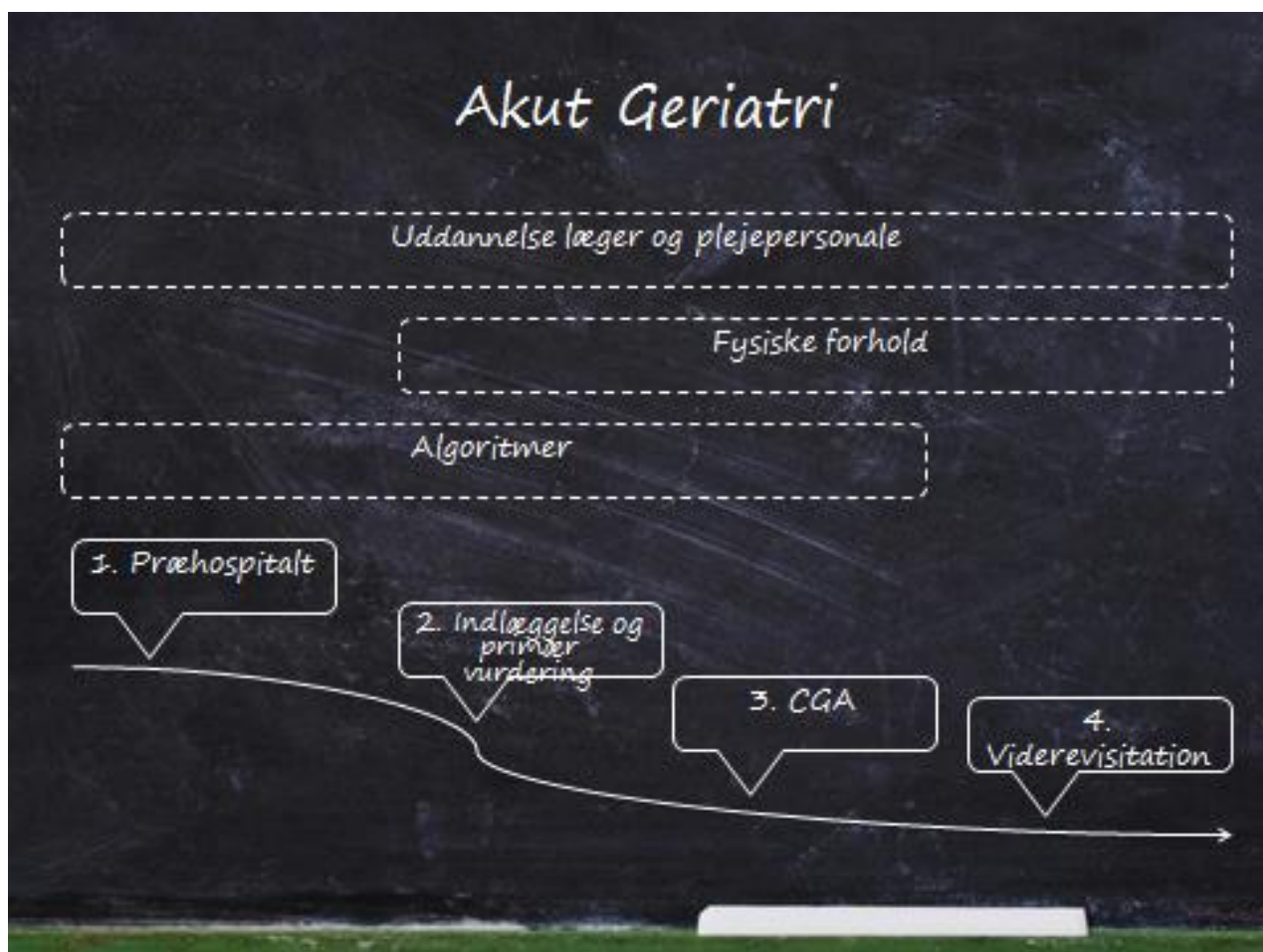


Akut geriatri

- et idékatalog



Dansk Selskab for Geriatri

2016

Indhold

Forord	3
Baggrund	4
Præhospital akut geriatri	6
Indlæggelse og primær vurdering i akutmodtagelsen	7
- Algoritmer/scoringssystemer og den ældre patient	7
- Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)	9
- Fysiske rammer i akutmodtagelsen	11
- Viderevisitation - vejen ud af akutmodtagelsen	12
Kompetencekrav	13
Litteratur	14

Idékataloget er udarbejdet i 2016 af
Arbejdsgruppen om Akut Geriatri under DSG:

Overlæge, ph.d. Jens Ulrik Rosholm, Odense

Overlæge, ph.d. Catherine Foss, Århus

Overlæge Jakob Greve Carlsen, Holbæk

HU-læge Katarina Hörnqvist Rasmussen, Herlev

HU-læge Marie Enemark, Gentofte

HU-læge, ph.d. studerende Martin Schultz, Herlev

Specialeansvarlig overlæge Trine Sander Pedersen, Herlev

Forord

Antallet af ældre patienter med flere samtidige lidelser er stigende i Danmark. Det har de senere år medført øget interesse for, hvordan den akut syge, komplekse patient håndteres mest optimalt i det tiltagende grenspecialiserede danske sundhedsvæsen.

Det geriatriske speciale udmærker sig med kompetencer indenfor de komplicerede ældre patienter, som udgør en stor del af patienterne i landets akutmodtagelser. I forhold til den akut syge ældre patient profilerer specialet sig ved ekspertise blandt andet indenfor:

- Atypisk sygdomspræsentation
- Fald og gangbesvær
- Delir
- Medicinering af ældre
- Helhedsorienteret patientbetragtning
- Iatrogenese
- Tværsektorielt samarbejde

Let adgang til geriatrisk ekspertise i akutmodtagelserne er ønskværdig i forhold til hurtig og effektiv håndtering af problemstillinger hos den komplekse ældre patient, og specialet betragtes som vagtbærende på lige fod med øvrige medicinske grenspecialer. Trods stigende søgning til specialet er der generel mangel på speciallæger i intern medicin: geriatri i Danmark.

Med dette "idékatalog" udarbejdet af "Akut geriatri gruppen" under Dansk Selskab for Geriatri ønsker vi at beskrive begrebet akut geriatri og det geriatriske speciales placering i akutmodtagelserne samt opgaver og samarbejdsmodeller omkring den akut syge geriatriske patient. Det er vores håb, at "idékataloget" kan inspirere selskabets medlemmer samt landets akutafdelinger til hensigtsmæssige tiltag for de ældste og skrøbelige patienter.

Arbejdsgruppen har taget udgangspunkt i "Acute Care toolkit 3: Acute medical care for frail older people" fra Royal College of Physicians. Denne og flere andre relevante referencer for emnet er anført sidst i notatet for interesserede.

God læselyst!

Baggrund

Ældre over 65 år er i stigning i den danske befolkning. Gruppen består af mange raske og rørige ældre med højt aktivitetsniveau og uafhængighed af ydelser fra social- og sundhedsvæsen, men også af ældre borgere med sygdom og funktionsmæssig svækkelse, som overvejende håndteres i primærsektor og kommunerne. En særlig gruppe består af ældre med en til flere kroniske lidelser, stort medicinforbrug og behov for hjælpeforanstaltninger i større eller mindre grad for at kunne klare hverdagen, og særligt denne gruppe af ældre kan have behov for sygehusbaseret assistance, herunder indlæggelse, ved akut opstået sygdom. Patienterne og det geriatriske speciale kan ikke afgrænses ved enkelt diagnoser, ofte er konkurrerende problemstillinger til stede samtidig, og patientgruppens inhomogenitet fordrer en bred vifte af tilgængelige tilbud for at kunne imødekomme den enkeltes behov. Der eksisterer allerede i dag en række tilbud til akut syge ældre i Danmark, dog med store geografiske forskelle, som bunder i såvel politisk vilje/prioritering, men også det muliges kunst under givne lokale forhold, herunder mangel på geriatrisk ekspertise. For patienten kan de forskellige tiltag og mange aktører nemt virke uoverskuelige med risiko for oplevelse af manglende sammenhæng.

Formålet med dette ide-katalog er at præsentere en række punkter, som er af betydning for, at den geriatriske patient får et optimalt forløb i den akutte sygdoms fase samt diskutere det geriatriske speciales placering indenfor det akutte område, herunder i akutmodtagelserne.

Formålet med den akutte geriatri:

- 1) Genoprette/vedligeholde vitale funktioner hos den akutte geriatriske patient
- 2) Tidlig diagnostik af akut sygdom, som ofte viser sig ved ukarakteristiske sygdomsbilleder
- 3) Forhindre/begrænse funktionstab og andre komplikationer i forbindelse med akut sygdom
- 4) Hensyntagen til komorbiditet, når den geriatriske patient skal diagnosticeres og behandles for akut sygdom
- 5) Sikre adækvat smertebehandling og anden lindrende behandling
- 6) Sikre "den gode udskrivelse" og overgang til primærsektor, når sygehusforløbet afsluttes.

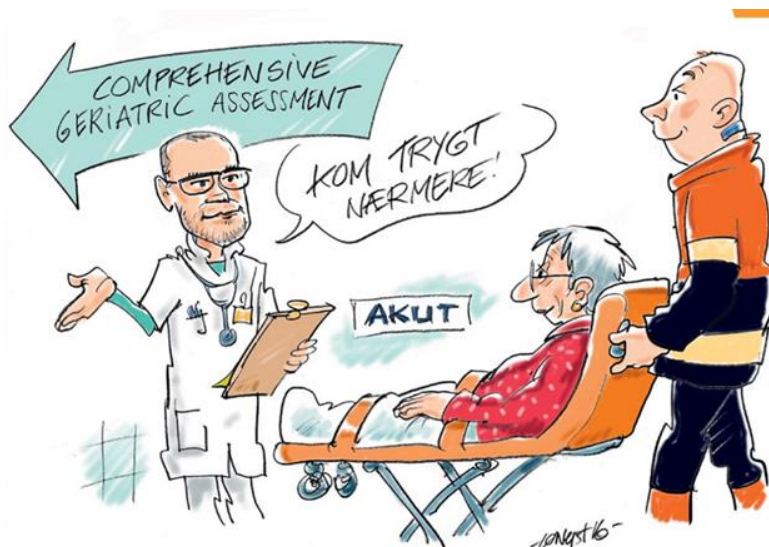
Ovennævnte 6 punkter vurderes bedst løst af et geriatrisk tværfagligt hold, hvorfor det må foretrækkes at geriater er til stede i akutmodtagelsen, og intern medicin: geriatri betragtes som et vagtbærende speciale.

- Talrige undersøgelser viser, at antallet af ældre skrøbelige patienter (geriatriske patienter) med behov for akut behandling og pleje vil stige.
- Fremtidens super-hospitaler vil satse på mere ambulansetjenester og kortere indlæggelser samt hurtige forløb i akutmodtagelserne – forhold, som ikke altid svarer til de behov den geriatriske patient har og vil kræve øget fokus på overgangen til primærsektoren.
- Der er en stigende interesse for ikke-hospital-baseret håndtering af den akut syge geriatriske patient, hvor man ønsker at varetage plejen og behandlingen i primærsektoren – eventuelt i samarbejde med sekundær sektoren.
- Der er stigende opmærksomhed på, at geriatriske patienter kræver identifikation, speciel udredning, behandling og pleje i den akutte fase, hvor det er fastslået, at Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) gavner patienten.
- Et stigende fænomen på hospitalerne er organspecialiseringen med mangel på den brede, multifacetterede tilgang til patienten, som er essentiel for den geriatriske patient.

Erkendelsen af ovenstående forhold er afspejlet i Specialeplanen for geriatri, hvor det anbefales at der skal være geriatri dér, hvor de akutte medicinske patienter modtages.

Alt dette betyder, at der samlet er behov for øget fokus på den geriatriske patient i den akutte fase.

Helt grundlæggende er det vigtigt at fastslå at geriatriske patienter har samme ret til indlæggelse og behandling på sygehus som andre patienter – om end hospitalsindlæggelse ikke altid vil være det bedste for den geriatriske patient. Der skal være fokus på de individuelle behov, som den akut syge geriatriske patient kan have.



Vi er lige her!!!

Metode:

Den akutte fase defineres af arbejdsgruppen som startende, når den ældres situation/helbred akut forværres, og der bliver handlet, indtil patienten er stabil eller overgår til en anden afdeling/regi.

Med udgangspunkt i en tidslinje oplystes problemer og forslag til løsninger svarende til de forskellige faser. Punkterne er endvidere kategoriseret og diskuteret af arbejdsgruppen efter, om det specifikt er geriater eller om det er en bredere del af sundhedspersonalet, som kan/skal håndtere dem. Der blev oplyst 7 områder:

1. Præ-hospital
2. Indlæggelse og primær vurdering/screening
3. Algoritmer og scoringssystemer
4. Geriatrisk indsats – CGA
5. Fysiske rammer i akutmodtagelsen
6. Afslutning på akut fase
7. Kompetencekrav/uddannelse

Præhospital akut geriatri

Overordnet må der sigtes mod, at kun de, som har behov for indlæggelse pga. (ny) akut sygdom eller opblussen i kronisk sygdom, bliver indlagt på hospital.

Drejer det sig udelukkende om en social problemstilling, bør kommunen stille med et tilbud til borgeren. Det er ikke til gavn og oftest direkte skadeligt for patienten med sygehusindlæggelse som løsning på social problemstilling.

Indlæggelse for faldtendens alene "for at beskytte borgeren mod yderligere fald" skal undgås, da indlæggelse disponerer risikoen for fald. Faldudredning kan tilbydes ambulante. Samtidigt må det dog påpeges, at fald kan være en del af sygdomsbilledet ved akut sygdom som f.eks. svær infektion, som kan være indlæggelseskrævende.

Opblussen i kronisk sygdom eller akut opstået sygdom kan håndteres på forskellig vis, og hver enkelt situation må vurderes individuelt. For nogle skrøbelige ældre er en hospitalsindlæggelse det mest optimale, mens det i andre situationer kan forværre tilstanden, og ambulante eller "hjemme-hospitals-løsninger" må her tages i brug. De forskellige muligheder/tilbud i de 5 regioner og landets kommuner vil være bestemmende for mulighederne. Det kan være behov for samarbejde imellem hospitalsvisitationen, praktiserende læge og geriatrisk afdeling.

- 1) Afklare problemstilling i almen praksis / primær sektor
 - a. Egen læge afklarer selv problemstillingen evt. telefonisk support fra speciallæge i geriatri.
 - b. Egen læge samarbejder med kommunen (akut tilbud om aflastningsplads/øget hjælp i hjemmet) hjemmesygeplejerske og evt. akutteam.

- 2) Akut/subakut ambulante tilbud på hospitalet
 - a. Ved behov for akut tværfaglig geriatrisk intervention anbefales dette iværksat inden for individuelt vurderet tidsramme- helst mulighed for tilbud samme dag.
 - b. Mulighed for subakut vurdering i ambulatorium/dagshospital indenfor 48 timer.

- 3) Akut/subakut tilbud om hjemmebesøg eller "hospital i eget hjem"
 - a. Iværksættelse af hjemmebesøg af geriatrisk team. Alt efter behov kan der iværksættes besøg ved sygeplejerske, læge eller begge dele.
 - b. "Hospital i eget hjem" henvender sig til de skrøbelige ældre, som vurderes at have øget risiko for udvikling af f.eks. delir, og som vurderes at kunne gennemføre behandling i eget hjem. Patienterne er formelt indlagt og dagligt besøg af hospitalets læge eller sygeplejerske skal være muligt. Evt. brug af telemedicin.

- 4) Indlæggelse
 - a. Såfremt ingen af ovenstående tiltag kan iværksættes med formodet tilfredsstillende resultat, må den skrøbelige ældre indlægges.
 - b. Ved et større udredningsforløb af patient, hvor transporten til og fra hospitalet vurderes mere belastende for patienten end selve indlæggelsen, indlægges patienten – dette kan i reglen planlægges fremfor akut indlæggelse.
 - c. Der bør være mulighed for at arrangere subakut indlæggelse.

Indlæggelse og primær vurdering i akutmodtagelsen

De fleste indlæggelser sker akut. Ordentlig modtagelse af den ældre patient i akutmodtagelsen fordrer speciel opmærksomhed på en række punkter:

- identifikation af den skrøbelige ældre patient med specielle behov
- brug af vurderingsredskaber og behandlings algoritmer, som tager hensyn til disse patienters fænotype
- mulighed for CGA udført af geriatrisk kompetente læger, sygeplejersker og terapeuter
- fysiske forhold, som bidrager til bedre håndtering af disse patienter
- tilstrækkelige kompetencer hos alt personale i akutmodtagelsen til den grundlæggende håndtering af disse patienter
- kompetence i og mulighed for en god overgang fra sekundærsektoren til primærsektoren eller overflytning til videre behandling på sygehuset

Derfor er simple redskaber ønskelige til hurtig identificering af den akut syge geriatriske patient, men implementeringen i akutmodtagelser i Danmark skønnes begrænset.

Udskrivninger og sengedage for personer 67 år og derover,

Hele landet, 2013. Enhed: Antal

Kilde: Danmarks Statistik

	Antal udskrivninger	Antal sengeliggende dage	Antal sengeliggende dage pr. udskrivning
Slagtilfælde (apopleksi)	8 261,0	41 572,0	5,0
Væskemangel (dehydratio)	8 111,0	28 194,0	3,4
Forstoppelse (obstipation)	2 812,0	7 150,0	2,5
Lungebetændelse	24 697,0	134 594,0	5,3
Blærebetændelse	5 736,0	21 377,0	3,5
KOL (astma/bronkitis)	13 850,0	50 686,0	3,6
Hjertesvigt	19 635,0	57 589,0	2,9
Tarminfektion (gastroenterit)	1 751,0	6 060,0	3,3
Knoglebrud	19 004,0	93 257,0	4,7
Blodmangel (ernæring)	1 815,0	5 320,0	3,0
Gigt	12 777,0	43 255,0	3,4

Algoritmer/scoringssystemer og den ældre patient - identifikation af geriatriske patienter

Der er tradition for at anvende algoritmer og scoringssystemer i akutmodtagelser. Dette gælder især i form af triage ved den initiale vurdering af akutte patienter.

Da triage er udviklet med henblik på vurdering af uselekterede patienter tages der ikke i tilstrækkelig grad højde for hverken den skrøbelighed eller komorbiditet, som karakteriserer den akutte geriatriske patient. Ældre præsenterer sig ofte med fravær af organ-/sygdomsspecifikke symptomer, ligesom den initiale anamneseoptagelse kan vanskeliggøres af nedsatte sanser, kognition eller konfusion. Akut sygdom hos ældre kan også præsentere sig som nyopstået tab i

kognitivt eller funktion, hvilket typisk overses i triagen, og samlet er der risiko for undertriagering af ældre patienter ved den primære vurdering og dermed forsinket opstart af relevant behandling.

Algoritmer og scoringssystemer.

Akutmodtagelserne benytter sig hyppigt af algoritmer og scoringssystemer til risikostratificering, diagnosticering og valg af behandling.

Ved arbejdet med ældre patienter bør man anvende disse redskaber med omtanke. Særligt de generelle scoringssystemer baseret på kliniske eller parakliniske fund, kan være vildledende, da abnorme resultater kan være habituelle for den geriatriske patient og kan dermed resultere i over- eller underbehandling. Eksempelvis kan SIRS-kriterierne være fraværende hos en ældre patient med sepsis, og dermed er patienten i risiko for underdiagnosticering og manglende/forsinket behandling. Modsat kan kroniske sygdomme med heraf følgende organdysfunktion opfattes som værende nyopstået i forbindelse med infektion, hvilket kan resultere i overbehandling med stort væskelad og bredspektret antibiotika, som igen kan resultere i komplikationer, der kan have alvorlige konsekvenser for skrøbelige ældre.

Den individuelle kliniske vurdering må anses for at være helt essentiel, og da indlæggelse udgør en sundhedsrisiko for ældre, er beslutningen om udskrivelse eller indlæggelse altid en afvejning af fordele og ulemper.

Der findes dog scoringssystemer, som er velegnede til den geriatriske patient. Dette gør sig f.eks. gældende for Confusion Assessment Method (CAM) til identifikation af delirium, som er vist at være et validt redskab til dette, når personalet har fået forudgående træning, og hvis redskabet udelukkende anvendes, når der er begrundet mistanke om delir

Ligeledes kan det anbefales som minimum at screene patienter, som har været faldet, med de fire spørgsmål fra Sundhedsstyrelsen og henvise til relevant udredning.

Identifikation af geriatriske patienter.

Arbejdet i akutmodtagelsen med at identificere geriatriske patienter, vanskeliggøres ved at der ikke er konsensus om hvilke patienter, der har mest gavn af CGA, ligesom der ikke er konsensus om definitionen af frailty.

Det optimale vil være at udføre geriatrisk vurdering hos alle ældre i akutmodtagelserne, men ikke praktisk muligt grundet tidspres for at opretholde flowet. Man har derfor udviklet flere screeningsredskaber til hurtigt at kunne identificere de "rigtige" patienter hurtigt og sikkert, som derefter skal ses af en geriatr.

Fælles for disse screeningsredskaber er at kognition og funktion er med i de fleste, men de er valideret ud fra forskellige endepunkter og i forskellige lande og dette begrænser derfor anvendelsesområderne.

Eksempler på screeningsredskaber:

Identification of Seniors At Risk (ISAR) er et spørgeskema med 6 spørgsmål udviklet til at kunne udfyldes af patienten selv eller en pårørende/plejer. Positiv screening er 2 eller flere point.

Screeningsredskabet er udviklet til at identificere patienter i risiko for funktionstab, genindlæggelser, udskrivelse til plejehjem og død.

ISAR er undersøgt og valideret i flere lande, herunder Danmark. Der er dog studier, der ikke har kunnet genfinde association mellem ISAR scoren og ovenstående outcomes. En metaanalyse fra 2015 konkluderer at ISAR er bedst egnet til at identificere patienter, der sikkert kan udskrives fra akutmodtagelsen uden CGA.

ISAR:

1. Havde De regelmæssig hjælp, før de blev indlagt? (hjemmehjælp, hjemmesygeplejerske, pårørende eller andre)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	1 0
2. Får De behov for mere hjælp nu, efter denne indlæggelse? (fra hjemmehjælp, hjemmesygeplejerske, familie eller andre)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	1 0
3. Har de været indlagt i en eller flere dage inden for de sidste 6 måneder (omfatter ikke besøg i skadestuen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	1 0
4. Ser De godt? (evt. med briller)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	0 1
5. Har De alvorlige problemer med hukommelsen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	1 0
6. Tager De mere end 3 forskellige slags medicin om dagen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	1 0
Sum		

Triage Risk Screening Tool (TRST) er meget lignende ISAR, og selvom der findes negative studier, så har et systematisk review vist en prædiktiv værdi sammenlignelig med ISAR. TRST er også udviklet til akutmodtagelser og kan bruges både af personale og pårørende/patient.

Der findes desuden flere screeningsredskaber udviklet til at identificerer "frailty", hvoraf de fleste er valideret til at finde patienterne i høj risiko for negativt udfald. To redskaber, der er velegnet i akutmodtagelser, er "FRAIL scale" og "Study of osteoporotic fractures" (SOF), som består af simple spørgsmål eller den mere omfattende "Fried Frailty Criteria", hvor fysisk test af ganghastighed og gribestyrke indgår. Ingen af de tre ovennævnte tager hensyn til kognition.

Det perfekte redskab synes ikke udviklet, ligesom der ikke kendes til randomiserede, prospektive studier, hvor man har indført et screeningsredskab.

Identifikation af geriatriske patienter er tidskrævende og vanskelig, og da der forsat mangler studier med egentlig evidensbaseret visitation til geriatrisk afdeling, kan det på nuværende tidspunkt anbefales, at der foretages en individuel vurdering af alle ældre patienter i akutmodtagelsen i forhold til om den enkelte vil kunne profitere af et ophold på en geriatrisk afdeling. Da der samtidig er varierende adgang til geriatrisk vurdering, bør akutmodtagelserne som et minimum være organiseret således, at et geriatrisk tilsyn udløses hos patienter, der præsenterer sig med tilstande, som ofte ses hos geriatriske/skrøbelige patienter (f.eks. fald, polyfarmaci, delir, demens, konfusion, underernæring, multimorbiditet, nyligt funktionstab).

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)

Geriatriske tilstande såsom funktionstab, fald, delir og/eller begyndende demens er hyppigt oversete og svære at håndtere i en travl akutmodtagelse. Ikke desto mindre spiller korrekt identifikation og håndtering af sådanne tilstande en stor rolle i både diagnostik, behandling og optimering af komplans.

CGA adskiller sig fra den medicinske gennemgang ved at tage udgangspunkt i en langt bredere, mere omfattende vurdering af hele patienten.

CGA er et tværfagligt, diagnostisk arbejdsredskab, der afdækker medicinske sygdomme, akutte såvel som kroniske, eventuel polyfarmaci, ernæring, fysiske samt psykiske funktioner og problemstillinger. I den lægefaglige del af CGA inddrages medicinske instrukser og behandlingsalgoritmer, disse skal dog altid tilpasses den enkelte patient og ikke blot følges blindt.

Teamet, der udfører CGA, kan være sat sammen på flere måder, men dækker typisk over læge (geriater eller geriatrik hoveduddannelseslæge med speciallæge i back-up), geriatrik trænet sygeplejerske og fysioterapeut.

CGA kan udføres både før, under og i efterforløbet af en indlæggelse eller anden hospitalskontakt (skadestue- eller ambulatoriebesøg). Opfølgende hjemmebesøg eller følge-hjem-ordninger være en vigtig del af CGA.

Den geriatrike vurdering udmøntes i en samlet plan, der omfatter både den akutte del og efterforløbet. Derved opnås et koordineret behandlingsforløb, mindsket risiko for genindlæggelser og øget selvforstået livskvalitet.

Der kan være logistiske årsager til, at CGA varierer både i opbygning af team og udførelsen. Dette til trods er de overordnede delelementer de samme. Især ændringer indenfor de forskellige punkter bør føre til nærmere undersøgelse.

- **Medicinske aspekter:**

- Akut sygdom
- Komorbiditet, herunder sværhedsgraden af denne
- Medicingennemgang med fokus på polyfarmaci og uhensigtsmæssig medicinering
- Ernæringsmæssig tilstand – evt. vægttab

- **Psykiske aspekter:**

- Kognition
 - Akut ændring (delir?) eller habituelt nedsat kognition
 - Demens eller begyndende demens
- Humør/depression og angsttilstande

- **Funktionsniveau:**

- Daglidagsaktiviteter (ADL)
 - Basale; herunder egenhygiejne
 - Intermediære; dvs. evnen til at opretholde en uafhængig livsstil (indkøb, madlavning, rengøring og selvadministration af medicin)
 - Avancerede; såsom aktiv deltagelse i familie og lokalsamfund
- Gang og balance
 - Ganghastighed
 - Faldrisiko
- Aktivitetsniveau

- **Sociale netværk:**

- Hjælp fra familie og venner
- Omgangskreds i hverdagen/social isolation
- Økonomisk status

- **Hjemlige forhold:**

- Hjemmets indretning
- Hjemmehjælp/hjemmesygepleje eller behov for dette
- Transportmuligheder
- Tilgang til lokale tilbud

- **Stillingtagen til videre forløb**

- Ambulant
- Opfølgende hjemmebesøg, evt. telefonisk
- Egen læge, videreformidling af oplysninger
- Kommunikation med hjemmeplejen

Den geriatrike vurdering resulterer i en tværfaglig plan for udredning, rehabilitering og forventet indlæggelsestid samt sociale tiltag. Behandlingsplan, -mål og -niveau tilrettelægges i samarbejde med patient og pårørende, og som regel vil der være behov for inddragelse af kommunen.

Fysiske rammer i akutmodtagelsen

Generelt må der anbefales fysiske rammer, der tilgodeser ældre patienters til tider nedsatte funktionsniveau. En lang række, ofte simple, tiltag kan medvirke til at forebygge forvirring og eventuelt delir. Samtidigt kan sådanne tiltag bidrage til, at den ældre patient fastholder mest muligt autonomitet og værdighed i en krisesituation. Flere akutmodtagelser i verden er udstyret med varierende grad af disse tiltag. Nogle af tiltagene kan der argumenteres for ud fra evidens, andre er baseret på empiri.

I akutmodtagelser kan der med fordel indrettes specifikke, gerne separate, områder for ældre patienter med rolig atmosfære, mindre larm, færre afbrydelser og færre udefrakommende stimuli. Der skal være mulighed for tæt observation, uden at det virker forstyrrende; fx. med en centralt placeret "sygeplejerske-station" med patient-stuerne/aflukkerne placeret rundt om. Områderne bør være lokaliseret, så der hurtigt kan visiteres hertil og på den måde reducere risikoen for delir hos ældre, der anses for særligt udsatte/skrøbelige.

Er det ikke muligt at allokere et område specifikt til et sådant formål, bør der som minimum være mulighed for skærmning, uden at dette dog reducerer muligheden for observation.

Der bør specielt søges at holde en rolig atmosfære, både visuelt og auditivt. Der bør undgås pludselige, høje lyde, for eksempel ved hjælp af lydløse døre og skraldespande. Indretning bør være visuelt rolig med harmoniske farver. Unødige slanger og lignende bør undgås, ligesom abstrakt kunst ikke bør være en del af inventaret.

Der skal gerne være dagslys og i øvrigt mulighed for at sænke lyset i takt med døgnets gang. Et tydeligt placeret ur med store visere og tal kan bidrage til sikring af døgnrytme. Afdelingen bør råde over kommunikator (hovedtelefon med tilknyttet mikrofon) til at afhjælpe kommunikationen med stærkt hørehæmmede patienter.

Der bør skiltes utvetydigt og tydeligt, med store typer og gerne symboler. Skilte bør hænge i øjenhøjde for at undgå, at den ældre patient mister balancen ved at kigge op eller slet ikke kan finde dem.

Der bør være adgang til nødvendige gangredskaber, så den ældre patient så vidt muligt selv kan komme omkring. Toiletter bør indrettes ældrevenligt med god plads og mulighed for toiletforhøjer mm, så den ældre i videst muligt omfang gøres uafhængig af personalets hjælp. Gangarealer bør være oplyste.

Særligt bør fald under indlæggelse forebygges. Da nogle patienter er så fysisk eller kognitivt dårlige, at de ikke sikkert kan mobiliseres selvstændigt, bør der være mulighed for alarmsystem, der gør personalet opmærksom, hvis patienten er på vej til at gøre et forsøg på at komme op. Specielle faldmåtter kan være en sådan mulighed. Endvidere skal der være håndlister, håndtag på toilettet osv. Til de allermest urolige med størst risiko for fald, hvor fast vagt ikke er mulig, kan overvejes kamera-overvågning med monitorer ved "sygeplejerskestationen".

Senge bør let kunne reguleres i stilling og højde, så den ældre selv kan komme ind og ud, og bør være udstyret med specialmadrasser for at undgå tryksår. Behagelige stole og "dagligstuer" kan afhjælpe, at patienterne immobiliseres unødigt i sengene.

For at undgå dehydrering og yderligere afkræftelse under indlæggelsen bør der være let adgang til et varieret udvalg af mad og drikke.

Der skal være gode muligheder for pårørendes tilstedeværelse.

Viderevisitation - vejen ud af akutmodtagelsen

Efter det initiale forløb i akutmodtagelsen lægges plan under indflydelse af patientens tilstand:

1) Ustabil:

- Fortsat hospitalsindlæggelse med en plan for det videre forløb. Afhængig af lokale forhold vil nogle geriatriske afdelinger kunne håndtere disse patienter, andre overtager når patienten er stabiliseret.
- Undtagelsesvist kan hjemmebehandling være bedst for patienten; f.eks. ved delir. Dette kun i ganske særlige tilfælde efter individuel geriatrisk vurdering.
- Palliation - på hospitalet, hospice eller hjemme.

2) Stabil:

- Fortsat hospitalsindlæggelse med en plan for det videre forløb. Fortrinsvis overflytning til geriatrisk afdeling, alternativt anden relevant afdeling med fortsat geriatrisk opfølgning.
- Udskrivelse til ambulans opfølgning:
 - ✓ "Hospital i eget hjem": Behandling gennemføres med daglige besøg af hospitalets læge eller/og sygeplejerske, ofte i kombination med andet kommunalt tilbud
 - ✓ Opfølgende hjemmebesøg fra geriatrisk team
 - ✓ Opfølgning i geriatrisk ambulatorium.
- Udskrivelse til hjemmet, evt. opfølgning via egen læge
- Aflastnings- eller genoptræningsophold i primærsektor

Udskrivelse af den geriatriske patient rummer en række opgaver for både udskrivende læge samt tværfaglige personale. Omhu ved sektorovergang er afgørende for patientoplevelsen af sammenhæng og forebyggelse af unødige genindlæggelser.

Eksempel på tjekliste ved udskrivelse af geriatrisk patient

<input type="checkbox"/>	Navn _____	CPR _____ - _____
<input type="checkbox"/>	Udskrivelsesdato ____/____-_____	klokken _____
<input type="checkbox"/>	Udskrives til _____	
<input type="checkbox"/>	Følge-Hjem- Team?	
<input type="checkbox"/>	Hentes af _____	
<input type="checkbox"/>	Kørsel bestilt:	Siddende ____ Liggende ____
<input type="checkbox"/>	Har patienten nøgle (ved udskrivelse til eget hjem)?	
<input type="checkbox"/>	Pårørende informeret (hvem) _____	
<input type="checkbox"/>	Kommunen orienteret (hjemmeplejen/rehabiliteringssted)	
<input type="checkbox"/>	Udskrivningsrapport	
<input type="checkbox"/>	Bleer ____ Katheterposer ____	Engangskathetre ____
<input type="checkbox"/>	Medicin medgivet til ____ døgn	
<input type="checkbox"/>	Medbragt medicin udleveret	
<input type="checkbox"/>	Venflon fjernet	
<input type="checkbox"/>	Opfølgning hos _____	
<input type="checkbox"/>	Udskrivningsbrev (epikrise)	
<input type="checkbox"/>	Medicin ajourført i FMK	
<input type="checkbox"/>	Medicinliste medgivet	
<input type="checkbox"/>	AK-skema (kopi), blodprøve den ____/____-_____ hos _____	
<input type="checkbox"/>	Recepter på Receptserver	
<input type="checkbox"/>	Bestilt medicinudbringning til den ____/____-_____	
<input type="checkbox"/>	Ernæringsrecept	
<input type="checkbox"/>	Genoptræningsplan (GOP)	
<input type="checkbox"/>	Fys/Ergo-notat medgivet	
<input type="checkbox"/>	Hjælpemidler medtages _____	

Kompetencekrav

Det er vigtigt og påkrævet i målbeskrivelsen for hoveduddannelseslæger i geriatri, at man flere gange og særlig i den sene del af uddannelse møder akutte geriatriske patienter, således man ikke blot lærer akut intern medicin men også opnår ekspertise indenfor akut geriatri.

Der bør stræbes efter dannelse af tværfaglige geriatriske teams, som i akutmodtagelserne bistår med sparring og ekspertise indenfor vurdering/behandling af geriatriske problemstillinger samt tværsektorielt samarbejde.

Både plejepersonale og læger i akutmodtagelser bør lære at identificere og håndtere geriatriske patienter.

Primærsektor bør ligeledes kunne identificere geriatriske patienter, så de gennem henvisningen ved indlæggelse på akutmodtagelse gør opmærksom på de skrøbelige patienter, og samtidig overvejer muligheden for alternative løsninger fremfor akut indlæggelse.

Undervisning skal være rettet både mod geriatrisk personale men også mod ikke-geriatrisk personale, som arbejder i akutmodtagelserne. I nogle regioner er der oprettet et specialespecifikt kursus for plejepersonalet på geriatriske afdelinger, men også plejepersonale fra akutmodtagelser (og andre medicinske og kirurgiske afdelinger) ville kunne drage nytte af disse kurser eller anden efteruddannelse om den akut syge ældre patient.

Alle nye medarbejdere bør som udgangspunkt introduceres til viden om den skrøbelige patient og undervises i hyppige problemstillinger hos den ældre patient som fald, delir, smerter, atypisk sygdomspræsentation og særlige forhold ved medicinering af ældre, ligesom der bør være tilgængelige vejledninger.



Litteratur

- Royal College of Physicians: "Acute Care toolkit 3: Acute medical care for frail older people", 2012
- Sager MA, Franke T, Inouye SK et al: "Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons", Arch Intern Med 1996; 156(6): 645–52.
- Shepperd S, Doll H, Angus R et al: "Admission avoidance hospital at home". Cochrane Database Syst Rev 2008(4): CD007491.
- Beswick AD, Rees K, Dieppe P et al "Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people", Lancet 2008; 371(9614):725–35.
- Ellis G, Whitehead M, O'Neill D et al: "Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital", Cochrane Database Syst Rev 2011(7):CD006211.
- Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D et al: "Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital". BMJ 2011; 343: d6553.
- Baztan JJ, Suarez-Garcia FM, Lopez-Arrieta J et al: "Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders", BMJ 2009; 338: b50.
- British Geriatrics Society: "Comprehensive assessment of the frail older patient", 2010.
- Oo MT, Tencheva A, Khalid N: "Assessing frailty in the acute medical admission of elderly patients", J R Coll Physicians Edinb 2013; 43(4):301-8.
- Harari D, Martin FC, BATTERY A et al: "The older persons' assessment and liaison team 'OPAL': evaluation of comprehensive geriatric assessment in acute medical inpatients", Age Ageing 2007; 36(6):670–5.
- Fox MT, Persaud M, Maimets I et al: "Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components: a systematic review and meta-analysis", JAGS 2012; 60(12):2237-45.
- Evans SJ, Sayers M, Mitnitski A, Rockwood K; "The risk of adverse outcomes in hospitalized older patients in relation to a frailty index based on a comprehensive geriatric assessment, Age Ageing 2014; 43(1):127-32.
- Deschodt M, Flamaing J, Haentjens P et al: "Impact of geriatric consultation teams on clinical outcome in acute hospitals: a systematic review and meta-analysis", BMC Med 2013; 11:48.
- Sánchez E, Vidán MT, Serra JA: "Prevalence of geriatric syndromes and impact on clinical and functional outcomes in older patients with acute cardiac diseases", Heart 2011; 97(19):1602-6.
- Lamantia MA, Stewart PW, Platts-Mills TF et al: "Predictive value of initial triage vital signs for critically ill older adults", West J Emerg Med 2013; 14(5):453-60.
- Chester JG, Rudolph JL: "Vital signs in older patients: age-related changes", J Am Med Dir Assoc 2011; 12(5):337-43.
- <http://www.patientsikkertsygehus.dk/>
- Royal College of Physicians: "The prevention, diagnosis and management of delirium in older people", 2006.
- Royal College of Physicians: "The assessment of pain in older people", National Guidelines, 2007.
- National Institute for Health and Clinical Excellence: "Assessment and prevention of falls in older people", NICE Clinical Guideline 161, 2013.
- British Geriatrics Society: "Falls", Best Practice Guide, 2007.
- de Morton NA, Keating JL, Jeffs K: "Exercise for acutely hospitalised older medical patients", Cochrane Database Syst Rev 2007; (1):CD005955.

- Matthews SJ, Lancaster JW: "Urinary tract infections in the elderly population", *Am J Geriatr Pharmacother* 2011; 9(5):286-309.
- Mannesse CK, Derkx FH, de Ridder MA et al: "Contribution of adverse drug reactions to hospital admission of older patients", *Age Ageing* 2000; 29(1):35–9.
- Page RL 2nd, Linnebur SA, Bryant LL, Ruscin JM: "Inappropriate prescribing in the hospitalized elderly patient: defining the problem, evaluation tools, and possible solutions", *Clin Interv Ageing* 2010; 5:75-87.
- Gosch M, Wörtz M, Nicholas JA et al: "Inappropriate Prescribing as a Predictor for Long-Term Mortality after Hip Fracture", *Gerontology* 2013, Nov 15.
- Sundhedsstyrelsen: Specialevejledning for intern medicin: geriatri", 2010.
- Rechel B, Grundy E, Robine JM, Cylus J et al: "Ageing in the European Union". *Lancet*. 2013; 381(9874):1312-22.
- The Silver Book 2012: "Quality Care for older people with urgent & emergency care needs".
- Holm EA, Frølund B: "Hvem skal indlægges på geriatrisk afdeling?" *Ugeskrift for læger* 2003; 165(27): 2731-33.
- Ngian VJ, Ong BS: Review of a rapid geriatric medical assessment model based in emergency department, *Age Ageing* 2008 Nov; 37(6): 696-99.
- Cousins, Grainne, et al. "Adverse outcomes in older adults attending emergency department: systematic review and meta-analysis of the Triage Risk Stratification Tool." *European Journal of Emergency Medicine* 2013; 20(4): 230-39.
- Thiem U, Heppner HJ, Singler PK: "Instruments to identify elderly patients in the emergency department in need of geriatric care." *Zeitschrift für Gerontol. und Geriatrie* 2015; 48(1): 4-9.
- Ward KT, Reuben DB: "Comprehensive Geriatric Assessment", *UpToDate*, Jan 2016
- Warnier RMJ, Van Rossum E, Van Velthuisen E et al: "Validity, reliability and feasibility of tools to identify frail older patients in inpatient hospital care: A systematic review". *J Nutr Health Aging* 2016; 20(2): 218-30