamt näst kommande dag på sitttrond. Sjuksköterska ansvarar för att bedömningen genomförs och dokumenteras. Läkaren ansvarar för diagnosättning vid utskrivning.

Dokumentation ”**Kommunikation**”:

- Risk för konfusion: Nej
- Risk för konfusion: Ja, p.g.a. eller r/t...

Lathund för konfusionsrisk
1) Kognitiv nedsättning (enl tidigare dokumentation eller enl närstående)
2) Tidigare konfusionstillstånd (enl journal)
3) Låg grad av social interaktion, exempelvis: <ul style="list-style-type: none">• handikappande syn- och hörselnedsättning,• immobilisering,• språksvårigheter.
4) Yttre påfrestningar, exempelvis: <ul style="list-style-type: none">• 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

Bilaga 2

DSM- IV – För diagnossättning av konfusion

- 1) Medvetandestörning (dvs grumlad förmåga att uppmärksamma omgivningen) med minskad förmåga att fokusera, vidmakthålla eller skifta uppmärksamheten.
- 2) Kognitiva förändringar (såsom försämrat minne, desorientering, språkstörning) eller perceptionsstörning som inte kan förklaras med demenssjukdom.
- 3) Störningen utvecklas under kort tid (vanligen timmar eller dagar) och tenderar att fluktuera under dygnets lopp.
- 4) Det finns hållpunkter från anamnes, somatisk undersökning eller laboratorieresultat att störningen är en direkt fysiologisk följd av somatisk sjukdom/skada

Kommentar

Begreppet förvirring/förvirringstillstånd benämns i internationellt språkbruk som delirium. Även den svenska versionen av klassifikationsregistret ICD-10 använder denna benämning. Detta utgör ett semantiskt problem, eftersom den traditionella svenska tillämpningen av ordet delirium (delirium tremens, delirium acutum) är djupt rotad.

ICD-10

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