

Screening og hurtig identifikation af geriatriiske patienter i Akutmodtagelsen

CGA – Comprehensive geriatric Assessment

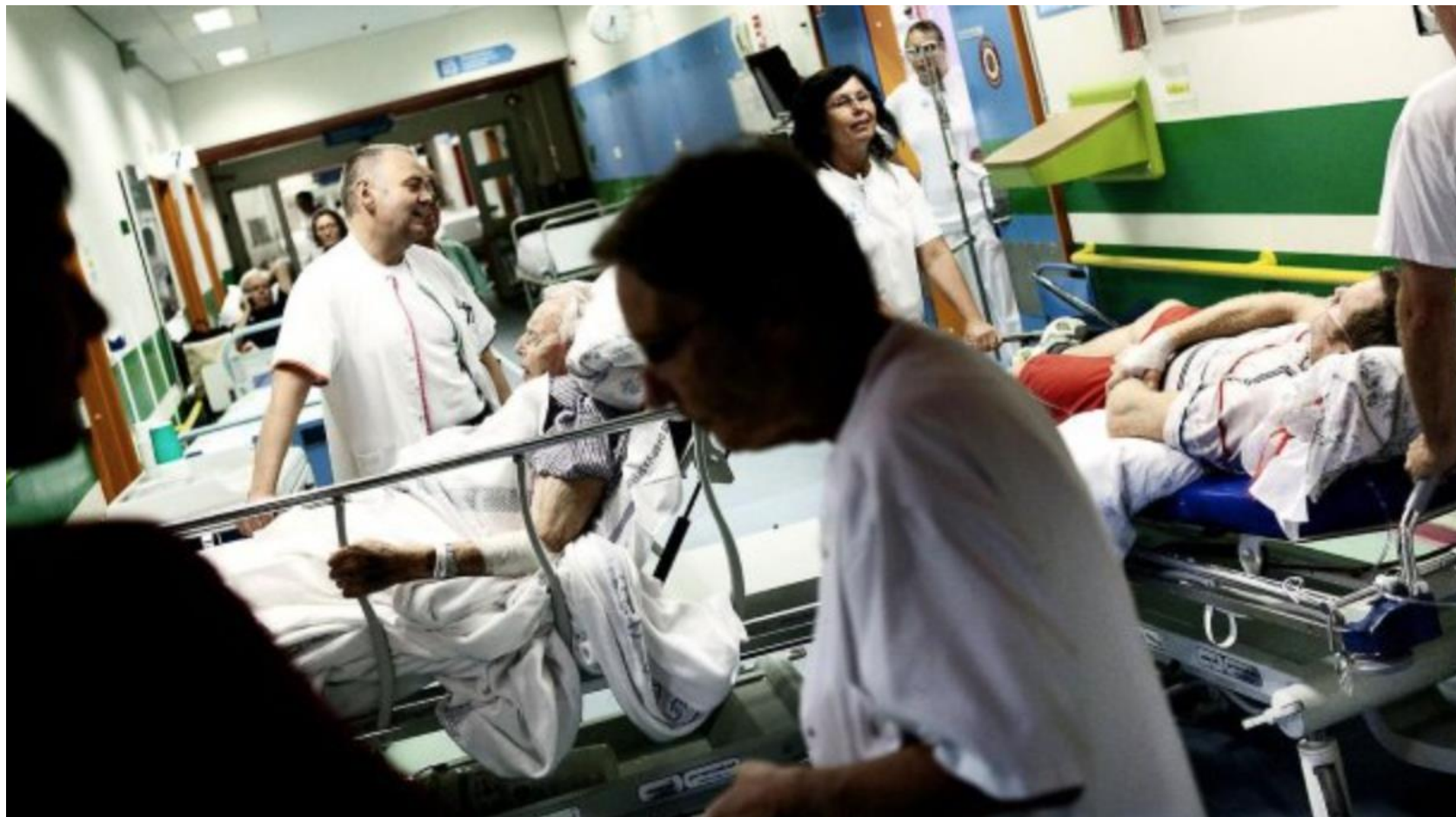
Hanne Elkjær Andersen

Specialeansvarlig overlæge, ph.d

Geriatrisk sektion, Medicinsk afdeling, Glostrup

Amager-Hvidovre Hospital

En typisk dag i akutmodtagelsen



Hvad ved vi om de ældre patienter i Akutmodtagelsen?

50% af de akutte medicinske patienter er 65+ årige

Før indlæggelse/ankomsten

- 46 % afhængig af hjælp til ADL aktiviteter før den akutte sygdom
- 37 % havde haft nylige fald

Ved indlæggelsen/ankomst til Akutmodtagelsen

- 67 % afhængig af hjælp til personlig pleje
- 26 % havde tegn på kognitiv dysfunction
- 49 % kunne ikke gå selvstændig

[Ann Emerg Med.](#) 2013 Nov;62(5):467-74. **Profiles of older patients in the emergency department: findings from the interRAI Multinational Emergency Department Study.**

[Gray LC](#)¹, [Peel NM](#), [Costa AP](#), [Burkett E](#), [Dey AB](#), [Jonsson PV](#), [Lakhan P](#), [Ljunggren G](#), [Sjostrand E](#), [Swoboda W](#), [Wellens NI](#), [Hirdes J](#).

Hvad ved vi om risikoen for dårligt outcome efter akut indlæggelse?

A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital.

Outcomes: langvarig indlæggelse, død, udskrivelse til plejehjem, genindlæggelse

Risikofaktorer:

- Aktuelle sygdoms sværhedsgrad
- Høj alder
- Fysisk funktionsnedsættelse
- Multimorbiditet
- Polyfarmaci
- Kognitive problemer
- Dårlig ernæringstilstand

Hvad ved vi om risikofaktorer for genindlæggelse?

- Review 2011
- 12 studier
- Vigtigste risikofaktorer:
 - Tidligere indlæggelse
 - Varigheden af tidligere indlæggelse
 - Multimorbiditet
 - Funktionsnedsættelse

Risk factors for hospital readmissions in elderly patients: a systematic review.

García-Pérez L¹, Linertová R, Lorenzo-Riera A, Vázquez-Díaz JR, Duque-González B, Sarría-Santamera A.

QJM. 2011 Aug;104(8):639-51. doi: 10.1093/qjmed/hcr070. Epub 2011 May 10.

De geriatriiske patienter

Ældre medicinske
patienter

Geriatriske
patienter

Høj alder
Multimorbiditet
Polyfarmaci
Påvirket funktionsevne
Skrøbelighed

Udgør ca 30 % af de ældre medicinske patienter

Den akut syge geriatrike patient

- Den akutte sygdom

+

- Høj alder med deraf følgende alders forandringer

+

- Kroniske sygdomme med deraf følgende polyfarmci

+

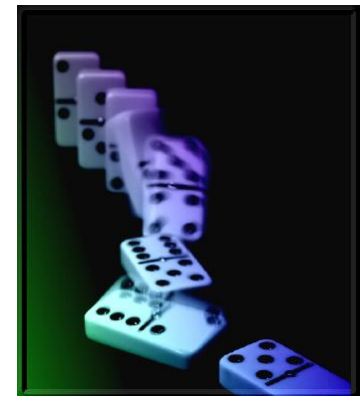
- Funktionsnedsættelse

+

- Mulig frailty

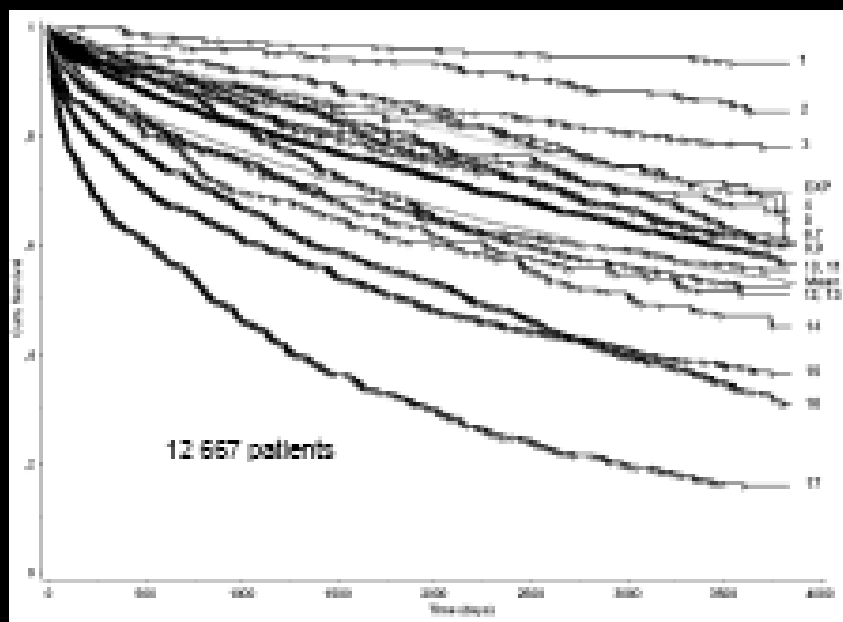
Atypisk sygdomspræsentation

- I mindre grad fokale symptomer
- Symptomer fra flere organsystemer
- Akut funktionstab
- Hyppigt forekommende symptomer: træthed, nedsat appetit, kvalme, svimmelhed, usikker gangfunktion, fald og delir/konfusion, incontinens
- Kaskadereaktion/ Dominoeffekt
- Risiko for
 - Komplikationer
 - Yderligere funktionstab



Atypisk sygdomspræsentation er farlig!

Which complaints are really dangerous?



Headache

Chest Pain

Dyspnea

Nonspecific
complaints

Voksne og børn ≥ 12 år

	1 Rød	2 Orange	3 Gul	4 Grøn
	Livstruende	Haster	Haster mindre	Haster ikke
	Ikke fri luftvei			

Risiko for under triagering

B	SpO ₂ < 90% med O ₂	SpO ₂ < 95% med O ₂	SpO ₂ < 95% uden O ₂	SpO ₂ $\geq$ 95% uden O ₂
	SpO ₂ < 80% uden O ₂	SpO ₂ < 90% uden O ₂		
	RF > 35 eller < 8	RF > 30	RF > 25	RF: 8 - 25
C	Puls > 140	Puls > 120 eller < 40	Puls > 110 eller < 50	Puls: 50 - 110
	BT _{sys} < 80 mmHg	BT _{sys} < 90 mmHg		BT _{sys} $\geq$ 90 mmHg
D	GCS $\leq$ 8	GCS: 9 - 13	GCS = 14	GCS = 15
E	Tp < 32° C	Tp > 40° C	Tp > 38° C	Tp: 35 - 38° C
		Tp: 32 - 34° C		

Skrøbelig ældre/geriatriiske patienter har behov for særlig opmærksomhed i Akutmodtagelsen!

- Diagnose vanskeligere pga diffuse symptomer/atypisk sygdomspræsentation
- Tåler ikke forsinkelse i diagnostik og behandling
- Stor risiko for komplikationer
 - Fx delir, fald, nosokomielle infektioner, tryksår
- Stor risiko for yderligere funktionstab

Hvad siger Dansk selskab for Geriatri?:

DSG 2016

Akut geriatri

- et idékatalog



Ordentlig akut modtagelse af den ældre patient kræver fokus på:

- **identifikation** af den skrøbelige ældre patient med specielle behov
- **brug af vurderingsredskaber** og behandlings algoritmer, som tager hensyn til disse patienters fænotype
- **adgang til CGA** udført af geriatrik 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

Den optimale screening i Akutmodtagelsen

- Identificere de skrøbelig patienter som har brug for ekstra opmærksomhed
- Men også udpege de som ikke har/de som sikkert vil kunne hjemsendes

Hvem kan identificere de geriatriske patienter hurtigt og effektivt?

- Akutmodtagelsens sygeplejersker?
 - Screening af alle akut indlagte ældre?
 - Udført som led i triagering?
- Akut Geriatrik Funktion i Akutmodtagelsen
 - Screening/identifikation + indsats

Hvordan identificeres de geriatriske patienter?

- "Det geriatriske blik"
- Diagnoselister
- Checklister
- Screeningsinstrumenter/værktøjer

Hvordan gør vi i Region H?



En lille survey op til denne temadag

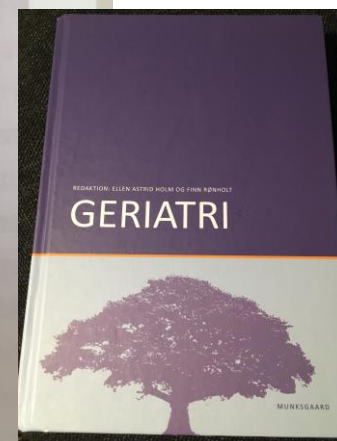
1. Besvarelse for afdeling/matrikel	NOH: HIH -FRS	HGH Herlev Gentofte	BBH/FH	Hvidovre	Amager	Glostrup	Bornholm
2.a Har I Akut Geriatrisk Funktion i AMA/Akutklinik/FAM? 2.b. Hvis ja, hvilke faggrupper indgår? (tværfagligt/monofagligt?)	Ja læge, sygepl fys	Ja læge, sygepl fys	Ja BBH: læge, sygepl fys FH: læge	Ja læge, sygepl fys	nej	Ja læge Sygepl, fys Speciallæge 2 x/uge	nej
3.a Anvendes der et screeningsinstrument til identifikation af skrøbelige/geriatriske patienter? 3.b Hvis ja, hvilket?	Ja SST 4 faldspørgsmål CAM	nej På Herlev i en periode afprøvet ISAR men ikke fundet optimal	nej	nej	nej		nej
4.a Anvendes der en tjekliste til identifikation af skrøbelige/geriatriske patienter (fx fald, polyfarmaci, delir, demens, konfusion, undernæring, funktionstab.....)? 4.b Hvis ja, hvem anvender den?	Ja Egen tjekliste/spørgeguide SP journalgennemgang af 70+ årige GT	Ja Diagnoseliste SP journalgennemga ng af 65+ årige GT	Ja Diagnoseliste AMA personale + GT	nej	nej	Ja Egen tjekliste Sp journalgennemgang af 70+årige GT	nej

Visitationsregler kan sikre at ældre med mulig geriatriske problemstillinger ses af geriater

Boks 3.1. Visitationsregler, der anvendes i praksis. Patienter med et eller flere af nedenstående karakteristika visiteres til det geriatriske speciale.

Ældre patienter med multimorbiditet og almindeligvis over 75 år, der ikke kræver en anden specialafdeling:

- dehydrering/elektrolytforstyrrelser
- polyfarmaci og mistanke om bivirkninger og/eller uhensigtsmæssig medicinering
- akutte infektioner med stabil respiration og stabilt kredsløb
- kardiovaskulære lidelser (atrieflimren, inkomensation, systolisk hypertension) hos ældre med multimorbiditet, der ikke kræver indlæggelse i kardiologisk afsnit
- anæmi, hvor akut blødning ikke mistænkes
- delir på formodet somatisk baggrund
- demente patienter med akut sygdom
- osteoporose med smerter
- obstipation
- fald uden fraktur
- svimmelhed/ganginstabilitet, hvor neurologisk lidelse ikke mistænkes
- uafklaret funktionstab
- uafklaret svækkelse
- uafklaret vægttab
- funktionstab og rehabiliteringsbehov i forbindelse med sygdom
- patienter tilknyttet geriatrisk daghospital, ambulatorium eller faldklinik



Geriatrisk Screening

Nuværende afsnit/stue:

Dato:

Indlæggelsesårsag/diagnose	
Multimorbiditet	
Polyfarmaci	
Fald	
Kognitiv dysfunktion	
Ernæringsproblematik	
Funktionstab	
Social problematik	
Nylig indlæggelse	
Seneste EWS/Triage farve	
Mere brug for andet speciale	

Brug af kvantitative mål

Screeningsinstrumenter

- Funktionsmål
- Generelle screeningsinstrumenter/frailty
- Screening for hyppige tilstande: delir, fald, polyfarmaci

Kort funktionsvurdering

Vurdering af gangfunktion Gaitspeed?

Rejse-sætte sig test? 30-s CS?

OPTIMED studiet på Hvidovre

30 s chairstand: kun 50 % af akutte medicinske patienter kunne gennemføre.

Simpel vurdering af rejse-sætte sig funktion, 3 kategorier:

- kan rejse sig selvstændigt uden brug af armlæn
- kan rejse sig selvstændigt med brug af armlæn
- kan ikke rejse sig selvstændigt fra stol
- Prædiktiv for funktionsevnen 30 dage efter udskrivelsen

- [Bodilsen AC](#), [Klausen HH](#), [Petersen J](#), [Beyer N](#), [Andersen O](#), [Jørgensen LM](#), [Juul-Larsen HG](#), [Bandholm T](#). Prediction of Mobility Limitations after Hospitalization in Older Medical Patients by Simple Measures of Physical Performance Obtained at Admission to the Emergency Department. [PLoS One](#). 2016 May 19;11(5):e0154350.

ISAR - Identification of Seniors At Risk

- *“Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit”*
- Stigende score associeret med
 - Funktionstab
 - Genindlæggelser
 - Udskrivelse til plejehjem
 - Død

		Kun til hospitalsbrug
1. Havde De regelmæssig hjælp, før De blev indlagt? (fra: hjemmehjælp, hjemmesygeplejerske, familie, eller andre)	☐ Ja	01
	☐ Nej	00
2. Får De behov for mere hjælp, nu, efter denne indlæggelse? (fra: hjemmehjælp, hjemmesygeplejerske, familie, eller andre)	☐ Ja	01
	☐ Nej	00

Score 0-6

Score ≥ 2 : øget risiko

Oversat og valideret i DK

Specificitet 26%

Sensitivitet 90%

□

Identification of seniors **NOT** at risk?

4. Ser De godt? (evt. med briller)	☐ Ja	00
	☐ Nej	01
5. Har De alvorlige problemer med hukommelsen?	☐ Ja	01
	☐ Nej	00
6. Tager De mere end 3 forskellige slags medicin om dagen?	☐ Ja	01
	☐ Nej	00

Fog D, Rosted E. Adaptation of ED geriatric tools and interventions in Denmark. 2005

Dan Med J, 2016; Elizabeth Rosted, Martin Schultz & Suzanne Sanders: Frailty and polypharmacy in elderly patients are associated with a high readmission risk

Triage Risk Screening Tool - TRST

A Brief Risk-stratification Tool to Predict Repeat Emergency Department Visits and Hospitalizations in Older Patients Discharged from the Emergency Department

Score ≥ 2 associeret med øget risiko for efterfølgende skadestuehenvendelse, indlæggelse eller institutionalisering

Meldon, S W. Academic Emergency Medicine 2003. Volume 10. Issue 3. p 224 - 232

TRST - Triage Risk Stratification Tool

Kan udfyldes af personale, patient/pårørende

*** Please complete for all patients 75+ years of age***

1. ☐ History of cognitive impairment (poor recall or not oriented)

2. ☐ Difficulty walking / transferring or recent falls

3. ☐ Five or more medications

4.

Ikke oversat til dansk

5. ☐ Lives alone **and/or** no available caregiver

6. ☐ ED staff professional recommendations:

☐ Nutrition / weight loss

☐ Incontinence

☐ Failure to cope

☐ Medication issues

☐ Sensory deficits

☐ Depression / low mood

☐ Other _____

If 2 or more factors identified: ☐ Referral to GEM Nurse ☐ Referral to GEM Nurse **not** indicated

☐ Referral to Social Work when GEM nurse not available

Screening af faldpatienter

FALDPATIENTER I DEN KLINISKE HVERDAG

– rådgivning fra Sundhedsstyrelsen

2006

Sundhedsstyrelsens 4 spørgsmål:

- Har du været faldet flere gange indenfor det sidste år?
- Var der bevidstløshed i forbindelse med faldet?
- Føler du dig ofte svimmel?
- Har du ofte balancebesvær?

Hvis ja til et eller flere: indikation for faldudredning

Delir screening

- 4AT

eller

- b-CAM (brief Confusion Assessment Method)



**Assessment test
for delirium &
cognitive impairment**

Patient name:

(label)

Date of birth:

Patient number:

Date:

Time:

Tester:

Høj sensitivitet
Høj specificitet

[1] ALERTNESS

This includes patients who may be markedly drowsy (eg. difficult to rouse and/or obviously sleepy during assessment) or agitated/hyperactive. Observe the patient. If asleep, attempt to wake with speech or gentle touch on shoulder. Ask the patient to state their name and address to assist rating.

CIRCLE

Normal (fully alert, but not agitated, throughout assessment)	0
Mild sleepiness for <10 seconds after waking, then normal	0
Clearly abnormal	4

[2] AMT4

Age, date of birth, place of birth, time of day, day of the week, season of the year

Ikke oversat til dansk

[3] ATTENTION

*Ask the patient: "Please tell me the months of the year in backwards order, starting at December."
To assist initial understanding one prompt of "what is the month before December?" is permitted.*

Months of the year backwards	Achieves 7 months or more correctly	0
	Starts but scores <7 months / refuses to start	1
	Untestable (cannot start because unwell, drowsy, inattentive)	2

[4] ACUTE CHANGE OR FLUCTUATING COURSE

*Evidence of significant change or fluctuation in: alertness, cognition, other mental function
(eg. paranoia, hallucinations) arising over the last 2 weeks and still evident in last 24hrs*

No	0
Yes	4

4 or above: possible delirium +/- cognitive impairment
1-3: possible cognitive impairment
0: delirium or severe cognitive impairment unlikely (but delirium still possible if [4] information incomplete)

4AT SCORE

[Age Ageing](#). 2014 Jul; 43(4): 496–502.

Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening

[Giuseppe Bellelli](#), [Alessandro Morandi](#), [Alasdair M.J. MacLullich](#)

B-CAM

Dansk oversættelse

1 og 2 skal være positive samt 3 eller 4 for at delirium er tilstede.

Kendetegn	Positiv	Negativ
1. Akut indsættende og fluktuerende forløb: Oplysninger om dette punkt fås normalt fra familie eller plejepersonale. - Er der tegn på en akut ændring i patientens mentale tilstand? - Varierer dette i løbet af døgnet? <i>Hvis én eller begge er tilstede = positiv</i>		
2. Uopmærksomhed: Bed patienten om at nævne årets måneder bagfra fra december til juli. <i>0-1 fejl = negativ. Mere end 15 sek. pause = positiv</i>		
3. Ændret bevidsthedsniveau: Score på Richmond Agitation Scale (RASS): +4 Stridbar, voldelig, umiddelbar til fare for personalet +3 Stærkt agiteret. Forsøger at fjerne katetre og sonder; aggressiv +2 Oprevet. Hyppige formålsløse bevægelser +1 Rastløs, angst, bange, rolige bevægelser 0 Vågen og rolig. Negativ -1 Døsig. Ikke helt vågen, men kan holde sig vedvarende vågen på opfordring (åbne øjne / sikker kontakt i mindst 10 sekunder) -2 Sløv. Kortvarigt vågen på opfordring (øjenåbning / sikker kontakt under 10 sekunder) -3 Ingen øjenkontakt, men bevægelse eller øjenåbning på opfordring -4/-5 Kan ikke delirium vurderes <i>RASS forskellig fra 0 = positiv</i>		
4. Uorganiseret tankegang: Bed patienten svare på: - Kan en sten flyde på vand? - Er der fisk i havet? - Vejer et kilo mere end to kilo? - Kan man bruge en hammer til at slå søm i med? Kommando: "Hold så mange fingre op" (Vis 2 fingre) "Nu skal du gøre det samme med den anden hånd" (uden at du viser fingrene igen) Eller: "Tilføj endnu en finger" (Hvis patienten ikke kan bruge begge arme) <i>Mere end 0 fejl = positiv</i>		

Screening er ikke nok – Skal føre til handling

Comprehensive geriatric assessment

Omfanget afhænger af den enkelte patients samlede situation

Kan være

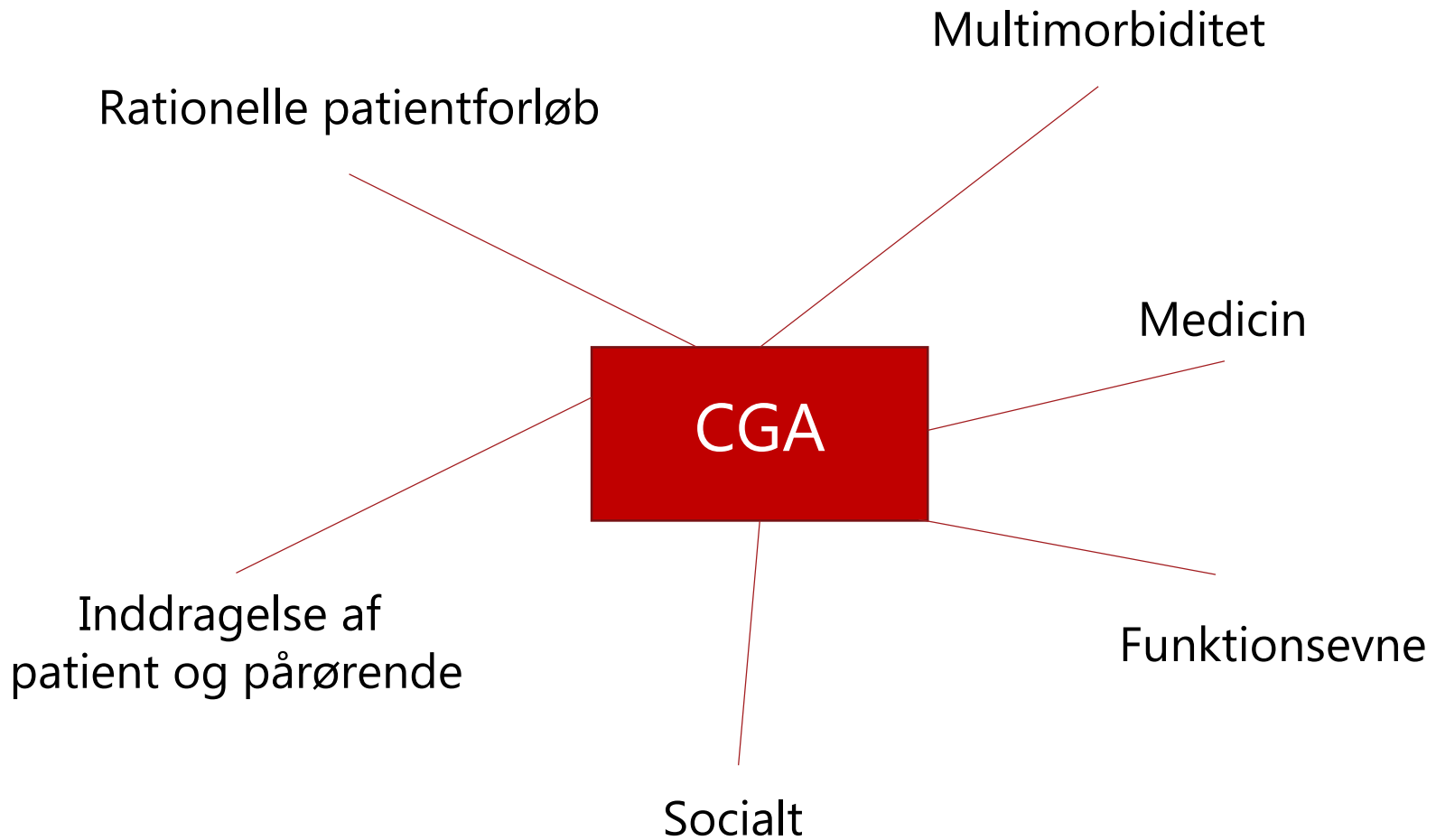
- Hurtigt og kort i Akutmodtagelsen
- eller mere omfattende under indlæggelse/ i ambulatoriet

CGA

- afdækker problemområder
- intervenere/optimere bedst muligt i forhold til disse

Overordnet mål

- Sikre patienten bedst mulig livskvalitet og funktionsevne
- Genetablere og bevare den højeste grad af selvstændighed og evne til at klare sig selv



På baggrund af CGA laves fælles tværfaglig og tværsektoriel plan for den enkelte patient

Ved CGA i Akutmodtagelsen afdække patientens samlede situation og afklare:

- Skal patienten indlægges på geriatrisk sengeafsnit?
- Er der et alternativ til indlæggelse?
 - Hjem med øget kommunal hjælp
 - Hjem med GOP
 - Subakut geriatrisk ambulatorium
 - Subakut udgående geriatri/hjemmebesøg
 - Følge-hjem, Ringe-hjem, Følge-op ordning?

Geriatrisk indsats nytter!

Cochrane review 2011 og 2017

- 22 - 29 studier fra 9 lande
- Akut indlagte 65 + årige
- Intervention: CGA versus standard care

Effekt:

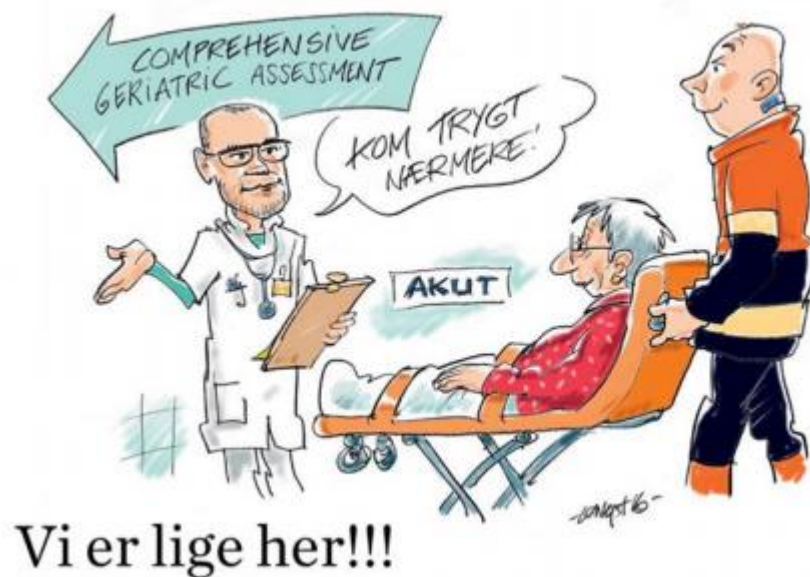
- større sandsynlighed for at være i live i egen bolig
- mindre risiko for plejehjem
- funktionstab eller død: mindre risiko

Sammenfatning

Hvordan sikres den bedste identifikation og indsats til de geriatriske patienter?

- Det optimale screeningsredskab findes ikke endnu
- En form for systematisk screening sikrer at så mange som muligt identificeres
- Geriatrien skal være tilstede i Akutmodtagelsen
- Der skal være adgang til CGA
- Kendskab til de geriatriske patienters særlige behov skal udbredes blandt alt personale i Akutmodtagelsen

Akut Geriatrik Funktion i Akutmodtagelsen



**Tak for jeres
opmærksomhed!**

Hanne Elkjær

hanne.elkjaer.andersen@regionh.dk