



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





Innhold

Innledning	3
Om delirium	4
Identifisere og diagnostisere delirium.....	6
Driverdiagram	7
Tiltakene for tidlig identifisering og oppfølging av delirium.....	8
Tiltak 1: Opplæring av helsepersonell	8
Tiltak 2: Identifisering av kognitiv svikt og delirium	9
Tiltak 3: Iverksetting av forebyggende tiltak.....	11
Tiltak 4: Behandling ved delirium	14
Tiltak 5: Videreføring av informasjon og oppfølging ved utreise.....	16
Tiltak 6: Målinger for å følge opp at tiltakene gjennomføres	17
Tiltakspakkens indikatorer	18
Kom i gang – forbedring i praksis	21
Vedlegg	27
Referanser	28



Innledning

Delirium er en akutt forvirringstilstand som kan oppstå som følge av akutt somatisk sykdom eller operasjon/skade. Kroppens reserver overbelastes og greier ikke kompensere for påkjenningene og det kan utløse delirium. De viktigste symptomene er redusert oppmerksomhet og en raskt innsettende kognitiv svikt eller en forverring av en eksisterende svikt. Delirium kan ramme alle, for eksempel etter alvorlige traumer og intensivbehandling, men skrøpelige, eldre pasienter med en kognitiv svikt fra før er spesielt utsatt.

Tilstanden er skremmende og ubehagelig for både pasient og pårørende, og er i tillegg forbundet med flere alvorlige helseutfall som økt dødelighet og forverring av demens. Delirium er også en hyppig medvirkende årsak til at pasienter faller og skader seg under opphold på sykehus. Delirium kan ofte forebygges dersom risiko identifiseres og forebyggende tiltak blir iverksatt i tide^(1, 2). Det er viktig at helsepersonell har kunnskap om hvordan de kan identifisere, forebygge og behandle delirium for å unngå at pasientens tilstand forverres. Gjennom å forebygge delirium kan vi også redusere uheldige komplikasjoner som fall og trykksår.

Formålet med denne tiltakspakken er å oppnå tidlig identifisering og bedre oppfølging og behandling av pasienter med risiko for utvikling av delirium. Dette innebærer seks ulike grupper av tiltak:

1. Opplæring av helsepersonell
2. Identifisering av kognitiv svikt og delirium
3. Iverksetting av forebyggende tiltak
4. Behandling ved delirium
5. Videreføring av informasjon og oppfølging ved utreise.
6. Målinger for å følge opp at tiltakene gjennomføres

Våre anbefalinger i denne tiltakspakken baserer seg funn fra et prosjekt som ble gjennomført ved **Akershus universitetssykehus, i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen**. Prosjektet inkluderte klinisk kartlegging, utvikling av ny modell for tidlig identifisering og oppfølging av pasienter med delirium og kognitiv svikt samt klinisk testing og evaluering av modell. Metode, generelle funn og bakgrunn for anbefalingene finnes oppsummert som vedlegg 5; «Metode for utvikling og evaluering av modell». Ved ytterligere spørsmål om prosjekt og metode kan prosjektleder kontaktes på nina.mickelson.weldingh@ahus.no.

Tiltakspakken er rettet mot akutte sykehusforløp, men kan med tilpasninger også gjøres gjeldende for andre helseinstitusjoner som behandler eldre pasienter. Tiltakspakken anbefales for alle sengepostavdelinger som behandler akuttinnlagte eldre pasienter. Tiltakene her er ikke rettet mot alkoholisk delirium/delirium tremens. Tiltakspakken følger de samme prinsipper som forbedringsarbeidet i pasientsikkerhetsprogrammet, og det følger derfor en beskrivelse av forbedringsarbeid på slutten av denne tiltakspakken.



Om delirium

Delirium er en akutt form for kognitiv svikt, med et fluktuerende forløp som karakteriseres av forstyrrelser i bevissthet, oppmerksomhet og sanseopplevelser (3). Årsaksmekanismene til delirium er ikke tilstrekkelig kjent, men ofte er det en **kombinasjon av predisponerende og utløsende faktorer** som fører til delirium (3-5). Aldersforandringer fører til redusert reservekapasitet i mange organer, noe som påvirker likevekten i kroppen og evnen til å kompensere for påkjenninger. Når en pasient har flere predisponerende faktorer øker risikoen og selv mindre skader eller påkjenninger kan utløse delirium. Dette betyr at for en eldre pasient med demens kan for eksempel en ukomplisert urinveisinfeksjon, eller en enkelt dose sovemedisin, bidra til delirium. Hos yngre, friske individer vil et delirium ofte skyldes en svært alvorlig underliggende sykdom. **Delirium kan være det første tegnet på akutt, alvorlig sykdom, og det haster å identifisere og behandle den utløsende årsaken.**

Spesielt risikoutsatte pasienter er blant annet de med:

- Høy alder
- Kognitiv svikt, demens eller gjennomgått delirium tidligere.
- Hoftebrudd eller traume
- Infeksjon
- Komorbiditet
- Polyfarmasi
- Søvnmangel

Tilstanden er underdiagnostisert, men forskning viser at omlag 10-20 % av eldre pasienter på medisinske avdelinger og 10-50 % av eldre pasientene på kirurgiske avdelinger utvikler tilstanden(6).

Delirium er forbundet med flere uheldige helseutfall som: (7, 8).

- Økt risiko for- og akselerert utvikling av demens
- Økende funksjonssvikt
- Komplikasjoner ved sykehussinleggelse, som fall, trykksår og infeksjoner
- Økt liggetid
- Utskrivelse til sykehjem
- Økt dødelighet

Opptil to tredjedeler av tilfellene av delirium skjer hos de som allerede har en demens, og det kan være vanskelig å skille symptomene på demens og delirium fra hverandre (9). Hos de med en kognitiv svikt fra før, kan delirium føre til en forverring (7).



! **Tre ulike typer delirium:**

Hyperaktivt delirium

Agiterte og motorisk urolige pasienter som ofte drar i urinkateteret og selv-seponerer PVK. De er utsatt for fall og skader

Blandet delirium

Den vanligste formen for delirium, hvor pasientene veksler mellom hyperaktivt og hypoaktivt delirium.

Hypoaktivt delirium

Pasientene sover usedvanlig mye, gir dårlig blikkontakt, svarer kort på tiltale og faller ut i samtale. Disse deliriene blir ofte ikke oppdaget av helsepersonell.



Identifisere og diagnostisere delirium

Delirium utvikles som regel i løpet av de første tre liggedøgn på sykehus, og det er viktig å identifisere risikoutsatte pasienter tidlig slik at man kan iverksette forebyggende tiltak tidsnok.



Diagnostisering av delirium er definert av DSM-5 kriteriene (10):

- A. Forstyrret oppmerksomhet (for eksempel redusert evne til å fokusere/opprettholde og/eller endre oppmerksomhet) og bevissthet (for eksempel redusert evne til å orientere seg i omgivelsene).
- B. Forstyrrelsene utvikler seg i løpet av kort tid, representerer en akutt endring fra vanlig oppmerksomhet og bevissthet, og har tendens til å fluktuere i grad av alvorlighet i løpet av døgnet.
- C. Ytterligere forstyrret kognisjon (for eksempel redusert hukommelse, desorientering, språk- eller persepsjonsforstyrrelser).
- D. Forstyrrelsene i kriteriene A til C blir ikke bedre forklart av en allerede kjent nevrologisk lidelse eller oppvåkningsfasen fra koma.
- E. Det er holdpunkter fra sykehistorie, klinisk undersøkelse eller laboratoriesvar for at forstyrrelsen er en direkte fysiologisk konsekvens av en annen medisinsk tilstand, forgiftning av kjemiske substanser (rusmidler eller legemidler), abstinens, annen toksisk påvirkning eller har multiple årsaker.

Det finnes flere verktøy som baserer seg på disse kriteriene. I denne tiltakspakken benyttes skreeningsskjemaet **4AT** (Four Assessment Test) for å identifisere mulig kognitiv svikt og delirium. 4AT har vist seg å være lite tidkrevende, den har høy spesifisitet og sensitivitet for å fange opp delirium og kan benyttes av helsepersonell uten omfattende opplæring (11, 12). 4AT skjemaet finnes som vedlegg 1. i denne tiltakspakken.

Oppdagelse av kognitiv svikt og tidlig identifisering av delirium er to områder som henger sammen siden kognitiv svikt gir økt risiko for delirium, og mange av tiltakene for å ivareta pasientgruppen med kognitiv svikt og pasienter med delirium er de samme.

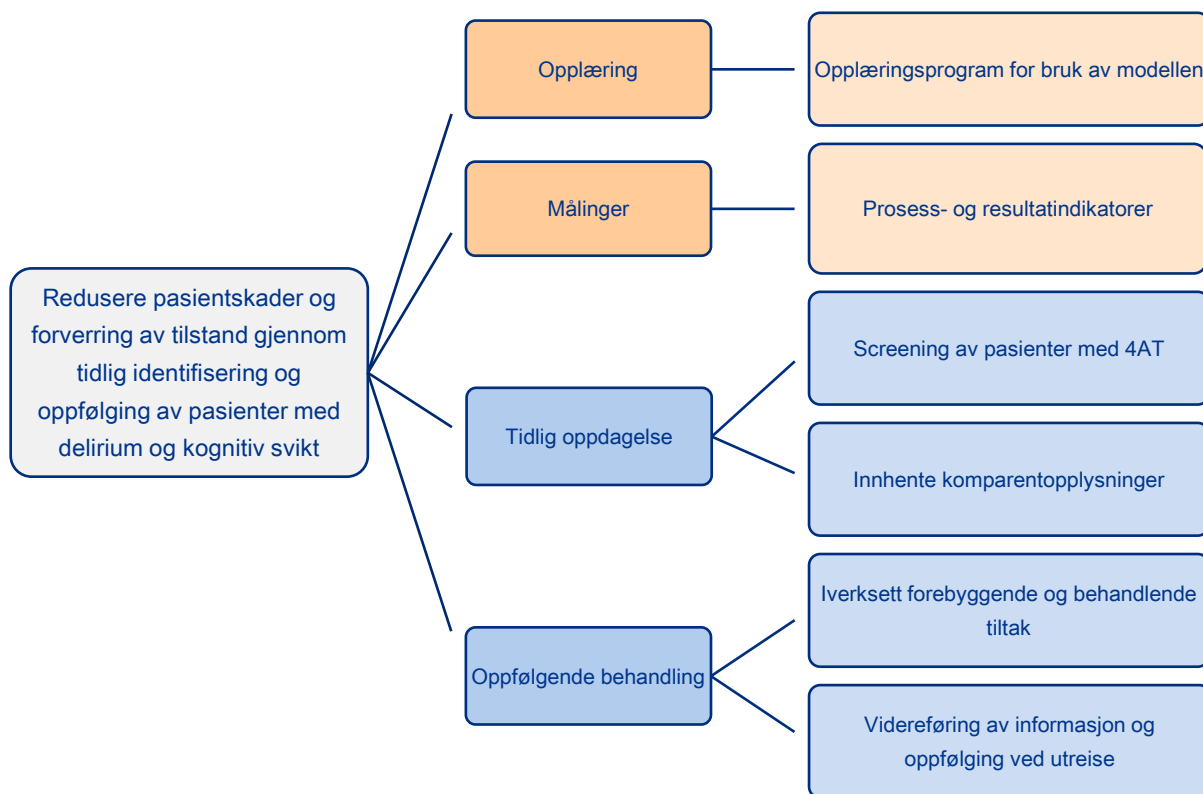
Ved å gjennomføre tidlig screening med 4AT kan man oppdage delirium i en tidlig fase og trolig kan det øke identifiseringen av den ofte oversette undergruppen, hypoaktivt delirium. Videre kan man raskere skaffe seg et inntrykk av pasientens kognitive funksjon og dermed risiko for å utvikle delirium, slik at man kan sette i verk forebyggende tiltak før delirium oppstår. Gode rutiner for tidlig vurdering av kognitiv svikt gir mulighet for å vurdere både tiltak og behov for tilpasset oppfølging av pasient ved bruk av personsentrert behandling samt kommunikasjon og samarbeid med pårørende. Utvikling av delirium og tiltakene i denne tiltakspakken kan også sees i sammenheng med de andre tiltakspakkene i [Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7](#). Underernæring er for eksempel både en risiko for og en mulig komplikasjon av delirium. Tilsvarende er delirium både en risiko for fall samt at fall er en hyppig forekommende komplikasjon ved hyperaktivt delirium. Videre er trykksår en komplikasjon ved hypoaktivt delirium og infeksjoner som sepsis og urinveisinfeksjon er



risikofaktorer for å utvikle delirium. Så hvis man innfører denne tiltakspakken kan man samtidig bidra til å nå målene ved flere av innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet 24/7, som tiltakspakkene: «[Forebygging av underernæring](#)», «[Forebygging av fall i helseinstitusjoner](#)», «[Forebygging av trykksår](#)» og «[Forebygging av urinveisinfeksjoner](#)».

Driverdiagram

Diagrammet gir en **visuell fremstilling av de viktigste tiltakene** for tidlig oppdagelse og behandling av pasienter med delirium og kognitiv svikt. Ved å lese diagrammet fra høyre mot venstre ser man hvordan man kan nå målsettingen. Opplæring og målinger er tiltak på systemnivå, tidlig oppdagelse og oppfølgende behandling er tiltak på pasientnivå. Tiltak på begge disse nivåene er forutsetninger for å lykkes.





Tiltakene for tidlig identifisering og oppfølging av delirium

Her presenteres de tiltakene som inngår i tiltakspakken for å sikre at pasienter med risiko for -, eller i delirium identifiseres tidlig, og får iverksatt forebyggende og behandlende tiltak.

1. Opplæring av helsepersonell
2. Tidlig identifisering av kognitiv svikt og delirium
3. Iverksetting av forebyggende tiltak
4. Behandling ved delirium
5. Videreføring av informasjon og oppfølging ved utreise
6. Målinger for å følge opp at tiltakene gjennomføres

Tiltak 1: Opplæring av helsepersonell

Ivaretagelsen av eldre, sårbare pasienter skjer ofte i geriatrike eller indremedisinske avdelinger. I de siste årene har det også vært økende oppmerksomhet om behovet for geriatrisk kompetanse i andre avdelinger, slik som ortogeriatri, der geriater sammen med ortoped deltar i behandlingen av eldre (hofte)bruddpasienter. Men pasienter med kognitiv svikt innlegges i de fleste avdelinger med utgangspunkt i hva som er deres akutte sykdom. Forskning viser at **helsepersonell mangler tilstrekkelig kunnskap** og opplæring om kognitiv svikt og delirium til å kunne ivareta disse pasientene på en god måte (13). Dersom de er i en tidlig fase av demenssykdom blir det ofte ikke fanget opp, og pasientene risikerer derfor å få manglende tilrettelegging, oppfølging og behandling fordi de ikke blir identifisert. Et viktig tiltak er derfor å **gi alt helsepersonell en generell innføring rundt screening og tiltak ved delirium eller risiko for delirium**.



Vår anbefaling

Ahus utviklet et [E-læringskurs om delirium og kognitiv svikt](#). Kurset ligger tilgjengelig på www.kompetansebroen.no og på www.Læringsportalen.no. E-læringen bør suppleres med praktisk øving.

1. Alle nyansatte leger og sykepleiere i somatikken bør gjennomføre e-læring om delirium og kognitiv svikt. E-læringen anbefales derfor som del av nyansattprogrammet ved den enkelte avdeling/klinikk.
2. Det bør være 2-3 superbrukere i hver avdeling, med en som er ansvarlig for praktisk opplæring samt oppfølging av målinger. De ansvarlige bør gjennomføre 10 minutters undervisning ved sykepleiernes morgenmøter ved oppstart av tiltakspakken, samt oppfriskning ved behov.
3. Geriater eller annen utnevnt lege bør gjennomgå tiltakspakken to ganger per halvår ved morgenmøter for legegruppen. Det kan inngå som del av felles LIS-undervisning der det er aktuelt, men også overleger trenger informasjon for å sikre oppfølging og samarbeid med sykepleiergruppen når delirium avdekkes.
4. Avdelingsledere bør sørge for at informasjon om screeningsverktøy og tiltak til enhver tid er tilgjengelig, for eksempel gjennom plakater og lommefoldere (Vedlegg 2.Lommefolder).



5. Avdelingsleder eller utnevnt ansvarlig bør aktivt benytte informasjonsskjermer for påminnelse om screening og tiltak.

Tiltak 2: Identifisering av kognitiv svikt og delirium

Tidlig identifisering av kognitiv svikt eller delirium danner grunnlag for å vurdere hvilken oppfølging pasienten har behov for under sykehusinnleggelsen.

Tiltak 2.a. Screening med 4AT



Sykepleier eller annet pleiepersonell skal screene alle akuttinnlagte pasienter ≥ 75 år med 4AT innen 24 timer etter innleggelse, for å identifisere mulig kognitiv svikt og delirium. Ved enhver mistanke om endring av kognitiv funksjon under sykehusoppholdet skal ny 4AT screening utføres (14-16).

Screeningsverktøyet 4AT gir en første indikasjon på om pasienten kan ha en form for kognitiv svikt, og dermed trenger tilrettelagt oppfølging og iverksettelse av forebyggende tiltak mot delirium. Delirium utvikles ofte i løpet av de tre første liggedøgn, men kan også forekomme senere i forløpet.

Resultater av 4AT screening:

- 0: delirium eller alvorlig kognitiv svikt lite sannsynlig
- 1-3: mulig kognitiv svikt
- ≥ 4 : mulig delirium og/eller kognitiv svikt



Vår anbefaling

Kognitiv svikt bør identifiseres så raskt som mulig ved innleggelsen, og pleiepersonellet bør utføre screeningen som del av innsjekk samtalen. Vi anbefaler å innføre følgende rutiner:

1. 4AT screening som sjekkpunkt ved legevisitt og/eller ved tavlemøter
2. 4AT skjemaet på baksiden av sjekklister på innsjekkskjema.
3. Resultat av screeningen dokumenteres i digital kurve (MetaVision) under arkfanen «Registrering». Velg deretter «Skåringer» og «4AT». Ved bruk av digital kurve unngår vi dobbeltregistrering, sikrer enhetlig dokumentasjon og får koblet scoringene mot automatiske målinger.



Tiltak 2.b. Innhent komparentopplysninger



Dersom pasienten har en 4AT score over 0, eller det er usikkerhet vedr. punkt 4 på 4AT skjemaet skal helsepersonellet innhente opplysninger fra pårørende eller andre som kjenner pasienten godt eller som har vært vitne til sykdomsbildet til pasienten.

Dette er viktig for å avdekke om svikten skyldes en gradvis svikt som har utviklet seg over tid eller om svikten skyldes en akutt forverring. Ofte kan det være begge deler, det vil si at pasienten i tillegg til å ha en kjent kognitiv svikt, også kan ha en akutt forverring av tilstanden. Dette kan være utfordrende å skille fra hverandre, spesielt under en sykehusinnleggelse hvor man ikke er kjent med pasienten fra tidligere.

Helsepersonellet skal kartlegge pasientens kognitive funksjon og finne svar på følgende spørsmål:(17, 18)

- Har pasientens kognitive funksjon blitt redusert de siste 10 år og inntil sykehusinnleggelsen?
- Er det tegn på akutte endringer i pasientens mentale tilstand i forhold til hvordan han/hun er til vanlig?

Dersom Ja på spørsmål 1 og Nei på spørsmål 2, er det sannsynlig at det er en kognitiv svikt fra tidligere.

Dersom Ja på begge spørsmål er det sannsynligvis et delirium i tillegg til en begynnende eller ervervet kronisk kognitiv svikt.

Dersom Nei på spørsmål 1 og Ja på spørsmål 2, er det mistanke om et delirium.

Dersom Nei på begge spørsmålene kan det være andre forhold som har påvirket 4AT screeningen.

Ny screening, observasjon av pasienten og god kommunikasjon med pårørende bør iverksettes for å observere en eventuelle fluktasjoner og endringer i pasientens tilstand.

Helsepersonellet skal dokumentere opplysningene vedr. pasientens kognitive funksjon, slik at man gjennom hele sykehusforløpet kan vurdere utvikling av akutt forvirring.

Enhver mistanke om delirium skal behandles som delirium inntil dette er avkreftet.

For pasienter med en kognitiv svikt som har utviklet seg gradvis over tid er personsentrert omsorg og tettere samarbeid med pårørende av stor betydning. I tillegg er disse pasientene i risiko for å utvikle delirium og skal få opprettet forebyggende tiltak.



Vår anbefaling

Ta i bruk veiledende behandlingsplan for kognitiv svikt og delirium, som er utarbeidet i forbindelse med utarbeidelse av denne modellen (Vedlegg 6.). Pleiepersonellet skal opprette den veiledende behandlingsplanen og skrive inn svar på spørsmål om kognitiv funksjon fra komparent inn i pasientens behandlingsplan, med dato for når denne informasjonen er innhentet. Nærmere beskrivelse dokumenteres i sykepleienotatet. For detaljert informasjon kan helsepersonellet gå tilbake i sykepleienotat for gjeldende dato hvor dette skal være nærmere beskrevet.

Pasienter og pårørende bør få både skriftlig og muntlig informasjon om delirium. I forbindelse med prosjektet ved Ahus ble det utarbeidet en **informasjonsfolder til pasienter og pårørende om delirium**, betydningen av deres informasjon ved opplevd endring i pasientens tilstand samt informasjon om hvordan de som pårørende kan være en viktig støtte for pasienten i en slik tilstand. Informasjonsfolderen finnes som vedlegg 3.

Tiltak 3: Iverksetting av forebyggende tiltak

4AT>0 regnes som positiv screening, og risiko for å utvikle delirium. Pleiepersonellet skal iverksette forebyggende tiltak for å forebygge utvikling og/eller forverring av delirium.

Ved positiv screening skal sykepleier eller annet pleiepersonell:

- Oppfordre til og tilrettelegge for at pårørende og familie kan være tilstede, også utenom besøkstid.
- Tilrettelegge for at pårørende kan være tilstede når viktig informasjon skal gis.
- Dele ut informasjonsbrosjyre om «Akutt forvirring», til pasient og pårørende.
- Planlegge utreise i henhold til tiltakspakken [«Trygg utskrivning»](#).
- Iverksette forebyggende tiltak mot delirium og dokumentere tiltak i journal.

Tiltak 3.a. Optimalisere pasientens orientering (1, 15, 17, 19, 20).



Pleiepersonell skal bidra til å optimalisere forhold som reduserer forvirring og fører til at pasienten gjenvinner orientering:

- Påse at pasienten har hjelpemidler for syn og hørsel tilgjengelig og benytter disse.
- Orienter pasienten jevnlig om tid, sted og din rolle.
- Gjøre seg kjent med pasientens livshistorie og trekke frem elementer av dette i kommunikasjonen med pasienten.



- Opptre rolig i nærvær av pasienten.

Tiltak 3.b. Ernæring og dehydrering (15, 17, 19).



Sykepleier og annet pleiepersonell skal:

- Observere pasientens ernæring og væskebalanse
- Motivere for tilstrekkelig væskeinntak og påse at pasienten har drikke tilgjengelig.
- Ved eventuell risiko for underernæring skal tiltak iht. tiltakspakke «[Forebygging av underernæring](#)» iverksettes.
- Korrigere eventuell hypovolemi og elektrolyttforstyrrelser i samråd med lege.

Tiltak 3.c. Eliminasjon (15, 17, 19).



Ikke alle pasienter klarer å gi uttrykk for sine behov. Urinretensjon og obstipasjon kan bidra til delirium eller forverring av tilstanden. Pleiepersonellet skal forebygge eliminasjonsproblemer gjennom:

- Forebygge obstipasjon gjennom fiberrik kost og tilrettelegge for gode rutiner for toalettbesøk
- Observere med tanke på urinretensjon. Vurdere blærescanning. Kateter bør unngås da alle hindringer kan bidra til ytterligere forvirring og selvseponering av kateter. Kateter er også en hyppig årsak til urinveisinfeksjoner.

Tiltak 3.d. Mobilisering (15, 17, 19).



Immobilitet kan bidra til eller forverre et delirium.

- Helsepersonell skal tilrettelegge for aktivitet ut fra tidligere funksjonsnivå minst tre ganger per. dag. Tidlig mobilisering er også viktig etter et delirium.
- Unngå hindringer som urinkateter eller annet bevegelsesbegrensende utstyr.

Tiltak 3.e. Søvnhygiene (15, 17, 20).



Forstyrret søvn mønster kan bidra til delirium. Pleiepersonellet skal

- Tilstrebe ro rundt pasienten og i avdelingen på nattetid
- Unngå at lys blir slått på inne hos pasienten
- Unngå unødige prosedyrer på natt. Ved rutiner for antibiotika, blodtrykk og blodprøver bør det tilrettelegges for at pasientene i risiko får mest



- mulig sammenhengende søvn, minst 5 timer.
- Bidra til å begrense soving på dagtid, gjennom aktiv interaksjon (samtale og aktivt stimuli). Påse gode lysforhold på dagtid som også bidrar til å balansere døgnrytmen.
- Dokumentere pasientens søvn.

Tiltak 3.f. Smerter (15, 17, 19)



Smerter er en risikofaktor for delirium. Pleiepersonell skal

- Utføre smertevurdering med NRS/VAS og observere nonverbale uttrykk for smerte; rask puls, uro, motstand mot stell, grimaser og ynking.
- Påse tilstrekkelig smertelindring. Opioider kan være uheldig for eldre pasienter og behovet må vurderes nøye. Sykepleier skal vurder smerte og administrere smertestillende i samråd med lege.

Tiltak 3.g. Legemiddelgjennomgang (1, 15, 17, 19, 20).



Ingen medikamenter har vist seg å kunne forebygge eller behandle delirium. Både polyfarmasi og noen typer medikamenter kan derimot være uheldig for eldre pasienter og bør unngås.

- Lege har ansvar for å utføre legemiddelgjennomgang med tanke på å unngå polyfarmasi og uheldige medikamenter for eldre pasienter i risiko for å utvikle delirium:



Uheldige medikamenter

- Tricycliske antidepressiva som Sarotex
- Antipsykotika, spesielt høydose som Largactil, Nozinan, Truxal
- Antihistaminer som Atarax, Vallergan
- Stemetil
- Digoxin; varsomhet, ta S-konsentrasjon
- Litium; varsomhet, ta S-konsentrasjon
- Kortikosteroider i høy dose
- Inkontinensmidler som Detrusitol og Vesicare



Brukes med varsomhet

- Benzodiazepiner skal unngås, men skal heller ikke bråseponeres
- Opioider og afipran er uheldig, men kan/må noen ganger brukes
- Heminevrin, brukes eventuelt kun for å indusere søvn
- Haldol/risperdal/seroquel er uheldig, men må noen ganger brukes



Tiltak 4: Behandling ved delirium

4AT $\geq$ 4 indikerer mulig delirium. Komparentopplysninger bidrar til å avdekke om det foreligger en akutt endring av pasientens normale kognitive funksjon. Mistanke om delirium skal behandles som delirium inntil avkrefte. Lege skal kontaktes og vurdere videre utredning og diagnostisering.

Sykepleiers oppgaver

Tiltak 4.a. Kartlegg underliggende årsak til delirium



- Sykepleier skal kartlegge og lege skal utrede og diagnostisere underliggende akutt årsak til delirium, som infeksjon, hjerteinfarkt, hjerneslag, hjertesvikt, hjerterytmeforstyrrelser eller legemiddelbivirkning. Tilstander som påvirker cerebral perfusjon som lavt blodtrykk, lav puls, hypoksi og lavt blodsukker vil også kunne utløse delirium.
- Revurdere underliggende årsaker ved manglende effekt av tiltak. Årsakene er ofte komplekse og sammensatte.
- Kontakt eventuelt geriater for en vurdering. Ved vedvarende delirium i livets slutfase kan lindrende sedering vurderes aktuelt.

Tiltak 4.b. Optimalisere



- Pleiepersonell skal reduser forhold som bidrar til å opprettholde delirium, og optimaliser forhold som bidrar til reorientering.
- Pleiepersonell skal i samråd med lege stabilisere vitale funksjoner og vurdere behov for oksygen/væske/glukose/ blodtransfusjon.
- Tilstreb enerom og primærsykepleie.
- Sykepleier og lege skal ved diagnostisert delirium vurdere behov for fastvakt og vurdering dokumenteres i journal.
- Fastvakt skal på dagtid interagere aktivt med pasienten og forsøke å etablere mest mulig adekvat kontakt.

Tiltak 4.c. Involvering av pårørende (1, 15, 17)



Tilstedeværelse av pårørende kan bidra til å trygge pasienten og hjelpe pasienten til å komme ut av sitt delirium.

- Pleiepersonell skal i samarbeid med lege informere pasient og pårørende om delirium.
- Opprett samarbeid med pårørende for å fremme tilstedeværelse og involvering.
- Tilrettelegg for at pårørende kan få mulighet til å være tilstede hos



pasienten utenom faste besøkstider, også på natt, dersom de ønsker.

Tiltak 4.d. Forebygg komplikasjoner av delirium (19)



Hyperaktivt delirium gir økt risiko for fall og skader som følge av fall. Videre kan hypoaktivt delirium gi økt risiko for dehydrering, aspirasjonspneumoni og dyp venetrombose. Det finnes egne behandlingsplaner ved Ahus rettet mot forebygging av disse komplikasjonene. Det finnes også tiltakspakker for [forebygging av fall i helseinstitusjoner](#) og [forebygging av underernæring](#) på nettsiden til [Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24/7](#).

- Pleiepersonell skal ivareta pasientsikkerheten og forebygge skader og komplikasjoner som følge av delirium gjennom å opprette forebyggende tiltak mot fall, underernæring, dehydrering, aspirasjonspneumoni og dyp venetrombose.

Tiltak 4.e. Vurdere indikasjon for farmakologisk behandling (19)



Det er begrenset evidens for bruk av antipsykotika, deksmedetomidine og benzodiazepiner i behandling av delirium. Kortvarig antipsykotisk behandling i lave doser kan overveies **dersom pasienten er betydelig plaget av psykotiske symptomer, eller er til fare for seg selv eller andre**. Det kan også være nødvendig å gi medikamenter for å få gjennomført nødvendig diagnostikk og behandling av de utløsende årsakene. **Tabellen under viser en oversikt over aktuelle medikamenter lege kan vurdere dersom dette vurderes som nødvendig.**

! Aktuelle medikamenter ved betydelige psykotiske symptomer	
Risperidon	0,25 -1 mg x 2 p.o.
Haloperidol	0.5 – 1 mg p.o eller i.m, maks 2 mg/døgn. For skrøpelige pasienter eller pasienter med demens kan 0,25 mg – 0,5 mg pr dose være tilstrekkelig første døgn
Behandlingen skal være kortvarig og antipsykotika bør seponeres før utskrivelse.	
! Relative kontraindikasjoner	
Lewy legeme demens og Parkinsons sykdom	Antipsykotika er relativt kontraindisert ved Lewy-legeme demens og Parkinsons sykdom. Quetiapin kan vurderes (25-100 mg/døgn, fordelt på 2 doser).
Benzodiazepiner	Benzodiazepiner bør unngås. Ved betydelig angstkomponent kan Oksazepam eller Midazolam p.o. vurderes. Benzodiazepiner skal ikke bråseponeres pga. stor abstinensfare.



! Aktuelle medikamenter for å indusere søvn	
Circadin (Melatonin)	Circadin har lite bivirkninger. 2 mg p.o. tidlig kveld, kan bidra til å opprettholde døgnrytme.
Klometiazol (Heminevrin)	Medikamentet har vært mye brukt i Norge for å indusere søvn ved delirium. Det er ingen evidens for effekt på delirium. Brukes kun til pasienter som er respiratorisk og sirkulatorisk stabile, og kun til kveldstid; 300-600 mg vesp. Dersom Heminevrin foreskrives bør dette gis <i>før</i> midnatt.
Unngå ordinær sovemedisin hvis ikke pasienten står på det fra før.	

Tiltak 5: Videreføring av informasjon og oppfølging ved utreise

Tiltak 5.a. Informasjonssamtale (21).



Etter gjennomgått delirium kan både pasient og pårørende ha behov for å snakke om hva som har skjedd, hvorfor det skjedde og hvordan de skal forholde seg videre. Ved gjennomgått delirium bør pårørende og eventuelt kommunen informeres om at det er en økt risiko for at pasienten kan utvikle dette ved en eventuell senere innleggelse eller akutt sykdom, hva som kjennetegner tilstanden og hva de kan gjøre for å forebygge forverring av tilstanden. Helsepersonellet bør tydeliggjøre at dette er en hyppig forekommende tilstand, og at pasienten ikke må oppleve skam over eventuelle hendelser som har forekommet når pasienten har vært i delirium.

- Pleiepersonell skal sammen med lege tilby en informasjonssamtale med pasient og pårørende i etterkant av et delirium.
- Videreformidle viktig informasjon til eventuell primærhelsetjeneste, etter pasientens samtykke.

Tiltak 5.b. Henvisning til videre utredning (15, 17)



Kognitiv svikt utviklet over tid/demens skal ikke utredes under en akutt sykehusinnleggelse. Dersom mistanke om underliggende demens bør pasientansvarlig lege

- Henvise pasienten til videre utredning hos fastlege/demensteam i kommunen eller geriatrisk poliklinikk 2-3 mnd. etter utskrivelse.
- Vurder om det er holdepunkter for å gi muntlig kjøreforbud.



Vår anbefaling

Ved Ahus ble det utarbeidet en egen prosedyre for «Tidlig identifisering og oppfølging av pasienter med delirium og kognitiv svikt» (Vedlegg 7.). Denne anbefales formidlet og tilgjengeliggjort for helsepersonellet i avdelingen. Videre ble det laget en **lommefolder** med en visuell fremstilling av tiltakene i tiltakspakken, samt 4AT-skjemaet på baksiden. Lommefolderen ble trykket opp i holdbart materiale som en huskeliste for helsepersonellet. Lommefolderen finnes som vedlegg 2.

Tiltak 6: Målinger for å følge opp at tiltakene gjennomføres

For å vite om vi klarer å følge tiltakspakken er det viktig med løpende målinger. En detaljert forklaring på hvordan avdelingene kan komme i gang med forbedringsarbeidet er forklart under kapittelet «Kom i gang – forbedring i praksis». I dette kapitlet beskrives tre anbefalte indikatorer for denne tiltakspakken. For å komme i gang med dette er det viktig at avdelingene:

1. Setter seg SMARTE (spesifikke-, målbare-, attraktive-, realistiske-, tidsavgrensede- og engasjerende) mål.
2. Bestemmer seg for gode indikatorer som gjør at de kan følge opp prosessen og måle om de oppnår målene de har satt.



Vår anbefaling

Manuelle målinger er tidkrevende, og det anbefales å se på muligheter for hvordan målinger kan trekkes ut elektronisk fra journaldokumentasjonen. Ved Ahus har prosessmålinger blitt gjort gjennom videreutvikling av applikasjon i QlikView, i samarbeid med analyseavdelingen. Dette muliggjør automatiske målinger basert på uttrekk fra journal. På denne måten kan man følge resultatene, formidle resultatene ut til helsepersonellet og jobbe med kontinuerlig forbedringer. Forutsetningene for slike automatiske målinger er at 4AT screening dokumenteres i MetaVision¹, at veiledende behandlingsplan «Delirium og kognitiv svikt» (Vedlegg 6.) (EQS dokument ID: 38460). benyttes, samt at tiltak blir dokumentert riktig i denne behandlingsplanen

¹ MetaVision er et elektronisk dataprogram som brukes til å føre pasientens kurver elektronisk. Elektronisk kurve er tatt i bruk ved flere sykehus i Norge, blant annet alle sykehus i region Helse Sør-Øst.



Tiltakspakkens indikatorer

Screening til rett tid.

Dersom screening til rett tid ikke er tilfredsstillende, vil det være nyttig for forbedringsteamet å se nærmere på pasientforløpet og hvilke rutiner som kan forbedres for å fremme screening til rett tid.

Tittel	Andel pasienter screenet med 4AT innen 24 t.
Definisjon	Andel av akutt-innlagte pasienter ≥ 75 år som er screenet med 4AT, 24 t. etter innleggelse på sengepost (per dag).
Datainnsamling og registrering	Målingen gjennomføres på sengepost. I MetaVision registreres 4AT score når utført på sengeområdet. I DIPS ² blir klokkeslett for ankomst på sengepost registrert. - Andel: - Teller: Andel screenet til rett tid (innen 24 t) - Nevner: DIPS: Antall pasienter ≥ 75 år på sengepost.
Måleansvarlig	Dedikert person, avgjøres lokalt.
Datakilde	I pasientjournal: MetaVision (kurve) og DIPS. I QlikView for de foretak som har innført dette i applikasjonen for automatiske målinger.
Inklusjonskriterier	Pasienter ≥ 75 år som er akuttinnlagt på sengepost.
Frekvens	Andel pasienter i sengepost registreres daglig. Hvert forbedringsteam definerer selv passende tidspunkt, men det bør skje på samme tidspunkt hver dag.
Diagramtype	Run-diagram

² DIPS er elektronisk pasientjournal som benyttes i blant annet helseforetak i Helse Sør-Øst og Helse Vest.



Oppfølging av pasienter med identifisert risiko.

Hensikten med disse indikatorene er å følge med på om pasienter med mistanke om kognitiv svikt eller delirium får iverksatt forebyggende og/eller behandlende tiltak i samsvar med anbefalingene.

Tittel	Andel pasienter i risiko, med opprettede tiltak.
Definisjon	Beskrivelse: Andel av pasientene som har 4AT screening >0 og som har fått opprettet tiltak i veiledende behandlingsplan «Delirium og kognitiv svikt» (vedlegg 6.) innen 10 t. etter positiv 4AT. (Målingen forutsetter at Veiledende behandlingsplan er innført ved avdelingen. Behandlingsplan ved Ahus finnes som EQS dok. nr: 38460.) Andel: - Teller: DIPS: Antall pasienter med opprettet tiltak i Veiledende behandlingsplan «Delirium og kognitiv svikt» og opprettet til rett tid (innen 10 t) etter positiv 4ATscore registrert i MetaVision. - Nevner: Antall med positiv 4AT
Datainnsamling og registrering	Målingen gjennomføres på sengepost.
Ansvarlig for måling	Dedikert person, avgjøres lokalt
Datakilde	Elektronisk pasientjournal: MetaVision: Positiv 4AT-screening (totalscore over 0) I DIPS: pasientenes Veiledende behandlingsplan I QlikView for foretak som har innført dette i applikasjonen for automatiske målinger.
Frekvens	Registreres daglig, summeres ukentlig
Diagramtype	Run-diagram



Kvaliteten på oppfølgingen pasientene mottar

Å måle på opprettet VBP gir en indikasjon på om prosessene følges, men for å vite i hvor god kvalitet det er på oppfølgingen pasientene får anbefaler vi å følge opp med ukentlige gjennomganger av dokumentasjon i journal på pasienter med positiv 4AT. Man kan da benytte et skjema hvor man setter opp poengsummer for grad av kvalitet på journaldokumentasjonen.

Kvalitetsskåringsskjemaet som ble benyttet ved Ahus ligger som vedlegg 4. i denne tiltakspakken, som et eksempel på hvordan dette kan gjøres. Husk at det bør sendes inn [e-skjema](#) til sykehusets personvern for en vurdering av formålet med dataauthenting dersom dette skal gjøres i form av et kvalitetssikringsprosjekt.

Tittel	Kvalitet på journaldokumentasjon hos pasienter med positiv 4AT.
Definisjon	Beskrivelse: Grad av kvalitet på journaldokumentasjon hos pasienter som har positiv 4AT screening. Grad av kvalitet: - Sumscore av kvalitetsskjema
Datainnsamling og registrering	Målingen gjennomføres på sengepost. Sumscore for hver pasient representerer ett datapunkt.
Ansvarlig for måling	Dedikerte måle-ansvarlige, avgjøres lokalt. Dersom avdelingen har ressurser kan det være lurt å validere resultatene gjennom at to ulike prosjektsykepleiere gjennomgår de samme journalene for å se om de får samme resultat.
Datakilde	Elektronisk pasientjournal hos pasienter med en positiv 4AT score: Journalgjennomgang av punkter definert i sjekklister.
Frekvens	Gjennomgang av minst tre pasienter med positiv screening, per uke.
Diagramtype	Run-diagram



Kom i gang – forbedring i praksis

Erfaring viser at endring av praksis er krevende og tar tid. For å lykkes er det anbefalt at enheten som skal innføre tiltakene har, eller knytter seg opp til, personer med kunnskap om forbedringsarbeid, deriblant bruk av forbedringsmodellen (Model for Improvement). Modellen fungerer som et rammeverk for testing og innføring av tiltakene i pasientsikkerhetsprogrammet.

Forbedringsmodellen

Forbedringsmodellen er utviklet av Institute for Healthcare Improvement (22), og har vært brukt både i Norge og internasjonalt i mange år. Modellen er svært egnet til å tilpasse tiltak til lokale forhold og for å skape fortgang i forbedringer. Ved å redusere avstanden mellom det vi vet (beste praksis) og det vi gjør, har den vist seg å være sentral for å oppnå forbedring i helsetjenesten.

Forbedringsmodellen er todelt. Først planlegges forbedringsprosjektet ved hjelp av tre grunnleggende spørsmål. Deretter testes foreslåtte tiltak ut i liten skala inntil de er klare for å implementeres (23).

Alle tiltakspakkene fra tidligere pasientsikkerhetsprogrammet inneholder anbefalte indikatorer og tiltak for de ulike innsatsområdene.

Ved oppstart skal den enkelte enhet sette mål for eget forbedringsarbeid. Dette bør gjøres sammen med leder. Målene skal beskrive hvor stor forbedring som skal oppnås lokalt, innen når og for hvem. De lokale målene må tallfestes for å være målbare. De bør også være utfordrende og inspirerende, realistiske, tidsbestemte og godt forankret. Et eksempel på et godt mål kan være: «Innen utgangen av året skal 95 prosent av pasienter over 75 år med mistanke om delirium eller kognitiv svikt ha fått opprettet tiltak i veiledende behandlingsplan».

De ulike målingene som er definert i tiltakspakken skal gi svar på om en endring fører til forbedring med utgangspunkt i den fastsatte målsetningen (les mer i kapittel om «hvorfør måle»).





PDSA-testing:

Forbedringsmodellens andre del handler om å teste ut hvordan tiltakene på best mulig måte kan gjennomføres i praksis.

For å lykkes med forbedringsarbeid er det svært viktig å prøve ut tiltakene før de implementeres og spres i stor skala. Dette gjøres gjennom en rekke PDSA-tester. PDSA står for Plan (planlegg); Do (utfør); Study (studer) og Act (standardiser/korriger). PDSA-sirkelen er en systematisk metode for småskala-testing.

Forbedringstiltak skal først testes ut i svært liten skala, på én enkelt eller noen få tilfeller (f.eks. to pasienter). Erfaringen fra testen diskuteres og tiltakene justeres ved behov, før nye tester gjennomføres. Ved hjelp av småskalatestingen finner man den beste måten å gjennomføre tiltakene på hos seg. Først da kan forbedringstiltaket implementeres i full skala til resten av enheten. Når enhetene har oppnådd varige resultater kan det vurderes om og hvordan forbedringene kan spres videre i eller på tvers av virksomheter.

Mål og målinger

For å lykkes med forbedringsarbeidet er det avgjørende å sette tydelige og konkrete mål, og å måle egen fremgang over tid. Ved å gjennomføre hyppige målinger og overvåke indikatorene beskrevet i tiltakspakken, kan forbedringsteamet på den enkelte enhet se om tiltakene blir gjennomført, om de skaper ønsket forbedring og om forbedringen er varig.

Som tidligere nevnt benytter man to typer indikatorer i forbedringsarbeid: prosessindikatorer og resultatindikatorer.

En prosessindikator forteller hvor gode arbeidsprosessene er (24). Ved å overvåke en prosessindikator kan forbedringsteamet se om tiltakene gjennomføres som en del av det daglige arbeidet. Indikatoren «Andel pasienter i risiko, med opprettede tiltak» er et prosessmål som måler andel pasienter med risiko for delirium eller mistanke om delirium som har fått opprettet tiltak innen 10 timer.

Resultatindikatorer sier noe om sluttresultatet. Det kan være både produkter eller ytelser. Det forventes at implementering av tiltakspakken i hele sykehuset vil kunne føre en reduksjon i andel delirium og redusert varighet av delirium. Men systematisk screening med standardisert verktøy kan føre til økt identifisering og økt andel dokumenterte delirium i start. Tidlig identifisering gir bedre mulighet for tidligere behandling. Varighet av delirium er utfordrende å måle pga. at tilstanden fluktuerer i løpet av døgnet.

Hensikten med å måle kontinuerlig og overvåke indikatorer i tiltakspakken er å se om den enkelte enhet klarer å gjennomføre tiltakene som en del av det daglige arbeidet og om de oppnår ønskede resultater over tid.

For at indikatorene skal kunne brukes til læring i forbedringsarbeidet er det helt nødvendig at det måles på enhetsnivå. En enhet er der en gruppe medarbeidere jobber som team til daglig, og der de kan forbedre sine egne arbeidsprosesser. En enhet kan være et akuttmodtak eller en sengepost på et sykehus.



Slik bruker du indikatorer

For å følge utviklingen i enheten over tid, er det nødvendig å fremstille data i form av tidsserier. Tidsserier er fremstilling av data plottet inn i tidsrekkefølge, under vises noen eksempler fra skåring av journalkvalitet ved et sengeområde (se figur 1).



Figur 1 Eksempel på en tidsserie. Indikatoren fremstilles langs Y-aksen, mens X-aksen representerer passende tidsperioder.

Definere målsetting: For å identifisere en forbedring trenger man å tallfeste en målsetting for hver indikator. For eksempel: *Innen 31. desember skal vi ha oppnådd 10 poeng på journalkvalitet hos pasienter med positiv 4AT* (se figur 2, grønn linje).



Figur 2.

Eksempel på målsetting



Etablere en baseline

Baseline er en referanselinje som beskriver nå-situasjonen i enheten. Den er god å ha for å se hvordan enheten gjør det før dere starter med tiltakene. Den er utgangspunktet for forbedringsarbeidet. Ideelt sett skal teamene kunne fastsette en baseline for hver indikator før de innfører et tiltak. På den måten kan teamet avgjøre om det faktisk er behov for forbedring eller ikke. En mulighet er å måle tilbake i tid ved hjelp av data som ligger i de pasientadministrative systemene.

Eksempel i figur 3 viser en enhet der journalkvaliteten ligger på 5 poeng. Denne enheten trenger å jobbe systematisk i tiden fremover for å nå sitt mål om at alle pasienter med positiv 4 AT skal ha 10 poeng på journalkvalitet innen utgangen av året.

Dersom det ikke er mulig å skaffe data tilbake i tid kan teamene starte og måle og registrere data samtidig som tiltakene testes. I de fleste tilfeller vil man kunne fastsette en baseline etter å ha registrert mellom åtte-tolv målinger.

Rent praktisk fastsetter man baseline ved å merke av medianen i tidsseriediagrammet (se figur 3). Medianen er den midterste verdien når alle verdiene rangeres i stigende rekkefølge. Om man har et partall datapunkter, blir medianen gjennomsnittet av de to midterste punktene.



Figur 3. Eksempel på et team som har fastsatt baseline.



Fortsett å gjennomføre jevnlige og hyppige målinger og registrere data

Når det er samlet nok data til å fastsette en baseline, fortsetter teamet med jevnlige og hyppige målinger og registrering av data.



Figur 4. Eksempel på et team som har fortsatt å måle og registrere resultater etter at baseline ble fastsatt.

Avgjøre om det har vært en forbedring

Vi kan anta at det har skjedd en endring når datapunktene «frigjør seg» fra den fastsatte medianen over tid. Det vil si at vi ser flere etterfølgende datapunkter på samme side av medianen. Hvis datapunktene beveger seg i ønsket retning (mot målsetningen) er det et signal om en forbedring.

For å kunne si at en indikator har «frigjort» seg fra medianen, er det nødvendig å observere flere datapunkter. Dette for å være sikker på at det ikke er tilfeldigheter som gjør at datapunktene svinger rundt medianen.

Det er utviklet flere tester som kan brukes for å avgjøre om man observerer reell endring eller ikke. Se for eksempel Kompendium i kvalitetsutvikling (25) eller Kompendiet Forbedringsarbeid Statistisk Prosesskontroll (26).



Vi har oppnådd ønsket forbedring, hvor lenge skal vi fortsette å måle?

En tommelfingerregel er at det skal gjennomføres hyppige målinger helt til det er oppnådd stabile resultater på ønsket nivå i en periode på minst seks måneder. Det vil si at datapunktene ligger stabilt rundt det nivået som er satt som målsetning. For eksempel at man gjennom seks måneder ser at journalkvaliteten ligger på minst 10 poeng.

Når dette er oppnådd kan hyppigheten på målingene justeres ned. Det vil si at det gjennomføres stikkmålinger for å sikre at man ikke faller tilbake til gammel praksis. Det anbefales å gjøre stikkmålinger to til tre ganger per år.

.



Vedlegg

Vedlegg 1. 4AT- skjema

Vedlegg 2. Lommefolder

Vedlegg 3. Informasjonsfolder til pasient og pårørende

Vedlegg 4. Skjema for skåring av journalkvalitet

Vedlegg 5. Metode for utvikling og evaluering av modell.

Vedlegg 6. Veiledende behandlingsplan «Delirium og Kognitiv svikt»

Vedlegg 7. Prosedyre «Tidlig identifisering og oppfølging av pasienter med delirium og kognitiv svikt»



Referanser

1. Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK. Delirium in older persons: advances in diagnosis and treatment. *Jama*. 2017;318(12):1161-74.
2. Hshieh TT, Inouye SK, Oh ES. Delirium in the Elderly. *Clinics in geriatric medicine*. 2020;36(2):183-99.
3. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014;383(9920):911-22.
4. Ahmed S, Leurent B, Sampson EL. Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: a systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*. 2014;43(3):326-33.
5. Neerland BE, Watne LO, Wyller TB. Delirium hos eldre pasienter. *Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke*. 2013;15(133):1596-600.
6. National Institute for Health and Care Excellence. Delirium:Prevention, diagnosis and management. In: National Institute for Health and Care Excellence, editor. [nice.org.uk/guidance/cg103](https://www.nice.org.uk/guidance/cg103): National Institute for Health and Care Excellence;; 2010.
7. Krogseth M, Watne LO, Juliebo V, Skovlund E, Engedal K, Frihagen F, et al. Delirium is a risk factor for further cognitive decline in cognitively impaired hip fracture patients. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2016;64:38-44.
8. Levkoff SE, Evans DA, Liptzin B, Cleary PD, Lipsitz LA, Wetle TT, et al. Delirium. The occurrence and persistence of symptoms among elderly hospitalized patients. *Archives of internal medicine*. 1992;152(2):334-40.
9. Mariz J, Costa Castanho T, Teixeira J, Sousa N, Correia Santos N. Delirium diagnostic and screening instruments in the emergency department: an up-to-date systematic review. *Geriatrics*. 2016;1(3):22.
10. American, Psychiatric, Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
11. Bellelli G, Morandi A, Davis DH, Mazzola P, Turco R, Gentile S, et al. Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. *Age and ageing*. 2014;43(4):496-502.
12. Berg GV, Watne LO, Gjevjon ER. Ny screening gir sikrere diagnose. Bruk av screeninginstrumentet 4A T kan forbedre diagnostiseringen av akutt delirium. *Sykepleien*. 2016;104:52-3.
13. Huang AR, Larente N, Morais JA. Moving Towards the Age-friendly Hospital: A Paradigm Shift for the Hospital-based Care of the Elderly. *Can Geriatr J*. 2011;14(4):100-3.
14. De J, Wand AP. Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients. *The Gerontologist*. 2015;55(6):1079-99.
15. National Institute for Health and Care Excellence. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. In: National Institute for Health and Care Excellence, editor. [nice.org.uk/guidance/ng97](https://www.nice.org.uk/guidance/ng97): National Institute for Health and Care Excellence;; 2018.
16. O'Sullivan D, Brady N, Manning E, O'Shea E, O'Grady S, N OR, et al. Validation of the 6-Item Cognitive Impairment Test and the 4AT test for combined delirium and dementia screening in older Emergency Department attendees. *Age and ageing*. 2018;47(1):61-8.
17. Amble K, Henriksen H, Leknessund TL, Espeland E, Solvåg K, Naalsund P. Delirium – forebygging, diagnostikk og behandling. In: sykehus Hd, editor. helsebiblioteket.no2016.
18. Hendry K, Hill E, Quinn TJ, Evans J, Stott DJ. Single screening questions for cognitive impairment in older people: a systematic review. *Age and ageing*. 2015;44(2):322-6.



19. Francis J. Delirium and confusional states: Prevention, treatment, and prognosis. In: Aminoff MJ, Schmader KE, Wilterdink JL, editors. UpToDate. Hentet 25. februar 2019 fra <https://uptodate.com/contents/delirium-and-acute-confusional-states-prevention-and-prognosis2019>.
20. Inouye SK. Delirium-A Framework to Improve Acute Care for Older Persons. Journal of the American Geriatrics Society. 2018;66(3):446-51.
21. Dupplis GS, Wikblad K. Patients' experiences of being delirious. Journal of clinical nursing. 2007;16(5):810-8.
22. About us Science of Improvement [nettdokument]. USA: Institute for Healthcare Improvement [oppdatert 2015; lest 03.02.2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.ihl.org/about/Pages/ScienceofImprovement.aspx>.
23. Langley GL, Moen R, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost L. The Improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance. 2. utg. San Francisco, Calif.: Jossey-Bass; 2009.
24. Kompendium i kvalitetsudvikling – Rammer og redskaber, 1. udgave, 1. oplag, Forfatteren og Munksgaard, København 2015.
25. Andhøj, Jacob. Kompendium i kvalitetsudvikling – Rammer og redskaber, 1. udgave, 1. oplag, Forfatteren og Munksgaard, København 2015.
26. Nyen, Bjørnar. Forbedringsarbeid og Statistisk Prosesskontroll (SPC), versjon 2.0. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/statistisk-prosesskontroll-spc>.



Screening for delirium og kognitiv svikt

(etikett)

Pasientens navn:

Fødselsdato:

Pasientnummer:

Dato:

Tidspunkt:

Testen er utført av:

[1] ÅRVÅKENHET (forholder seg normalt til omgivelsene)

Pasienten virker tydelig døsig (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.

Normal (helt årvåken, ikke urolig ved undersøkelse)	0
Lett søvnig < 10 sekunder etter oppvåkning, deretter normal	0
Tydelig unormal(t)	4

[2] AMT4 (Forkortet mental vurdering)

Alder, fødselsdato, sted (navnet på sykehuset eller bygning), årstall

Ingen feil	0
1 feil	1
2 feil eller flere/ikke testbar	2

[3] OPPMERKSOMHET

Spør pasienten: "Kan du i baklengs rekkefølge nevne meg årets måneder, begynn med desember»
Å hjelpe pasienten med et innledende spørsmål «hva er måneden før desember?» er tillatt

Rekkefølgen av årets måneder baklengs	Oppgir 7 måneder eller flere korrekt	0
	Begynner, men klarer <7 måneder/ avslår å begynne	1
	Ikke testbar (er uvel, døsig, uoppmerksom)	2

[4] AKUTT ENDRING ELLER FLUKTUASJON I TILSTAND

Holdepunkter for betydelige endringer eller fluktuasjoner 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

Nei	0
Ja	4

≥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 ufullstendig)

4AT SKÅR



VEILEDNING

Versjon 1.2. Informasjon og nedlasting: www.the4AT.com

Instrumentet 4AT er utformet for en rask førstegangs-vurdering av delirium og kognitiv svikt. En skår på 4 eller mer antyder delirium, men er ikke diagnostisk. En mer detaljert vurdering av mental status kan være aktuelt før en setter diagnosen. En skår på 1-3 antyder kognitiv svikt. Mer detaljert kognitiv testing og informasjon om pasienten er påkrevd. En skår på 0 ekskluderer ikke sikkert delirium eller kognitiv svikt. Mer detaljert testing kan være påkrevd, avhengig av den kliniske situasjonen. Vurderinger under punkt 1-3 er kun basert på observasjon av pasienten når undersøkelsen gjøres. Punkt 4 krever informasjon fra én eller flere kilder, som din egen kunnskap om pasienten, annet personell som kjenner pasienten, fastlege, dokumentasjon, pårørende. Den som utfører vurderingen bør ta hensyn til kommunikasjonsutfordringer (hørselsnedsettelse, dysfasi, mangel på språk) når vurderingen gjennomføres og resultatene tolkes.

Årvåkenhet: Endret nivå av årvåkenhet er sannsynligvis delirium i en generell sykehus-setting. Hvis pasienten viser betydelig endret årvåkenhet ved undersøkelsen, sett skår 4 på dette punktet.

AMT4 (Forkortet mental vurdering - 4): Denne skåren kan overføres fra AMT10 hvis denne er gjort rett før 4AT. **Akutt endring eller fluktuerende tilstand:** Fluktuerende tilstand kan oppstå uten delirium i noen tilfeller hos personer med demens, men tydelig fluktuerende tilstand indikerer delirium. For å avdekke hallusinasjoner og/ eller paranoide 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?"

2011-2014 MacLulich, Ryan, Cash; 2015 norsk versjon: Geir V. Berg (RN, MCsN, Dr.PH), Edith Roth Gjevjon (RN, MCsN, PhD), Ahmad Al-Fattal (MD), Cathrine de Groot (fysioterapeut, MSc) og Sigurd Evensen (MD, PhD-student). Susan Juel (RN) ansvarlig for tilbake oversettelsen.

TIDLIG IDENTIFISERING OG BEHANDLING AV PASIENTER MED DELIRIUM OG KOGNITIV SVIKT

Tidlig identifisere kognitiv svikt



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



Innhent komparentopplysninger ved 4AT>0, for å kartlegge om det foreligger en kjent kognitiv svikt, akutt endring eller begge deler.

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 forberedes på utreise minst 24 timer før utreise.



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, korrigjer hypovolemi og elektrolyttforstyrrelser.



Forebygg eliminasjonsproblemer, observer med tanke på urinretensjon.



Tidlig mobilisering. Tilrettelegg for aktivitet ut fra tidligere funksjonsnivå.



Fremme søvn, unngå nattlige forstyrrelser. Begrens soving på dagtid.



Vurder smerte og administrer smertestillende.



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

Behandle delirium

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



Kartlegge underliggende akutt årsak til delirium, som infeksjon, hjerteinfarkt, hjerneslag, hjertesvikt, hjerterytmeforstyrrelser eller legemiddelbivirkning. Tilstander som påvirker cerebral perfusjon som lavt blodtrykk, lav puls, hypoksi og lavt blodsukker vil også kunne utløse delirium.



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.

« For at vi skal kunne vite om en pasients kognitive tilstand har endret seg raskt fra hvordan den pleier å være, er vi avhengige av opplysninger fra deg som pårørende.

Det er viktig at du informerer oss dersom du opplever at noe har endret seg fra normal tilstand. På denne måten vi kan vi få iverksatt tiltak for å forebygge utvikling så tidlig som mulig.



» *Marte R. Mellingsæter, geriater, Akhus.*

Brosjyren er utarbeidet av avdeling for hjertesykdommer og avdeling for lungesykdommer i samarbeid med avdeling for geriatri, ortopedisk klinikk og enhet for kommunikasjon ved Akershus universitetssykehus. Foto tatt av avdeling for kompetanse og utdanning

Akutt forvirring

Informasjon til pasienter og pårørende



Akutt forvirring er en vanlig men alvorlig tilstand som kan oppleves som svært ubehagelig og skremmende for både pasient og pårørende.

Hva er akutt forvirring?

Akutt forvirring kalles også delirium, og innebærer at pasienten blir desorientert, med en plutselig endring i oppmerksomhet, bevissthet og forståelse. Akutt forvirring er som oftest en kortvarig og forbigående tilstand. Tilstanden kan ha ulike årsaker, men oppstår ofte i forbindelse med akutt sykdom, skade eller kirurgi.

Delirium innebærer en risiko for komplikasjoner ved sykdom, og det er derfor viktig å forsøke å forebygge og behandle raskt.

Hvem kan få akutt forvirring?

Akutt forvirring kan ramme alle, men forekommer oftere hos fysisk svekkede eldre pasienter. Spesielt utsatt er de som har kognitiv svikt eller demens. Infeksjoner, hjertesykdom, skader som hoftebrudd, operasjoner og smerter kan også være en utløsende årsak til akutt forvirring.

Vanlige symptomer og tegn

- Tankeforstyrrelser i form av redusert oppmerksomhet, tap av hukommelse og desorientering.
- Hørsels- eller synshallusinasjoner.
- Endring i den oppmerksomhet og bevissthet personen vanligvis har.
- Forstyrrelsen utvikles i løpet av kort tid og symptomene varierer ofte i form og alvorlighetsgrad gjennom døgnet.

Helsepersonell skal kartlegge eldre pasienter med tanke på utvikling av akutt forvirring. For å finne ut om det er en akutt endring, må vi også ta kontakt med pårørende for å få opplysninger om pasientens tilstand før innleggelse.

Slik kan akutt forvirring forebygges

Dersom du som pasient er utsatt for akutt forvirring, lager vi en plan sammen med deg og dine pårørende for å forsøke å forebygge at dette utvikler seg. Det viktigste i behandlingen er å påvise og behandle underliggende årsaker. I tillegg er det viktig å unngå andre faktorer som kan utløse eller forverre tilstanden. Noen av tiltakene kan du selv, eller du som er pårørende bidra med. Det er derfor viktig at du som pasient eller pårørende alltid forteller oss om endring i atferd.

Orientering

Pårørende kan bidra til å fremme pasientens orientering ved å snakke med pasienten om forhold som er kjente og trygge. Snakk om hvorfor pasienten er innlagt på sykehuset og bidra til å motivere pasienten til å benytte eventuelle hjelpemidler for syn og hørsel.

Søvn og aktivitet

Dårlig søvn eller forstyrret søvn mønster kan bidra til å opprettholde eller utløse akutt forvirring. Det er viktig å begrense soving på dagtid og vi vil forsøke å tilrettelegge for en god balanse mellom ro og skjerming og stimuli og aktivitet. Som pårørende kan du bidra ved å motivere til, og fremme aktivitet.

Tilstedeværelse av pårørende

Å ha kjente personer hos seg kan gjøre pasienten trygg og bidra til reorientering. Ved mistanke om kognitiv svikt eller akutt forvirring vil vi oppfordre til og tilrettelegge for at pårørende kan være til stede utenom besøkstid. Dersom pasienten ønsker det, er det også flott om du som pårørende kan være til stede når viktig informasjon skal gis. Avtal eventuelt dette med pasientansvarlig sykepleier.

Oppfølging etter akutt forvirring

Dersom du har hatt akutt forvirring under sykehusoppholdet, anbefaler vi en kontrolltime hos fastlege 2-3 måneder etter utskrivelse. Dersom det har vært mistanke om kognitiv svikt også før sykehusinnleggelsen bør dette utredes.

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 QlickLIS-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 ivaretatt på andre måter, beskriv kort: 	/ 2	
SUM	/ 13	

KVALITETSMÅLING AV DOKUMENTASJON

UKESOPPSUMMERING

UKE: _____

SAMLET SKÅR FRA 3 PASIENTJOURNALER	/39
HVA HAR VI VÆRT FLINKE TIL? (Sett inn stikkord) -	
HVILKE FORBEDRINGER MÅ VI JOBBE VIDERE MED? (Sett inn stikkord) -	

JOURNALGJENNOMGANG VED:

Vedlegg 5. Metode for utvikling og evaluering av modell

Anbefalingene i tiltakspakken for tidlig identifisering av pasienter med delirium og kognitiv svikt baserer seg et prosjekt, gjennomført ved Ahus. I dette vedlegget beskrives bakgrunn, metode og evalueringen av tiltakene.

Hensikt

Med støtte fra Nasjonalforeningen for folkehelsen startet det i 2018 opp et prosjekt på Ahus med hensikt å utvikle og prøve ut en modell for et tilpasset pasientforløp med bedre organisering og oppfølging av akutt-innlagte pasienter med kognitiv svikt og/eller sårbarhet for delirium. I dette prosjektet ønsket vi å undersøke følgende:

1. Hvordan opplever eldre pasienter med kognitiv svikt og/eller sårbarhet for utvikling av delirium, og deres pårørende det akutte sykehusoppholdet og er det forskjell på erfaringene med og uten tilrettelagt organisering og oppfølging?
2. Kan en tilrettelagt modell bidra til bedre identifisering og oppfølging av pasienter med kognitiv svikt/demens og/eller sårbarhet for utvikling av delirium, samt redusere forhold som kompliserer sykehusoppholdet for pasientgruppen?
3. Hvordan opplever helsepersonell innføring av et standardisert pasientforløp for akutt-innlagte pasienter med kognitiv svikt og/eller sårbarhet for utvikling av delirium?

Kartlegging

For å utvikle en god modell var det behov for å få innsikt i hva sårbare pasienter i risiko for delirium og deres pårørende opplevde som viktig for et trygt og godt sykehusopphold. I prosjektet ble det gjennomført 35 pasient og pårørendeintervjuer. Hver pasient ble intervjuet én gang i løpet av sykehusoppholdet eventuelt to kortere intervjuer. Pårørende ble intervjuet en gang så nært opp mot utskrivelse som mulig, eventuelt i form av et telefonintervju kort tid etter utskrivelsen. Intervjuene hadde fokus på deres umiddelbare erfaringer, og eventuelle forslag de hadde til tiltak som kunne gjort oppholdet bedre for pasienten.

I tillegg ble det gjennomført en klinisk kartlegging av nåsituasjonen i klinikk, med hensikt å detektere forekomst og karakteristika ved sårbare pasienter som innlegges akutt og har mulig redusert kognitiv funksjon og/eller delirium. Totalt ble 212 pasienter ≥ 75 inkludert, og det ble samlet inn demografiske og medisinske opplysninger, samt ulike tester for kognitiv funksjon. I denne kartleggingen fremkom det at om lag 42% av pasientene som var inkludert testet positivt for kognitiv svekkelse. Ut fra journaldokumentasjonen på de pasientene som skåret positivt på 4AT så vi at det ofte enten ikke forelå noe informasjon om kognitiv svekkelse, eller i de tilfellene det var dokumentert mistanke ble ikke dette fulgt opp. Dette kan tyde på at vi ikke klarer å fange opp udiagnostisert kognitiv svikt i den daglige drift, og dermed risikerer de sårbare pasientene å ikke få tilstrekkelig oppfølging fordi de ikke blir identifisert, eller at forebyggende tiltak blir iverksatt for seint.

Utvikling av modellen

Det ble opprettet et forbedringsteam bestående av en tverrfaglig gruppe på 6 klinikere fra hjerte- og lungeavdelingene. Disse deltok, sammen med prosjektledelsen, i utformingen modellen. I forbedringsteamet jobbet vi i etter forbedringsmodellen sine prinsipper, med å besvare de tre grunnleggende spørsmålene, samt småskalatesting av tiltakene iht. PSDA (Plan-Do-Study-Act) sirkelen. Utformingen tok utgangspunkt i funn fra kartleggingsstudien, pasientintervjuene og relevant litteratur. Brukerorganisasjonen ved Nasjonalforeningen for folkehelsen bidro med innspill og tilbakemeldinger på modellen. Gjennom en litteraturgjennomgang ble det utarbeidet en kunnskapsbasert veiledende behandlingsplan med hensikt å standardisere screening, oppfølging og forebygging av delirium, for pasienter med risiko for utvikling av tilstanden.

Screening med 4AT, samt veiledende behandlingsplan med tiltak ble småskalatestet av flere sykepleiere ved henholdsvis hjerte, lunge, geriatrisk og ortopedisk klinikk, og justert ift. tilbakemeldinger.

For opplæring ble det i samarbeid med kompetanseavdelingen utviklet et e-læringskurs som ble kvalitetssikret av Oslo delirium-group. I løpet av 2 uker gjennomgikk over 80% av helsearbeiderne på de involverte avdelingene denne e-læringen. I tillegg ble det valgt ut én prosjektsykepleier med ansvar for målinger og oppfølging, samt 2 superbrukere med spesiell opplæring, ved hver avdeling. Disse hadde sammen med prosjektledelsen ansvar for opplæring i bruk av den veiledende behandlingsplanen for alle involverte helsefagarbeidere.

Evaluerings av modellen

For å undersøke om tiltakene i modellen bidrar til bedre identifisering og oppfølging for pasienter med kognitiv svikt og sårbarhet for delirium, samt redusere forhold som kompliserer sykehusopphold for pasientgruppen utførte vi en ikke-randomisert intervensjonsstudie med den kliniske kartleggingen som historisk kontroll. Under klinisk testing av modellen i de to avdelingene som var involvert i utprøvingen (dvs. hjerte- og lungeavdelingen) samlet vi inn tilsvarende opplysninger som ved oppstartstidspunktet. Vi ønsket å se på om innføring av en slik modell kunne bidra til økt identifisering av pasienter i risiko for delirium, samt økning av andelen i risiko som mottar systematisk oppfølging i form av spesifiserte tiltak. Videre var det interessant å se hvordan modellen påvirker uheldige forhold som antall delirium, fall, liggetid, uheldig medisiner, institusjonalisering, reinnleggelser og mortalitet.

I tillegg gjennomførte vi nye pasient- og pårørendeintervjuer for å se hvordan pasienter og deres pårørende opplever den akutte sykehusinnleggelsen og oppholdet når pasienten følges opp etter den nye modellen.

For en mer helhetlig evaluering av modellen gjennomførte vi også fokusgruppeintervjuer av både ledelse, leger og pleiepersonell på de involverte avdelinger. Vi ønsket å undersøke deres erfaringer med å jobbe etter den nye modellen. I tillegg ble det sendt ut en survey til alle de involverte helsearbeiderne. Tema som ble belyst var; holdninger til å jobbe med pasienter med kognitiv svikt og delirium, opplevelse av økt kunnskap om kognitiv svikt og delirium, opplevelse av

arbeidsprosessene, om de opplever det lettere å identifisere de sårbare pasientene og om de opplever at modellen forbedrer oppfølgingen og behandlingen av pasienter med kognitiv svikt.

Bakgrunnen for anbefalingene i denne tiltakspakken

Resultatene fra de ovennevnte kartleggingene blir innlemmet i en artikkel som forventes publisert i slutten av 2020 eller begynnelsen av 2021. Vi kan derfor ikke skrive noe utdypende om våre resultater fra intervensjonsstudien. Men våre anbefalinger i denne tiltakspakken baserer seg på de foreløpige funn fra dette prosjektet.

Foreløpige funn fra pasient- og pårørendeintervjuene

Fra pasient og pårørendeintervjuene ser vi at tilstrekkelig og konsis informasjon er noe pasientene og pårørende opplever som svært viktig. Pasient og pårørende oppgir at de savner mer konsis informasjon. Det kommer ulike leger innom hver dag og det at alle gir forskjellig informasjon gjør det forvirrende for pasienten. Viktigheten av å ha pårørende med i informasjonssituasjoner fremheves. Pasienter med kognitiv svikt får med seg bruddstykker og kan lett feiltolke. Å ha med en pårørende som kjenner pasienten godt kan bidra til å formidle det pasienten ikke klarer å få sagt selv. I tillegg gir det pasienten mulighet til å ha en kjent person de kan snakke med i etterkant som har mottatt samme informasjon. Det gir både pårørende og pasienten mer trygghet og bidrar til å redusere fortvilelse over uklarheter og misforståelser. Så både bedre informasjon og mer involvering av pårørende virket å være viktig for dem.

Flere av de som hadde gjennomgått delirium hadde ikke fått informasjon eller fått snakket om dette i etterkant og satt igjen med en følelse av usikkerhet vedr. hva som faktisk var virkelighet og hva som egentlig hadde skjedd. Tilsvarende forteller pårørende at pasienten sin historie kan være motstridende fra helsepersonellet sin forklaring og de blir usikre på hva som egentlig har skjedd. Flere er også utrygge på hvordan de skal forholde seg til sin pårørende som er i delirium. De mangler tilstrekkelig informasjon om tilstanden.

På bakgrunn av dette ble følgende tiltak innlemmet i modellen:

- Involvering og samarbeid med pårørende og tilrettelegging for tilstedeværelse utenom besøkstider.
- Informasjonssamtale med pasient og pårørende i etterkant av et opplevd delirium.

Foreløpige funn fra klinisk kartlegging og testing av modell:

Fra kartleggingen så vi at kognitiv svikt og risiko for delirium ofte ikke ble fanget opp i vanlig praksis. Dette fant vi frem til ved å undersøke om de pasientene som skåret positivt på 4AT også hadde informasjon om kognitiv svikt og/eller delirium nedtegnet i journalen. I de tilfellene det ble funnet informasjon om dette i journalen, ble denne informasjonen ofte ikke videreført. Det ble sjelden iverksatt forebyggende tiltak for pasienter med identifisert risiko.

Sammenliknet med MMSE og CAM er 4AT et meget raskt og tidseffektivt verktøy som kan inngå som en del av inntakssamtalen. Den er også mulig å gjennomføre uten mye opplæring.

På bakgrunn av dette ble følgende innlemmet i modellen:

- Utvikling av en kunnskapsbasert veiledende behandlingsplan direkte rettet mot pasienter med kognitiv svikt og/eller risiko for delirium, som skulle gjøre det lettere å finne igjen dokumentasjon vedr. kognitiv funksjon i journalen.
- Bruk av 4AT som systematisk screening-verktøy i klinisk praksis.

4AT, som vi testet i denne modellen, er det nyeste av kartleggingsverktøyene for kognitiv svikt og delirium. Selv om 4AT er godt validert når det gjelder å fange opp delirium er det usikkert hvor godt det fanger opp kognitiv svikt. Dette er forhold som vil bli analysert ut fra data i intervensjonsstudien. Resultater fra intervensjonsstudien er ikke publisert enda, og kan derfor ikke inngå i denne tiltakspakken. Tiltakspakken vil bli oppdatert med henvisning til artikkel når denne foreligger.

Foreløpige funn fra survey og fokusgruppeintervjuer med helsepersonell.

Funnene presenteres her i tre kategorier; a) opplæring, b) screening og tiltak i veiledende behandlingsplan (VBP), c) Gjennomføring og rammer. Under hver kategori har vi delt funnene opp i følgende forhold;

1. Hva er det stor grad av enighet om at er bra?
2. Hva er det stor grad av uenighet om?
3. Hva er det vi i stor grad ikke har lyktes med?
4. Basert på dette, hva er våre anbefalinger videre?

Opplæring

1. Helsepersonell er i stor grad enig om at e-læringen har gitt dem økt kunnskap om oppfølging av pasientgruppen. Den var kort, enkel og interessant å gjennomføre. Morgenundervisning opplevdes svært nyttig.
2. Mange av legene oppgir at E-læringen var tilstrekkelig for å kjenne til oppfølgingen av disse pasientene, men mange av pleiepersonellet fremhever behovet for supplering med praktisk opplæring både med screening og spesielt med tiltak i veiledende behandlingsplan. Superbrukere hadde liten tid til opplæring i tillegg til klinisk arbeid.
3. Prosjektet hadde i for liten grad klart å nå ut med forankring, informasjon og opplæring til alle legene. Mange leger prioriterer ikke e-læring, og informasjon må komme fra flere hold. Ved opplæring og innføring i akuttmottak vil screening kunne bli utført enda tidligere.

Basert på dette anbefales følgende:

- Innføring av e-læring som del av nyansattpakken ved foretaket eller ved den enkelte enhet. Innføring av «10 minutter `n» på morgenmøter i ukene under innføringen, med jevnlig påminnelser 2 ganger i halvåret.
- Det bør velges en ressursperson fra klinikken/enheten med ansvar for praktisk opplæring i klinikken.
- Gjennomgang på morgenmøter minimum 2 ganger i halvåret.
- Tydelig forankring hos øverste ledelse samt linjeledelse for pleiere og leger.
- Høyere fokus på medisinanbefalingen til legene – dele ut plastkort med medisinanbefaling.
- Lage 2 medikamentmaler i MetaVision for legene med 1). Riktige behovsmedikamenter for pasienter med delir 2) Uheldige medikamenter til pasienter med kognitiv svikt og anbefalte behovsmedikamenter.

Screening og tiltak i VBP

1. Høy andel av helsepersonellet opplever at screening med 4AT lar seg lett og raskt gjennomføre. De fleste mener screeningen har gjort det lettere å identifisere pasientene, og det har bidratt til høyere bevissthet rundt kognitiv svikt og delirium.
2. Det fremstår noe usikkerhet vedrørende om man fanger opp alle med risiko. Bruk av tiltak i behandlingsplan avhenger i stor grad av generell trygghet i bruk av behandlingsplaner.
3. Det oppleves utfordrende å innhente komparentopplysninger på alle, da dette er tidkrevende. De fleste er kjent med verktøyene men ikke alle prioriterer å bruke dem. Dersom det ikke blir gjort ved innkomstsamtalen, blir det fort glemt, og pasientene reagerer ofte på spørsmålene dersom de kommer i ettertid. 4AT er ikke testbar på personer med alvorlig demens. Det er vanskelig å skille delirium og demens. VBP er for lite bekjentgjort, og det er behov for mer praktisk opplæring.

Basert på dette anbefales følgende:

- Ledelsen bør ha fokus på tydelighet, motivasjon og jevnlig påminnelser vedr prioriteringer av screening og oppfølging.
- Innføre 4AT som sjekkpunkt ved innkomstskjema samt ved tavlemøte/legevisitt.
- Det er behov for flere studier på 4AT sin spesifisitet og sensitivitet når det gjelder kognitiv svikt.
- Ved alvorlig demens: Øke fokus på komparentopplysninger vedr. om pårørende opplever noen akutt endring av pasientens normale tilstand.
- Ved innføring av VBP bør opplæring også inkludere generell bruk og systematisk bruk av VBP. Det er behov for mer praktisk opplæring rundt bruk av den veiledende behandlingsplanen. Utvikling av eget e-læringskurs om behandlingsplaner kan vurderes.

Gjennomføring og rammer

1. Høy andel av pleierne opplever at denne modellen har bidratt til økt oppmerksomhet rundt viktigheten av involvering av pårørende. Det er høy enighet om at det generelt er for lav bemanning til å ivareta disse pasientene og at korridorpasienter og for få enerom gjør det ekstra utfordrende.
2. Noe av pleiepersonalet opplever at behandlingsplaner slik det brukes i dag ikke er nyttig, men at ledelsen setter krav om bruk. Stor grad av diskrepans mellom behov, kvalitet og erfaringer vedr. generell bruk av veiledende behandlingsplan. Det er ulik grad av turnover i avdelingene. I tillegg er det ulikheter i antall korridorpasienter og bemanning.
3. For å lykkes med tiltak er man avhengig av at alle bruker behandlingsplaner og alle oppdaterer dem. Hvis ikke tør man ikke å stole på dem. Mange opplever også at det er et så høyt arbeidspress generelt i enheten at man opplever å måtte prioritere mellom å utføre praktiske oppgaver eller å dokumentere. Høyt pasientbelegg gjør det vanskelig å prioritere annet enn akutte behov. Til tross for stadig flere eldre og sykere pasienter har ikke bemanningssituasjonen i avdelingene endret seg de siste årene. Redusert bemanning i helger er en gammel ordning som burde revurderes da det er like mange oppgaver som skal utføres på helg. De opplever det utfordrende å få inn fastvakt, og de opplever at fastvakter fra ekstravaktkontoret ofte ikke innehar nok kompetanse til å ivareta disse pasientene. Pasientene får da sjelden interaktiv stimuli og noen ganger kan en stresset væremåte og dårlig kommunikasjon forverre pasientens tilstand. Tiltak som å ha kjent personale for å følge opp pasienten er nesten umulig å få til i praksis.

Basert på dette anbefales følgende:

- Vurdering av bemanningssituasjon i sykehus, for å klare å ivareta de eldre sårbare pasientene.
- Ekstravakter som benyttes ved foretaket bør også ha vært igjennom e-læringen og sikres kompetanse på bruk av veiledende behandlingsplan.



Veiledende behandlingsplan Delirium og kognitiv svikt – Screening, forebygging og behandling

FUNKSJONSOMRÅDER (FO)

1.	Kommunikasjon/sanser	5.	Eliminasjon	9.	Seksualitet/reproduksjon
2.	Kunnskap/utvikling/psykisk	6.	Hud/vev/sår	10.	Sosialt/planlegging av utskrivning
3.	Åndedrett/sirkulasjon	7.	Aktivitet/funksjonsstatus	11.	Åndelig/kulturelt/livsstil
4.	Ernæring/væske/elektrolytt balanse	8.	Smerter/søvn/hvile/velvære	12.	Annet/legedelegerte aktiviteter

FO	Nanda	Sykepleiediagnoser	
1	00051	Nedsatt verbal kommunikasjon	
1	00122	Sensorisk forstyrrelser/persepsjonsforstyrrelse (spesifiser: Syn, hørsel, bevegelse, smak, følesans, lukt)	
2	00128	Akutt forvirring	
2	00131	Svekket hukommelse	
2	00130	Tankeforstyrrelser	
2	00154	Vandring	
FO	Mål		
3	Kartlegge, forebygge og behandle de utløsende årsaker til akutt forvirring		
4	Er i væske-/og elektrolyttbalanse		
5	Har normal avføring og vannlating		
7	Opprettholder tidligere funksjonsnivå		
8	Sover sammenhengende i 5 timer		
8	Opplever smertelindring		
10	Pasient og pårørende er informert		
10	Pårørende er involvert i pasientbehandling		
FO	NIC	Sykepleietiltak og forordninger	Frekvens/tid
2		Risikoidentifisering	
		Innhente komparentopplysninger(1, 2): - 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?	Utført dd.mm.yy JA/NEI JA/NEI
		Dokumenter pasientens normale kognitive funksjon i sykepleiedokumentasjonen, kartleggingsnotat benyttes.	Utført dd.mm.yy
		4AT scoring ved mistanke om endring(3-5)	Alltid
		Ved 4AT >0 informer lege og bidra til legemiddelgjennomgang innen 24 t.(1, 6-8)	Utført dd.mm.yy
		Delirium diagnostisert av lege	Utført dd.mm.yy



Veiledende behandlingsplan Delirium og kognitiv svikt – Screening, forebygging og behandling

2	4820	Realitetsorientering	
		Hyppig orientering om person, tid, sted, din rolle(1, 6, 8)	
		Påse at pasienten har nødvendig hjelpemidler for syn/hørse(1, 6-9)	Briller/ Høreapparat
2	6630	Skjerming - relatert til deliriumdiagnose	
		Stabil personalkontakt (6)	v/beh
		Enerom – reduser støy(1)	JA/NEI Vurdert: dd.mm.yy
		Fastvakt – helst av person som er kjent for pasienten(7)	JA/NEI Vurdert: dd.mm.yy
4	0430	Væske/elektrolyttbalanse	
		Observer ernæring og dehydrering - Motivere for væskeinntak(1, 6, 7)	Alltid
		Korreksjon av hypovolemi, anemi og elektrolyttforstyrrelser i samråd med lege(1, 6, 7)	
5		Eliminasjon	
		Observere urinretensjon og forebygge obstipasjon(1, 6, 7)	Alltid
7	0140	Fremme bevegelighet/Mobilisering	
		Tidlig mobilisering - tilrettelegge for aktivitet ut fra tidligere funksjonsnivå(1, 6, 8)	3 x daglig(10)
		Unngå hindringer, vurder seponering av kateter(1, 6-9)	
8	1850	Fremme søvn	
		Tilstreb ro og unngå unødige prosedyrer på natt. Dokumenter søvnkvalitet (1, 6, 9)	
		Dokumenter søvnkvalitet (1, 6, 9)	
		Begrens soving på dagtid - Stimulere til fysisk og mental aktivitet på dagtid (6)	Alltid
8	2210	Pleie ved smerte	



Veiledende behandlingsplan Delirium og kognitiv svikt – Screening, forebygging og behandling

		Smertevurdering med NRS/VAS – Obs. nonverbale uttrykk for smerte; rask HF, uro, motstand mot stell, grimaser, ynking(1, 6)	Alltid
		Unngå opioider dersom mulig, men påse tilstrekkelig smertelindring(1, 7)	
10	7110	Fremme familieinvolvering	
		Tilrettelegg for at pårørende kan være tilstede når viktig informasjon skal gis(3)	
		Samarbeid med pårørende – fremme involvering(3, 8) og tilstedeværelse utenom faste besøkstider(1, 6)	
		Oppfordre pasienten til å fortelle om sin opplevelse av deliriet(11) og informer pasient/pårørende om delirium i samarbeid med lege(1, 6)	Utført: dd.mm.yy
12	7370	Planlegging av utskriving	
		Pasient og pårørende forberedes på utreise minst 24 t før utreise	Utført: dd.mm.yy
		Ved mistanke om demens eller symptomer på kognitiv svikt før aktuelle delirium, viderefør informasjon til eventuelle primærhelsetjeneste(1, 3)	Utført: dd.mm.yy

Referanser

1. Amble K, Henriksen K, Leknessund TL, Espeland T, Solvåg K, Naalsund P. Delirium - forebygging, diagnostikk og behandling. 1 ed. Hentet 7. februar 2019 fra <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/delirium-diagnostikk-og-behandling>: Haraldsplass Diakonale Sykehus; 2016.
2. Hendry K, Hill E, Quinn TJ, Evans J, Stott DJ. Single screening questions for cognitive impairment in older people: a systematic review. Age and ageing. 2015;44(2):322-6.
3. National Institute for Health and Care Excellence. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. In: National Institute for Health and Care Excellence, editor. nice.org.uk/guidance/ng97: National Institute for Health and Care Excellence,; 2018.
4. O'Sullivan D, Brady N, Manning E, O'Shea E, O'Grady S, N OR, et al. Validation of the 6-Item Cognitive Impairment Test and the 4AT test for combined delirium and dementia screening in older Emergency Department attendees. Age and ageing. 2018;47(1):61-8.
5. De J, Wand AP. Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients. The Gerontologist. 2015;55(6):1079-99.
6. National Institute for Health and Care Excellence. Delirium:Prevention, diagnosis and management. In: National Institute for Health and Care Excellence, editor. nice.org.uk/guidance/cg103: National Institute for Health and Care Excellence,; 2010.
7. Francis J. Delirium and confusional states:Prevention,treatment, and prognosis. In: Aminoff MJ, Schmader KE, Wilterdink JL, editors. UpToDate. Hentet 25. februar 2019 fra

Veiledende behandlingsplan Delirium og kognitiv svikt – Screening, forebygging og behandling

<https://uptodate.com/contents/delirium-and-acute-confusional-states-prevention-and-prognosis2019>.

8. Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK. Delirium in older persons: advances in diagnosis and treatment. *Jama*. 2017;318(12):1161-74.
9. Inouye SK. Delirium-A Framework to Improve Acute Care for Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2018;66(3):446-51.
10. Hshieh TT, Yang T, Gartaganis SL, Yue J, Inouye SK. Hospital Elder Life Program: Systematic Review and Meta-analysis of Effectiveness. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2018;26(10):1015-33.
11. Duppils GS, Wikblad K. Patients' experiences of being delirious. *Journal of clinical nursing*. 2007;16(5):810-8.

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 abstinens, og forekommer hos 20-40 % av akutt syke eldre. Pasienter med demens er spesielt utsatt. Delirium kan være det dominerende symptomet på akutt, alvorlig sykdom og gir økt risiko for komplikasjoner.

3.1 Ansvar

Helsepersonell som er i kontakt med eldre pasienter har ansvar for å gjøre seg kjent med og følge prosedyren.

3.2 Handling

3.2.1 Identifisering og screening

Sykepleier utfører screening med 4AT innen 24 timer etter innleggelse ved sengepost på:

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

Resultat av screeningen dokumenteres i MetaVision under arkfanen «Registrering». Velg deretter «Skåringer» og «4AT». Skåren summeres automatisk når alle 4 vurderinger er besvart.

Ny screening utføres ved endring i kognitiv funksjon.

Resultater av 4AT screening:

- 0: delirium eller alvorlig kognitiv svikt lite sannsynlig
- 1-3: mulig kognitiv svikt
- ≥4: mulig delirium og/eller kognitiv svikt

3.2.2 Tiltak ved positiv screening/kognitiv svikt

3.2.2.1 Sykepleiers oppgaver

Sykepleier skal ved positiv screening opprette veiledende behandlingsplan (VBP) «Delirium og kognitiv svikt». Behandlingsplanen inneholder tiltak for både risikoidentifisering, forebygging og behandling.

Innhent komparentopplysninger om tidligere kognitiv funksjon og spør om det har skjedd en akutt endring. Informasjon dokumenteres i VBP.

- Ved mistanke om kognitiv svikt oppfordre og tilrettelegg for at pårørende og familie kan være tilstede også utenom besøkstid.
- Pårørende bør være tilstede når viktig informasjon skal gis.
- Informer om utreise minst 24 t før utreise.
- Iverksett forebyggende tiltak mot delirium og dokumenter i VBP:



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



Observer ernæring og væskebalanse, korrigér hypovolemi og elektrolyttforstyrrelser.



Forebygge 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.

3.2.2.2 Lege har ansvar for å



Utføre en legemiddelgjennomgang med tanke på uheldige medikamenter og utvikling av delirium.

Uheldige medikamenter

- Tricycliske antidepressiva som Sarotex
- Antipsykotika, spesielt høydose som Largactil, Nozinan, Truxal.
- Antihistaminer som Atarax, Vallergan
- Stemetil
- Digoxin varsomhet ta S-konsentrasjon
- Litium varsomhet ta S-konsentrasjon
- Kortikosteroider i høy dose
- Inkontinensmidler som Detrusitol og Vesicare

Brukes med varsomhet

- Benzodiazepiner skal unngås men skal heller ikke bråseponeres
- Opioider og afipran er uheldig, men kan/må noen ganger brukes
- Heminevrin, brukes eventuelt kun for å indusere søvn
- Haldol/risperdal/seroquel (uheldig, men må noen ganger brukes)

3.2.3 Behandling/Håndtering av delirium

3.2.3.1 Sykepleiers oppgaver

- Mistanke om delirium skal behandles som delirium inntil avkreftet. Dokumenter tiltakene i VBP:



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.

3.2.3.2 Lege har ansvar for å

- Diagnostisere og utrede somatiske årsaker til delirium, herav utelukke metabolske forstyrrelser, sirkulatoriske forstyrrelser, infeksjon, akutte smerter og skader, vurdere polyfarmasi og medikamentelle bivirkninger.
- Stabilisere vitale funksjoner; vurdere behov for oksygen/væske/glukose/blodtransfusjon.
- Vurdere indikasjon for farmakologisk behandling.
Det er begrenset evidens for bruk av antipsykotika, deksmedetomidine og benzodiazepiner i behandling av delirium. Kortvarig antipsykotisk behandling i lave doser kan overveies dersom pasienten er betydelig plaget av psykotiske symptomer, eller er til fare for seg selv eller andre. Det kan også være nødvendig å gi medikamenter for å få gjennomført nødvendig diagnostikk og behandling av de utløsende årsakene.

Aktuelle medikamenter	
Risperidon	0,25 -1 mg x 2 p.o.
Haloperidol	0.5 – 1 mg p.o eller i.m, maks 2 mg/døgn.

	For skrøpelige pasienter eller pasienter med demens kan 0,25 mg – 0,5 mg pr dose være tilstrekkelig første døgnet
NB! Antipsykotika er relativt kontraindisert ved Lewy legeme demens og Parkinsons sykdom. Quetiapin kan vurderes (25-100 mg/døgnet, fordelt på 2 doser).	
Behandlingen skal være kortvarig og antipsykotika bør seponeres før utskrivelse.	
Benzodiazepiner bør unngås. Ved betydelig angstkomponent kan Oksazepam eller Midazolam p.o. vurderes. Benzodiazepiner skal ikke bråseponeres pga. stor abstinensfare.	
Indusere søvn	
Unngå ordinær sovemedisin hvis ikke pasienten står på det fra før. Circadin (Melatonin) 2 mg po. tidlig kveld kan bidra til å opprettholde døgnrytme og har lite bivirkninger. NB! Pasienter med Alzheimer demens skal ikke ha Circadin. Klometiazol (Heminevrin) har vært mye brukt i Norge for å indusere søvn ved delirium. Det er ingen evidens for effekt på delirium. Brukes kun til pasienter som er respiratorisk og sirkulatorisk stabile, og kun til kveldstid; 300-600 mg vesp. Heminevrin bør gis før midnatt.	

- Tilby informasjonssamtale med pasient og pårørende i etterkant av et delirium.
- Henvise til videre utredning hos fastlege/demsteam i kommunen eller geriatrisk poliklinikk 2-3 mnd. etter utskrivelse, ved mistanke om demens. Kognitiv svikt utviklet over tid/demens skal ikke utredes under en akutt sykehusinnleggelse.
- Dokumentere delirium i epikrise under relevant diagnosekode:

Delirium uten kjent demens	F05.0
Delirium ved demens	F05.1
Uspesifisert delirium	F05.9
Annet spesifisert delirium (herunder postoperativt delirium)	F05.8

- Revurdere underliggende årsaker, ved manglende effekt av tiltak. Årsakene er ofte komplekse og sammensatte. Kontakt eventuelt geriater for en vurdering. Ved persisterende delirium i terminalfase kan lindrende sedering vurderes aktuelt.

4.0 Vedlegg

[4AT – Screening for delirium og kognitiv svikt](#)

[Flytskjema – Tidlig identifisering og behandling av pasienter med delirium og kognitiv svikt](#)

[Veiledende behandlingsplan – Delirium og kognitiv svikt](#)

[Lommefolder - Tidlig identifisering og behandling av pasienter med delirium og kognitiv svikt](#)

[Pasientinformasjon – Akutt forvirring](#)

5.0 Relaterte dokumenter

6.0 Grunnlagsinformasjon

6.1 Grunnlagsdokumenter

Amble K, Henriksen H, Leknessund TL, Espeland E, Solvåg K, Naalsund P. Delirium – forebygging, diagnostikk og behandling. In: sykehus Hd, editor. Helsebiblioteket.no2016.

De J, Wand AP. Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients. *The Gerontologist*. 2015;55(6):1079-99.

Evensen S, Forr T, Al-Fattal A, de Groot C, Lonne G, Gjevjon ER, et al. [New tool to detect delirium and cognitive impairment]. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2016;136(4):299-300.

Francis J. Delirium and confusional states:Prevention,treatment, and prognosis. In: Aminoff MJ, Schmader KE, Wilterdink JL, editors. UpToDate. Hentet 25. februar 2019 fra <https://uptodate.com/contents/delirium-and-acute-confusional-states-prevention-and-prognosis2019>.

Hshieh TT, Yang T, Gartaganis SL, Yue J, Inouye SK. Hospital Elder Life Program: Systematic Review and Meta-analysis of Effectiveness. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2018;26(10):1015-33.

Inouye SK. Delirium-A Framework to Improve Acute Care for Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2018;66(3):446-51.

National Institute for Health and Care Excellence. Delirium:Prevention, diagnosis and management. In: National Institute for Health and Care Excellence, editor. [nice.org.uk/guidance/cg103](https://www.nice.org.uk/guidance/cg103): National Institute for Health and Care Excellence; 2010.

National Institute for Health and Care Excellence. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. In: National Institute for Health and Care Excellence, editor. [nice.org.uk/guidance/ng97](https://www.nice.org.uk/guidance/ng97): National Institute for Health and Care Excellence; 2018.

Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK. Delirium in older persons: advances in diagnosis and treatment. *Jama*. 2017;318(12):1161-74.

O'Sullivan D, Brady N, Manning E, O'Shea E, O'Grady S, N OR, et al. Validation of the 6-Item Cognitive Impairment Test and the 4AT test for combined delirium and dementia screening in older Emergency Department attendees. *Age and ageing*. 2018;47(1):61-8.

6.2 Definisjoner

Kognitiv svikt: en svikt i kognitive funksjoner som omfatter sanseoppfattelse (persepsjon), oppmerksomhet (konsentrasjonsevne), hukommelse og logiske evner (begrepsdannelse, resonnerende evner, teoretisk intelligens), problemløsning og språk.

Delirium: En akutt kognitiv svekkelse, med et fluktuerende forløp som karakteriseres av forstyrrelser i bevissthet, oppmerksomhet og persepsjon

Hypoaktivt delirium også kalt stille delirium: Pasienten er stille, tilbaketrukket og apatisk og ofte søvnig, døsig eller sløv.

Hyperaktivt delirium: Pasienten er psykomotorisk urolig, ofte vandrende, drar ut katetre og venekanyler, og kan ha paranoide hallusinasjoner.