

Delirium i overgangen mellan spesialist- og kommunehelsetjenesten

Gunilla Martinsson

Postdoktor

Forskningsenheten | Geriatrisk avdeling | Medisinsk klinikk

24. Oktober 2018

2015-2021

Care transitions and delirium in nursing home residents

Samhandlingsmidler OUS/OK

Kliniske problemstillinger felles for sykehjem og sykehus

REK 2016/1925

OUS personvern 2016/19769

Oslo kommune 2016-2017

Hvorfor forske på delirium?

- Alle kan utvikle et delirium – risikoen øker med sykdommens alvorlighetsgrad, stigende alder, økt grad av skrøpelighet og ved kognitiv svikt
- Å være rammet av delirium og samtidig demens øker risikoen for de negative utfallene (forverret funksjonsnivå, institusjonalisering og mortalitet) samt øker forekomsten av APSD
- Delirium blir ofte oversett
 - En rekke studier har dokumentert den prognostiske betydningen av et delirium og den mentale belastningen for både pasienter og deres pårørende

Delirium – hva er det?

Nevrokognitiv sykdom

- Raske endringer i bevissthet, oppmerksomhet og kognisjon

Opplevelsen av delirium

- Utenforstående
- Behov av å bli forstått og av å få kompetent hjelp



Vansklig å oppdage og diagnostisere

- Variabel klinisk presentasjonsform og fluktuerende symptomer

DSM 5 kriterier for delirium

(uoffisiell norsk oversettelse ved A.H. Ranhoff, 2013)

A	Forstyrret oppmerksomhet (redusert evne til å fokusere, opprettholde og endre oppmerksomhet) og bevissthet (redusert orientering til miljøet omkring seg)
B	Forstyrrelsene utvikler seg i løpet av kort tid (vanligvis timer til noen få dager), representerer en endring fra vanlig oppmerksomhet og bevissthet, og har tendens til å fluktuere i grad av alvorlighet gjennom døgnet
C	Forstyrret kognisjon (f.eks. hukommelse, orientering, språk) eller persepsjonsforstyrrelser
D	Forstyrrelsene i kriteriene A og C blir ikke bedre forklart av en allerede kjent nevrokognitiv lidelse eller oppvåkningsfasen fra et koma
E	Det er holdepunkter 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

Prosjektets mål

Å utvikle kunnskap om forekomst, utbredelse, risikofaktorer, forløp og prognosene av delirium hos eldre (70+) sykehjemsbeboere som gjennomgår overganger i helsesystemet.

Å utforske pasienters subjektive opplevelser av delirium samt ansattes opplevelser av faktorer som fremmer eller hemmer deliriumkartlegging, forebygging og behandling (whole systems research).

Fragmenterte systemer

...karakteriseres av hyppige flyttinger mellom institusjoner eller avdelinger

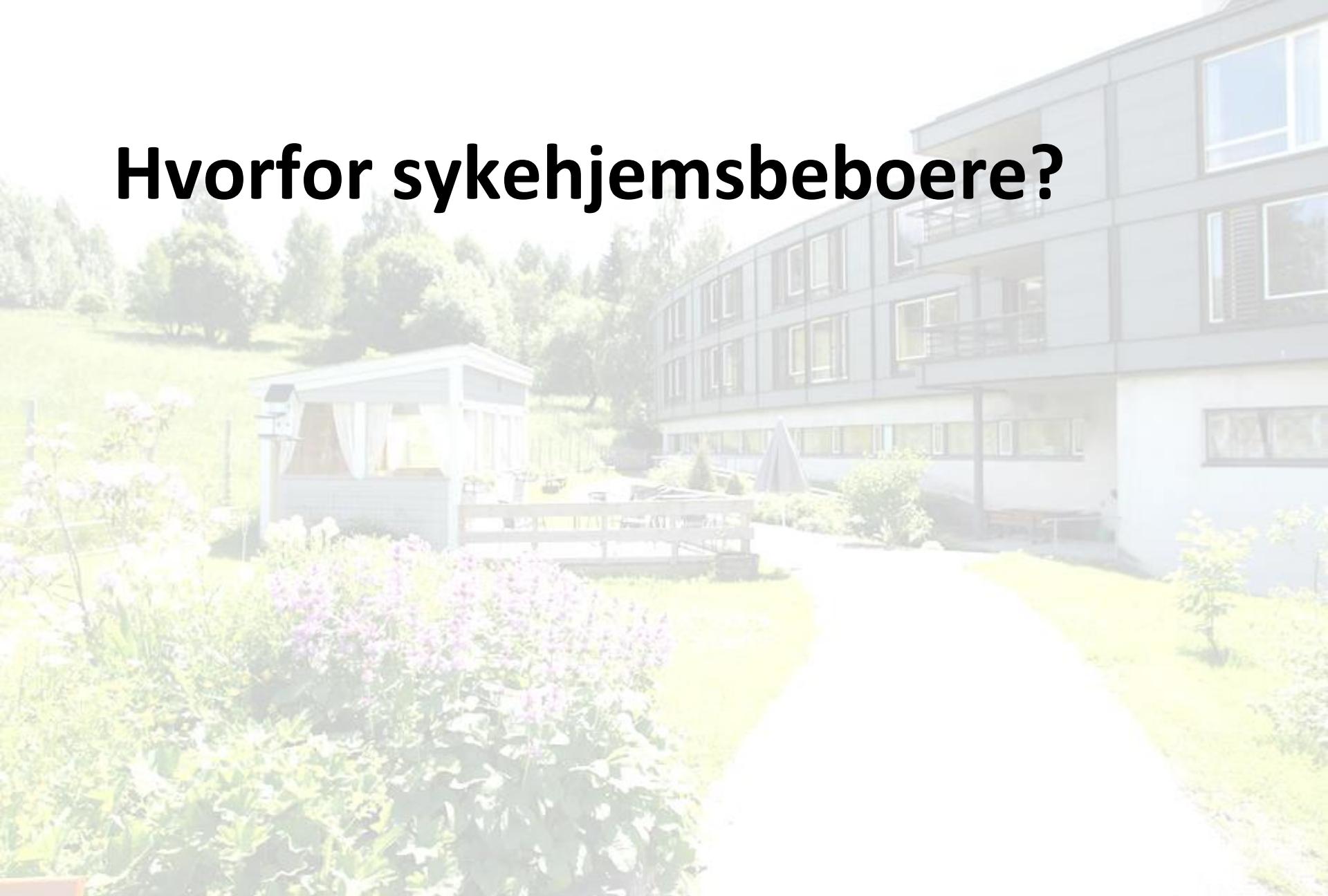
Hyppige flyttinger gir økt risiko for:

- utilstrekkelig behandling
- mangefull informasjonsflyt
- redusert pasientsikkerhet

«Transitional care»

- tiltak for å sikre integrerte systemer, koordinerte og sømløse forløp for den enkelte pasient på flyttefot (jmf. SRs intensjoner)

Hvorfor sykehjemsbeboere?



KÅRE 83 STIKKER AV

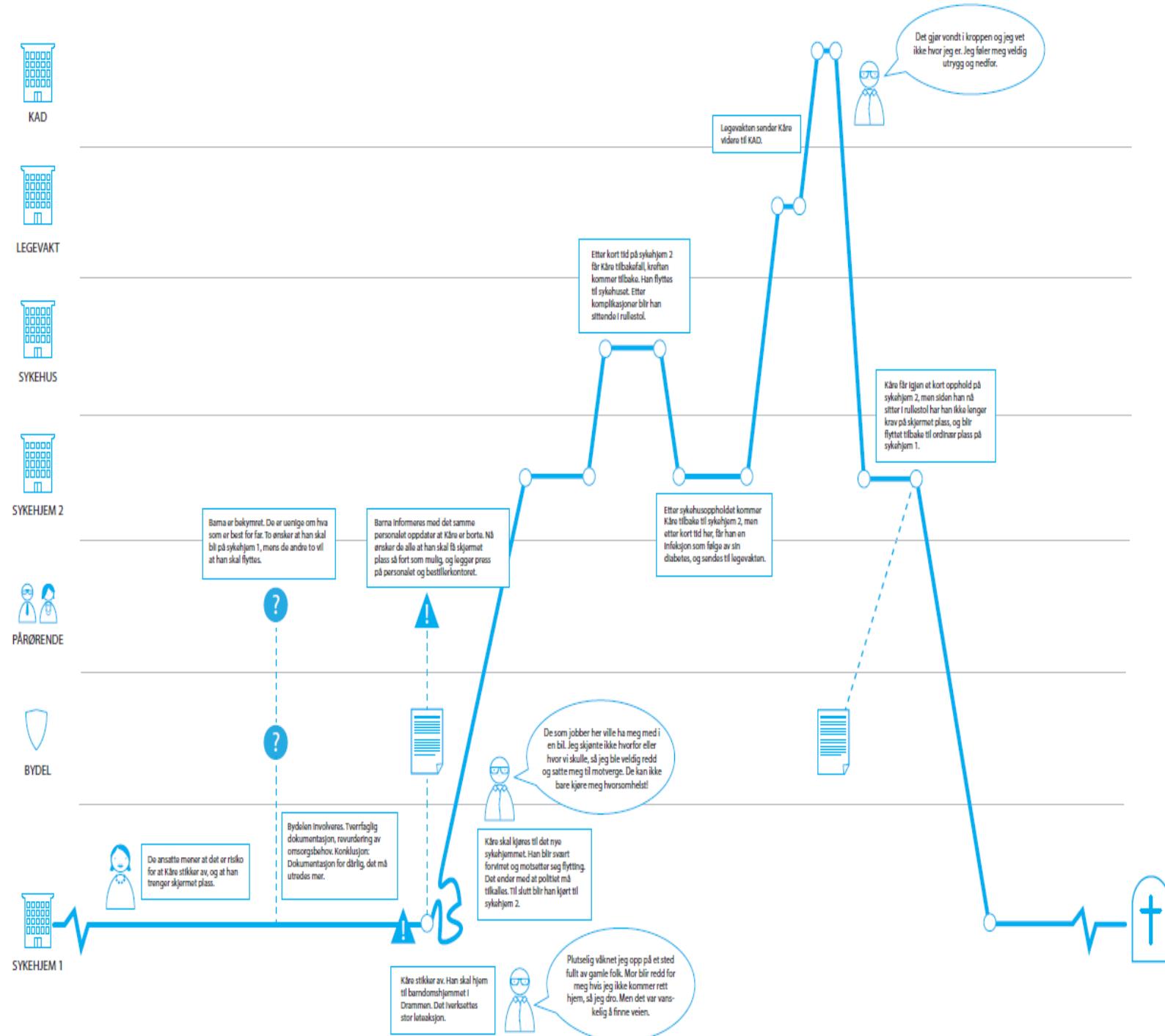
En hypotetisk brukerrelse i dagens tjenestetilbud for eldre på langtidssykehjem i Oslo kommune

Kåre er 83 år gammel og enkemann. Han har tre døtre og en sønn, og et stort hus på Nordstrand.

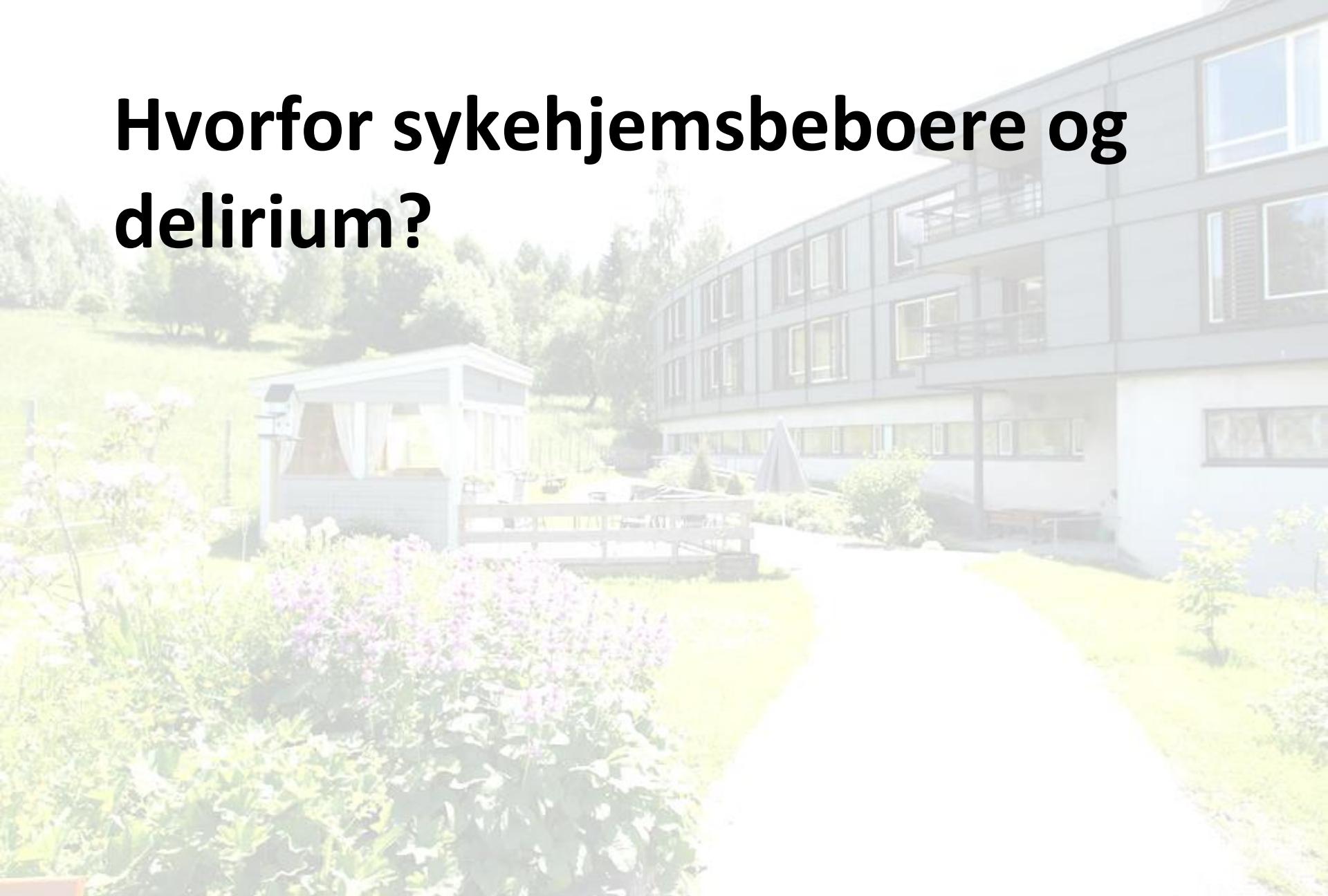
Kåre har tidligere fått behandling for prostatakreft, og har smerte på grunn av stråleskader. Han har stomi, diabetes og får styggende sår, men er relativt mobil med rullator.

Kåre har hatt fast, ordinær plass på et sykehjem han har ønsket seg til, en stund. Nå har han begynt å surre såpass mye at personalet har slått alarm. De mener at han trenger skjermet plass, fordi det er fare for at han stikker av.

Jeg er ikke helt sikker på hva som skjer, men blir veldig utrygg og forvirret når de flytter meg fra sted til sted.



Hvorfor sykehjemsbeboere og delirium?



Tabell 1 Vanlige risikofaktorer og utløsende faktorer for delirium

Vanlige risikofaktorer

Høy alder

Kognitiv svikt/demens

Depresjon

Tidligere gjennomgått delirium

Omfattende komorbiditet

Sansesvikt

Lav kroppsmasse

Vanlige utløsende faktorer

Hoftebrudd

Kirurgiske inngrep

Infeksjon

Hjerneslag

Akutt koronarsyndrom

Dehydrering

Metabolske forstyrrelser

Smerter

Polyfarmasi og sederende medikamenter

Delirium på sykehjem

- New-onset delirium varer lengre på sykehjem og følger ofte subsyndromalt delirium
- Vanskelig å identifisere symptomer ved samtidig demens (80-90%)

Varierende tall på forekomsten av delirium i sykehjem

- 36.7 % (Point prevalence, Italia)
- 3.4 % (Canada) – 8.9 % (Nederland)
- 33 % - alvorlig grad av demens
- 20 % - akutt sykdom (for eks. UVI)
- 11 % - ved innleggelse på sykehus

Delirium og demens

- Delirium er assosiert med varige kognitive endringer og raskere prosesjon av kjent demens
- 35 % av alle pasienter med delirium dør i løpet av første året etter akutt innleggelse
- Delirium har per definisjon en underliggende somatisk årsak – tilstanden kan være reversibel dersom den underliggende årsaken blir korrigert
- 30-40 % av tilfellene kan forebygges

Delirium i overgangene?

- Opp til 80 % opplever delirium ila forløpet (Pilotstudie n=10, ED-HOSP-NH, 2013)
- 23 % på avd. som gir videre behandling etter akuttfasen
- 20 % utvikler delirium på vei til sykehjemmet (n=10)

-> Delirium kan antas å være vanlig ved alle overganger mellom institusjoner og hjemmet, men bidrar pasientflyttinger eller andre kontekstuelle faktorer i helsetjenesten til å indusere, forverre eller forlenge delirium?



Har vi en studiepopulasjon?

Risikoen for delirium øker når skrøpelige pasienter legges inn, utskrives og re-innlegges.

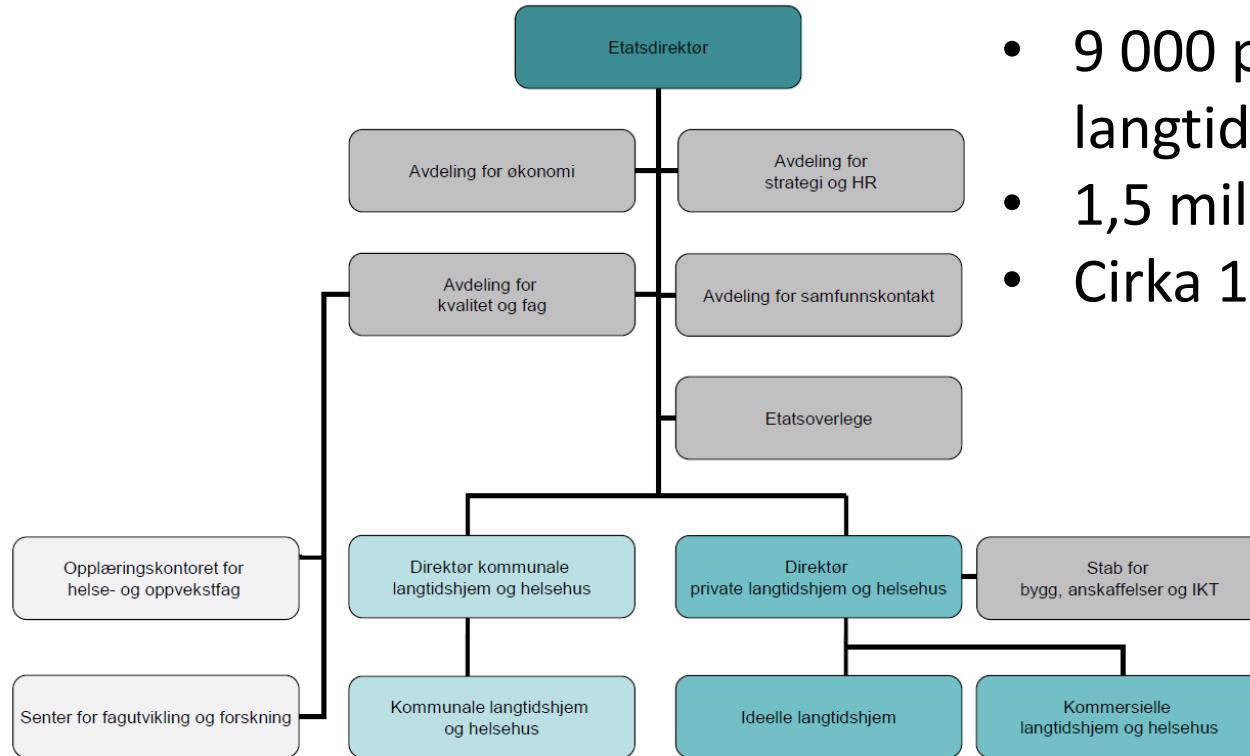
Innleggelser på sykehus fra sykehjem (Bergen)

- Medisinsk avdeling, 6 %
- Kirurgisk avdeling, 4 %
- 15 % av alle eldre pasienter på sykehus blir reinnlagt innen 30 dager fra primærinnleggelsen



SYKEHJEMSETATEN

Oslo kommune pr 1.10.2017



- 40 langtidshjem
- 4 helsehus
- 9 000 pasienter og langtidsbeboere (årlig)
- 1,5 millioner liggedøgn (årlig)
- Cirka 12 000 medarbeidere

Kohorter

A

- Innleggelse fra eget hjem til sykehus
- Utskrevet til sykehjem (Korttid)

300 pasienter

En overgang fra institusjon til institusjon

B

- Innleggelse fra sykehjem til sykehus
- Utskrevet til sykehjem (Korttid eller langtid)

300 pasienter

To overganger fra institusjon til institusjon

Metode

- Longitudinell observasjonsstudie
 - Til dels prospektiv og til dels retrospektiv datasamling
- Validerte verktøy for kartlegging og diagnostikk brukes gjentatte ganger i forløpet og pasientene revurderes ila 12 måneder etter indexeventet.
- Administrative data om overlevelse , re-innleggeler, varighet på sykehjemstilholdet og nye innleggeler på sykehjem samles inn.

Inklusjon og screening

1. Innleggelseslister fra sykehjemmene i Oslo kommune
 - a. Identifisere pasienter ved medisinsk klinikk
2. Kontakt med pasientansvarlig sykepleier (SPL)
3. SPL innhenter muntlig samtykke
4. SPL + FORSK vurderer samtykkekompetanse
5. Kontakt med pasienten og innhenting av skriftlig samtykke alt. start 1. screening ved antatt samtykke
 - a. Ved antatt samtykke kontaktes pårørende for muntlig og skriftlig samtykke
6. SPL sender pasientens journal til DIPS
7. Pas. revurderes daglig i løpet av sykehusoppholdet
8. Oppfølging i fem dager etter utskrivelse til sykehjem og ved 1, 3 og 12 måneder

Variabler

Journaldata

- a. Demografiske data
- b. Årsak til innleggelse
- c. Vedtaksopplysninger i kommunen
- d. Legemiddelbruk
- e. Kroniske sykdommer (CIRS)
- f. Endringer i helsetilstand og pleienivå
- g. Tiltaksplan
- h. Flyttinger og reinnleggelser
- i. Vital status

Variabler

Observasjonsskalaer

- a. Akutt forvirring (CAM, 4AT)
- b. Endring i bevissthet (OSLA)
- c. Endring i våkenhet (RASS)

Opplysninger fra pårørende eller pleier

- a. Alvorlighetsgrad av demens (KDV)
- b. Kognitiv funksjon før den akutte episoden (IQCODE)
- c. Forekomst av atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (NPI)
- d. Endringer i pasientens atferd før innleggelse (I-AGeD)
- e. Funksjonsnivå (aktiviteter i dagliglivet (ADL) før den akutte episoden

Forskningsgruppe og samarbeidspartnere

Oslo Delirium Research Group

Forskningsassister: Sølvi Andersen
Medisinstudenter

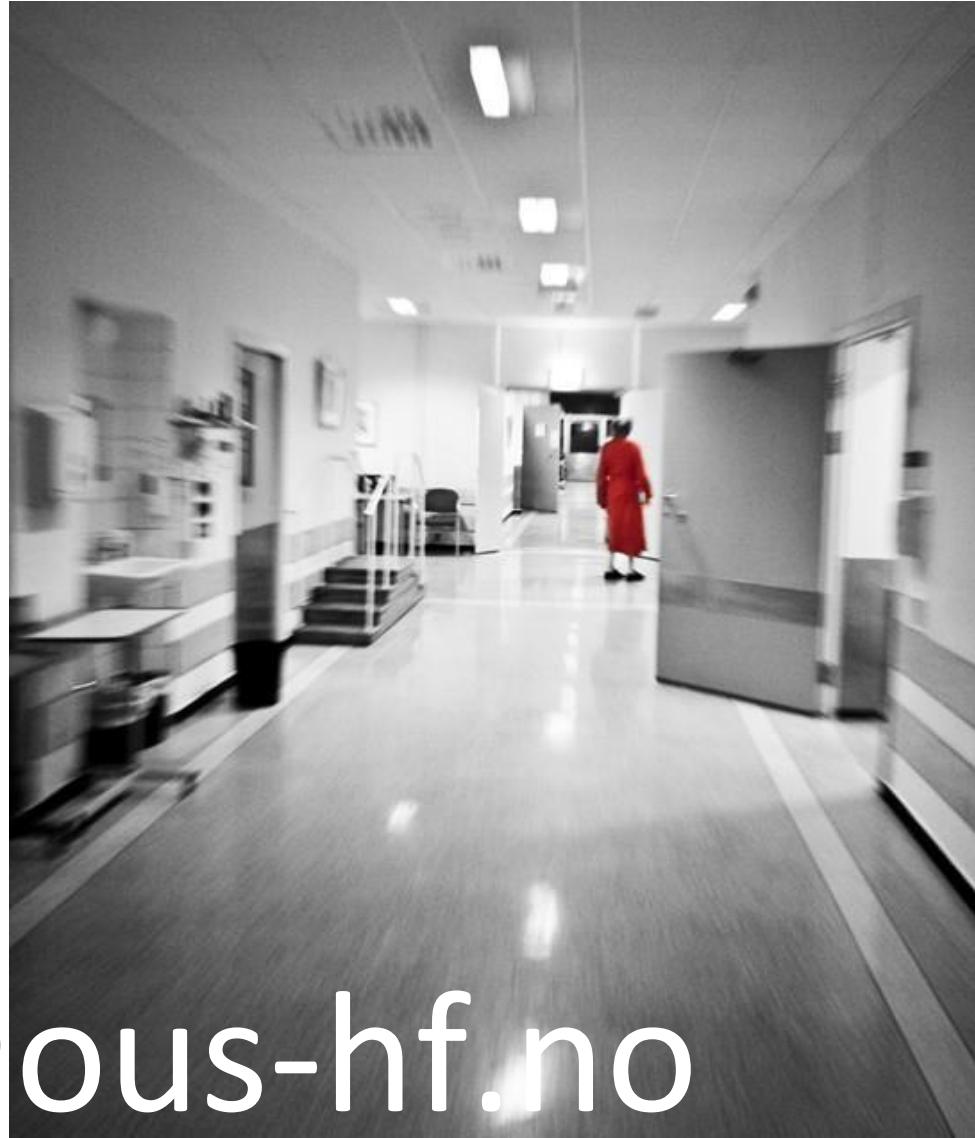
Samarbeidspartnere:



Takk!

Ta kontakt hvis du vil vite
mer om prosjektet og
resultatene.

gunima@ous-hf.no



Referanser

1. St.Meld.nr.47. Samhandlingsreformen. Rett behandling på rett sted til rett tid. (In Norwegian) Oslo: Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2009
2. Clarfield et al., 2001. Fragmentation of care for frail older people – an international problem. Experience from three countries: Israel, Canada and the United States. *J Am Geriatr Soc* 49: 1714-1721
3. Kodner, 2006. Whole-system approaches to health and social care partnerships for the frail elderly: an exploration of North American models and lessons. *Health and Social Care in the Community* 14(5): 384-390
4. Béland et al., 2011. Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives. *Gac Sanit.* 25(S): 138-146
5. Somme et al., 2014. The French Society of Geriatrics and Gerontology position paper on the concept of integration. *Int J Integr Care* 14: e052
6. Gautun et al., 2013. Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? (In Norwegian, English summary). Report No. 8/13. Oslo: Norwegian Social Research (NOVA)
7. Krüger et al., 2011. Hospital admissions from nursing homes: rates and reasons. *Nursing Research and Practice Art ID* 247623
8. Hylen Ranhoff et al., 2005. Når skal sykehjemspasienter innlegges i sykehus? (In Norwegian) *Tidsskr Nor Legeforen* 125(13): 1844-1847
9. Inouye et al., 2014. Delirium in elderly people. *Lancet* 383:911-922
10. McCusker et al., 2011. Prevalence and incidence of delirium in long-term care. *Int J Geriatr Psychiatry* 26: 1152-1161
11. Gröne et al., 2001. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *Int J Integr Care* 1: e21
12. Cwinn et al., 2009. Prevalence of information gaps for seniors transferred from nursing homes to the emergency department. *CJEM* 11(5): 462-471
13. Romøren et al., 2011. Promoting coordination in Norwegian health care. *Int J Integr Care* 11: e127
14. Holen-Rabbersvik et al., 2013. Important challenges for coordination and inter-municipal cooperation in health care services: a Delphi study. *BMC Health Services Research* 13: 451
15. APA, 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

Referanser

16. Stenwall et al., 2008. The older patient's experience of encountering professional carers and close relatives during an acute confusional state: An interview study. *Int J Nurs Stud* 45: 1577-1585
17. Neerland et al., 2013. Delirium hos eldre pasienter. (In Norwegian) [Delirium in elderly patients]. *Tidsskr Nor Legeforen* 133(15): 1596-1600
18. Inouye et al., 2001. Nurses' recognition of delirium and its symptoms. *Arch Intern Med* 161: 2467-2473
19. Pitkälä et al., 2005. Prognostic significance of delirium in frail older people. *Dementia Geriatr Cogn Disord* 19: 158-163
20. Boockvar et al., 2013. Delirium during acute illness in nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc* 14: 656-660
21. Witlox et al., 2010. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia. *JAMA* 304(3): 443-451
22. Marcantonio et al., 2003. Delirium symptoms in post-acute care: prevalent, persistent and associated with poor functional recovery. *J Am Geriatr Soc* 51: 4-9
23. Graverholt et al., 2011. Acute hospital admissions among nursing home residents: a population-based observational study. *BMC Health Serv Res* 11:126
24. Friedman et al., 2008. Hazards of Hospitalization: Residence Prior to Admission Predicts Outcomes. *The Gerontologist* 48(4): 537-541
25. Intrator et al., 2004. Nursing home characteristics and potentially preventable hospitalizations of long-stay residents. *J Am Geriatr Soc* 52:1730-1736
26. Loeb et al., 2006. Effect of a clinical pathway to reduce hospitalizations in nursing home residents with pneumonia. *JAMA* 295(21): 2502-2510
27. Konetzka et al., 2008. Reducing hospitalizations from long-term care settings. *Med Care Res Rev* 65(1): 40-66
28. Morandi et al., 2009. Delirium in nursing home residents across care transitions: a preliminary report. *J Am Geriatr Soc* 57(10): 1956-1958
29. Cole et al., 2012. The course of delirium in older long-term care residents. *Int J Geriatr Psychiatry* 27: 1291-1297
30. Cole et al., 2013. The course of subsyndromal delirium in older long-term care residents. *Am J Geriatr Psychiatry* 21(3): 289-296

Referanser

31. Voyer et al., 2008. Detection of delirium by nurses among long-term care residents with dementia. *BMC Nursing* 7:4
32. Voyer et al., 2012. Detection of delirium and its symptoms by nurses working in a long term care facility. *J Am Med Dir Assoc* 13: 264-271
33. Peacock et al., 2012. Care home staff can detect the difference between delirium, dementia and depression. *Nursing Older People* 24: 26-30
34. Simon et al., 2006. Reliability of a structured assessment for nonclinicians to detect delirium among new admissions to postacute care. *J Am Med Dir Assoc* 7: 412-415
35. Han et al., 2009. Delirium in the nursing home patients seen in the emergency department. *J Am Geriatr Soc* 57: 889-894
36. Boorsma et al., 2012. The prevalence, incidence and risk factors for delirium in Dutch nursing homes and residential care homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 27: 709-715
37. Korevaar et al., 2005. Risk factors for delirium in acutely admitted elderly patients: a prospective cohort study. *BMC Geriatr* 5:6
38. Selbæk et al., 2007. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 22: 843-849
39. Pitkälä et al., 2006. Multicomponent geriatric intervention for elderly inpatients with delirium: a randomized, controlled trial. *J Gerontology* 61A(2): 176-181
40. Pitkälä et al., 2008. Multicomponent geriatric intervention for elderly inpatients with delirium: effects on costs and health-related quality of life. *J Gerontology* 63A(1): 56-61
41. Lundström et al., 2005. A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. *J Am Geriatr Soc* 53: 622-628
42. Specialist health care services act. *Spesialisthelsetjenesteloven, LOV-1999-07-02-61. §6-3.* (In Norwegian). www.lovdata.no
43. Salvi et al., 2008. A manual of guidelines to score the modified cumulative illness rating scale and its validation in acute hospitalized elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 56: 1926-1931
44. Knaus et al., 1985. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med.* 13: 818-829.
45. Mahoney et al., 1965. Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med J.* 14: 61-65

Referanser

46. Jorm et al., 1989. The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE). Socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychol Med* 19(4): 1015-1022
47. Ryan et al., 2013. Delirium in an adult acute hospital population: predictors, prevalence and detection. *BMJ Open* 3(1): e001772
48. Sands et al., 2010. Single question in delirium (SQID): testing its efficacy against psychiatrist interview, the Confusion Assessment Method and the Memorial Delirium Assessment Scale. *Palliat Med.* 24: 561-565
49. Inouye et al., 1990. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 113(12): 941-948
50. Neerland et al., 2014. Ny bevissthetsskala ved delirium. (In Norwegian) *Tidsskr Nor Legeforen* 134(2): 150
51. Folstein et al., 1975. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 12: 189-198
52. Breitbart et al., 1997. The Memorial Delirium Assessment Scale. *J Pain Symptom Manage* 13:128-137
53. Shulman et al., 2000. Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatry*. 15: 548-561
54. Welsh et al., 1994. The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part V. A normative study of the neuropsychological battery. *Neurology*. 44: 609-614
55. Reitan, 1958. Validity of the trail making test as an indicator of organic brain damage. *Percept Mot Skills*. 8: 271-276
56. Tombaugh et al., 1999. Normative data stratified by age and education for two measures of verbal fluency: FAS and animal naming. *Arch Clin Neuropsychol.* 14: 167-177
57. McCormack et al., 2008. Older persons' experiences of whole systems: the impact of health and social care organizational structures. *Journal of Nursing Management* 16: 105-114
58. Dahlberg et al., 2008. Reflective lifeworld research. Studentlitteratur AB: Lund, Sweden
59. Sandelowski, 1995. Sample size in qualitative research. *Res Nurs Health* 18(2): 179-183
60. Graneheim et al., 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 24(2): 105-112

Referanser

61. Hsieh et al., 1998. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med, 17: 1623-1634
62. Juliebo et al., 2009. Risk factors for preoperative and postoperative delirium in elderly patients with hip fracture. J Am Geriatr Soc 57: 1354-1361
63. Kersten et al., 2013. Cognitive effects of reducing anticholinergic drug burden in a frail elderly population: a randomized controlled trial. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 68: 271-278
64. Krogseth et al., 2011. Delirium is an important predictor of incident dementia among elderly hip fracture patients. Dement Geriatr Cogn Disord. 2011;31: 63-70
65. Watne et al., 2014. Anticholinergic activity in cerebrospinal fluid and serum in individuals with hip fracture with and without delirium. J Am Geriatr Soc 62: 94-102
66. Watne et al., CSF levels of amino acids related to monoamines are higher in patients with delirium. In prep.
67. Watne et al., Cerebrospinal fluid levels of neopterin are elevated in delirium after hip fracture. A role for cellular immunity or oxidative stress? In prep.
68. Watne et al., 2014. The effect of a pre- and postoperative orthogeriatric service on cognitive function in patients with hip fracture: randomized controlled trial (Oslo Orthogeriatric Trial). BMC Med. 12: 63 doi: 10.1186/1741-7015-12-63
69. Neerland et al., The Oslo Study of Clonidine in Elderly Patients with Delirium; LUCID. Submitted.