

Kommentarer gällande snabbt test för konfusion vid inläggning i slutenvård.

Bakgrund: Det är välkänt att patienter med sviktande kognition har ökad risk att hamna på sjukhus. När de väl är på sjukhus löper de större risk att drabbas av vårdskador, exempelvis genom fallolyckor. Med tanke på patientsäkerheten och det faktum att många av inläggningarna av kognitivt sviktande patienter hade kunnat undvikas är det viktigt att utveckla arbetsätt som:

1. Minskar risken för undvikbar inläggning på sjukhus
2. Gör vistelsen på sjukhus säkrare

Baserat på ett lovande arbetsätt från Intermedicin vid SUS Malmö har Region Skånes Kunskapscentrum demenssjukdomar tillsammans med slutenvården på Ängelholms sjukhus tagit fram ett arbetsätt enligt de två punkterna ovan. Den metod som används för att utvärdera patienters kognitiva status vid inläggning är en enkel tidsorienteringsfråga ”Vilket år och månad är det i dag?”. Det går mycket snabbt och vår uppföljning har visat att detta arbetsätt identifierar en utsatt patientgrupp med bl.a. ökad risk för fall under vårdtiden.

I arbetet med [Skånes digitala vårdssystem \(SDV\)](#) har workstream Dokumentation vårdprofession önskat stöd från KC demenssjukdomar då man planerar att i det nya journalsystemet införa en rutin för att systematiskt bedöma inlagda patienter för kognitiv status. I våra diskussioner har det tydliggjorts att evidensläget för olika instrument för bedömning av kognition är oklart och KC demenssjukdomar har därför bett SBU:s upplysningstjänst att genomföra en sammanställning av publicerade studier på området. Den är nu klar:

(<https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbus-upplysningstjanst/bedomningsinstrument-for-att-identifiera-delirium-hos-patienter-inom-slutenvarden/>) och man fann 4 systematiska översikter med låg till måttlig risk för bias. Av de instrument som har utvärderats i dessa studier lyfter SBU fram:

- CAM (Confusion Assessment Method)
- OSLA (Observational Scale of Level of Arousal)
- RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale).

Fördjupning i resultaten från SBU

CAM: Tycks vara gold standard i fältet. Oklart om det finns översatt och validerat på svenska. En version för intensivvård, CAM-ICU (se nedan) finns på svenska. Förutsätter utbildning av personal.

OSLA: Lyfts fram av en av SBU:s fyra studier ([Quispel-Aggenbach et al.](#)), är precis som RASS ett test för vakenhetsgrad. Oklart om det finns översatt och validerat på svenska.

RASS: Lyfts fram av en av SBU:s fyra studier ([Quispel-Aggenbach et al.](#)), är precis som OSLA ett test för vakenhetsgrad. Går mycket snabbt att genomföra. Sensitivitet rapporteras i olika studier till 64-98%, specificitet 56-93%. Finns på svenska i CAM-ICU_training_Swe-

dish (https://uploads-ssl.web-flow.com/5b0849daec50243a0a1e5e0c/5bb41b68124bc12b382553fd_CAM_ICU_training_Swedish.pdf).

De studier av RASS (och modifierad RASS (mRASS)) som tas upp i Quispel-Aggenbach et al. är:

[Chester et al. \(2012\)](#). Man har tagit fram mRASS (fig 1). Man studerar patienter >65 år som kommer in på akuten. Sensitivitet och specificitet stämmer med Quispel-Aggenbach et al. (64% resp. 93%).

[Han et al. \(2013\)](#). Här används RASS (kanske samma som nedan, framgår ej) tillsammans med ”stava lunch baklänges” i vad som kallas Delirium Triage Screen (DTS). Sensitivitet och specificitet stämmer med Quispel-Aggenbach et al. (98% resp. 56%). Troligen samma dataset som nedan.

[Han et al. \(2015\)](#). Här används en mindre modifierad RASS-skala (tex ändrat ”sedated” till ”drowsy”). Man studerar patienter >65 år som kommer in på akuten. Sensitivitet och specificitet stämmer med Quispel-Aggenbach et al. (84% resp. 88%). Troligen samma data som ovan. Kan tolkas som att enbart RASS i denna version missar ett fåtal konfusoriska patienter jämfört med DTS men har mycket bra specificitet.

[Tiegies et al. \(2013\)](#). Våldigt få patienter (30 st varav 10 konfusoriska). Höftfraktur ålder 64-97 år.

[Grossman et al. \(2017\)](#). Man studerar patienter >65 år som kommer in på akuten. I hela populationen är sensitivitet och specificitet (som stämmer med Quispel-Aggenbach et al.) 70% resp. 93%. När de exkluderar personer med känd demensdiagnos blir sensitivitet och specificitet 89% resp 94%.

Step 1 State patient's name and ask patient to open eyes and look at speaker.

Ask 'Describe how you are feeling today'

- If answers with short answer (<10 seconds), cue with second open ended question
- If no response to verbal cue, physically stimulate patient by shaking shoulder

Step 2 Score modified RASS below

Score	Term	Description
+4	Combative	No attention; overtly combative, violent, immediate danger to staff
+3	Very agitated	Very distractible; repeated calling or touch required to get or keep eye contact or attention.; cannot focus; pulls or removes tube(s) or catheter(s); aggressive; fights environment not people
+2	Slightly agitated	Easily distractible; rapidly loses attention; resists care or uncooperative; frequent non-purposeful movement
+1	Restless	Slightly distractible; pays attention most of the time; anxious, but cooperative; movements not aggressive or vigorous
0	Alert and calm	Pays attention; makes eye contact; aware of surroundings; responds immediately and appropriately to calling name and touch
-1	Wakes easily	Slightly drowsy; eye contact >10 sec; not fully alert, but has sustained awakening; eye-opening/eye contact to voice >10 seconds
-2	Wakes slowly	Very drowsy; pays attention some of the time; briefly awakens with eye contact to voice <10 seconds
-3	Difficult to wake	Repeated calling or touch required to get or keep eye contact or attention; needs repeated stimuli (touch or voice) for attention, movement, or eye opening to voice (but no eye contact)
-4	Can't stay awake	Arousable but no attention; no response to voice, but movement or eye opening to <i>physical</i> stimulation
-5	Unarousable	No response to <i>voice or physical</i> stimulation

Figur 1. mRASS

Instrument som inte kommit med i bedömningen baserat på SBU:s kriterier

Quispel-Aggenbach et al. har i sin studie exkluderat tester där det ingår inhämtande av information om duration och fluktuation och hit hör enligt författarna både CAM och 4AT. I det senare ingår dock AMT-4 vilket av Quispel-Aggenbach et al. lyfts fram som ett test med reproducerade resultat för sensitivitet (> 90%) men inte för specificitet (>80% i en studie och 54% respektive 61% i två andra).

De AMT4-studier som tas upp i Quispel-Aggenbach et al. är:

[Dyer et al. \(2017\)](#). Man studerar patienter >70 år som kommer in på akuten. Inte helt lätt att följa, de har tittat på olika former av kognitiva problem. Jag kan inte hitta hur de definierar positivt resultat men det står <4 i Quispel-Aggenbach et al. Sensitivitet gällande konfusion får jag till 92% vilket är samma som anges i Quispel-Aggenbach et al. Det rör sig dock bara om

26 patienter som är positiva på CAM-ICU. Specificiteten för konfusion kan jag inte få fram i Dyer et al. men den anges (troligen efter beräkning) till 82% i Quispel-Aggenbach et al.

[Hendry et al. \(2016\)](#). Man studerar patienter >65 år som kommer in på akuten och läggs in på geriatrisk avdelning. Här klassas positivt test som <3 av 4 poäng, men i Quispel-Aggenbach et al. står <4. Sensitivitet och specificitet stämmer med Quispel-Aggenbach et al. (93% resp. 54%). Hendry et al. har också med 4AT i sin studie och rapporterar sensitivitet 87% och specificitet 70%.

[Lees et al. \(2013\)](#). Patienterna är strokepatienter. Här klassas positivt test som <4 poäng. Sensitivitet och specificitet stämmer med Quispel-Aggenbach et al. (83% resp. 61%). Lees et al. har också med 4AT i sin studie och rapporterar sensitivitet 100% och specificitet 82%.

Sammantaget tycks alltså 4AT hålla hög standard, även om det inte kom fram i SBU:s svar. Man kan tänka sig en variant i Skåne/SDV (enligt Quispel-Aggenbach et al:s strategi med ett första snabbt test med hög sensitivitet och ett andra, mer specifikt) där man först utför RASS eller AMT4-delen i 4AT och om den är positiv så går man vidare med hela 4AT.

Beskrivning av validering av 4AT på svenska finns här: <https://www.research-web.org/is/vgr/project/241011>

Tidsorienteringsfråga "år+månad" i förhållande till ovan.

KC demenssjukdomar känner till en studie av tidsorienteringsfrågan (O'Keeffe et al. (2011)) som anger sensitivitet 95% och specificitet 86% för upptäckt av kognitiv svikt. Denna studie har dock inte utvärderats i någon systematisk översikt av tillräckligt hög kvalitet för att fångas upp av SBU:s upplysningstjänst. Den uppföljning som har gjorts av KC demenssjukdomar och Ängelholms sjukhus tyder dock på att sensitiviteten är lägre då 25% av inlagda patienter med demensdiagnos svarade rätt på både år och månad.

Synpunkter från slutenvården

KC demenssjukdomar har i mars 2020 skickat detta dokument till slutenvårdsavdelningar i Skåne där man arbetar aktivt med att upptäcka kognitiv svikt hos ineliggande patienter. Pga Covid-19-läget förväntar vi oss inte mycket respons förrän senare. Alla som har synpunkter eller vill veta mer är välkomna att kontakta KC demenssjukdomar.

Huvudansvarig för arbetet är Håkan Toresson som nås på hakan.toresson@skane.se eller 0766486273.