

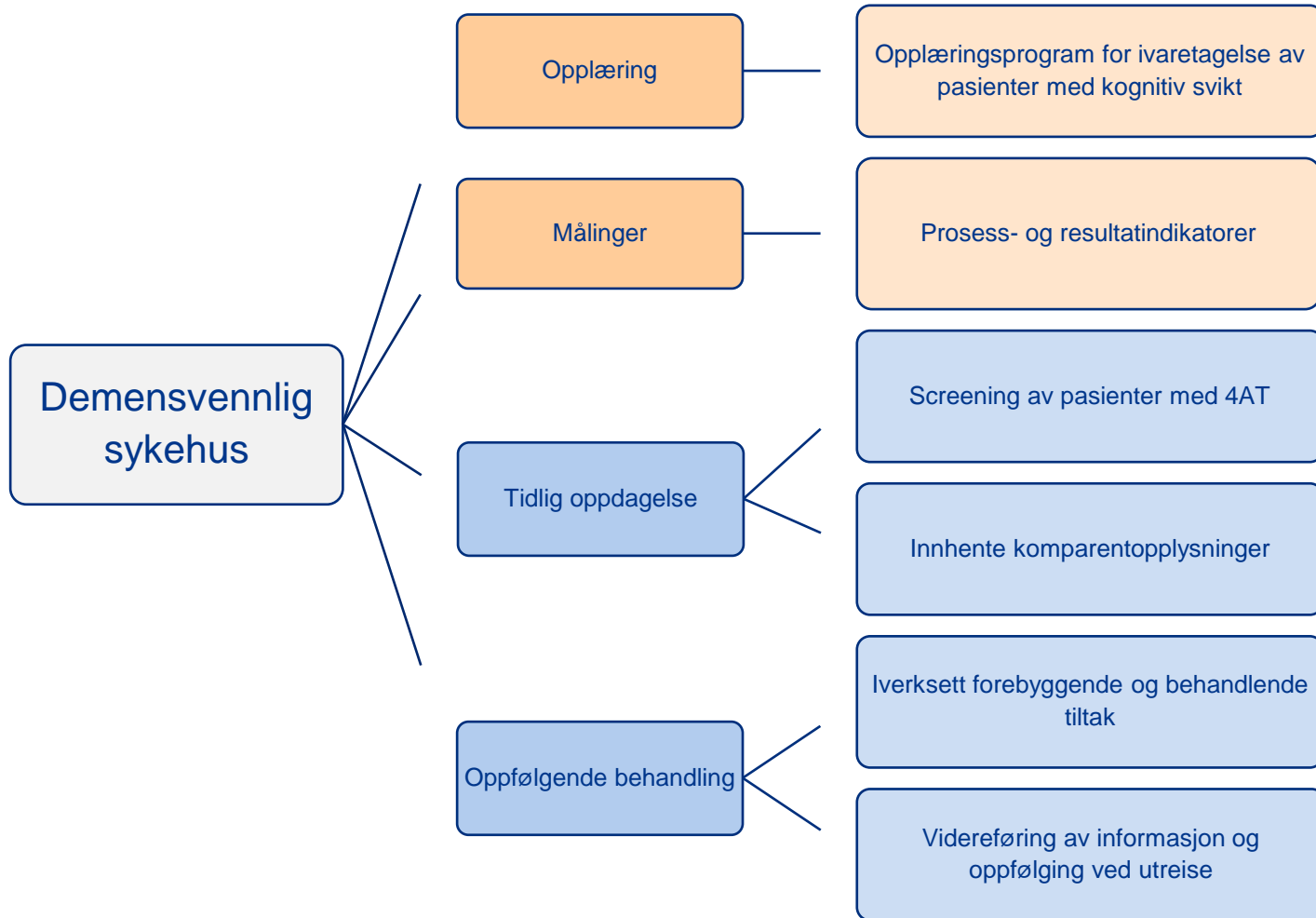
# Tiltakspakke – Demensvennlig sykehus



Pasientsikkerhetskonferansen 2024

Pia Tangstad og Nina Weldingh

# Tiltakspakke



AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS



## Tiltakspakke for tidlig identifisering og oppfølging av pasienter med delirium og kognitiv svikt



AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS

# Opplæring

## Tidlig identifisering og behandling av pasienter med akutt forvirring og kognitiv svikt

### 1.0 Hensikt

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

### 2.0 Omfang

Målgruppen er pleiepersonell og leger på fagområder for prosedyren omfatter identifisering og oppfølging av forebygging og behandling ved delirium. Prosedyren omfatter delirium tremens.

### 3.0 Arbeidsbeskrivelse

Delirium er en akutt kognitiv svikt som skyldes akut medikamenter eller abstinens, og forekommer hos pasienter med demens er spesielt utsatt. Delirium kan være alvorlig sykdom og gir økt risiko for komplikasjoner.

### 3.1 Ansvar

Helsepersonell som er i kontakt med eldre pasienter skal følge prosedyren.

## TIDLIG IDENTIFISERING OG BEHANDLING AV PASIENTER MED DELIRIUM OG KOGNITIV SVIKT

### Tidlig identifisere kognitiv svikt



Akuttinnlagte pasienter 275 år screenes med 4AT innen 24 timer etter innleggelse, for å identifisere mulig kognitiv svikt og delirium.



Innhent komparentopplysninger ved 4AT>0, for å avdekke om svikten skyldes en mulig tidligere kognitiv svekkelse, akutt endring eller begge deler.

### 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, korrigere 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.

### Tilretteleggelse ved innleggelse



Tilby og tilrettelegg innleggelse. Påse at pasienten får nødvendig informasjon når viktig informasjon er tilgjengelig.



Planlegg utredning og pårørende informasjon 24 timer før.



Avdekket delirium kodes i pasientens demens, henvendelse og utredning.

### Behandle delirium

Mistanke om delirium skal undersøkes og dette er avkreftet:



Identifiser delirium, se etter lavt blodtrykk.



Reduser forvirring og reorienter primærsyk pasienter. Etablere mest mulig adekvat kontakt.



Kommunisere 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.

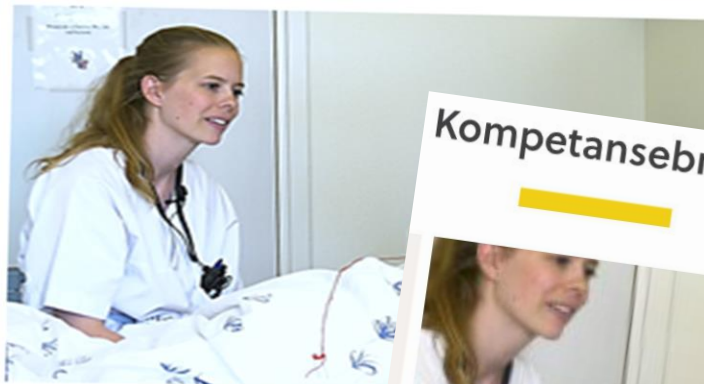


Kontakt geriater ved vedvarende delirium.

AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS

## Akutt forvirring

Informasjon til pasienter og pårørende



## Kompetansebroen



## Delirium og kognitiv svikt

Er du i stand til å gjenkjenne delirium? Her får du grunnleggende informasjon.

**GÅ TIL E-KURS**

# Tidlig oppdagelse



## Screening av akuttinnlagte pasienter $\geq 75$ år



## Innhent komparent-opplysninger

- Har pasientens kognitive funksjon blitt redusert de siste 5 år og inntil sykehusinnleggelsen?
- Er det tegn på akutte endringer i pasientens mentale tilstand i forhold til hvordan han/hun er til vanlig?



## Dokumenter pasientens normale kognitive funksjon i journal/kartleggingsnotat.

Ny 4AT ved mistanke om endring

**4AT**

Pasientens navn: \_\_\_\_\_ (skriv)  
Fødselsdato: \_\_\_\_\_  
Pasientnummer: \_\_\_\_\_

Screening for delirium og kognitiv svikt

Dato: \_\_\_\_\_ Tidspunkt: \_\_\_\_\_  
Testen er utført av: \_\_\_\_\_

**[1] ARVÅKENHET (forholder seg normalt til omgivelsene)**  
Pasienten viser tydelig deling (dvs. varsel) å wakke og/eller er alertert (svare ved undersøkelse) eller motorisk uttryksaktiv. Observer pasienten. Hvis pasienten sover, forsøk å vekke pasienten med vanlig stemme eller ved varsel berøring på skulderen. Be pasienten oppgi navn og adresse til hjelp med vurderingen.

Normal (ett åraken, klar uttryk ved undersøkelse)	0
Lett søvlig < 10 sekunder etter oppvåkning, deretter normal	0
Tydelig unormalt)	4

**[2] AMT4 (Forkortet mental vurdering)**  
Alter, fødselsdato, sted (navnet på sykehuset eller bygning), årstall

Ingen feil	0
1 feil	1
2 feil eller fellelike testbar	2

**[3] OPPMERKSOMHET**  
Spør pasienten: "Kan du i bakings rekkefølge nevne for meg årets måneder, begynner med desember?"  
Å hjelpe pasienten med et innledende spørsmål "hva er måneden for desember?" er tillatt

Rekkefølgen av årets måneder baklengs	Oppgi 7 måneder eller flere korrekt	0
	Begynner, men klarer <7 måneder avsluttet å begynne	1
	Ikke testbar (er utvist, desig, uoppmerksom)	2

**[4] AKUTT ENDRING ELLER FLUKTUASJON I TILSTAND**  
Hjelpemidler for betydning endringer eller fluktusjoner krytset til: avåkenhet, kognisjon, annen mentale funksjon  
Iføkk. perceptive symptomer, hallusinasjoner) oppstilt 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  
0: delirium eller alvorlig kognitiv svikt usannsynlig (men fremdeles mulig delirium hvis informasjon under punkt [4] er utvilsomt)

**4AT SKÅR**

**VEILEDNING**  
Instrumentet 4AT er utformet for en rask ferdigstoppvurdering av delirium og kognitiv svikt. En skår på 4 eller mindre indikerer delirium, men er ikke diagnostisk. En mer detaljert vurdering av mental status kan være aktuelt for en sikker diagnose. En skår på 3-5 indikerer kognitiv svikt. Mer detaljert testing og informasjon om pasienten er påkrevet. En skår på 0 indikerer ikke akutt delirium eller kognitiv svikt. Mer detaljert testing kan være påkrevet, avhengig av den kliniske situasjonen. Vurderinger under punkt 1-3 er kun basert på observasjon av pasienten (dvs. undersøkelse) girer. Punkt 4 krever informasjon fra et eller flere ånder, som du egen kunnskap om pasienten, annet personale som kjenner pasienten, familie, dokumentasjon, pårørende. Den som utfører vurderingen bør ta hensyn til kommunikasjonshindringer (hørselsforstyrrelse, synslidelse, mangler på språk) når vurderingen gjennomføres og resultatene tolkes.  
**Avvåkhet:** Endret nivå av avvåkhet er sannsynligvis delirium i en generelt sykehus-setting. Hvis pasienten viser betydelig endret avvåkhet ved undersøkelsen, sett mål å opplytte på dette punktet.  
**AMT4 (Forkortet mental vurdering) - 4j:** Denne skålen kan overføres fra AMT10 hvis denne er gjort rett for 4AT. **Akutt endring eller fluktusjon i tilstand:** Fluktusjon betyr en oppsett, akutt delirium i noen. Blir hos personer med demens, men tydelig fluktusjon indikerer delirium. For å avdekke vedlegg og eller perceptive lesker, 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?"

## Oppfølgende behandling

# Forebyggende tiltak



**Optimalisere pasientens  
orientering**



**Ernæring og dehydrering**



**Eliminasjon**



**Mobilisering**



**Søvnhygiene**



**Smerter**



**Legemiddelgjennomgang**

## Oppfølgende behandling

# Behandling ved delirium



**Kartlegg og behandle  
underliggende årsak til  
delirium**



**Forebygg komplikasjoner av  
delirium**



**Optimalisere**



**Indikasjon for farmakologisk  
behandling?**



**Involvering av pårørende**

Oppfølgende  
behandling

# Utreiseplanlegging



**Informasjonssamtale**



**Videre utredning?**



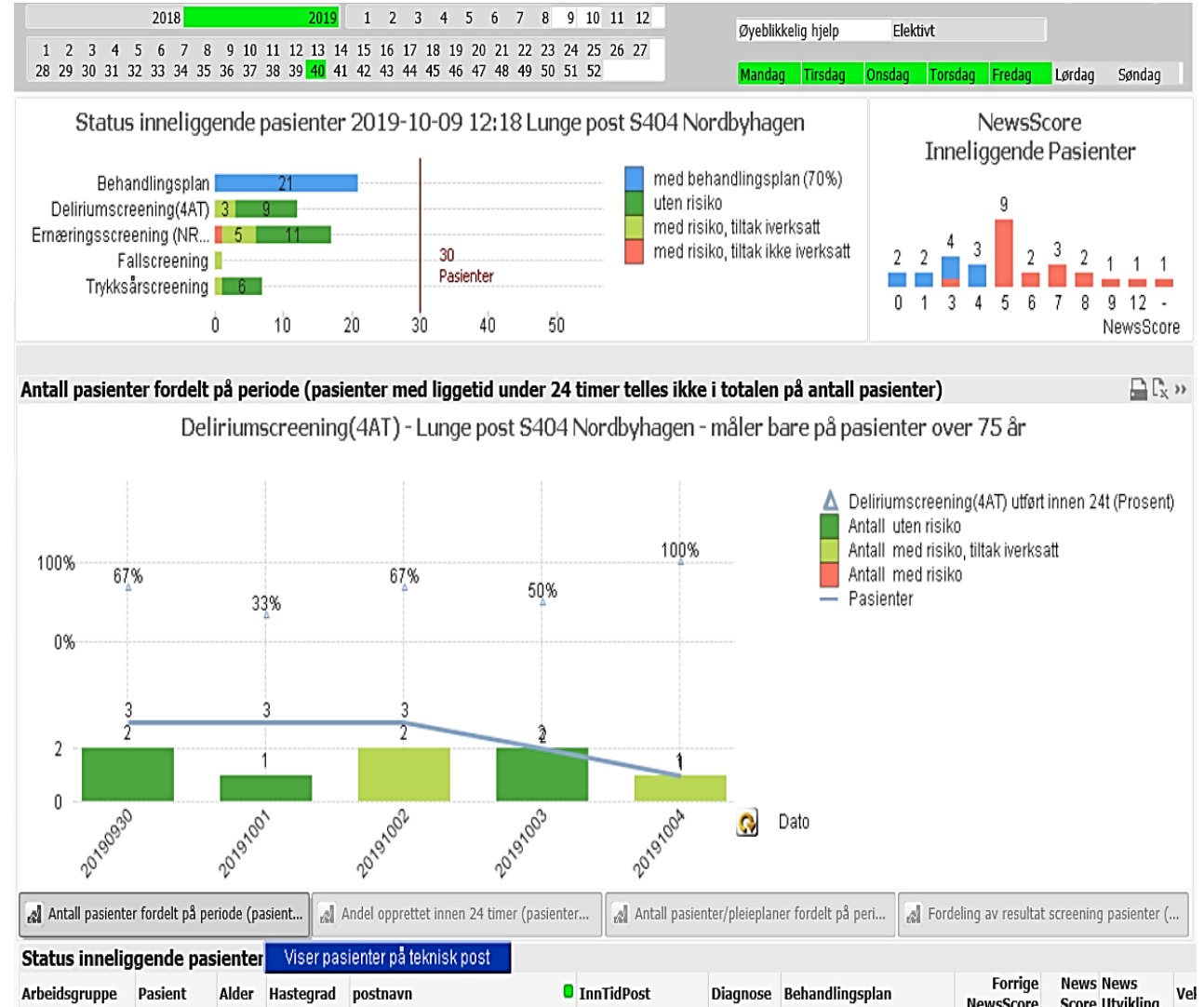
# Målinger

Tidlig  
identifisering

Oppfølging av  
identifiserte  
pasienter

Kvaliteten på  
oppfølgingen  
pasientene  
mottar

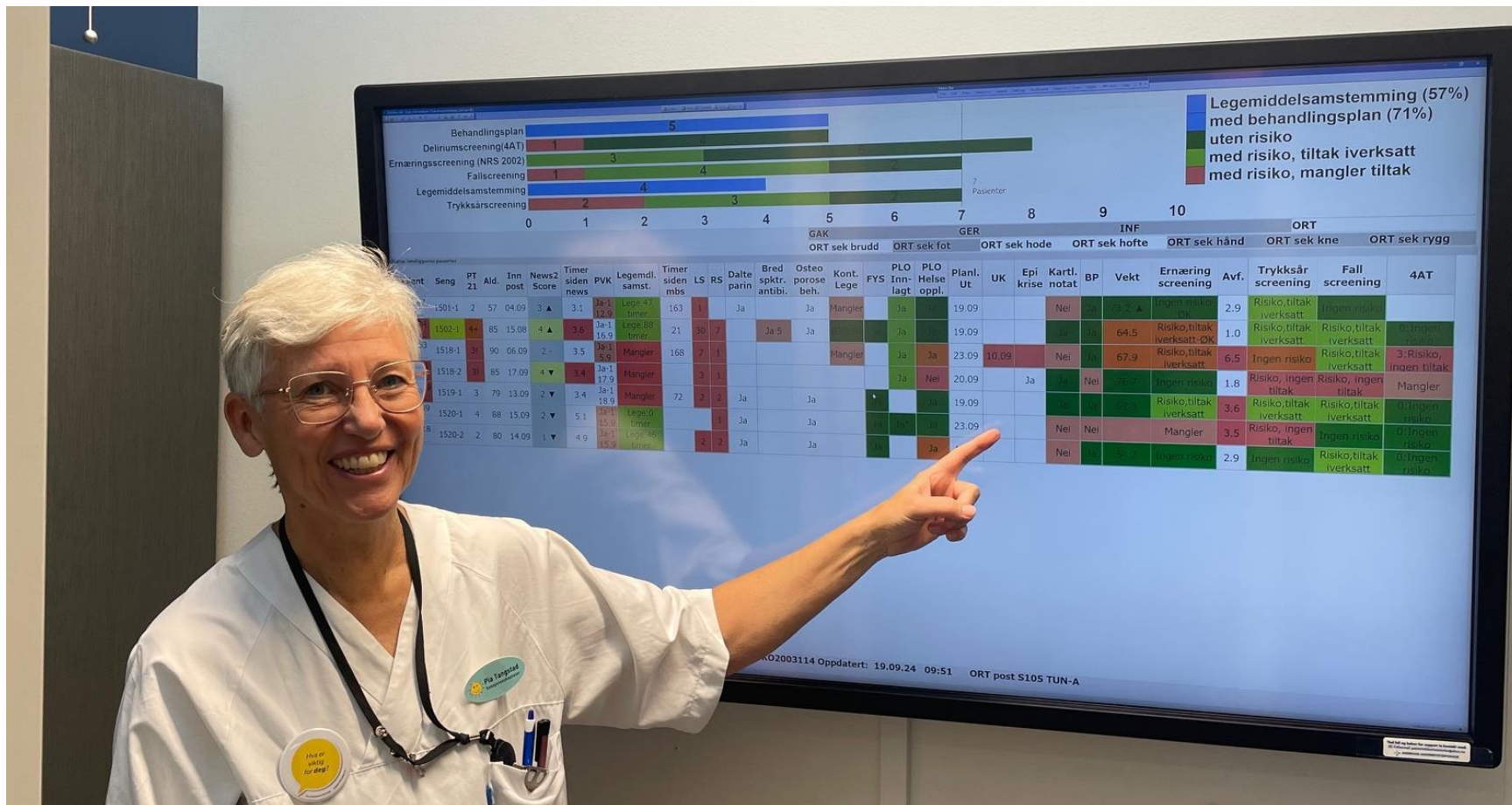
# Pasientsikkerhetsapplikasjonen





# Elektroniske pasienttavler

- Hvordan bidrar det til bedre pasientoppfølging?



# Hva er viktig for å lykkes med endring i klinisk praksis?

- Forankring hos ledelsen
- De ansatte må forstå hvorfor og se nytteverdien
- Alle faggrupper som berøres må involveres
- Engasjement hos de ansatte
- Ledere må ha tid til å følge opp



# Takk for oppmerksomheten!

**Nina Mickelson Weldingh**

Prosjektleder

*E-post: [nimi@ahus.no](mailto:nimi@ahus.no)*

**Pia Tangstad**

Seksjonsleder Ortopedisk sengeområde

