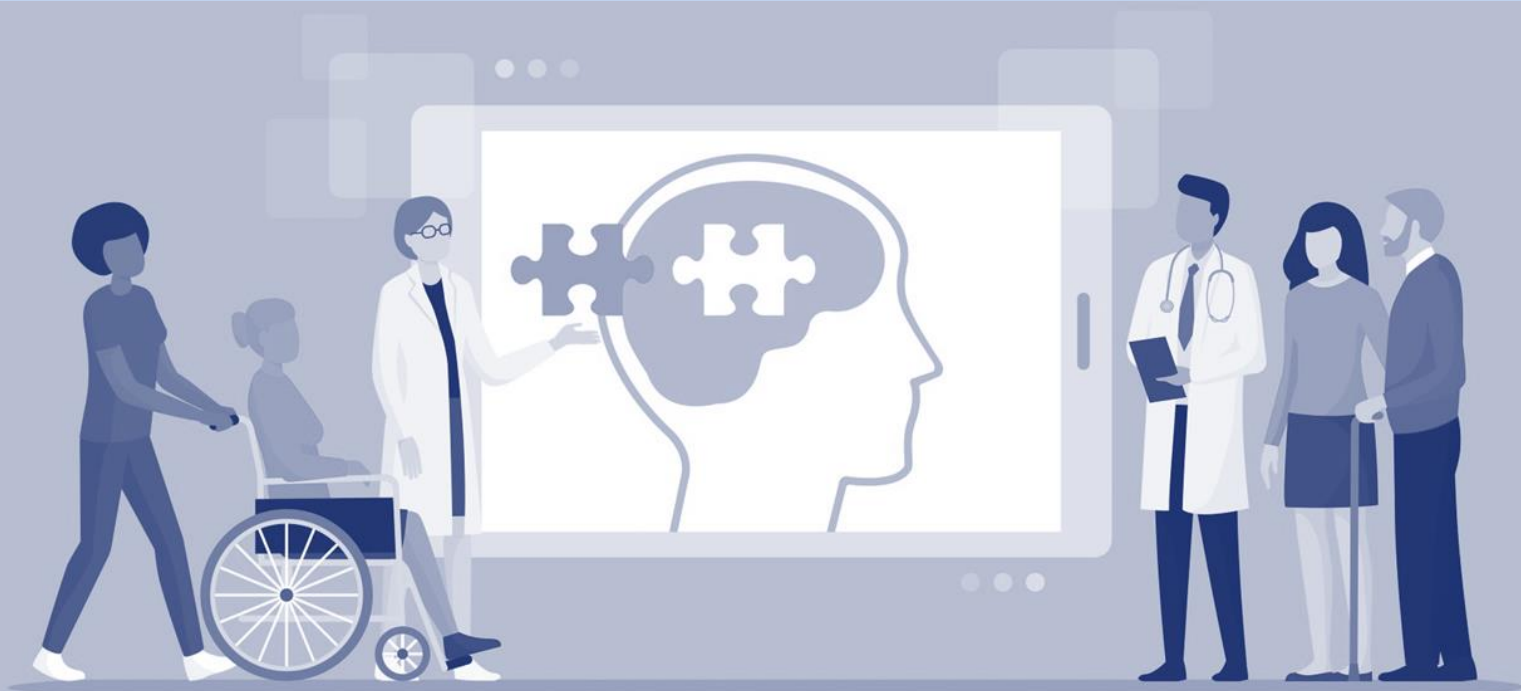
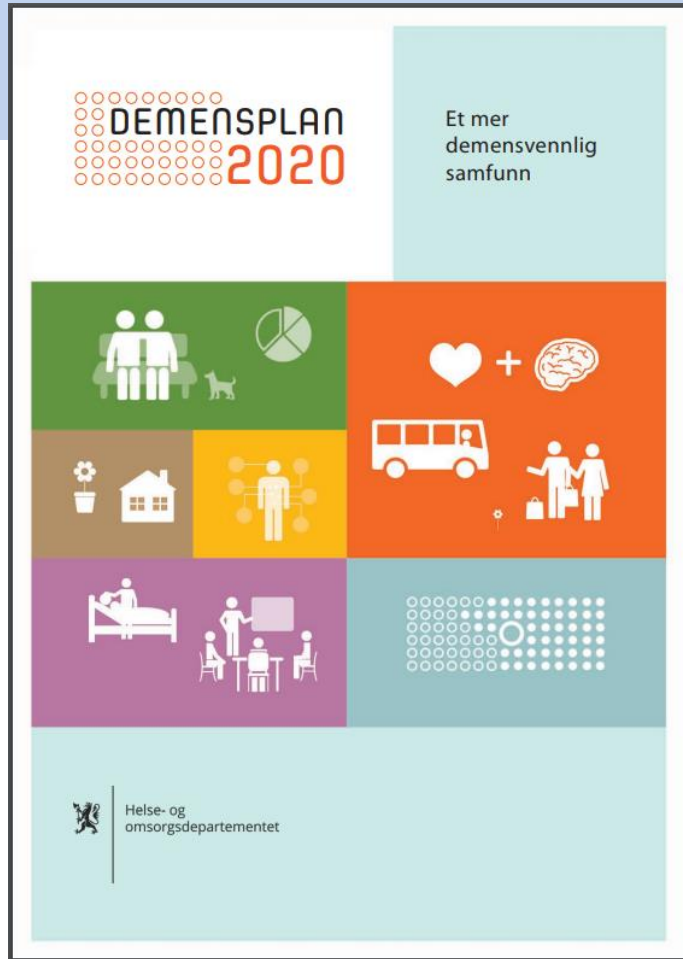


DEMENSVENNLIGE SYKEHUS

NSH konferansen 2019, Fremtidens eldreomsorg.



DEMENSPLAN 2020



- *Et mer demensvennlig samfunn*

NETTVERK DEMENSVENNLIGE SYKEHUS



ET MER
DEMENSVENNLIG
SAMFUNN



Nasjonalforeningen
for folkehelsen



DEMENSVENNLIG SYKEHUS



ET MER
DEMENSVENNLIG
SAMFUNN

Kunnskap og åpenhet
om demens

Organisering og
pasientforløp

Fysiske
omgivelser

DEMENSVENNLIG SYKEHUS



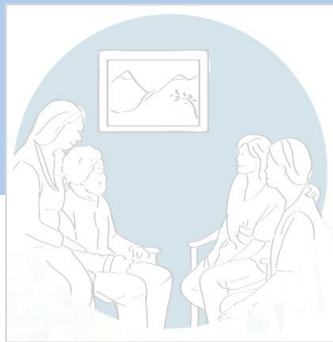
SATSNINGEN PÅ DEN ELDRE PASIENT



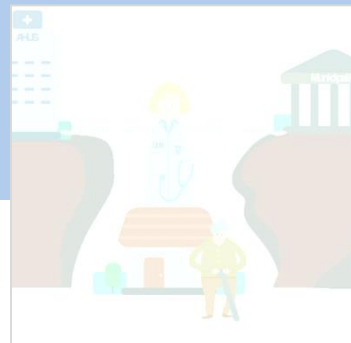
ORTOGERIATRI



DEMENSVENNLIG
SYKEHUS



TVERRFAGLIG
POLIKLINIKK



MEDISINSK
AVSTANDSOPPFØLGING



RIKTIG BEHANDLING
I LIVETS SLUTTFASE



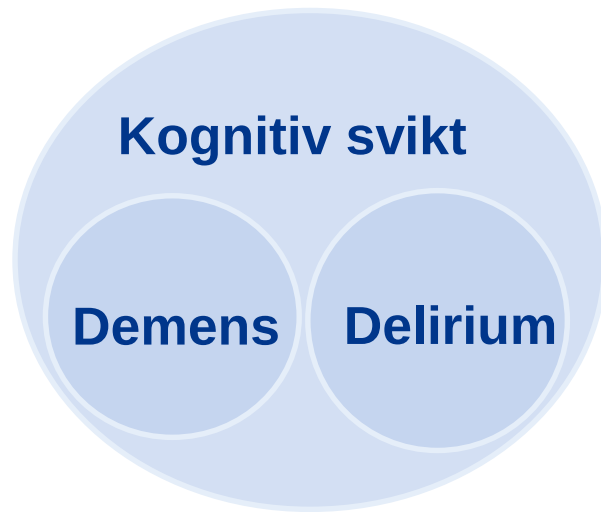
HVA SKAL VI OPPNÅ?

Prosjektet tar sikte på å utvikle og prøve ut en modell for bedre ivaretagelse av akuttinnlagte personer med kognitiv svikt



- Et steg i retning av et mer demensvennlig sykehus -

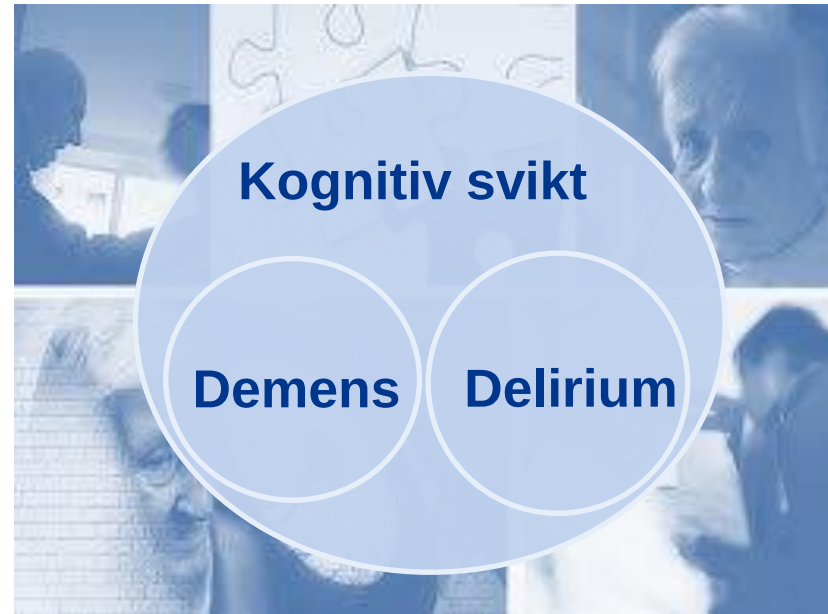
HVORFOR?



- Om lag 50% av eldre pasienter som ankommer akuttmodtaket har en form for kognitiv svikt (Evensen et al., 2019)
- Estimert prevalens på 20% ved universitetssykehus (Ryan et al., 2013)
- I 57%-83% av tilfellene blir ikke delirium identifisert (Han and Suyama, 2018)

HVORFOR?

- Stort ubehag for pasient og pårørende
- Økt dødelighet
- Økt risiko for demens
- Pleietyngde
- Økt liggetid
- Store kostnader



DESIGN

Delstudie 1



**Kartlegge erfaringer
pasienter og pårørende**

Delstudie 2



**Utvikle og prøve ut en modell
for tilrettelagt oppfølging**

Delstudie 3



**Kartlegge erfaringer
helsepersonell**

2018

2019

Prosjektplan og organisering

Forankring med de kliniske avdelinger

Ansettelse i prosjektet

Kartlegging
Historisk kontroll

Intervju
Pas & Pårørende

**Utvikling av
modell**

ERFARINGER

Kartlagt 212 akuttinnlagte pasienter ≥ 75 år

- Medisinske og demografiske opplysninger
- Kognitiv testing: 4AT, MMSE & CAM
- 42 % av pasientene ≥ 75 år har en positiv screening med 4AT
- 4AT er tidseffektiv og kan benyttes uten omfattende opplæring

4AT

Pasientens navn: (frikant)

Fødselsdato:

Pasientnummer:

Screening for delirium og kognitiv svikt

Date: Tidspunkt:

Testen er utført av:

[1] ARVAKENHET (forholder seg normalt til omgivelsene)

Pasienten utfører trykling mens (plus, vanligvis å vitne og eller et spesifikt svar ved undersøkelsen) eller motorisk urolig/tyrsk. Observer pasienten. Hvis pasienten svarer, forsøk å velge pasienten med vanlig stemme eller ved varsom berøring på skulderen. De pasienten oppgi navn og adresse til hjelp med vurderingen.

Normal (felt ønsket, ikke urolig ved undersøkelse)	0
Lett svøvig < 10 sekunder etter oppklaring, deretter normal	0
Tydelig unormalt)	4

[2] AMT4 (Forkortet mental vurdering)

Alter, fødselsdato, sted (premiert på trykkesett eller trykkesett), årstal

Ingen feil	0
1 feil	1
2 feil eller flere feil	2

[3] OPPMERKSOMHET

Spør pasienten: "Kan du i tillegg rekkefølge navne for meg årets måneder, begynner med desember."

A: Hjelp pasienten med å innvise spørsmål hvis er måneder for desember for er feil.

Rakkefølgen av årets måneder baklengs

Oppgi 7 måneder eller flere korrekt	0
Bygges, men klarer < 7 måneder anslå å begynne	1
Ikke testbar (er urolig, døs, utopmerksom)	2

[4] AKUTT ENDRING ELLER FLUKTUASJON I TILSTAND

Hjelpspørsmål for betydelige endringer eller fluktasjoner knyttet til årvakenhet, kognition, annen mental funksjon.

(F.eks. paranoid symptomer, hallusinasjoner) oppstått i løpet av de siste to uker og fremdeles tilstede de siste 24 timer

Nei	0
Ja	4

24: mulig delirium og eller kognitiv svikt

1-3: mulig kognitiv svikt

4: delirium eller alvorlig kognitiv svikt usammenheng innen fremdeles mulig delirium hvis informasjon under punkt 4) er ufullstendig

4AT SKÅR

VEILEDNING

Veileder 1.2. Informasjon og veiledning www.4at.com

Instrumentet 4AT er utformet for en rask ferdigvurdering av delirium og kognitiv svikt. En skal på 4 eller 5 minutter delirium, men er ikke diagnostisk. En kan designet vurdering av mental status kan være ulikhet for en settet delirium. En skal på 1-3 minutter kognitiv svikt. Mer detaljert kognitiv testing og informasjon om pasienten er påkrevet. En skal på 5 minutter ikke sikkert delirium eller kognitiv svikt. Mer detaljert testing kan være påkrevet, avhengig av den kliniske situasjonen. Vurderingen under punkt 1-3 er kun basert på observasjon av pasienten når undersøkelsen gjennomføres. Punkt 4 krever informasjon fra en eller flere kilder, som din egen kunnskap om pasienten, annen personell som kjennetegner pasienten, bedrømt, dokumentasjon, pasientens. Den som utfører vurderingen bør ha kunnskap i kommunikasjonsteknikker (hørbarestemme, dyktig, raske) på språk når vurderingen gjennomføres og resultaterne tolkes.

Årvakenhet: Endret nivå av bevissthet og oppmerksomhet i en generell sykdomstilstand. Hvis pasienten viser betydelig svikt av bevissthet ved undersøkelsen, sett skår 4 på dette punktet.

AMT4 (Forkortet mental vurdering) - 4: Denne skåren kan overføres fra AMT10 hvis denne er gjort sett for 4AT. **Aktut endring eller fluktasjoner tilstand:** Fluktasjoner tilstand kan oppstå uten delirium i noen tilfeller hos pasienter med demens, men tydelig fluktasjoner tilstand indikerer delirium. For å avklare fluktasjoner og eller paranoid tanker, spør pasienten spørsmål som: "Er du bekymret for hva som skjer her?". "Er du redd for noe eller noen?". "Har du sett eller hørt noe uvanlig?".

ERFARINGER



” Det at alle informerer litt forskjellig gjør det bare enda mer forvirrende

Pasient

” Vi får informasjon, men kun hvis vi spør

Pårørende

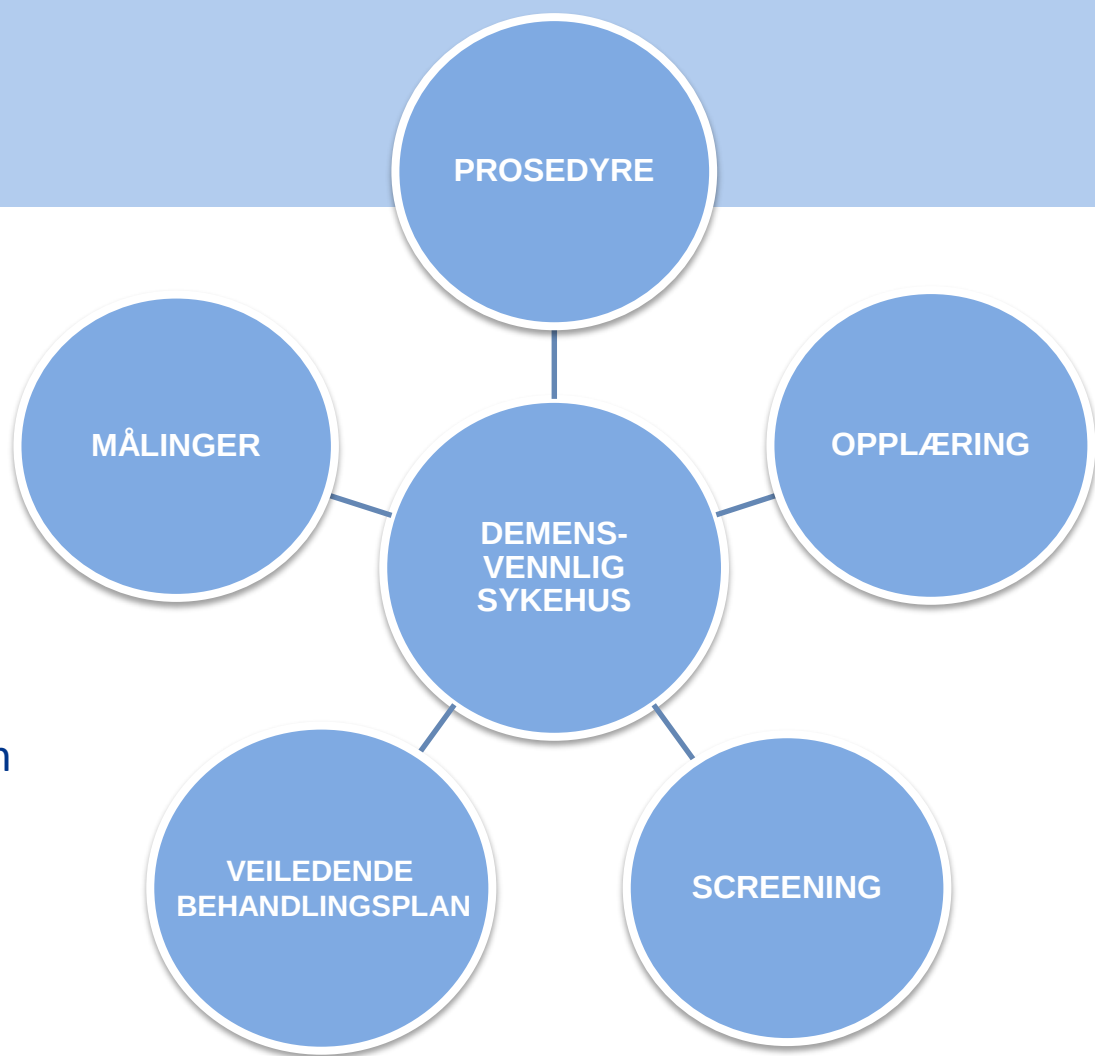
” Viktig og godt å ha med pårørende som kan formidle det pasienten ikke klarer å få sagt

Pårørende

MODELLEN

Basert på:

- Litteratur
- Kartleggingen, pasient- og pårørendeintervjuer
- Innspill fra brukerpanelet i Nasjonalforeningen for folkehelsen
- Erfaringer fra småskålatesting og tilbakemeldinger fra klinikk



PROSEDYRE

OK - MD - Tidlig identifisering og behandling av pasienter med delirium og kognitiv svikt

Forfatter: Nina Mickelson Weldingh
Godkjent av: Pål Wiik

Gyldig fra: 26.08.2019
Revisjonsfrist: 25.08.2021

Revisjon: 1.0
ID: 38453

Tidlig identifisering og behandling av pasienter med delirium og kognitiv svikt

1.0 Hensikt

Identifisere pasienter med kognitiv svikt og sikre oppfølging, forebygging og behandling av akutt forvirring/delirium.

2.0 Omfang

Målgruppen er pleiepersonell og leger på fagområdene hjerte, lunge, geriatri og ortopedi.

Prosedyren omfatter identifisering og oppfølging av eldre pasienter med kognitiv svikt, samt forebygging og behandling ved delirium. Prosedyren omhandler ikke intensivpasienter eller delirium tremens.

3.0 Arbeidsbeskrivelse

Delirium er en akutt kognitiv svikt som skyldes akutt somatisk sykdom, traume, medikamenter eller akutt forekomst hos 20-40 % av akutt syke eldre. Pasienter med demens er spesielt utsatt. Delirium er det dominerende symptomet på akutt, alvorlig sykdom og gir økt risiko for komplikasjoner.

Helsepersonell på aktuelle sengeposter skal screene for kognitiv svikt/delirium, iverksette tiltak ved screening, samt dokumentere tiltak i pasientjournal og behandlingsplan (BP).

3.1 Ansvar

Helsepersonell som er i kontakt med eldre pasienter har ansvar for å gjøre seg kjent med og følge sykepleier kan delegerer oppgaver til annet pleiepersonell.

3.2 Handling

3.2.1 Identifisering og screening

3.2.1.1 Sykepleiers oppgaver

Sykepleier utfører screening med 4AT (se vedlegg) innen 24 timer etter innleggelse ved sengepost.

- Akuttinnlagte pasienter 75 år eller eldre
- Pasienter med kjent kognitiv svikt

TIDLIG IDENTIFISERING OG BEHANDLING AV PASIENTER MED DELIRIUM OG KOGNITIV SVIKT

Tidlig identifisere kognitiv svikt

4AT
Akuttinnlagte pasienter 75 år og over skal screenes med 4AT innen 24 timer etter innleggelse, for å identifisere mulig kognitiv svikt og delirium.

Innsett kompensatoriske tiltak ved 4AT-10, for å dekke om vedtatt skilles en mulig tidligere kognitiv svikt, akutt endring eller begge deler.

Tilrettelegging ved kognitiv svikt

Tilby og tilrettelegg for at pårørende og familie kan være til stede, også utenom besøkstider. Påse at pasienten kan ha med seg pårørende når viktig informasjon skal gis.

Planlegg utreise i god tid. Pasient og pårørende informeres om utreise minst 24 timer før.

Auslattet deliriumdiagnose dokumenteres og lukes i pasientens journal. Ved mistanke om demens, henvis til fastlege for videre utredning.

Forebygge delirium

Ved positiv screening iverksettes forebyggende tiltak mot delirium:

Orienter for person, tid, sted og din rolle. Påse at pasienten har hjelpemidler for syn og hørelse.

Observer ernæring og væskebalanse, korrigert hypoksi og elektrolytforstyrrelser.

Forebygg eliminasjonsproblemer; observer med tanke på urinretensjon.

Tidlig mobilisering. Tilrettelegg for aktiviteter ut fra tidligere funksjonsnivå.

Fremsø søvn, unngå unødige prosedyrer på natt. Begrens sovning på dagtid.

Vurder smerte og administrer smertestillende.

Legemiddelgjennomgang, spesielt rettet mot uønsket medisinering for pasienter med risiko.

Behandle delirium

Mistanker om delirium skal behandles som delirium inntil dette er akseptert:

Identifiser underliggende akutt årsak til delirium, som lavt blodtrykk, puls, hypoksi, lavt blodpuls, infeksjon eller polyfarmasi.

Reduser forhold som bidrar til å opprettholde delirium og optimaliser forhold som bidrar til orientering. Tilrettelegg ernæring og primærstøtte. Fastsett skal på dagtid integrere akutt med pasienten og forsøke etablere mest mulig adekvat kontakt.

Kommunikasjon og informer pasient og pårørende. Opprett samarbeid med pårørende for å fremme tilrettelegging og involvering.

Iversett pasienttilstanden og forebygg komplikasjoner av delirium som fall, underernæring, dehydrering, aspirasjonspneumoni og dyb venetrombose.

Kontakt geriater ved vedvarende delirium.

AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS

Akutt forvirring

Informasjon til pasienter og pårørende



Sensitivitet 22.08.2019 - E22-02 36426

Ullrikshuset i Oslo

- **E-læringskurs for alle**
- **Morgenundervisning**
- **Opplæring av nøkkelpersonell**
 - Superbrukere
 - Fagsykepleier
 - Prosjektsykepleier



SCREENING



Screening av akuttinnlagte pasienter ≥ 75 år



Innhent komparent-opplysninger

...

24.06.2019 13:16

▲▼

↺

Amundsen Heidi / S105 Orto post S105 Nordbyhagen

Tilbake

⚙️

▼

1. Årvåkenhet	☐ Normal (helt årvåken, ikke urolig ved undersøkelse) ☐ Lett søvnig (under 10 sek etter oppvåkning, deretter normal) ☐ Tydelig unormal(t)	Pasienten virker tydelig døs (dvs. vanskelig å vekke og/eller er åpenbart søvnig ved undersøkelsen) eller motorisk urolig/hyperaktiv. Observer pasienten. Hvis pasienten sover, forsøk å vekke pasienten med vanlig stemme eller ved varsom berøring på skulderen. Be pasienten oppgi navn og adresse til hjelp med vurderingen)
2. AMT4 (Forkortet mental vurdering)	☐ Ingen feil ☐ 1 feil ☐ 2 feil eller flere/ikke testbar	Alder, fødselsdato, sted (navnet på sykehuset eller bygning), årstall
3. Oppmerksomhet	☐ Oppgir 7 måneder eller flere korrekt ☐ Begynner, men klarer under 7 måneder/avslår å begynne ☐ Ikke testbar (er uvel, døs, uoppmerksom)	Spør pasienten: "Kan du i baklengs rekkefølge nevne for meg årets måneder, begynn med desember". Å hjelpe pasienten med et innledende spørsmål "hva er måneden før desember?" er tillatt
4. Akutt endring eller fluktusjon i tilstand	☐ Nei ☐ Ja	Holdepunkter for betydelige endringer eller fluktusjoner knyttet til: årvåkenhet, kognisjon, annen mental funksjon (f.eks. paranoide symptomer, hallusinasjoner) oppstått i løpet av de siste to uker og fremdeles tilstede de siste 24 timer

4AT skår

▲▼

>= 4: Mulig delirium og/eller kognitiv svikt

1-3: Mulig kognitiv svikt

0: Delirium eller alvorlig kognitiv svikt usannsynlig (men fremdeles mulig delirium hvis informasjon under punkt 4 er fullstendig.

Lagre

Lagre og lukk

Avbryt

VEILEDENDE BEHANDLINGSPLAN

Tilretteleggelse ved kognitiv svikt



Tilby og tilrettelegg for at pårørende og familie kan være til stede, også utenom besøkstider. Påse at pasienten kan ha med sin pårørende når viktig informasjon skal gis.



Planlegg utreise i god tid. Pasient og pårørende informeres om utreise minst 24 timer før.



Avdekket deliriumdiagnose dokumenteres og kodes i pasientens journal. Ved mistanke om demens, henvis til fastlege for videre utredning.

Forebygge delirium

Ved positiv screening iverksettes forebyggende tiltak mot delirium:



Orienter for person, tid, sted og din rolle. Påse at pasienten har hjelpemidler for syn og hørsel.



Observer ernæring og væskebalanse, korreger hypovolemi og elektrolyttforstyrrelser.



Forebygg eliminasjonsproblemer, observer med tanke på urinretensjon.



Tidlig mobilisering. Tilrettelegg for aktivitet ut fra tidligere funksjonsnivå.



Fremme søvn, unngå unødige prosedyrer på natt. Begrens soving på dagtid.



Vurder smerte og administrer smertestillende.



Legemiddelgjennomgang, spesielt rettet mot uheldig medisiner for pasienter med risiko.

Behandle delirium

Mistanke om delirium skal behandles som delirium inntil dette er avkreftet:



Identifiser underliggende akutt årsak til delirium, som lavt blodtrykk, puls, hypoksi, lavt blodsukker, infeksjon eller polyfarmasi.



Reduser forhold som bidrar til å opprettholde delirium og optimaliser forhold som bidrar til reorientering. Tilstreb enerom og primærsykepleie. Fastvakt skal på dagtid interagere aktivt med pasienten og forsøke å etablere mest mulig adekvat kontakt.



Kommuniser og informer pasient og pårørende. Opprett samarbeid med pårørende for å fremme tilstedeværelse og involvering.



Ivareta pasientsikkerheten og forebygg komplikasjoner av delirium som fall, underernæring, dehydrering, aspirasjonspneumoni og dyp venetrombose.

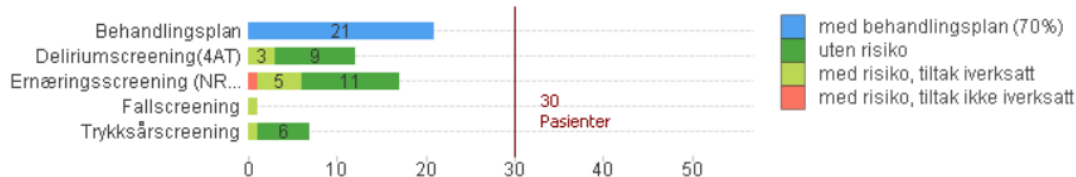


Kontakt geriater ved vedvarende delirium.

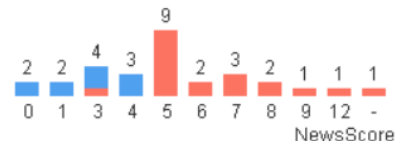
MÅLINGER

2018														2019														1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Øyeblikkelig hjelp														Elektivt																																											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27																																																																							
28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52																																																																									
Mandag														Tirsdag														Onsdag														Torsdag														Fredag														Lørdag														Søndag													

Status inneliggende pasienter 2019-10-09 12:18 Lunge post S404 Nordbyhagen

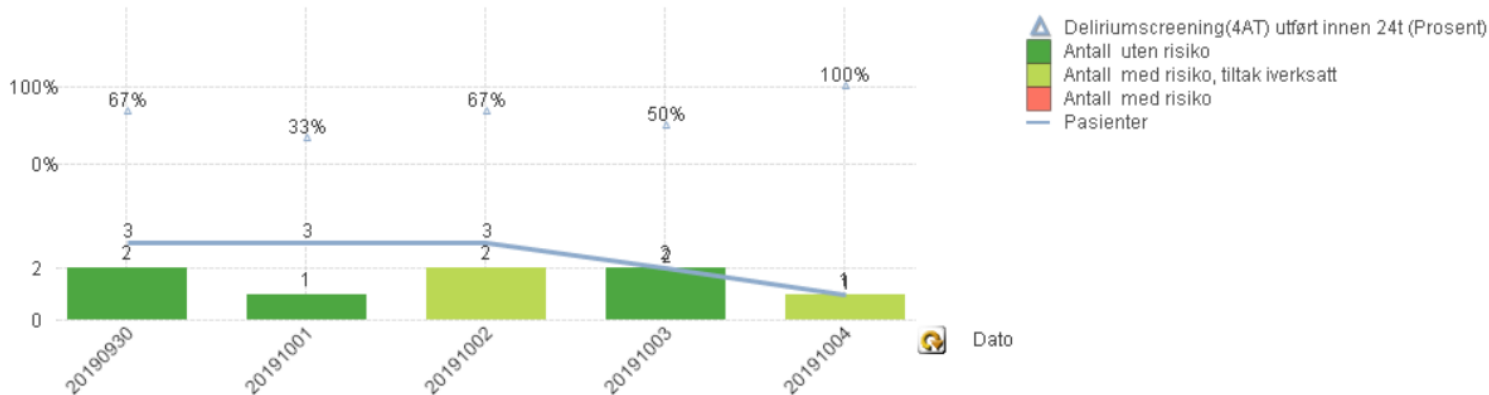


NewsScore Inneliggende Pasienter



Antall pasienter fordelt på periode (pasienter med liggetid under 24 timer telles ikke i totalen på antall pasienter)

Deliriumsscreening(4AT) - Lunge post S404 Nordbyhagen - måler bare på pasienter over 75 år



Status inneliggende pasienter

Viser pasienter på teknisk post

Arbeidsgruppe	Pasient	Alder	Hastegrad	postnavn	InnTidPost	Diagnose	Behandlingsplan	Forrige NewsScore	News Score	News Utvikling	Vel
---------------	---------	-------	-----------	----------	------------	----------	-----------------	-------------------	------------	----------------	-----

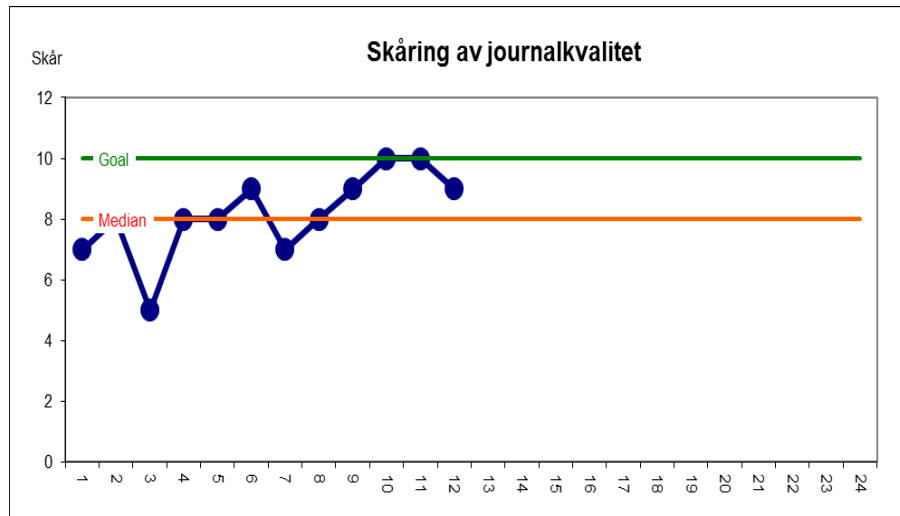
MÅLINGER

KVALITETSMÅLING AV DOKUMENTASJON DEMENSVENNLIG SYKEHUS

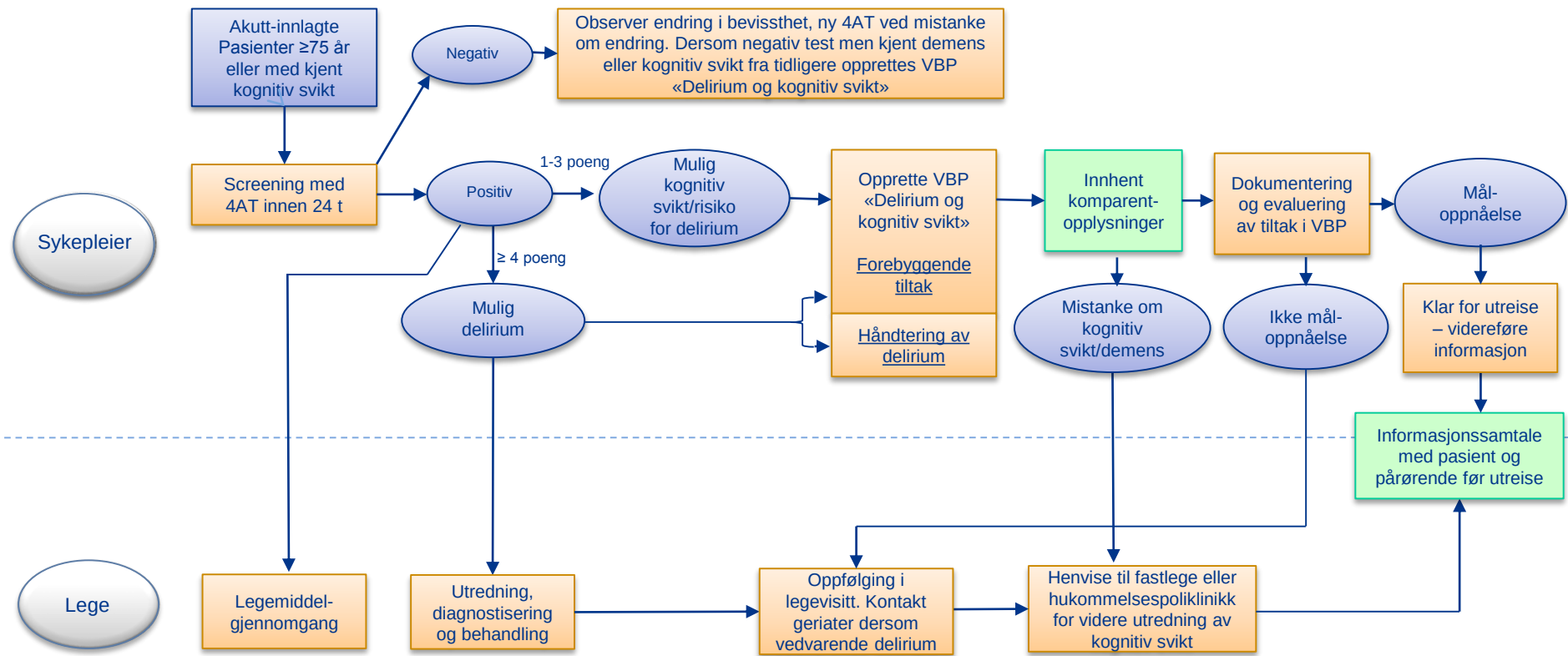
Fremgangsmåte:

- Gjennomføres ukentlig
- Prosjektsykepleier og en tilfeldig valgt pleier fra sengeområdet.
- Felles gjennomgang og skåring av 3 pasientjournaler
- De valgte pasientene skal ha en positiv 4AT
- En presentasjon av kvalitetsmålingen gjøres kjent for avdelingens pleiere sammen med tall fra ClickLIS-appen.

	Ja	Nei
1. Riktig veiledende behandlingsplan (VBP)? 1 poeng for screening med 4 AT innen 24t 1 poeng for opprettet VBP i løpet av 10 timer etter positiv screening	/ 2	
2. Er normal kognitiv funksjon dokumentert i journal? 1 poeng for dokumentert i journal 1 poeng for dokumentert utført dato i VBP	/ 2	
3. Er forebyggende tiltak opprettet i BP og effekten av disse vurdert? 1 poeng for forordnet tiltak i BP 1-2 poeng for dokumentert effekt i løpende journal	/3	
4. Er VBP oppdatert i løpet av 12t?	/ 1	
5. Dobbel dokumentasjon? De tre siste dokumenter i pleiepersonalet løpende journal vurderes. - 3 poeng = ingen dobbeldokumentasjon - 1 poeng = for hvert dokument uten dobbeldokumentasjon.		/ 3
6. Er informasjon om pasientens tilstand videreformidlet til primærhelsetjenesten? 1-2 poeng for beskrivelse av kognitiv funksjon i PLO-skjema 1- 2 poeng dersom dette er ivare tatt på andre måter, beskriv kort:	/ 2	
SUM		13



Tidlig identifisering og behandling av pasienter med delirium og kognitiv svikt



2019

2020

**Utvikling av
modell**

Utprøving I
Hjerte og Lunge

Intervju II Pas &
Pårørende
Helsepersonell

Utprøving II
Orto. og Geriatri

**Analyse/
Evaluering**

**Artikler
& Rapport**

Videreutvikling



TAKK FOR OPPMERKSOMHETEN



Marit Kirkevold

Prosjektansvarlig
Demensvennlig sykehus

Nina Mickelson Weldingh

Prosjektleder
Demensvennlig sykehus

Bendik Westlund Hegna

Programleder
Satsningen på den eldre pasient

Prosjektet er finansiert av
Nasjonalforeningen for folkehelsen