



Småskallatesting i Demensvennlig sykehus

Pasientsikkerhetskonferansen 2023
Presentasjon ved Nina Weldingh

MÅL

Mål: Hva er det vi ønsker å oppnå?



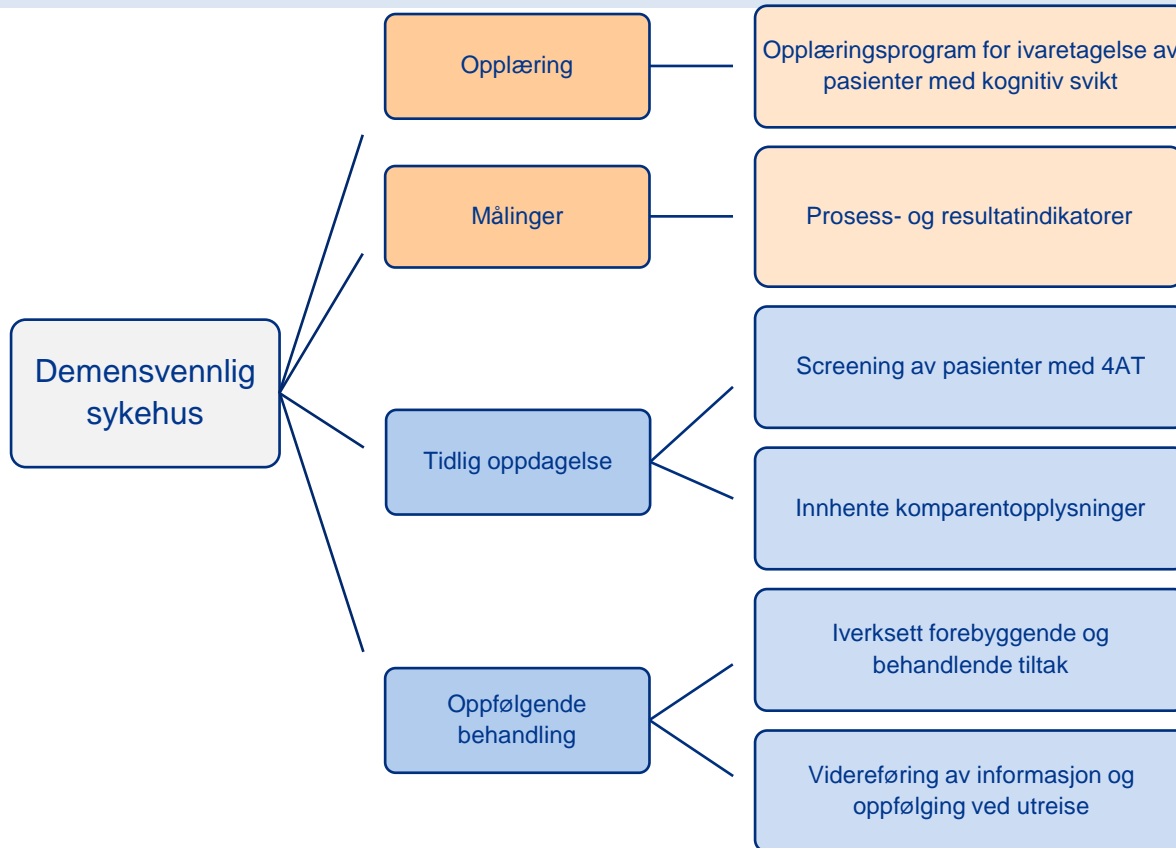
«Utvikle og prøve ut en modell for bedre ivaretagelse av akuttinnlagte personer med kognitiv svikt»

- Et steg i retning av et mer demensvennlig sykehus -



TILTAKSPAKKE

Tiltak: Hvilke endringer kan vi gjøre som vil føre til forbedringer?



AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS



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





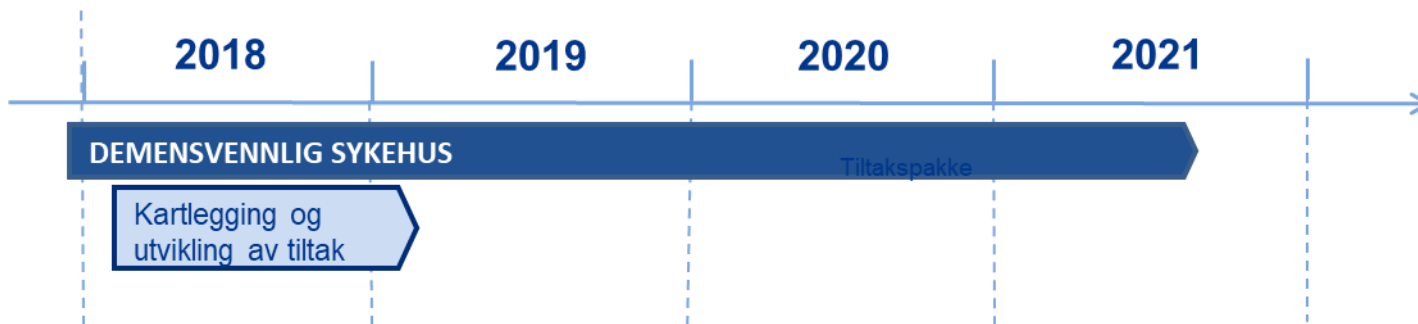
Kartlegge erfaringer
pasienter og pårørende



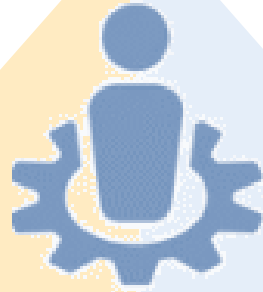
Utvikle og prøve ut en modell for
tilrettelagt oppfølging av
pasienter med kognitiv svikt,
demens og delirium



Kartlegge erfaringer
helsepersonell



SAMARBEID



Prosjektleder



Fagutvikling



Klinisk forskning

Er det et problem vi forstår og vil gjøre noe med?



Funn fra kartlegging

- 42 % av pasienter ≥ 75 år = kognitiv svikt
- Ofte fanges ikke opp i vanlig praksis
- Mangler system for å identifisere og følge opp denne pasientgruppen

Fagutvikling

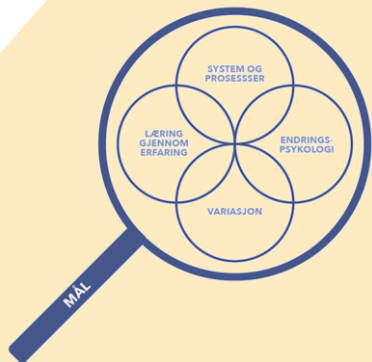


Hva sier litteraturen?

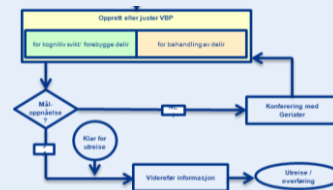
- 47% av eldre pasienter som ankommer akuttmottaket har en form for kognitiv svikt
(Evensen et al., 2019)
- Pasienter med Demens har om lag 50% økt risiko for å utvikle delirium under sykehusoppholdet.
(Maegher et al., 2014)
- I 57%-83% av tilfellene blir ikke delirium identifisert
(Han and Suyama, 2018)

Klinisk forskning

Er det et problem vi forstår og vil gjøre noe med?



4AT Skreeningsverktøy



Tiltak

Fagutvikling

Klinisk forskning

SMÅSKALATESTING



2018

2019

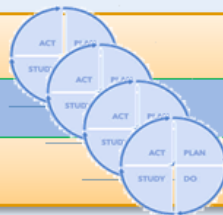
DEMENSVENNLIG SYKEHUS

Kartlegging og utvikling av tiltak

Hjertemed.

Forbedrings-team.

Lungemed.



SMÅSKALATEST



HVILKE TILTAK SKAL VI TESTE?	Test nummer
<ul style="list-style-type: none">- Første test av screening (4AT) og bruk av veiledende behandlingsplan (VBPL)	1
ARBEIDSHYPOTESE - HVILKE SVAR FORVENTER VI?	Hvem tester?
<ul style="list-style-type: none">- Vi forventer at screening med 4AT kan gjøres som en del av ankomstvurderingen på SO- Vi forventer at VBP oppleves som et nyttig og effektivt verktøy for å pasienter med kognitiv svikt, samt for å forebygge og behandle delir.	Prosjektsykepleier (xxxx)

Startet med sykepleier i teamet

PLAN	
Planlegg både testen og innsamling av informasjon <ul style="list-style-type: none">- Hva?- Hvem?- Hvor?- Når?- Hvordan?	<ul style="list-style-type: none">- Første test av screening (4AT) og bruk av veiledende behandlingsplan (VBPL)- Prosjektsykepleier på vakt i SO- Lunge sengeområde- 11. mars, kveldsvakt- Screenet akuttinnlagte pasienter ≥ 75 år- Opprettet VBPL for pasienter med positiv 4AT screening

Testet brukervennlighet screeningsverktøy og VBP

DO	
Utfør testen <ul style="list-style-type: none">- Kan det planlagte gjennomføres?- Beskriv hva som faktisk skjedde under testen, og eventuelle uforutsette problemer og hendelser- Noter eventuelle resultater eller data som er samlet inn i forbindelse med testen	<ul style="list-style-type: none">- Ja, det ble testet på en nyinnlagt pasient <p>Erfaringer:</p> <ul style="list-style-type: none">- Prosjektsykepleier screenet 2 pasienter som hadde ligget over natten på SO før screeningen da, men pasientene synes det var litt ubehagelig å bli screenet, noe som fungerte fint ved innsamling av informasjon og komplementopplysninger hvor det fremkom at pasienten hadde behov og hva pasienten likte. Prosjektsykepleier beskrev hva som skjedde og han og visste om noe av det han likte godt.- Pasienten hadde allerede noe i sin VBP rettet mot KOLS, og det var veldig lang, med mye tekst. Prosjektsykepleier spurte; skal vi kun har 1 i utslag på 4AT? Det ble mye tekst og prosjektsykepleier sa hun ble stresset av at det ble så mye som stod der. Etter hvert ble det travelt også og hun følte at hun ikke hadde sjans til å tenke på alle tiltakene.

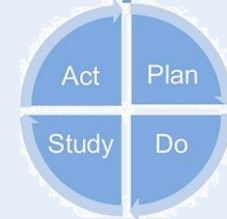
Sykepleier noterte hva som skjedde under planlagt testing

STUDY	
Analyser og lær <ul style="list-style-type: none">- Sammenlign resultatet av testen med arbeidshypotesen- Hva fungerte bra?- Hva må forbedres?- Hvilke endringer bør vi gjøre for at arbeidshypotesen skal besvares?	<ul style="list-style-type: none">- <u>Screening</u> i forbindelse med ankomstvurdering opplevdes nyttig og effektiv. Komplementopplysninger opplevdes som nyttig og relevant. Pasienten reagerte som han gjorde. Det var ok å ringe pårørende, derfor er dette et viktig tiltak som gir oss mye ekstra informasjon. Pasienten som hadde kjent diagnose kognitiv svikt men som ikke hadde fått diagnose tidligere ble screenet og fikk diagnose kognitiv svikt.- <u>VBP</u>: Det gikk enkelt og greit å finne igjen til den VBP. Planen var god og relevant. VBP må justeres så den ikke blir så lang.

Sykepleier noterte hva hun opplevde fungerte bra eller hva som måtte forbedres.

ACT	
Neste skritt besluttet <ol style="list-style-type: none">Testen er vellykket: Test modellen og hypotesen på flere og/eller under andre omstendigheter eller betingelser.Testen er delvis vellykket: Endre eller juster modellen eller hypotesen.Testen er ikke vellykket: Forkast hypotesen og utarbeid en ny hypotese.	<ol style="list-style-type: none">Testen var delvis vellykket. VBP i modellen må justeres

SMÅSKALATESTING



2018

2019

DEMENSVENNLIG SYKEHUS

Kartlegging og utvikling av tiltak

Hjertemed.

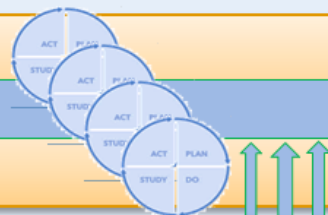
Forbedrings-team.

Lungemed.

Orto S105.

Orto S205.

Geriatrisk.



SMÅSKALATESTING



2018

2019

DEMENSVENNLIG SYKEHUS

Kartlegging og utvikling av tiltak

Hjertemed.

Forbedrings-team.

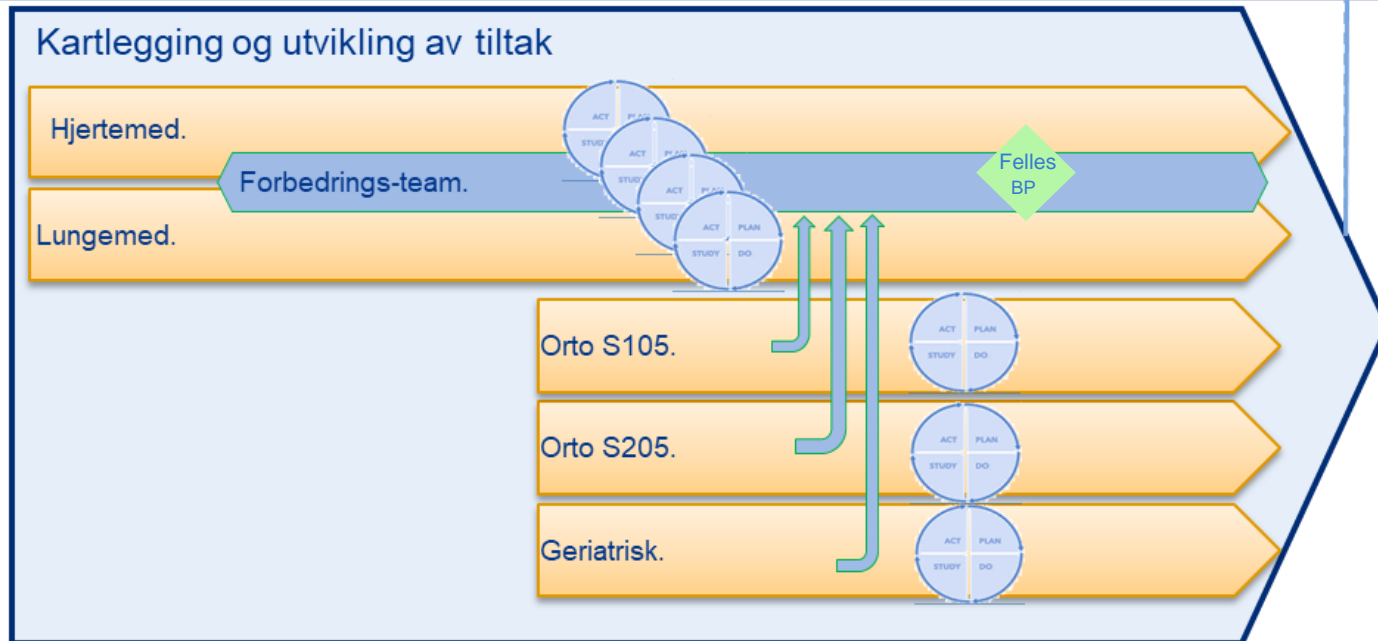
Felles BP

Lungemed.

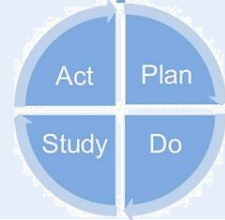
Orto S105.

Orto S205.

Geriatrisk.



SMÅSKALATESTING



2018

2019

DEMENSVENNLIG SYKEHUS

Kartlegging og utvikling av tiltak

Hjertemed.

Forbedrings-team.

Lungemed.

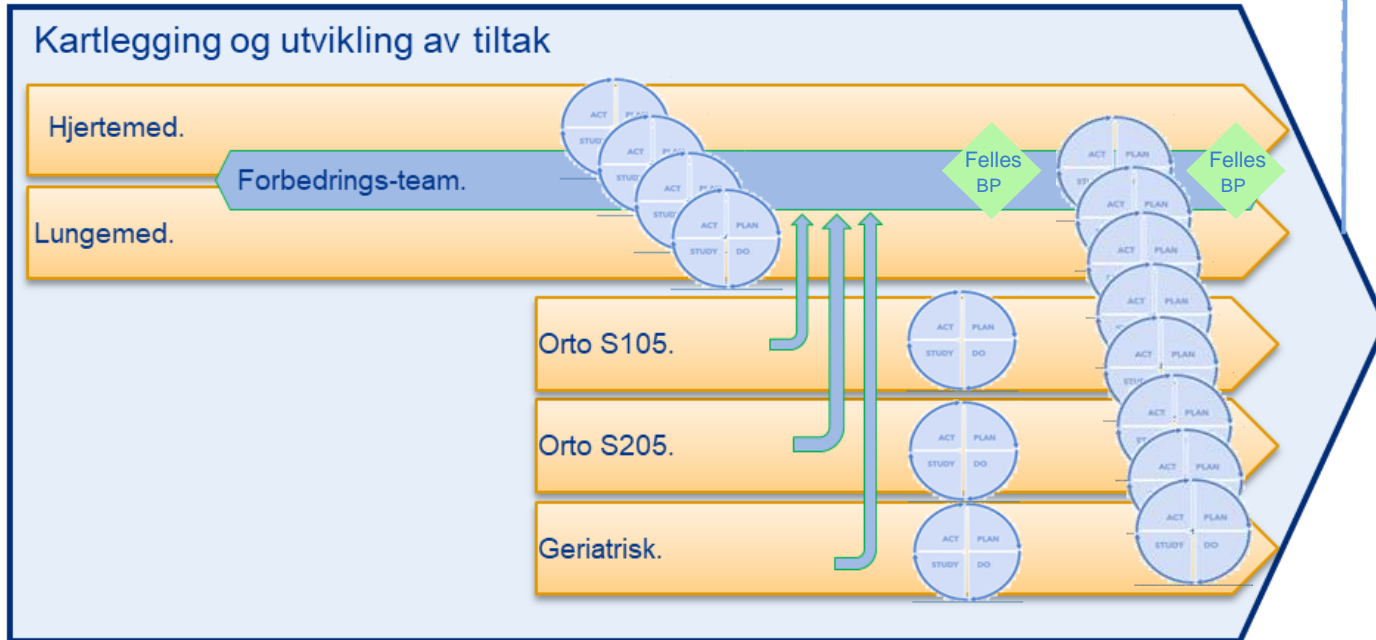
Orto S105.

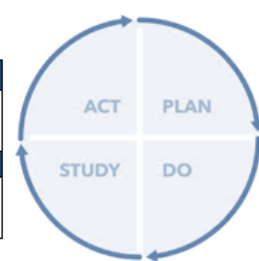
Orto S205.

Geriatrisk.

Felles
BP

Felles
BP





HVILKE TILTAK SKAL VI TESTE?	Test periode
<ul style="list-style-type: none"> - Test av screening (4AT) - Teste bruk av veiledende behandlingsplan (VBPL) 	Periode 25. april - 13. juni
ARBEIDSHYPOTESE - HVILKE SVAR FORVENTER VI?	Hvem tester?
<ul style="list-style-type: none"> - Vi forventer at screening med 4AT kan gjøres som en del av ankomstvurderingen på SO - Vi forventer at VBP oppleves som et nyttig og effektivt verktøy for å pasienter med kognitiv svikt, samt for å forebygge og behandle delir. 	Sykepleiere på hjerte og lunge SO samt geriatrisk og OSO .

TEST	PLAN	DO	STUDY	ACT
12	xxx (hjerne)	Pasient nr 1 hadde kjent kognitiv svikt (Alzheimer), hun fikk utslag på 1, men Helena rakk ikke snakke med pårørende den vekten, pårørende skulle komme innom på kvelden, men kom da ikke før etter at Helena gikk igjen.	Synd at det ikke går an å endre metavision etter registrert de første spørsmålene, siden man ofte ikke får tak i pårørende med en gang. Det er noen ganger vanskelig å få snakket med pårørende, det er tidkrevende, ikke bare å ta telefonen eller samtalen, men det kommer veldig mange flere spørsmål og samtalen tar tid.	Jobbe med å få mellomlagring i metavision . Legene må få en tungtveidende rolle i prosjektet. Endre i VBP til femme søvn og dokumentere søvnkvalitet. Skal man ta 4AT når man tenker endring til bedring også?
13	xxx lunge	Screenet 2 pasienter. Den ene screenet negativt på alle punkter . Den andre screenet på 1 poeng, men på kvelden så hadde hun hørt at pasienten ikke hadde vært stedsorientert så de mistenkte noen endringer men hun fikk ikke fullført i metavision da hun ikke fikk tak i pårørende vedr. siste punkt. Det er hektiske perioder så man får ikke alltid opprettet VBP på sin vakt. Kartlegging underveis når vi kommer i gang mener hun skal gå fint, når alle kommer inn i det, hun syns VBP egentlig er fin og har ikke så mange endringsforslag sier hun. Hun har ikke opplevd at pasientene blir irriterte over spørsmålene.	Det går ikke an å mellomlagre i metavision , noe som gjør det vanskelig. Dersom man kunne fått mellomlagret så kunne man fått gjort noe av skanningen og så fullført den når man fikk innhentet opplysninger vedr siste punkt, noe som kan gå over til neste vakt. Må da eventuelt skrive 4AT screeningen inn i VBP i mens, og få med hva som gjenstår.	Jobbe med hvordan mellomlagre i metavision , eventuelt skrive inn resultatene i VBP?
24	(s105)	Marte screenet 5 pasienter hvorav 1 positiv. Opprettet VBP for pasienten, men komparentopplysninger var ok dokumentert i journal.	Hun syns det er vanskelig å finne diagnosekode fordi de som scorer på 1 egentlig ikke har noen av disse ... kan ikke si at de har redusert hukommelse... de har jo da kanskje vært litt slitne og bommet litt på måneder baklengs, det kan til og med jeg gjøre sier hun.	Hun foreslår at man bør legge inn 4AT score med kommentar dersom 1 f eks: sliten klarte ikke alle mnd. Men vurdert som ikke i risiko. At de som har kun 1 kanskje ikke skal opprettes alle tiltak på, kun opprette VBP og dokumentere screening.
25	(s404)	Vilde forteller at hun hadde fått screenet 2 pasienter den helgen, det var de eneste aktuelle på hennes tud den helgen. Screening fungerte fint. 1 var negativ og en positiv. Hun snakket med pårørende til han som skoret 1 på 4AT og det fremkom ikke noe tidligere kjent svikt eller utfordringer før innleggelse, men at det var her under innleggelsen. Pasienten hadde også fått andre problemer i fos svelstfunksjon og pasienten følges opp med utredning for hva som ligger bak. Pasienten hadde kun feil på månedene.	Screening fungerte fint, også komparentopplysninger og baseline. Vilde hadde misforstått VBP litt, slik at kjent kognitiv svikt og akutt endring ikke hadde blitt haket med på begge i VBP. Det bør fremkomme på en tydeligere måte. Hun ville ha med 4AT score i VBP, hun hadde satt inn dette manuelt nå, siden hun syns det er tungvint å ha metavision bildet oppe også. Ellers fungerte det fint. Hun hadde ikke tatt med så mange tiltak siden mange av tiltakene i fos mobilisering, og ernæring allerede var i planen til pasienten. Søvn var ikke et problem.	Legg inn 4AT score og utført i VBP. Endre for å få frem at kjent svikt og akutt endring skal fylles ut som del av komparentopplysningssamtalen

OPPSUMMERT ERFARING



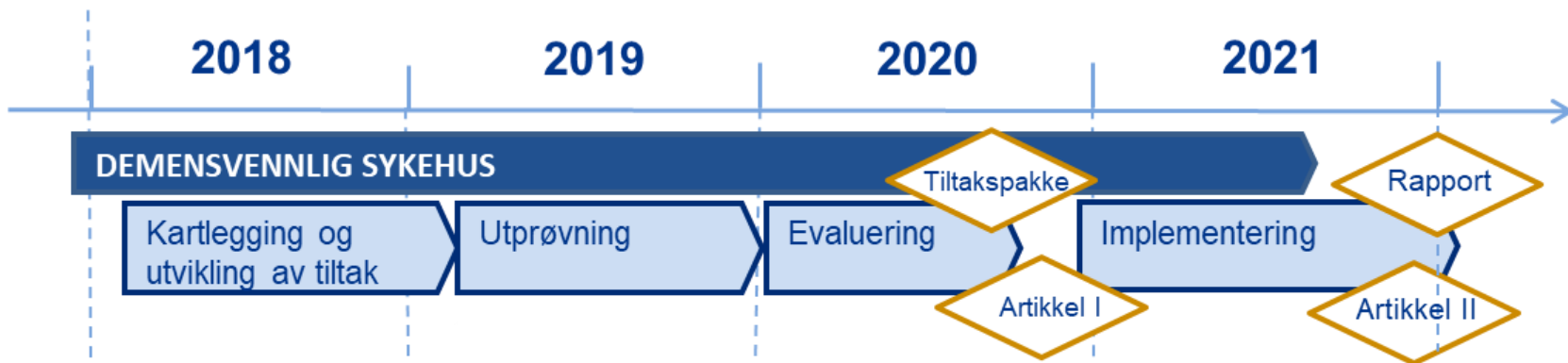
Kartlegge erfaringer
pasienter og pårørende



Utvikle og prøve ut en modell for
tilrettelagt oppfølging av
pasienter med kognitiv svikt,
demens og delirium



Kartlegge erfaringer
helsepersonell



“I have not failed. I’ve just found 10,000 ways that won’t work” —Thomas Edison

“The only real mistake is the one from which we learn nothing” —Henry Ford



Lykke til!!!



Spørsmål?

Nina Mickelson Weldingh

Prosjektleder

Enhet for foretaksutvikling

E-post: nimi@ahus.no