

Referat

Møde	Tværasektorielt Forum for Sammenhængende Patientforløb	Ældre og Sundhed
Tid	29-09-2017, kl. 12.00-15.00	Ældre- og Handicapforvaltningen Storemosevej 19 9310 Vodskov
Sted	Viren 15, 9310 Vodskov – det store mødelokale	Init.: kate
Deltagere	AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL: Elisabeth Birnbaun, Forløbsansvarlig Viceklínikchef, Klinik Hjerter-Lunge Hanne Hartmann, Forløbsansvarlig Viceklínikchef, Klinik Medicin Hanne Viuf, Afsnitsledende sygeplejerske, Urologisk afsnit Helle Opstrup, Ledende Terapeut, Ergo- og Fysioterapiafdelingen Lone Nørgaard Christensen, HR-VKC Mariann Tousgaard, Afsnitsledende sygeplejerske, AMA Pernille Larsen, Afsnitsledende sygeplejerske, Gastroenterologisk Sengeafsnit Sanne Brunø-Madsen, Afsnitsledende sygeplejerske, A2 i Mave- og Tarmkirurgisk speciale Susanne Højen, Afsnitsledende sygeplejerske, Ortopædkirurgisk afsnit O 2 AALBORG KOMMUNE: Agnete Holm Rasmussen, fagligt ansvarlig, Plejeboligfunktionen Anne-Marie Koch Jørgensen, Faglig leder Bodil Foged Nielsen, Områdesygeplejerske Hanne Hostrup, Centerleder Rehabiliteringscenter Aalborg Helen Kæstel, Sygeplejefag Lone Svendsen, Leder af aktivitetsområde nord (f. Hanne Brusgaard) Louise Weikop, Leder af Kvalitets- og Innovationsenheden Malene Horsholt Jensen, Konsulent Michael Andersen, Leder af Udskrivningsenheden Vibeke Kræmmergaard, Leder af Sundhedscenter GÆSTER: Ane Allermann Lemvig, Aktiv patientstøtte Jeanet Vestergaard Bedsted, Sygeplejerske i Nord-Land, Aalborg Kommune Karin Dam Eikhof, Klinisk sygeplejerskespecialist, Klinik Akut Signe Elisabeth Rønne Jørgensen, Specialkonsulent fra Forbedring, Region Nordjylland Signe Johannesen, Projektleder på "Den kirurgiske patient", Visitationen Afklaring og Forebyggelse (AFFO)	
Afbud	Indtast afbud Camilla F. Smed, Visitationschef Charlotte Wiig Allerød, Forløbsansvarlig Viceklínikchef, Klinik Kvinde, Barn og Urinvejskirurgi Dorte Holdgaard, Funktionsleder, Tværfagligt smertecenter Else Marie Michelsen, koordinerende sygeplejerske, Neurologisk Afsnit Grete Lauritsen, Områdesygeplejerske Grethe E. Beck, Områdesygeplejerske, Hanne Brusgaard Petersen, Trænings- og aktivitetschef Helle Birgitte Dahl Hansen, Plejeboligchef Inge Smed Nielsen, Afsnitsledende sygeplejerske, Lungemedicinsk afsnit Jette Boilsen, Afsnitsledende sygeplejerske, Geriatrik afsnit Jørn Bols, Forløbsansvarlig Viceklínikchef, Klinik Diagnostik Karina Mark Kristensen, Afsnitsledende sygeplejerske, Onkologisk sengeafsnit D1 og D3 Katrín Lindegaard Gellert, Leder af Akuttilbud Aalborg Lis Bjerregaard, Forløbsansvarlig Viceklínikchef, Klinik Hoved-Orto Lise Søndergaard, Leder Sund Info, Plan & Kvalitet Louise Stadil Pindstrup, Risikomanager, Plan & Kvalitet	

Marianne Lange, Områdesygeplejerske
Marianne Siersbæk, Praksiskoordinator, Nordkap
Mette Mørch Slot, Afsnitsledende sygeplejerske, Neurokir./ØNH/Kæbe- og Øjenafsnit
Ragnhildur Lindal Hamper, Afsnitsledende sygeplejerske, Neurokirurgisk Sengeafsnit NNH
Susanne Kolding, Afsnitsledende sygeplejerske, Karkirurgisk speciale
Vibeke Poulsen, Områdesygeplejerske

Sagsnr. 2014-23173 / 2014-23173-24

1. **Velkommen og frokost, v/Helen Kæstel**
Der blev budt velkommen og indledt med præsentationsrunde.
2. **Forbedringsprojekt: Optimering af sektorovergangen for patienter med hoftenære frakturer, v/Signe Elisabeth Rønne Jørgensen**
Præsentation er vedlagt referatet. Projektet har været i gang siden juni 2016. Målet er at forbedre kommunikationen i sektorovergangen, herunder fokus på hvilke behov for information, der er behov for i kommunalt regi. Projektet har sat gang i en kulturændring hen mod større fokus på at gøre borgeren så selvhjulpnen som muligt så hurtigt som muligt. Der opleves synergi i forhold til Projekt Den Kirurgiske Borger.
3. **Projekt: Den Kirurgiske Borger, v/Signe Johannesen**
Projektet er opstået ud fra et ønske om at gøre det bedre for kirurgiske borgere, som ikke tidligere har modtaget personlig eller praktisk hjælp fra kommunen. Udviklingsprojektet er forankret i Myndighedsafdelingen, Afklaring og Forebyggelse, og afvikles september til december 2017. Borgerne opspores gennem udskrivningsenheden. Der sker herefter en hurtig kommunal opfølgning på den bevilligede hjælp, og ved langt de fleste borgere er det muligt at fjerne det meste hjælp igen hurtigere end tidligere, ved at hjælpe borgeren til at blive mere selvhjulpnen. Indtil nu har erfaringerne været: At der er behov for øget samarbejde og dialog mellem hospital, udskrivningsenhed, sygeplejerske og visitator. At "efterbyggelse" kan medvirke til at der ikke sker unødige genindlæggelser. At der er behov for færre indsatser i hjemmet, og at indsatser kan gives i en kortere periode end tidligere. Der følges op på borgere inkluderet i projektet efter 3 måneder ift. den fortsatte selvhjulpenhed. Når projektperioden er ovre, vil der blive samlet op på resultaterne, og tilgangen vil forventeligt blive udbredt til en større målgruppe. Pilotprojektet skal ligeledes give grundlag for at beslutte, hvem det fremadrettet er relevant at orientere, hvilket kommunalt set-up, der skal være for indsatsen samt samarbejdet med hospitalet.
4. **Aktiv Patientstøtte, v/Ane Allermann Lemvig**
Præsentation er vedlagt referatet. Der var en sideløbende drøftelse af, hvilke borgergrupper, der ekskluderes i Aktiv Patientstøtte og hvilke tilbud de evt. vil have behov for. Det blev i den sammenhæng understreget, at Aktiv Patientstøtte er et fast koncept, som skal afprøves og følges forskningsmæssigt, så tilpasningsmulighederne er begrænsede.
5. **Præsentation af projekt: "Implementering af klinisk retningslinje om delirium på tværs af sengeafsnit på Aalborg Universitetshospital", v/Karin Dam Eikhof**
Præsentation er vedlagt referatet. Projektet har sat fokus på en systematisk screening af patienter på sengeafsnit. En tilgang, der også kunne være givtig i kommunen. Delirium kræver ofte vagter ved patienten og er dermed ressourcekrævende. Det ses ofte, at patienter, der har eller får delir er indlagt fra plejehjem. Der var sideløbende en drøftelse af vagtlægers mulighed for at anvende kommunens tilbud om akut udkørende besøg eller akutpladser. Der var enighed om behovet for at udbrede kendskabet til disse tilbud og skabe dialog om anvendelsen. Helen vil drøfte forebyggelse af delir i ledergruppen i Sygeplejen.
6. **Relationel koordinering på tværs af sektorer – et godt eksempel på et sammenhængende patientforløb, v/hjemmesygeplejerske Jeanet Vestergaard Bedsted og sygeplejerske fra Dialyse ambulatoriet Anne Tell**

Oplægsholderne fortalte den gode historie om et sammenhængende patientforløb og godt samarbejde på tværs af sektorskel omkring en mand i starten af 70'erne, som i starten af forlø-

bet skal i hjemmedialyse om natten, men som hans tilstand udvikler sig får behov for øget grad af hjælp i form af midlertidig plads og efterfølgende permanent plejehjemplads. Der berettes om et forløb, hvor der har været tæt kontakt med Dialyseambulatoriet og dets sygeplejersker, der kendte borgeren. Der blev stillet oplæring af hjemmesygeplejersker og plejehjems personale til rådighed af Dialyseambulatoriet. Og ved fælles hjælp lykkedes det i sidste ende at sikre, at borgerens ønske til behandling og afslutning på livet blev efterkommet, uden unødigt indlæggelse. Historien illustrerede at det gode samarbejde er kendetegnet ved: At rammer, mål og indsats bliver løbende tilpasset borgeren i fællesskab, at hjemmesygeplejerskens vurderinger og observationer tages alvorligt og bliver handlet på, at der er kontinuitet i relationer, og at der er et klart behandlingsansvar, og klarhed over hvem der skal kontaktes hvornår.

Der var efterfølgende en drøftelse af om/hvordan erfaringerne kan udbredes og hvilke krav det stiller. Ligeledes blev udfordringen med at skabe sammenhæng og kontinuitet i relationer ved borgere med multisygdom drøftet, idet det ikke er muligt at sikre/etablere ét kontaktpunkt.

7. Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner, organisering af akutpladser – hvilken betydning har det for det tværsektorielle samarbejde? v/Helen Kæstel

Der blev kort orienteret om kvalitetsstandardernes betydning. Kvalitetsstandarden er ikke blevet så vidtrækkende, som det var håbet. Der lægges fx fortsat ikke op til at patienter på akutpladser også kan have et fortsat behandlingsbehov. På Akuttilbud Aalborg er der fortsat 10 pladser, som egen læge henviser til. Og 13 pladser, hvor hospitalet (via udskrivningsenheden) kan henvise til. Der arbejdes på at sikre at det er den rette målgruppe, der henvises til akutpladserne. Det handler bl.a. om en sondring mellem behov for midlertidige plads (hvis borger fx venter på plejehjem), og behov for døgnovervågning ved sygeplejerske, som det sker på Akuttilbuddet. Dette er primært en drøftelse, der tages med Myndighed.

8. Gensidig orientering:

a. Styrket indsats i forhold til forløbskoordinering ved særligt sårbare patienter, v/Helen Kæstel

Sygeplejefaglig direktør Lisbeth Lagoni har på Aalborg Universitetshospital videresendt en meddelelse fra Aalborg Kommune om, at hjemmesygeplejen i Aalborg Kommune gør en særlig indsats for at sikre sammenhæng i forløb vedr. særligt sårbare patienter. Det gøres fx ved at ringe ind på den afdeling, hvor borgeren er indlagt, med supplerende oplysninger om borgeren inden for 24 timer. Eller ved at deltage på udskrivningskonference, når borger skal udskrives, for dermed at gøre en proaktiv indsats. Erfaringen er, at det har stor effekt, når det lykkes, men også at det kræver planlægning, og at der til tider er kort planlægningstid ved udskrivelser. Der er dialog herom med Udskrivningsenheden.

b. Status på "Tidlig Indsats på Tværs" (TIT), v/Helen Kæstel

Projektet er målrettet særligt sårbare ældre (+65 årige) og igangsat på tværs af 10 kommuner og Region Nordjylland. For at identificere borgere i målgruppen for projektet stratificerer kommunerne hjemmeboende borgere, der modtager en vis mængde hjemmepleje eller sygepleje. Ud over et styrket fokus på tidlig opsporing, indebærer projektet også, at der er etableret subakutte udredningstilbud på 4 hospitalsmatrikler – en såkaldt TIT-udredningsenhed. Ved at stille subakut udredning til rådighed håber man, at praktiserende læger vil inddrage denne mulighed og dermed undgå unødige indlæggelser i målgruppen. Det særlige er, at der er en kommunal hjemmesygeplejerske tilstede på hospitalet sammen med borgeren for at sikre koordinering og sammenhæng. Der har indtil nu været 1 plejehjemsbeboer fra Jammerbugt Kommune henvist af egen læge.

c. Ny tværsektoriel auditering i efteråret med baggrund i Sundhedsaftalen om elektronisk kommunikation ved indlæggelse og udskrivning, v/Lone Nørgaard

Der er arbejde i gang for at tilpasse og kvalitetssikre spørgeskemaet til audit. Så der vil være flere spørgsmål denne gang. Der afholdes workshop på baggrund af resultatet fra audit d. 6. december 2017, hvor deltagerne kommer med cases, der illustrerer god og dårlig kommunikation. Lea Sinding Mortensen, Charlotte Laubek og Dorthe Bruun Jakobsen indgår i arbejdet fra Aalborg Kommune.

d. *Kvalitetsarbejde på tværs. Drøftelse af et muligt fælles auditeringsredskab med indikatorer, der retter sig mod den gode overgang. Hvad vil vi gerne lykkes med? v/Helen Kæstel*

Helen præsenterede ideen om, på baggrund af audit af den tværsektorielle kommunikation, at se nærmere på udvalgte patientforløb i fællesskab med hensyn til kvalitet i forløbet. Der skal således sættes fælles mål for elementer i patientforløb, der går på tværs, der kan lykkes bedre. Målgruppen kunne f.eks. være plejehjemsbeboere, der indlægges, hvor målet kunne være at halvere genindlæggelser. Det kunne være de omtalte delir-patienter. Der skal kigges på en afgrænset patientgruppe (på medicinsk afd.), hvor en forbedring i forløbet betyder noget, også rent ressourcemæssigt. Tidshorisonten for opgaven er inden sommerferien 2018. Kvalitets- og Innovationsenheden påtager sig, at lave et oplæg, bl.a. med inddragelse af Elisabeth Birnbaum og Hanne Hartmann. I forhold til beboere på plejehjem blev der gjort opmærksom på, at pårørende kan udgøre i faktor i, om en beboer indlægges. Der er således behov for en styrket dialog om risikofaktorerne ved indlæggelse af ældre svækkede beboere, hvis det kan undgås.

9. Dato for næste møde, forslag til emner

Der er tilslutning til en ny mødedato i marts 2018.

Forslag til emner:

- Plejehjemsbeboere, der indlægges: Kan vi mane myter i jorden? Hvad er "reglerne"? Hvilke krav stilles vi overfor? Hvad er lovgivningen? Anvendelse af livstestamente/fremtidsfuldmagter – hvordan, hvor meget og hvornår? Samarbejde med vagtlæge og praktiserende læger.
- Resultatet af det tværsektoriel kommunikation i overgangene
- Specialuddannelsen til sygeplejersker i hjemmesygeplejen
- Elektronisk triage, sårtriage
- Evaluering af tværsektoriel grundaftale?

10. Evt.

Ingen bemærkninger.

Referat, kommissorium og deltagerliste kan hentes på følgende link:

<http://www.aalborguh.m.dk/For-Sundhedsfaglige/Samarbejde-med-kommunerne/Tvaersektorielt-Forum>

Patienter +65 med hoftebærende frakturer
-HØJRISIKO patientgruppe

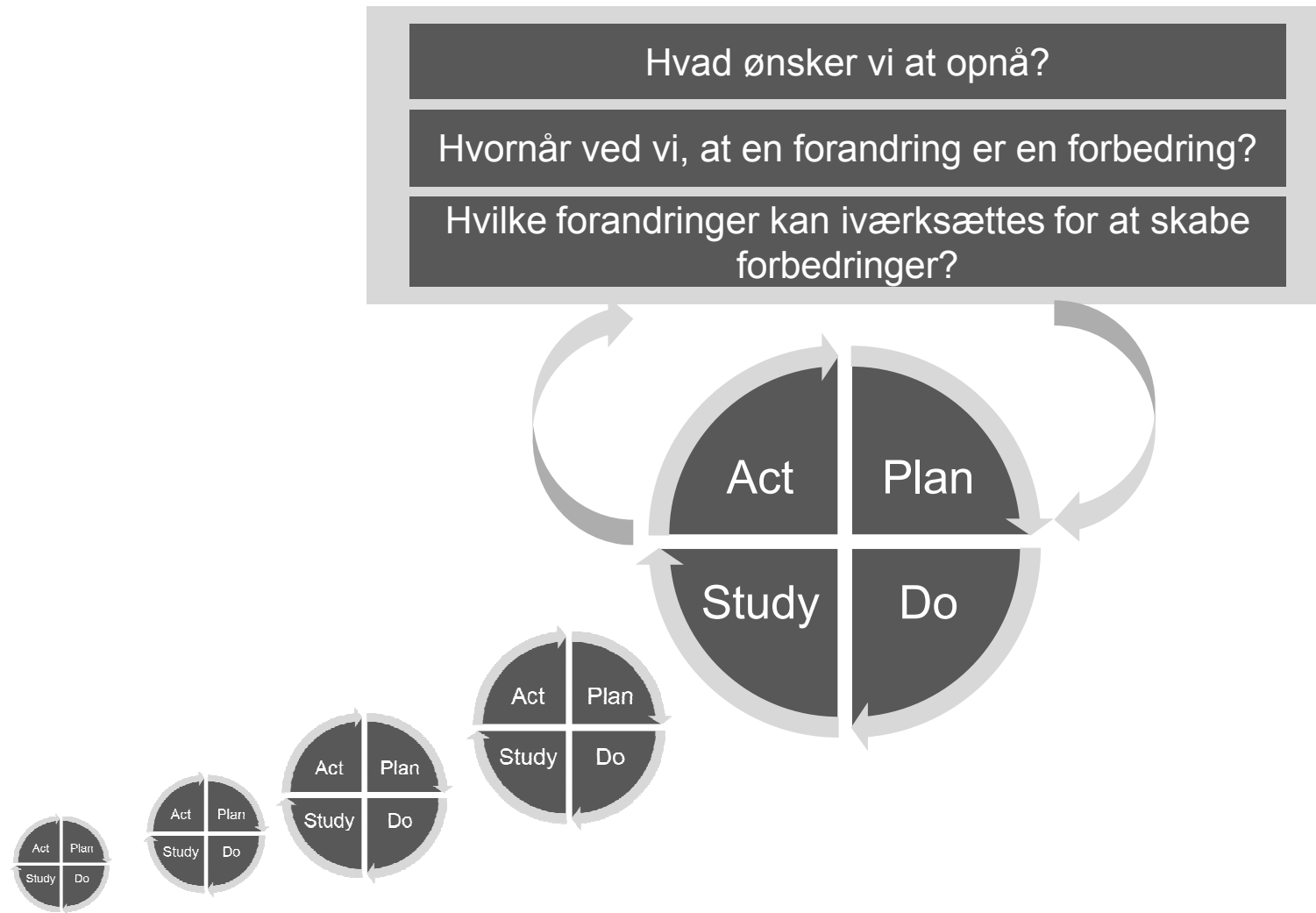


PROJEKT-TRILOGIEN VEDR. PATIENTER MED HOFTENÆRE FRAKTURER



REGION NORDJYLLAND
- i gode hænder

FORBEDRINGSMODELLEN (MODEL FOR IMPROVEMENT)



Projektproces:

1. Etabler team
2. Sæt mål
3. Etabler måling
4. Vælg forandring
5. Test forandringen
6. Gennemfør forandringen
7. Udbrede forandringen

TIDSPLAN FOR PROJEKTFORLØB

	Måned	Aktivitet	Produkt	Dato	Tid
Førprojekt	Juni	Projektmøde 1	Organisering		Ca. 1½ time
	Juni/August	Etablering af målesystem	Baseline for resultatmål og eventuelt procesmål og balancerende mål		
		Projektmøde 2	Projektbeskrivelse version 0		Ca. 1½ time
Projekt	September	12-12 arbejdsseminar 1: Fra idé til test	Projektbeskrivelse version 1 – herunder plan for test PDSA'ere	31. aug. – 1. sep.	12 timer
	September	Projektmøde 3	Fremdrift		Ca. 1 time
	Oktober	Arbejdsseminar 2: Fra test til implementering	Projektbeskrivelse version 2 – herunder plan for implementering	12. okt.	8 timer
		Projektmøde 4	Fremdrift		Ca. 1 time
		Projektmøde 5	Fremdrift		Ca. 1 time
	November	Projektmøde 6	Fremdrift		Ca. 1 time
Efterprojekt	December/ Januar	Projektmøde 7	Study – Act		Ca. 1 time
		Præsentation af udvalgte projekter for Udvidet Strategisk Sundhedsledelse	Ledelsesforankring		Ca. 1 time

TRILOGIEN VEDR. HOFTENÆRE FRAKTURER.....

Del 1: Fra ankomst til OP

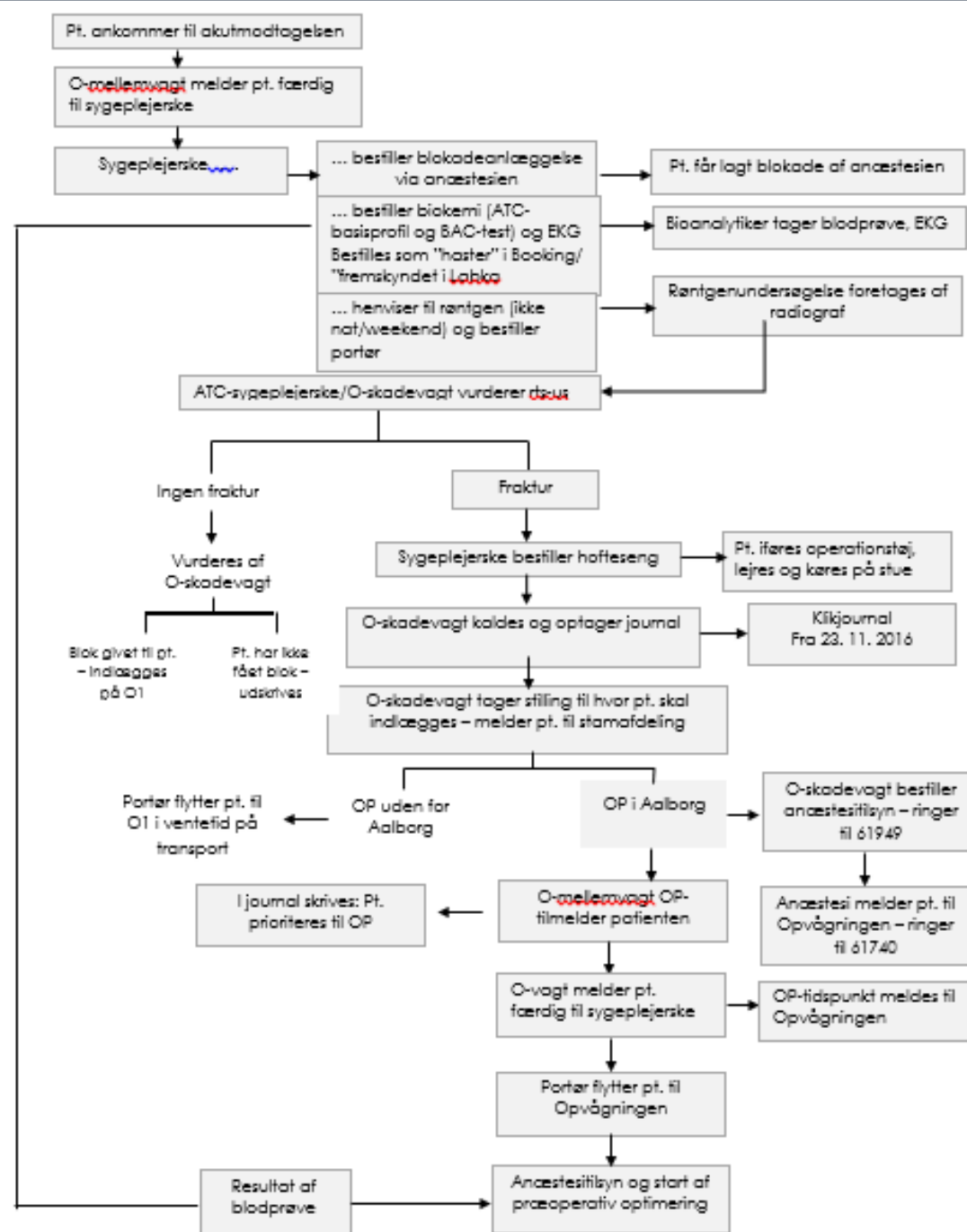
- Del 2: Fra OP til udskrivelse
- Del 3: Fra udskrivelse til hjemmet

Fast track for patienter med hoftenære frakturer – fra ankomst til OP

Mål

- Reduktion af 30 dages mortalitet
- Reduktion af ventetid på OP, så 75% af patientgruppen opereres indenfor 24 timer og 90% indenfor 36 timer

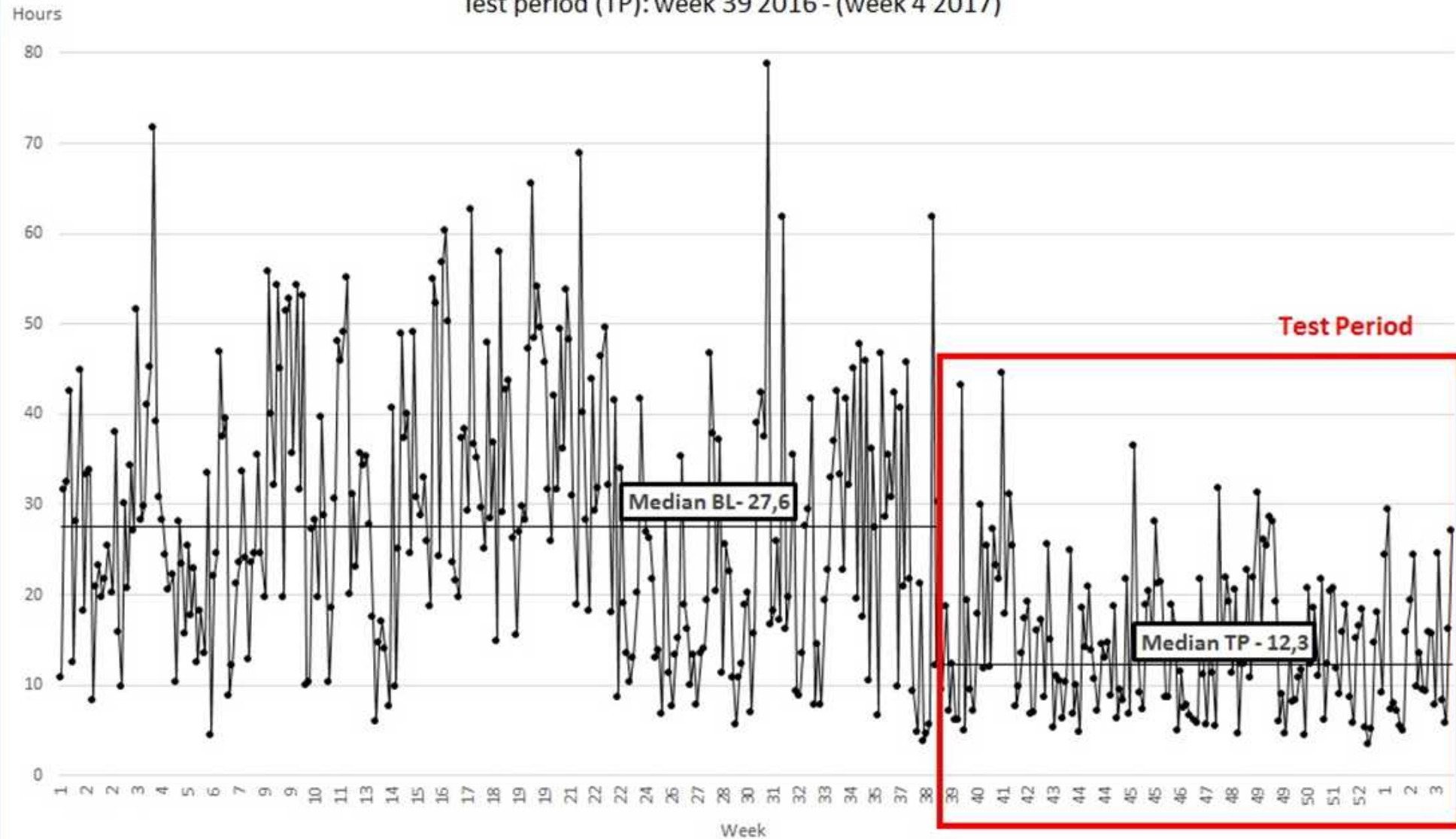




Waiting time for operation - Patients with hip fractures

Baseline (BL): week 1 2016 - week 38 2016

Test period (TP): week 39 2016 - (week 4 2017)



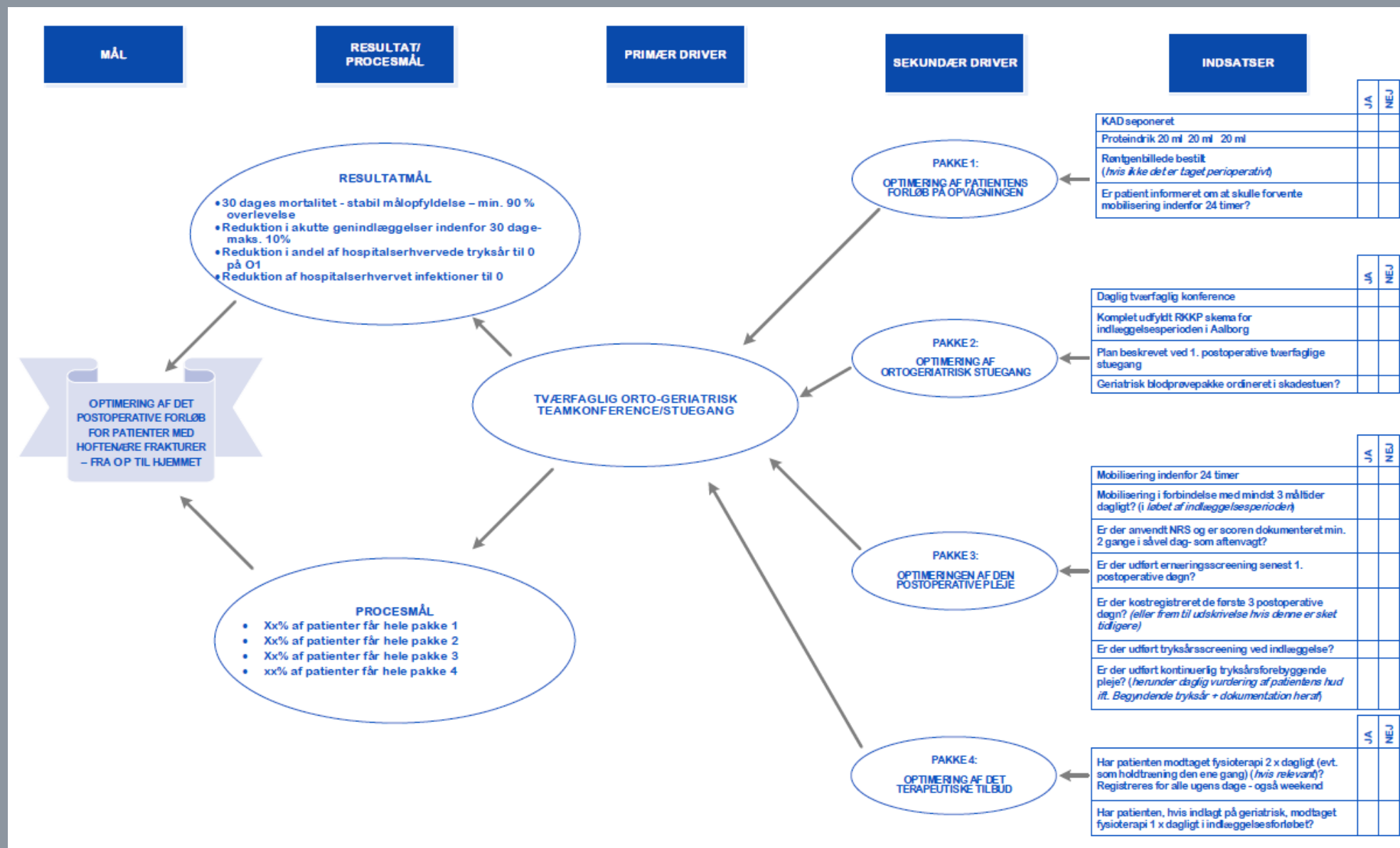
TRILOGIEN VEDR. HOFTENÆRE FRAKTURER.....

- Del 1: Fra ankomst til OP

Del 2: Fra OP til udskrivelse

- Del 3: Fra udskrivelse til hjemmet

DRIVERDAGRAM



ORTO-GERIATRISK KONFERENCE



TJEKLISTE

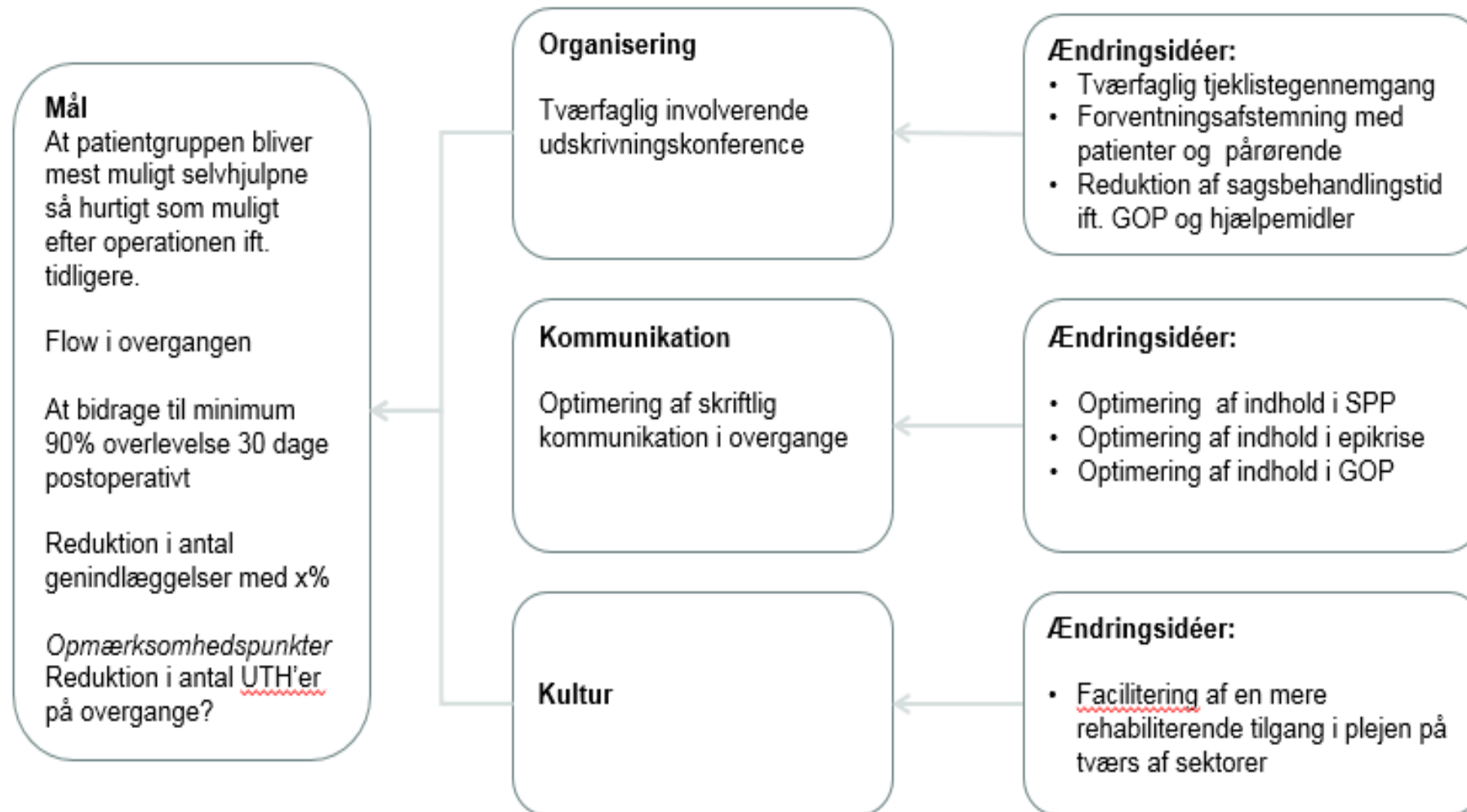
Multifaglig konference O1 - tjekliste		
Patientliste	1. <u>postoperative dag</u>	2. <u>eller senere postoperative dag</u>
	Operationstype - Dato - Røntgen <u>Postop plan</u>	
		Patient tilstand - Kliniske oversigter - TOKS - Smerter - Kvalme
		Mobilisering - Tidspunkt - Status
		Blodprøver <u>Hgb</u>
		Medicin - Hoftepakke <u>Fragmin</u> - Antibiotika - Smertestillende
		RKKP skema Udfyldt
		<u>Postop</u> <u>Cikatrice</u> <u>Bløddels ødem</u> - Ben vellejret
	Mortalitets-screening på patienter døde indenfor 30 dage postoperativt Jeanette Heltoft sender liste til CBE ugentligt	

TRILOGIEN VEDR. HOFTENÆRE FRAKTURER.....

- Del 1: Fra ankomst til OP
- Del 2: Fra OP til udskrivelse

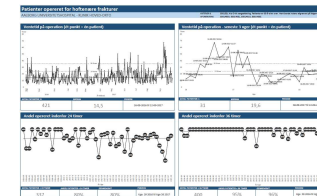
Del 3: Fra udskrivelse til hjemmet

DRIVERDIAGRAM



HVAD ER SÆRLIGT VED DISSE PROJEKTER – RAMMEN FOR FORBEDRINGSARBEJDET

- Tværfagligt samarbejde
- Planlægning, test, evaluering og tilpasning før implementering
- Projektleder, der koordinerer og faciliterer processen
Ekstern konsulent tilknyttet
- Kontinuerlig dataopfølgning til alle deltagere
- Korte, fastlagte opfølgende møder



TAK FOR I DAG

Specialkonsulent

SIGNE ELISABETH RØNNE

Region Nordjylland

Forbedring, Kvalitet og Kommunikation

ser@rn.dk

+4541187097

**AKTIV PATIENTSTØTTE
NATIONALT PROJEKT 2017-2019**

RAMMEN

- Aftalt mellem den forrige regering og Danske Regioner
- Rent statslig finansiering via bloktilskud – 205 mio. kr i perioden 2017-2019
- Inspiration fra Sverige og pilottestet i Region Sjælland
- Drives af regionerne med ens set-up og en national programleder
- Følgeforskning



PROJEKTETS SÆRKENDE



- **Målgruppen:** Patienter, der er i risiko for at blive en del af den ene procent, der forbruger 33 procent af sygehusvæsnets budget.
- **Målet:** At øge patientens egenomsorgsevne og livskvalitet samt at reducere forbruget af sundhedsydelser.
- **Patienterne findes** via en prædiktionsmodel, der beregner risikoen for genindlæggelser og akutte indlæggelser ved at analysere det historiske forbrug. INGEN HENVISNING.
- Patienterne tilbydes et **støtteforløb via telefon** i 6-9 måneder.

AKTIV PATIENTSTØTTE I TAL



- Ca. 105 APS–sygeplejersker på landsplan, heraf 10 i Region Nordjylland
- 15.000 patienter inkluderes på landsplan, heraf 1500 i Region Nordjylland
- Projektets kapacitet er beregnet ud fra, at hver sygeplejerske har ca. 60 patienter ad gangen. Denne beregning KAN justeres.

EKSKLUSIONSKRITERIER – I PRÆDIKTIONSMODELLEN

- Demens
- Psykotiske tilstande
- Psykiske lidelser og samtidigt misbrug
- Metastaser
- Terminale patienter



EKSKLUSIONSKRITERIER – EFTER FACE-TO-FACE-SAMTALE



- Bopæl, hvor medicinsk behandling og pleje vurderes at være tilstrækkelig
- Svær hørenedsættelse
- Sprogvanskeligheder, der kræver tolk
- Lavt kognitivt niveau
- Misbrug, der forhindrer muligheden for at modtage og agere på telefonisk rådgivning
- Deltagelse i andet forskningsprojekt, f.eks. TCN hjertesvigt



AKTIV PATIENTSTØTTE I NORDJYLLAND

- De første patienter har bopæl i Thisted, Morsø, Aalborg og Jammerbugt kommuner. Optaget er påbegyndt i august 2017.
- Ca. 70 patienter i gang d.d.
- Den ledende APS-sygeplejerske er ansat 1. maj 2017
- Ansættelse af 9 sygeplejersker; de sidste fem er ansat pr. 1. november.
- 1. januar 2018 er der patienter med fra alle nordjyske kommuner
- Fysisk placering i Sundhedshuset Pandrup – organisatorisk hjemmehørende i Sundhed På Tværs i Regionhuset.
- Opstartssamtale afvikles på en lokation i den kommune, hvor patienten bor

IMPLEMENTERING AF KLINISK RETNINGSLINJE OM DELIRIUM PÅ AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL

KARIN DAM EIKHOF – KLINISK SYGEPLEJESPECIALIST KLINIK AKUT, AALBORG UH



AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL
– i gode hænder

BAGGRUND

DMCG-PAL - Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe for Palliativ Indsats	
CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER	
 	
Titel	Klinisk retningslinje om delirium
Læsning og anvendelse af den kliniske retningslinje	Denne kliniske retningslinje består af fire selvstændige retningslinjer om delirium. De fire retningslinjer er: • Confusion Assessment Method (CAM) til identifikation af delirium hos voksne patienter ≥ 18 år indlagt i medicinsk, kirurgisk, geriatrisk og palliativ afdeling/hospice – side 11 - 65 • Nonfarmakologisk forebyggelse af delirium hos patienter ≥ 65 år – side 66 - 112 • Interventioner, der lindrer psykisk og følelsesmæssig belastning hos voksne pårørende > 18 år til delirose patienter med uhelbredelig kræft i palliativ fase – side 112 - 131 • Farmakologisk behandling af patienter med delirium – side 132 - 178 Retningslinjen er opbygget på følgende måde. Der indledes med et fælles baggrundsafsnit med definition, hyppighed, konsekvenser, risikofaktorer, udløsende årsager samt patient-, pårørende-, faglige- og samfundsøkonomiske perspektiv – side 3 - 9 Herefter vises en algoritme med anbefalingerne fra de enkelte retningslinjer. I algoritmen er det muligt at klikke sig frem til den aktuelle retningslinje, man ønsker at læse. – side 10 De enkelte retningslinjer beskrives i sin fulde form, idet retningslinjen begynder med en problembeskrivelse af det aktuelle emne, der behandles i retningslinjen.
Indeksring	Hovedsøgeord: Psykosociale forhold Indeks søgeord Delirium, screeningsredskab, Confusion Assessment Method,

**SUNDHEDSSTYRELSEN**



**NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR
FOREBYGGELSE OG BEHANDLING AF
ORGANISK DELIRIUM**

2016



CKR - KLINISKE RETNINGSLINJE OM DELIRIUM

Confusion Assessment Method (CAM) til identifikation af delirium hos voksne patienter ≥ 18 år indlagt i medicinsk, kirurgisk, geriatrisk og palliativ afdeling/hospice

Nonfarmakologisk forebyggelse af delirium hos patienter ≥ 65 år

Interventioner, der lindrer psykisk og følelsesmæssig belastning hos voksne pårørende > 18 år til delirøse patienter med uhelbredelig kræft i palliativ fase

Farmakologisk behandling af patienter med delirium

Titel	Klinisk retningslinje om delirium
Læsning og anvendelse af den kliniske retningslinje	Denne kliniske retningslinje består af fire selvstændige retningslinjer om delirium. De fire retningslinjer er: • Confusion Assessment Method (CAM) til identifikation af delirium hos voksne patienter ≥ 18 år indlagt i medicinsk, kirurgisk, geriatrisk og palliativ afdeling/hospice – side 11 - 65 • Nonfarmakologisk forebyggelse af delirium hos patienter ≥ 65 år – side 66 - 112 • Interventioner, der lindrer psykisk og følelsesmæssig belastning hos voksne pårørende > 18 år til delirøse patienter med uhelbredelig kræft i palliativ fase – side 112 - 131 • Farmakologisk behandling af patienter med delirium - side 132 - 178 Retningslinjen er opbygget på følgende måde. Der indledes med et fælles baggrundsafsnit med definition, hyppighed, konsekvenser, risikofaktorer, udløsende årsager samt patient-, pårørende-, faglige- og samfundsøkonomiske perspektiv – side 3 - 9 Herefter vises en algoritme med anbefalingerne fra de enkelte retningslinjer. I algoritmen er det muligt at klikke sig frem til den aktuelle retningslinje, man ønsker at læse. – side 10 De enkelte retningslinjer beskrives i sin fulde form, idet retningslinjen begynder med en problembeskrivelse af det aktuelle emne, der behandles i retningslinjen.
Indeksering	Hovedsøgeord: Psykosociale forhold Indeks søgeord Delirium, screeningsredskab, Confusion Assessment Method,

- Specifikt sygeplejefagligt fokus
- Beskriver risikofaktorerne for udvikling af delirium på en overskuelig måde
- Indeholder handleplan til forebyggelse af delirium
- Anbefaler vurderingsredskabet CAM
- Øvelsesmanual for undervisning til det sundhedsprofessionelle personale

MENNESKELIGE OG SAMFUNDSMÆSSIGE KONSEKVENSER AF DELIRIUM

- Hyppigt forekommende problem i sundhedsvæsenet blandt ældre indlagte patienter
prævalens 10-40% på somatiske afdeling / op til 80% terminalt syge
- Tilstand karakteriseret af en akut indsættelse af fluktuation i den mentale tilstand – tre typer
delirium - hypoaktivt, hyperaktivt og blandet delirium
- Tilstand har altid en medicinsk, fysisk og/eller psykologisk årsag – en konsekvens heraf
- 30% af patienterne har vedvarende restsymptomer på delirium 6 måneder efter udskrivelse
- Øget risiko for mortalitet, demens og plejeaanbringelse
- Delirium medfører længere tid på hospitalet

Maldonado JR. Delirium in the Acute Care Setting: Characteristics, Diagnosis and Treatment. Crit Care Clin 2008, Oct;24(4):657-722.

Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. Age Aging 2006;35:350-64

http://www.cfkr.dk/media/343341/kr_delirium_endelig_version_260913.pdf

FORMÅL

Implementering af 2 kliniske retningslinjer



1. Confusion Assessment Method. CAM

Metode til vurdering af konfusion/delirium



2. Nonfarmakologiske forebyggelse af delirium hos patienter ≥ 65 år

Sygeplejerelevante interventioner

Implementeringen sker med henblik på at sundhedsprofessionelle kan identificere risikofaktorer for udvikling af delirium hos indlagte patienter ved hjælp af CAM og igangsætte nonfarmakologiske interventioner til at forbygge delirium.

CAM – ET VALIDERET SCREENINGSREDSKAB

Bilag 4		
Confusion Assessment Method (CAM)		
Kendetegn	Ikke tilstede	Tilstede
1. Akut indsættende og fluktuerende forløb: Oplysninger om dette kendetegn fås normalt fra familie eller plejepersonale. Er der tegn på en akut ændring i patientens mentale tilstand i forhold til den habituelle? Varierer denne (abnorme) adfærd i løbet af døgnet, dvs. kommer og går den eller bliver den mere eller mindre alvorlig?		
2. Uopmærksomhed: Dette kendetegn viser sig ved et positivt svar på følgende spørgsmål: Har patienten svært ved at fastholde opmærksomhed, er let at distrahere, har svært ved at holde styr på det der blev sagt?		
3. Uorganiseret tankegang: Dette kendetegn viser sig ved et positivt svar på følgende spørgsmål: Er patientens tankegang uorganiseret og sammenhængende med vrøvlende og irrelevant tale, uklare og ulogiske tanker eller uforudsigelig skift fra et emne til et andet?		
4. Ændret bevidsthedsniveau: Dette kendetegn viser sig ved et positivt svar på følgende spørgsmål: Er patientens bevidsthedsniveau ændret, således at patienten er: På vagt (overopmærksom) Sløv (søvnig) Som i en døs (vanskeligt at få opmærksomhed) Ukontaktbar		
For at stille diagnosen delirium skal kendetegn 1 og 2 og 3 eller 4 være tilstede		
Reference: Inouye SK et al, 1990		

- Mest anvendte redskab til diagnosticering af delirium i verden
- Tager ca. 5 minutter for personale, der er oplært i brugen
- Skånsomt for patienten, som ikke aktivt skal deltage i screeningen
- Anvendes udelukkende til at identificere om patienten har delirium eller ej
- Indeholder 4 kendetegn hvoraf 3 skal være tilstede med henblik på diagnosticering af delirium (enten 1, 2 og 3 eller 1, 2 og 4).

NON-FARMAKOLOGISKE FOREBYGGELSE AF DELIRIUM HOS PATIENTER ≥ 65 ÅR

NONFARMAKOLOGISK FOKUS ER VALGT
FORDI DET ER DÉR, VI I SYGEPLEJEN
NETOP GØR EN FORSKEL

Bilag 4: Delirium Handlingsplaner

- Identificere risikofaktorer**
- Nedsatte kognitive evner
 - Høj alder
 - Nedsat funktionsniveau
 - Høj grad af comorbiditet
 - Nedsat syn og hørelse

- Diagnose (se retningslinje herom)**
- Bevidsthedsuklar
 - Kognitiv forstyrret
 - Psykomotorisk forstyrret
 - Forstyrret nattesøvn
 - Akut indsettende og skiftende forløb
 - Evidens for fysisk eller hjerneargisk ætiologi

- Identificere og behandle udløsende årsager**
- Patofysiologiske årsager
- Infektion – især urinvejsinfektion og pneumoni
 - Medikamenter som opioider, corticosteroider, benzodiazepiner og præparater med anticholinerg effekt
 - Polyfarmaci. Vurdere nødvendigheden af ordineret medicin.
 - Smerter
 - Søvnmangel
 - Dehydrering
 - Ernæringsdeficit
 - Urinretention
 - Obstipation
 - Hypoxi
 - Biokemiske forstyrrelser (i f.eks. s-Na, s-Ca, b-glucose, s-albumin)
 - Hurtigt indsettende sygdom
- Psykosociale årsager
- Angst
 - Nye omgivelser

Non-farmakologisk profylakse

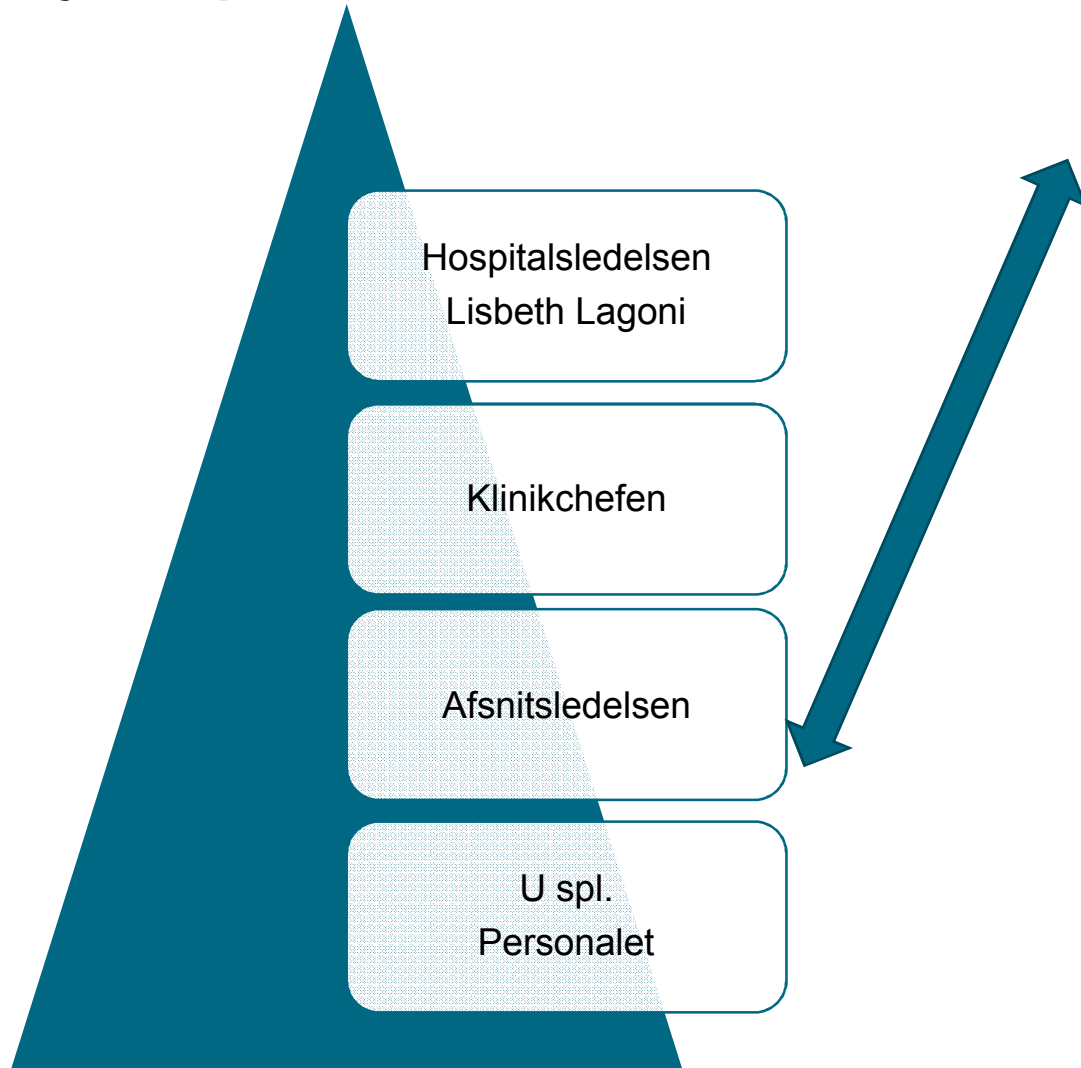
- Uddannelse og rådgivning af personale
- Information og støtte til patient og pårørende (se retningslinje herom)
- Enkel, rolig og anerkendende omgang med patienten
- God nattesøvn (undgå støj, give varme eller mælk, afslapningsmusik, rygmassage)
- Opmuntre til væske og ernæringsindtag
- Sikre mave/tarm- og blærefunktion, evt. seponere blærekateter
- Mobilisering
- Kontinuitet i plejen, genkendelig døgnrytme
- Rolige og veloplyste omgivelser
- Reducere forstyrrende stimuli, eks. TV/radio, mange besøgende
- Ur og kalender på stuen med daglig orientering i tid og sted
- Personlige velkendte ting omkring patienten (puder, billeder, fotos)
- Sikre at nødvendige briller/høreapparater fungerer og anvendes

Farmakologisk behandling (se retningslinje herom)

Algoritmen er udarbejdet efter inspiration fra anden litteratur. Primært fra et lignende skema offentliggjort i en amerikansk oversigtsartikel af

PROJEKTORGANISERING

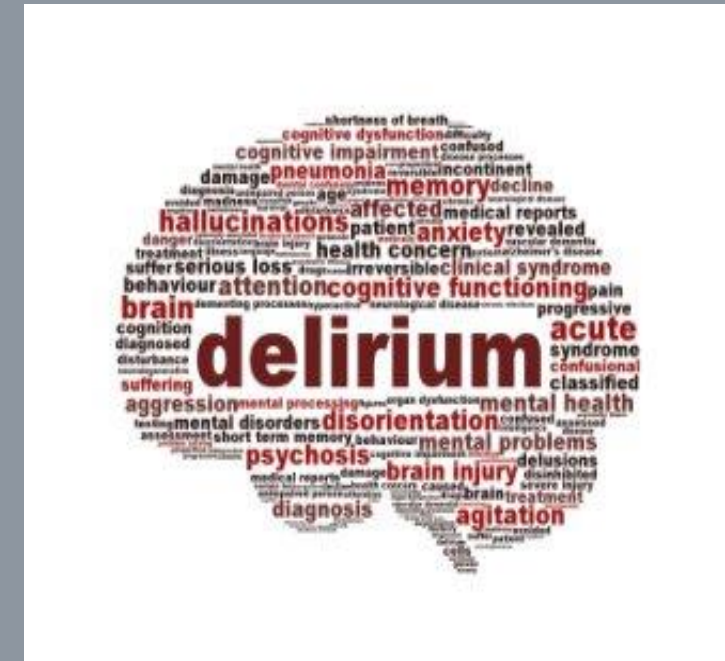
Projektet på AAUH



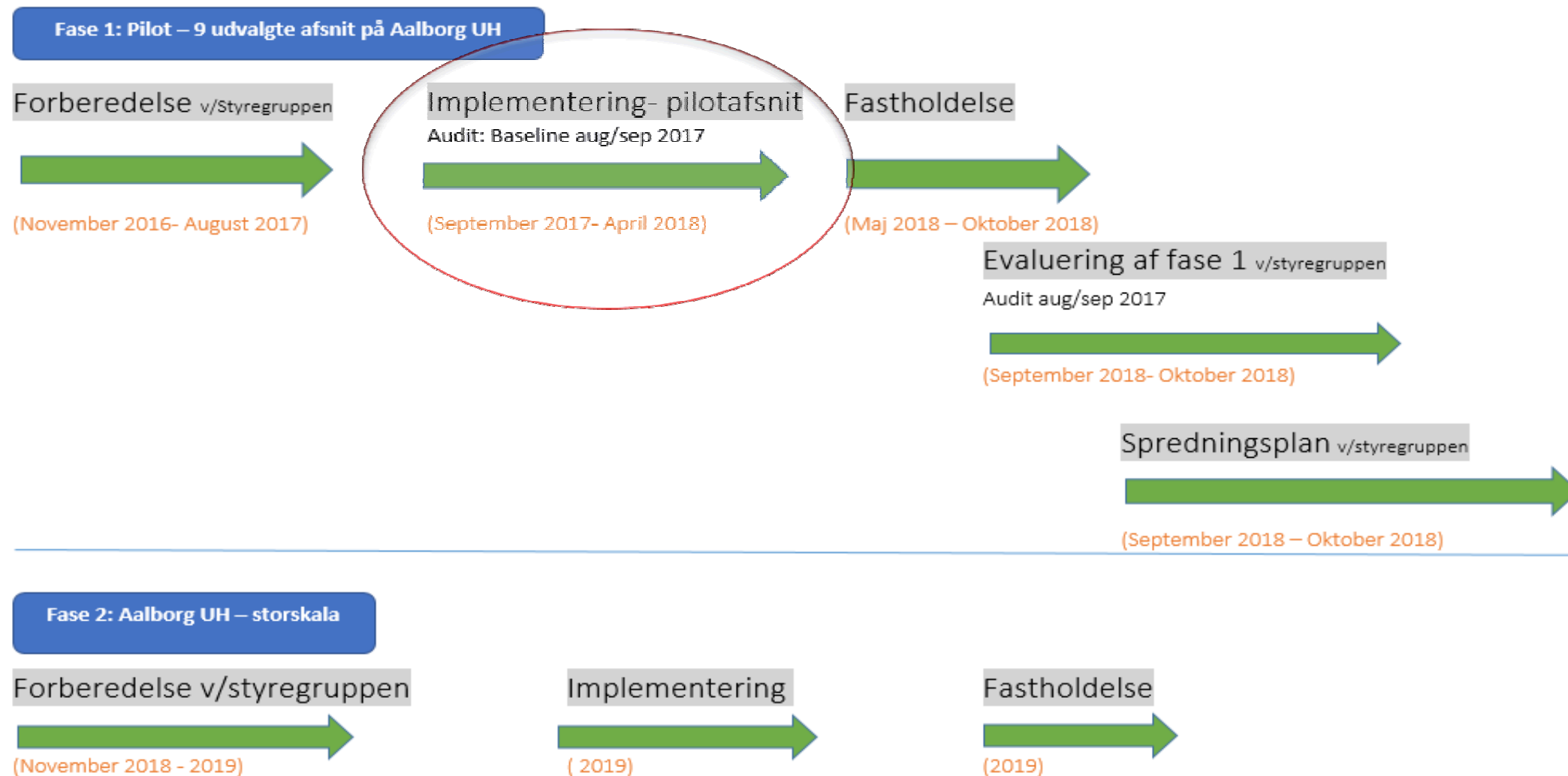
Klinik	Afsnit
Klinik Hjerte-Lunge	Lungemedicinsk, 6V
Klinik Medicin	Geriatrisk, 8V Gastromedicinsk, 9V
Klinik Kirurgi og Kræft	Mave og tarmkirurgisk, A1 Onkologisk, D1/D3
Klinik Akut	Thorax intensiv, TIA Alment intensiv, R
Klinik KBU	Intensiv Terapi, 103
Klinik Hoved-Orto	Sengeafsnit NHH

RELEVANTE SAMARBEJDSPARTNERE

- Centrale personaler i de 9 afsnit (pilot)
- Udvalget for implementering af evidensbaserede sygeplejefaglige kliniske retningslinjer på Aalborg UH
- Det Sygeplejefaglige Dokumentationsråd på Aalborg UH
- Projektet er godkendt af hospitalsledelsen og drøftet på forsknings og udviklingsmøder (FU) i FokSy



OVERSIGT OVER PROJEKTET PÅ AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL



KLINISKE MÅLINGER

- Journal audit 1.april – 30. juni 2017 – i alt 180 pt. – gentages samme periode i 2018, resultater heraf er ved at bliver samlet i REDCap

ØVRIGE MÅLINGER

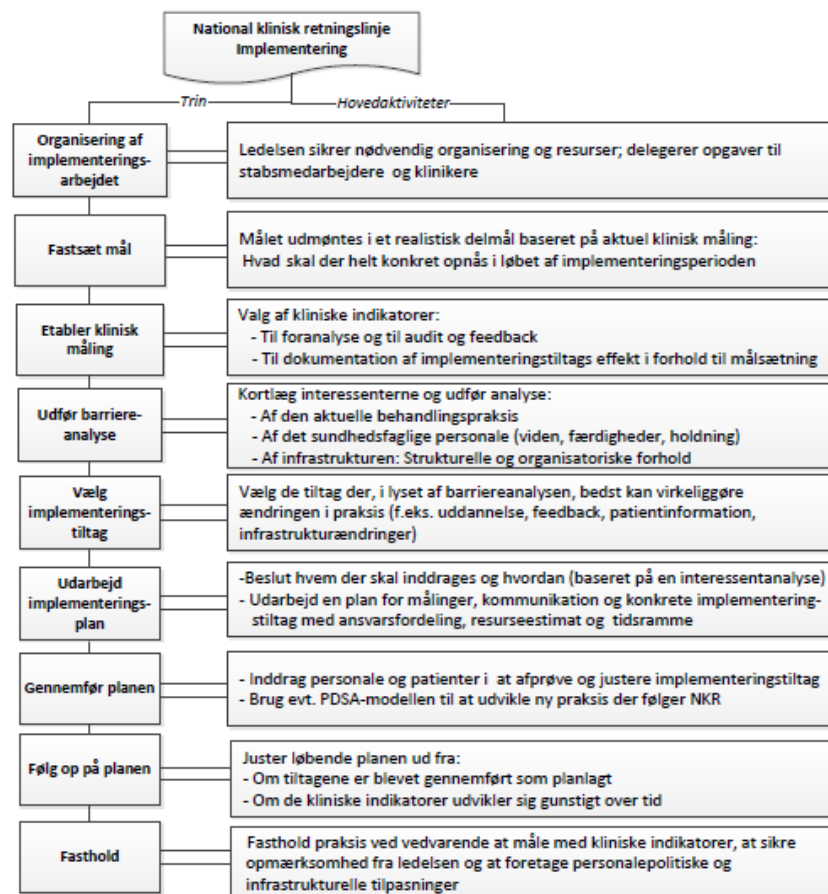
- Forbrug af fast vagt (antal pt. og samlet timeforbrug)
- Alt personale undervises i vurdering af CAM og nonfarmakologisk forebyggelse af delirium

LOKALE MÅLINGER

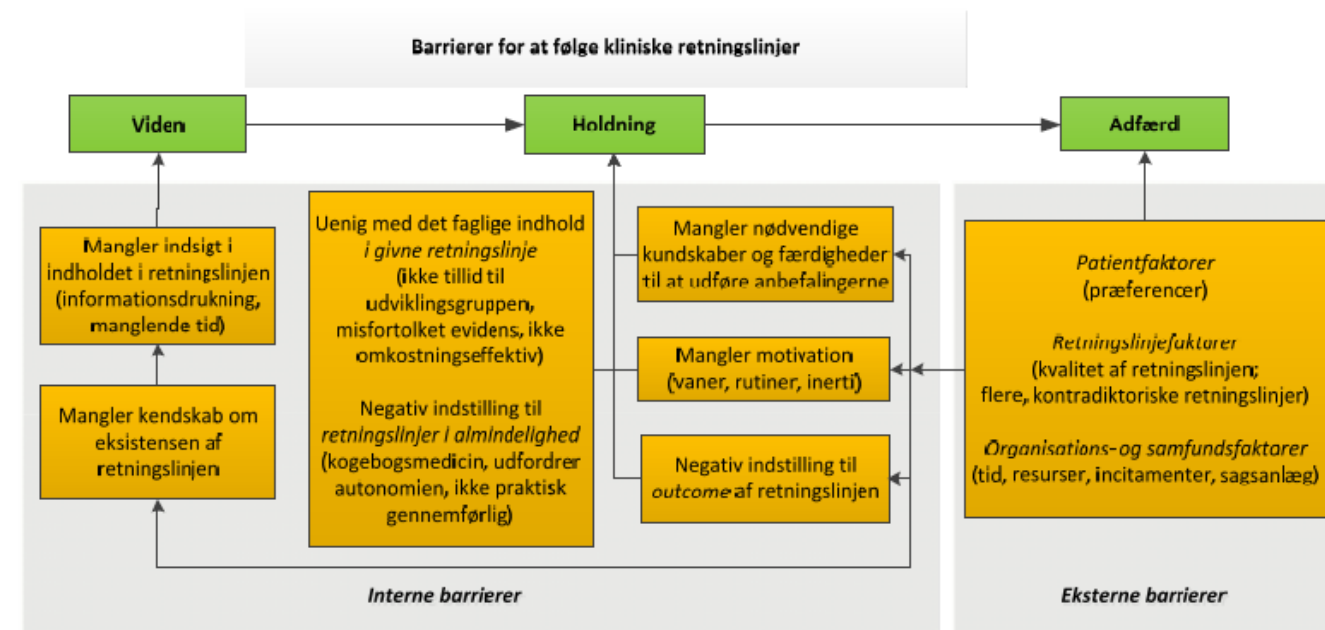
- Beslattes og monitoreres lokalt

IMPLEMENTERING HVORDAN

Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer Håndbog med hjælpeværktøjer



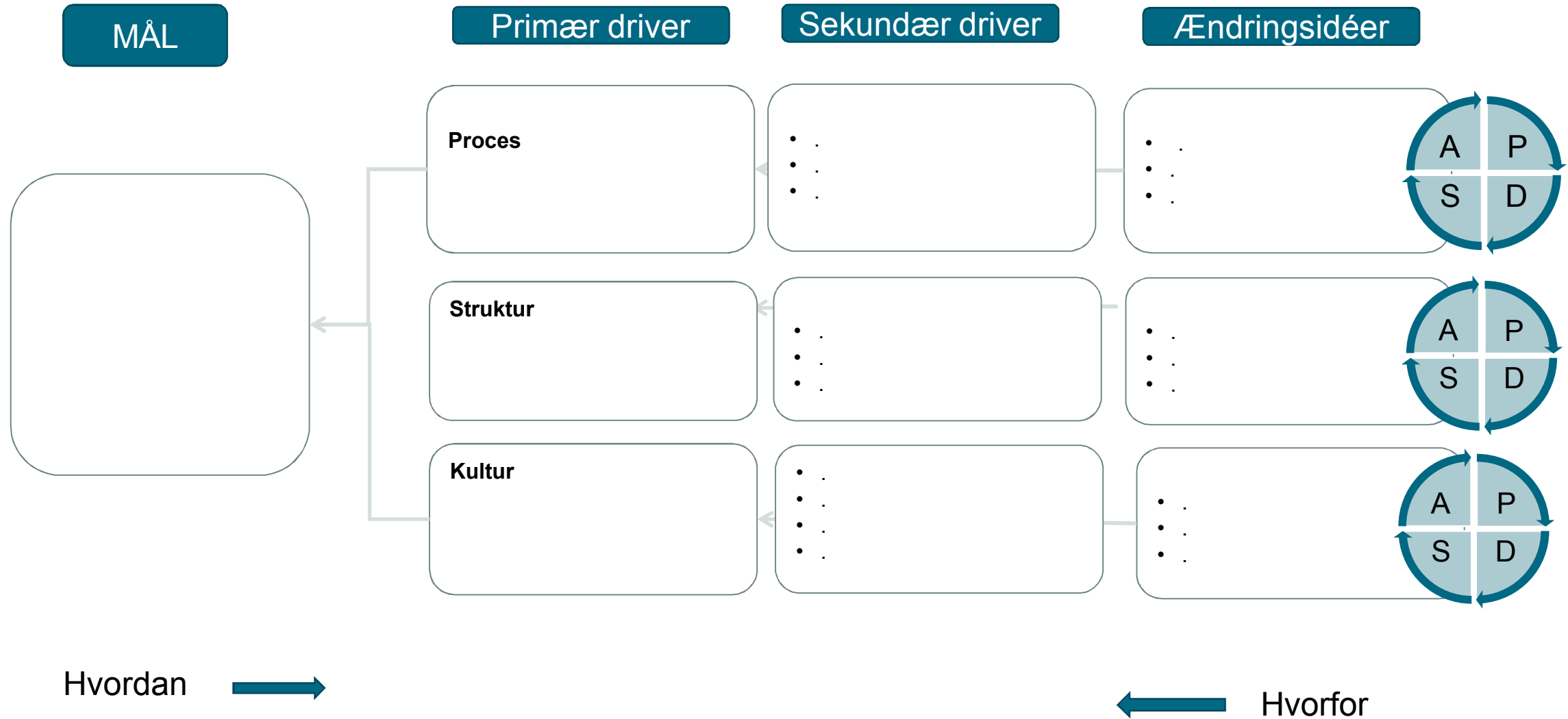
Cabana's model har særligt fokus på det sundhedsfaglige personale:



Sundhedsstyrelsen, Implementering af Nationale Kliniske Retningslinjer, Håndbog med hjælpeværktøjer, s 23.

DRIVERDIAGRAM

- hvilke forandringer skal iværksættes for at skabe forbedringer?



PDSA-Cirkel

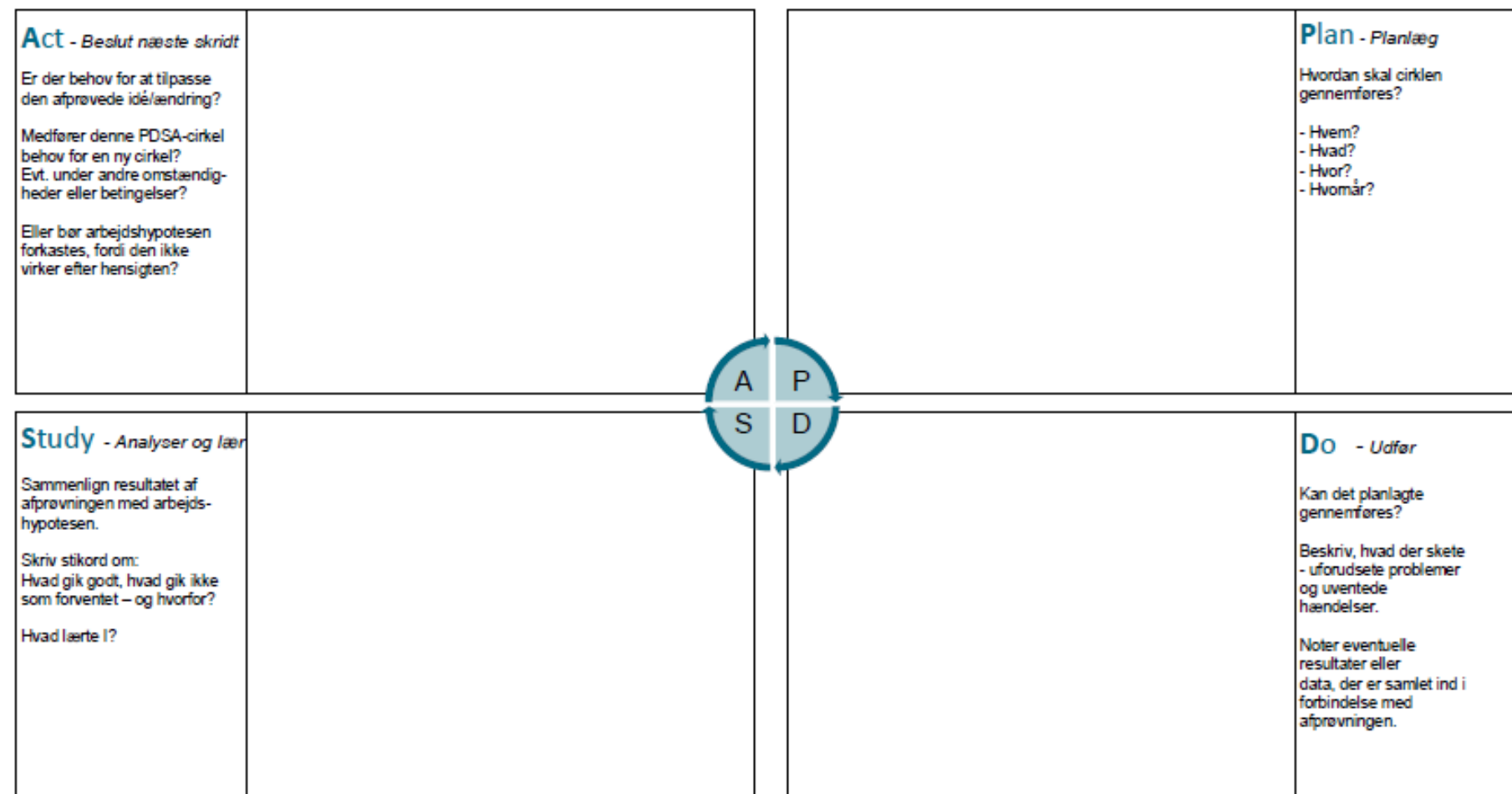


Spørgsmål: Hvilken idé/ændring ønsker vi at arbejde med? Hvilket spørgsmål vil vi gerne have svar på?

Arbejdshypotese: Hvilket svar forventer vi?

Dato:

PDSA-tovholder:



STATUS NU

- Samling resultater audit 180 pt.
- Undervisningsplan på tværs – uge 40-49
- Dokumenter: ”test din viden”, lommeguide, obs stillestue, information til pårørende, øvelser 1 og 2 fra retningslinjen
- Barriereanalyse i pilotafsnit
- CAM screeningsredskab tilgængelig i EPJ
- Udkast til standart plan til EPJ – i samarbejde med IT/Dokumentationsrådet



I gode hænder hos
ÅLBORG UNIVERSITETSHOSPITAL

Delirium

Informationsbrochure til pårørende

obs

Din pårørende er indlagt efter operation. En indlæggelse betyder en ændring af daglige rytmer, nye ukendte omgivelser og nervøstet for sygdom og fremtid efter operation. Dette kan medføre, at der opstår en forvirringsstilstand som kaldes delirium. I den tilstand er den syge i vildelse, ude af sig selv og har svært ved at orientere sig.

Symptomer på delirium

- Forandret opførsel, gør usædvanlige ting
- Svært ved at koncentrere sig
- Skiftende uro i løbet af døgnet, ofte uro om natten
- Kan ikke skelne mellem virkelighed og fantasi
- Usammenhængende tale – sort snak – sammenblanding af tid, sted og personer
- Ser / Hører noget andre ikke fornemmer
- Manglende initiativ eller rastløshed
- Angst, vrede, mistillid og tristhed
- Svært ved at tage beslutninger

De nævnte ændringer kan opstå i forskellig styrke og type inden for samme døgn og ændre sig fra time til time

REGION NORDJYLLAND

Ålborg Hospital - OBS
Omgælgingsvej 100
9000 Ålborg

8. februar 2015

Registreringsskabelonen Confusion Assessment Method (CAM)

Der er lavet en registreringsskabelon til CAM, som kan anvendes ved screening for mistanke om delir.

Confusion Assessment Method (CAM)	
Akut indsettende og fluktuerende forløb	
Er der tegn på en akut ændring i patientens mentale tilstand i forhold til den habituelle? Varierer denne (abnorme) adfærd i løbet af døgnet, dvs. kommer og går den eller bliver den mere eller mindre alvorlig?	☒ Adfærd er til stede ☐ Adfærd er ikke til stede
Uopmærksomhed	
Har patienten svært ved at fastholde opmærksomhed, er let at distrahere, har svært ved at holde styr på det der blev sagt?	☒ Adfærd er til stede ☐ Adfærd er ikke til stede
Uorganiseret tankegang	
Er patientens tankegang uorganiseret og usammenhængende med vovlende og irrelevant tale, uklare og ulogiske tanker eller uforudsigelig skift fra et emne til et andet?	☐ Adfærd er til stede ☒ Adfærd er ikke til stede
Ændret bevidsthedsniveau	
Er patientens bevidsthedsniveau ændret, således at patienten er: På vagt (overopmærksom) Sløv (sovning) Som i en døs (vanskeligt at få opmærksomhed) Ukontaktbar	☒ Adfærd er til stede ☐ Adfærd er ikke til stede
Resultat	
Mistanke om delir	

obs

Stillestue

Vis hensyn, tal sagte og sluk mobiltelefonen.

REGION NORDJYLLAND

I gode hænder

■ På vegne at styregruppen:

- Klinisk sygeplejespecialist Astrid Lauberg, Klinik Hjerte-Lunge
- Klinisk sygeplejespecialist Anette Højer Mikkelsen, Klinik KBU
- Klinisk sygeplejespecialist Karin Kaasby, Klinik Akut
- Postdoc i Klinisk Sygepleje, Birgith Pedersen Klinik Kirurgi og Kræftbehandling
- Postdoc i Klinisk Sygepleje, Mona Kyndi Pedersen
- Klinisk sygeplejespecialist, Karin Dam Eikhof, Klinik Akut

■ Mange tak for opmærksomheden

■ Spørgsmål

