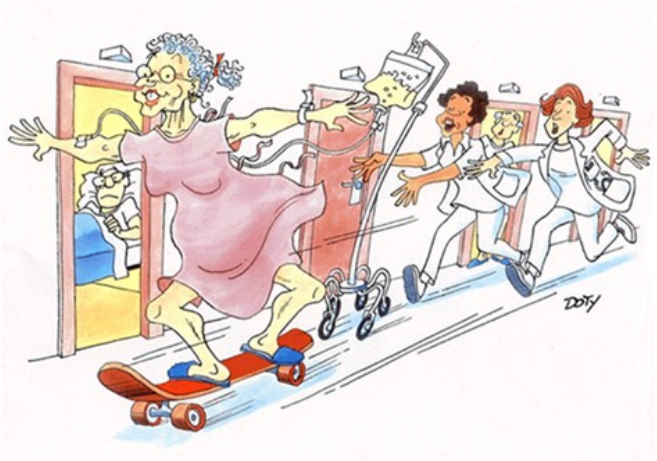

Hei!

Delirium – kan vi klare å screene for dette i en hektisk hverdag?

Vi er to masterstudenter som ønsker å gjennomføre en studie om hvordan helsepersonell opplever å bruke skreeningsskjemaet 4AT, og om det er et enkelt og godt screeningskjema for delirium. Prosjektet er en del av en avsluttende fordypningsoppgave i gerontologi ved NTNU, Institutt for helsevitenskap, Gjøvik.

Spørreskjemaet 4AT er en rask test og vurdering som kan identifisere symptomer på delirium og kognitiv svikt. Testen gir ingen diagnose, men kan være et redskap for lettere identifisere og dokumenter akutt forvirring eller kognitive forandringer.
Vi håper derfor at du og helsepersonalet på din avdeling kan ta dere tid til å prøve screeningsskjemaet og at noen av dere også kan være med på fokusgruppeintervju i slutten av oktober, for å fortelle om hvordan det oppleves å bruke testen.

Vedlagt følger:

- 4AT skjemaet og litt opplysninger om skjemaet.
- Bakgrunnen og formål med studiet, problemstilling
- Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Vennlig hilsen
Margit og Anne

4AT

4AT er en forkortelse for «4 A's test», og er et screeningskjema utviklet i Storbritannia. Testen er konstruert slik at pasienter både med hypoaktivt og hyperaktivt delirium skal kunne fanges opp. Verktøyet er nylig oversatt til norsk og kan bidra til at flere pasienter med delirium får riktig diagnose. Fordelen med 4AT skjemaet er at det gir en rask screening (inneholder kun fire spørsmål), og er enkelt å bruke også uten opplæring. Screeningskjemaet kan være til hjelp i diagnostisering av delirium ved at det dokumenterer de symptomene som kan opptre ved delirium og kognitiv svikt. Siden en person med delirium sjeldent er i stand til å oppsøke adekvat hjelp, blir sykepleier eller annet helsepersonell som ser pasienten, den som må registrere når mental status forandrer seg og videreformidle dette til lege slik at underforliggende årsaker kan identifiseres og behandling startes.

Screeningen består av fire deltester som kan gi skår fra null til fire skår. Skår på null vil si at delirium eller en underliggende kognitiv svikt er usannsynlig. Totalskår over fire gir mistanke om delirium, mens skår mellom ett og tre kan indikere både delirium og underliggende kognitiv svikt. Hvis pasienten ikke forholder seg normalt til undersøkelsen, skåres dette med fire poeng, eller hvis det kan registreres akutt debut eller svingende forløp, gir dette fire skår og noe som sannsynliggjør delirium.

Diagnosekriterier ved delirium legger vekt på at det er oppstått en akutt innsettende svikt i kognisjon, bevissthet og oppmerksomhet skal ikke kan forklares av kjent demenstilstand. Pasientene kan ha symptomer med stor hyperaktivitet, søvnforstyrrelser og hallusinasjoner, men også en stille og hypoaktiv type med lavt psykomotorisk aktivitet og søvnighet. Ofte er tilstanden fluktuerende og kan være vanskelig å gjenkjenne. Testen kan gjennomføres av alle typer helsepersonell og det er understreket at enhver oppmerksomhetssvikt skal gi mistanke om delirium. Den utløsende årsak kan representere alvorlig sykdom og prognosen ved gjennomgått delirium er alvorlig da det er dokumentert økt risiko for død, demensutvikling og institusjonalisering (Evensen et al. 2016). En rask vurdering av mental status kan være avgjørende der det er mistanke om alvorlig sykdom som har behov for rask behandling. 4AT kan være et godt verktøy for dette (Myrstad et al. 2017).

Bakgrunn

- Delirium er en vanlig og alvorlig akuttmedisinsk komplikasjon hos eldre som blir innlagt sykehus og hos personer med demens
- Utløsende årsak kan representere akutt, alvorlig sykdom
- Diagnostisering beror ofte på å gjenkjenne det kliniske bildet
- Symptomer kan være vanskelig å skille fra demens
- Erfaringer og funn i dagens praksis, er at skjønnsmessige vurderinger ligger til grunn ved rapportering og dokumentasjon av mistanke om delirium
- Prognosen er alvorlig og dødeligheten høy (opptil 25-30%), hvis den bakenforliggende årsaken ikke blir funnet og behandlet.
- Det er økt risiko for komplikasjoner, funksjonstap, demensutvikling, institusjonalisering og død
- Gir lengre rekonvalesent, større pleietyngde og økte medisinske kostnader og er en stor belastning for pasienten, pårørende og helsepersonale
- Tilstanden kan være reversibel
- Diagnosen er oversett og underdiagnostisert
- Forekomsten i sykehjem og hos eldre hjemmeboende er usikker fordi det er dårlig undersøkt

Formål med studiet

- Vi ønsker å vite om skreeningsskjemaet 4AT er egnet skjema for oppdagelse av delirium. Bakgrunn for vår nysgjerrighet, er at vi daglig i arbeid ser hva den skrøpelige eldre pasient kan streve med ved sykdom og alvoret i hva delirium kan forårsake i form av komplikasjoner for den enkelte pasient.
- Problemstillingen skal gi ny og bedre kunnskap om emnet. Ved intervjuer av aktuelle helsepersonale settes fokus på vårt emne og vi kan innhente nyttig informasjon i forhold til det vi ønsker svar på.

Problemstilling

Hvordan opplever helsepersonell å bruke 4AT, er det et enkelt og godt screeningskjema for delirium?