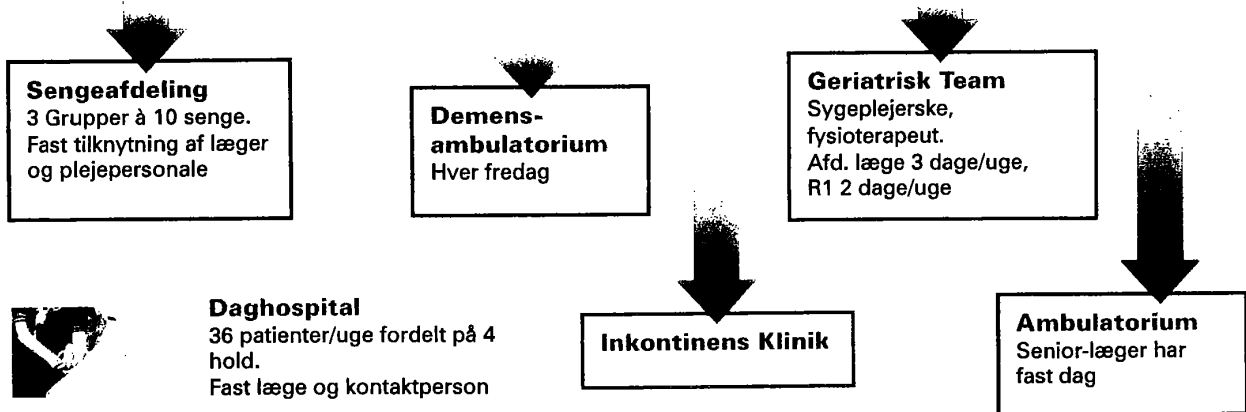


Geriatrisk Afdeling Hvidovre Hospital 2006



Indlæggelser	Antal	%	Udskrivelser	Antal	%
AMA	186	41,3	HJEM	278	65,9
Medicinsk afd.	188	41,8	Medicinsk afd.	20	4,7
Kirurgiske afd.	28	6,2	Kirurgisk afd.	9	2,1
Geriatrisk team	24	5,3	Rehab. plads	46	10,9
Dagshospital	7	1,6	Afl. pl/plejehjem	43	10,2
Andre hospitaler	17	3,8	Andet hospital	10	2,4
			Mors	16	3,8
I ALT	450	100	I ALT	422	100

Fra 2004 til 2005 har der været en stigning i antallet af indlagte patienter på 9%

Projekter i afdelingen 2005/6

Intensiveret tværfaglig rehabilitering af geriatriske patienter.

Fra 1.2.- 31.12.2006 bliver patienterne visiteret til geriatrisk afdeling randomiseret til almindeligt rehabiliteringsforløb eller til et intensivt forløb med bl.a. tidligt vurderingsbesøg i hjemmet, ekstra tilbud eftermiddage og hjemmetræning før og umiddelbart efter udskrivelsen. Der forventes inkluderet ca. 175 patienter

New Mobility Score

Vurdering af genoptræningspotentialer hos den geriatriske patient. Formålet med dette pilot-projekt på 3 måneder var at finde et egnet og forholdsvist simpelt redskab til at vurdere den enkelte geriatriske patients genoptræningspotentialer.

New Mobility Score er et spørgeskema som vurderer patientens mobilitet inde og ude, anvendelse af gangredskab samt et groft skøn over det kognitive niveau.

110 patienter - indlagt i en tre måneders periode i geriatrisk afdeling - er scoret og samtidig vurderet med en TUG-test, Barthel-Indeks, MMSE, GDS-5 og BMI.

R-test projekt

Som led i faldudredning tilbydes patienterne kardial monitorering med R-test. Det undersøges hvorvidt denne undersøgelsesform er velegnet til geriatriske patienter.

Faldforebyggelse med skridsikre sokker

Faldtruede patienter, som står op om natten vil blive tilbudt forebyggelse med skridsikre sokker.



Telefonisk kontakt efter indlæggelsen i Geriatrisk Afdeling

Geriatrisk Afdeling har tilbudt en telefonisk opfølgning 8-10 dage efter udskrivelsen til patienter, som ikke følges på anden måde i geriatrisk regi eller på anden afdeling. 62 (14%) af de udskrevne patienter fik i 2005 fik ovennævnte tilbud

I forbindelse med telefonkontakten blev der indhentet oplysninger om hjemmehjælpen, eventuelle medicinændringer, boligændringer sat i værk fra afdelingen, appetitten og humøret.

28% af patienterne følte sig deprimerede. 21% af patienterne blev efterfølgende tilbudt besøg fra geriatrisk team eller henvisning til ambulatoriet.

Kontakt:

Lillian Mørch Jørgensen
Specialansvarlig overlæge
Reumatologi-geriatrisk Afdeling
Hvidovre Hospital
Kettegård Allé 30
2650 Hvidovre
lillian.morch.jorgensen@nh.hosp.dk



OM GERIATRI

GERIATRI er læren om gamle menneskers sygdomme

Det er det bredest dækkende intern medicinske speciale.

Det varetager udredning og behandling af svækkede patienter med komplekse sygdomme og syndromer. Der arbejdes tværfagligt, tværspecialiseret og tværsektorielt for at tilvejebringe en helhedsløsning med sammenhængende patientforløb.

Behandlingen iværksættes tidligt i indlæggelsesforløbet ved akutte indlæggelser. Ikke-akutte forløb kan behandles i geriatrisk ambulatorium og flere afdelinger har udgående geriatriske teams, der faciliterer det tværsektorielle patientforløb.

Målgruppen af geriatriske patienter er oftest 65 +årige, som er den del af befolkningen med den største procentvise tilvækst inden for de næste 10 år.

Forskning og udvikling viser overordnet god effekt af behandlingen til denne målgruppe af patienter. Der er et stort forskningsmæssigt potentiale inden for specialet, lige fra molekylært plan til kliniske forløbsstudier inkl. MTV-undersøgelser.

Der er allerede og forventes fremover at blive en øget tilgang af læger til specialet. Der er brug for specialiseret efteruddannelsestilbud til sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og fysio- og ergoterapeuter for at øge kompetencen og sikre rekruttering og fastholdelse.

DEN GERIATRISKE PATIENT har følgende karakteristika:

- er oftest over 65 år
- multimorbiditet (flere samtidige sygdomme)
- funktionstab
- social problematik

hvor sygdom med funktionstab har ført til eller vil føre til hospitalsindlæggelse/-ambulatorium
Undersøgelse og behandling sigter mod at genoprette den samlede funktionsevne med størst mulig uafhængighed. Dette sikres ved tværfaglig udredning og behandling og ved et tæt samarbejde med den primære sundhedssektor. Vægten lægges ikke på helbredelse alene, men på forbedring af funktionsevnen.

OM ALDRING

Indledningsvis er det vigtigt at gøre klart, at den normale aldring medfører et tab af funktionsevne både i de enkelte organer og for individet som helhed.

For de fleste funktioner sker dette tab jævnt med en hastighed på 0,1-2,0 % per år i alderen 30-70 år, herefter sker tabet hurtigere. Den biologiske aldring medfører således en nedsættelse af reservekapaciteten i de enkelte organsystemer, ligesom tærsklen for sammenbrud i den overordnede styring af organsystemerne bliver lavere. Individet "tåler mindre".

Svækkelse i alderdommen er udtryk for, at både aldersforandringer og evt. sygdom reducerer funktionsevnen, og derved opstår der manglende overensstemmelse mellem krav og funktion.

Daglige funktioner som f.eks. påklædning eller trappegang kræver en stadig større andel af den ældres totale fysiske arbejdskapacitet.

Sygdomme hos ældre mennesker

Ved sygdom i ét organsystem belastes de øvrige, og det mest sårbare system vil først blive afficeret. Det kan medføre en atypisk sygdomsmanifestation. F.eks. kan infektioner og andre akutte sygdomme hos ældre mennesker medføre dehydrering og vise sig ved svimmelhed og faldtendens, men ikke nødvendigvis medføre organspecifikke klager som hos unge.

I udredningen af geriatriske patienter kræves specialviden for at kunne adskille normale aldersbetingede forandringer fra behandlingskrævende sygdomme.

Derfor er der allerede ved **visitationen til geriatriske afdelinger** behov for denne specialviden.

Undersøgelser har vist størst effekt af geriatrisk udredning og behandling, når den tilbydes til nøje selekterede/visiterede geriatriske patienter med et rehabiliteringspotentiale.

Der vil ofte være behov for tæt samarbejde med øvrige specialer i relation til udredning og behandling af nogle medicinske og kirurgiske lidelser. I takt med subspecialiseringen i sundhedsvæsenet er det vigtigt, at det geriatriske speciale varetager behandlingen af de oftest mest svækkede patienter med de multipatologiske problemstillinger og iværksætter en samlet behandlingsplan. Det er dette multifacetterede udrednings- og behandlingskoncept, der ligger til grund for behandlingen af alle de sygdomme og syndromer, geriatrien tager sig af. Derfor beskrives geriatrisk rehabilitering indledningsvis i dette afsnit.

Geriatrisk rehabilitering

Rehabilitering er i geriatrisk sammenhæng bredt dækkende og omfatter: udredning, pleje og behandling, genoptræning og sociale tilpasninger.

Rehabiliteringsindsatsen er tværfaglig (læger, plejepersonale, fysio- og ergoterapeuter og på nogle hospitaler socialrådgivere) og indbefatter:

- Somatisk: diagnostisk udredning - inkl. stillingtagen til medicinsanering og vurdering af sansetab, - pleje og behandling
- Fysisk: træning af mobilitet, udholdenhed, styrke, balance, koordination.
- Psykisk: styrkelse af mestringsevne, kognitive funktioner og social kontaktevne.
- Daglige praktiske færdigheder: nødvendige og meningsfulde færdigheder for den enkelte patient
- Socialt: optimering af boligforhold, hjælpemidler, hjælpeforanstaltninger og socialt netværk
- For alle patienter foretages en vurdering af patientens evne til fortsat at klare sig i hidtidig bolig.
- Brugerinvolvering. Såvel patienter som pårørende søges mest muligt inddraget i forbindelse med udskrivning for bedst muligt at sikre holdbare aftaler og med tanke på sekundær og tertiær forebyggelse.

DE GERIATRISKE KERNEYDELSER.

- **HELHEDSVURDERING AF PATIENTEN**

Der bliver ikke kun fokuseret på det symptom, der fører til indlæggelse, men hele patientens kompleks af sygdomme.

- **AFSLØRE / FORHINDRE IATROGENE TILSTANDE**

Mange sygdomme og mange klager kan medføre meget medicin.

På geriatrisk afdelingen bliver patientens medicin gennemgået og indikation og dosering vurderes.

- **TIDLIG MOBILISERING**

Funktionsniveauet er afgørende for patienternes prognose.
Hurtig mobilisering giver størst mulighed for at bevare eller genvinde det vanlige funktionsniveau.

- **TVÆRFAGLIG FUNKTIONSVURDERING OG**

- **VURDERING AF TILGRUNDLIGGENDE SYGDOM SOM ÅRSAG TIL FUNKTIONSTAB**

- **TVÆRFAGLIGHED ER KRUMTAPPEN I DEN GERIATRISKE METODE.**

**Den medicinske helhedsvurdering +
Den tværfaglige funktionsvurdering**

MULTIFAKTORIEL INTERVENTION

- **TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE**

Skrøbelige patienter har brug for velplanlagte forløb

Geriatriske teams, daghospitaller og ambulatorier bygger bro til primær sektoren gennem samarbejde med praktiserende læger, hjemmeplejen og kommunale institutioner.

GERIATRISKE EKSPERTFUNKTIONER

GERIATRISKE TEAMS

- **SAMARBEJDE MED PRAKTISERENDE LÆGER OG
HJEMMEPLEJE OM HELHEDSVURDERING**
- **RÅDGIVER OM / VARETAGER INTERVENTION**

GERIATRISKE EKSPERTFUNKTIONER

FALDUDREDNING

- **VARETAGES I FALDKLINIKKER**
- **ÅRSAGER TIL FALD UDREDES**
- **SPECIFIK INDIVIDUEL BEHANDLING / TRÆNING
IVÆRKSÆTTES AFHÆNGIG AF ÅRSAG**

GERIATRISKE EKSPERTFUNKTIONER

ORTO-GERIATRI

- **SAMARBEJDE MELLEML ORTOPÆDKIRURGISK OG GERIATRISK AFDELINGER**

- **FALDUDREDNING**

- **HELHEDSVURDERING AF PATIENTERNE**

GERIATRISKE EKSPERTFUNKTIONER

POLYFARMACI

- **TYPISKE GERIATRISKE PATIENTER FÅR 5-15 PRÆPARATER**
- **KRAV OM BRED INTERN MEDICINSK VIDEN FOR AT GENNEMSKUE BEHANDLING OG MULIGE INTERAKTIONER**
- **VURDERING KAN OFTE FOREGÅ AMBULANT, VIA GERITEAM ELLER I GERIATRISK DAGHOSPITAL /AMBULATORIUM**

GERIATRISKE EKSPERTFUNKTIONER

DEMENS

- **ER OFTE DEL AF SYGDOMSKOMPLEKS**
- **VURDERING OG BEHANDLING AF KONKURRERENDE SYGDOMME**
- **SIKRE FORNØDEN HJÆLP OG OMSORG I NÆRT SAMARBEJDE MED PRAKTISERENDE LÆGE, HJEMMEPLEJE OG FAMILIEN**

GERIATRISKE EKSPERTFUNKTIONER

URININKONTINENS

- **UDREDNING SKER OFTEST AMBULANT**
- **DER I VÆRKSÆTTES BEHANDLING SOM LØSER
/REDUCERER PROBLEMET**

GERIATRISKE EKSPERTFUNKTIONER

APOPLEKSI

- **PATIENTERNE HAR OFTE OGSÅ HJERTEKAR-
SYGDOMME OG ANDRE KRONISKE LIDELSER**
- **DER YDES BRED INTERN-MEDICINSK VURDERING**
- **TVÆRFAGLIG REHABILITERING**

GERIATRIENS OPGAVE

**AT SIKRE ÆLDRE MEDICINSKE PATIENTER
TILBYDES UDREDNING OG BEHANDLING**

**EFTER DE NYESTE PRINCIPPER
UNDER HENSYNTAGEN TIL ET OFTE
KOMPLEKST SYGDOMSBILLEDE**

GERIATRI I FREMTIDEN

- **GERIATRISKE AFDELINGER SKAL VÆRE PÅ AKUTTE HOSPITALER :**
- **GERIATRISKE PATIENTER HAR FLERE SYGDOMME OG BEHOV FOR HJÆLP FRA FLERE SPECIALER**
- **MANGE SPECIALER HAR BRUG FOR GERIATRISK HJÆLP**

- **GERIATRISKE PATIENTER HAR BRUG FOR SPECIALISTER, SOM KAN SKELNE ALDRING FRA SYGDOMME OG VURDERE HVORNÅR INTERVENTION ER PÅKRÆVET**

• GERIATRISKE PATIENTER HAR BRUG FOR
SPECIALISTER INDEN FOR

• INTERN MEDICIN : GERIATRI

• GERIATRISK SYGEPLEJE

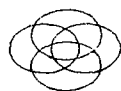
• GENOPTRÆNING

SAMTIDIGT

GERIATRI PÅ TVÆRS AF SEKTORERNE:

- **FLERE GERIATRISKE TEAMS**
- **UDBYGNING AF DAGHOSPITALSFUNKTIONEN**
- **FREMSKUDTE AMBULATORIER**

•

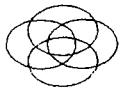


SPECIALEBESKRIVELSE

INTERN MEDICIN: GERIATRI

INDHOLD:

Indledning	s. 1
Resumé.....	s. 1
Specialebeskrivelse.....	s. 2
Demografiske data.....	s. 3
Geriatriske sygdomme og syndromer.....	s. 3
Medicinsk-faglig udvikling og forskning.....	s.11
Kompetencer og kvalifikationer.....	s.12
Brugerinvolvering.....	s.14
Referenceliste.....	s.15



INDLEDNING

Den administrative styregruppe i Region Hovedstaden har som led i planlægningen af sygehusvæsenet i Regionen bl.a. nedsat en specialearbejdsgruppe i Intern Medicin: Geriatri. Gruppen har haft følgende sammensætning:

- Formand: Lægelig direktør Jens Jacob Krintel, Amager Hospital, H:S/ Københavns Amt
- Fra H:S, Hvidovre Hospital: specialeansvarlig overlæge Lillian Mørch Jørgensen, ledende oversygeplejerske Helle Ingmer, ledende ergoterapeut Johanne Drachmann.
- Fra H:S, Bispebjerg Hospital: klinikchef Marianne Schroll, ledende oversygeplejerske Irene Schmidt.
- Fra H:S, Frederiksberg Hospital: overlæge Marianne Kirchhoff, klinikoversygeplejerske Laila Nielsen, ledende terapeut Birthe Fredriksen
- Fra Frederiksborg Amt, Sygehus Nordsjælland: overlæge Anette Sjøel, sygeplejefachchef Trine Hedegaard Holgersen.
- Fra Bornholms Regionskommune, Rønne: ledende overlæge Svend Vestergaard, ledende oversygeplejerske Britt Sommer.
- Fra Københavns Amt, Gentofte: ledende overlæge Finn Rønholt Hansen, ledende oversygeplejerske Connie Pedersen
- Fra Københavns Amt, Herlev: ledende overlæge Marianne Schou, ledende oversygeplejerske Flemming Bøgedal Olsen, ledende overfysioterapeut Hanne Forbech Skall.
- Fra Københavns Amt, Glostrup: ledende overlæge Kirsten Damgaard Pedersen, ledende oversygeplejerske Kirsten Kornval, ledende overfysioterapeut Inge Sørensen, professor Peter Schwarz.
- Fra H:S/ Københavns Amt, Amager: klinikchef Suzanne Sanders, klinikoversygeplejerske Dora Fog, administrationschef Gert Hagelskjær, budgetchef Marianne Skjold.

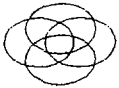
I henhold til kommissoriet har der været nedsat 5 undergrupper, der har udarbejdet udkast til de enkelte afsnit. Disse udkast har været diskuteret på efterfølgende møder og herefter revideret. Dernæst har der været nedsat en redaktionsgruppe, som har sammenskrevet de enkelte udkast m.h.p. at skabe sammenhæng og homogenitet i det endelige udkast

Arbejdsgruppen har i alt afholdt 5 møder.

RESUMÉ

Geriatri er det bredest dækkende intern medicinske speciale. Det varetager udredning og behandling af svækkede patienter med komplekse sygdomme og syndromer. Der arbejdes tværfagligt, tværspecialiseret og tværsektorielt for at tilvejebringe en helhedsløsning med sammenhængende patientforløb. Behandlingen iværksættes tidligt i indlæggelsesforløbet ved akutte indlæggelser. Ikke-akutte forløb kan behandles i geriatrisk ambulatorium og flere afdelinger har udgående geriatriske teams, der faciliterer det tværsektorielle patientforløb. Målgruppen af geriatriske patienter er oftest 65 +årige, som er den del af befolkningen med den største procentvise tilvækst inden for de næste 10 år. Forskning og udvikling viser overordnet god effekt af behandlingen til denne målgruppe af patienter. Der er et stort forskningsmæssigt potentiale inden for specialet, lige fra molekylært plan til kliniske forløbsstudier inkl. MTV-undersøgelser.

Der er allerede og forventes fremover at blive en øget tilgang af læger til specialet. Der er brug for specialiseret efteruddannelsesstilbud til sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og fysio- og ergoterapeuter for at øge kompetencen og sikre rekruttering og fastholdelse.



SPECIALBESKRIVELSE

Specialet Intern medicin: Geriatri varetager forebyggelse, diagnostik, behandling og rehabilitering af ældre patienter (ofte 65 +årige) med følgende karakteristika

- multimorbiditet (flere samtidige sygdomme)
- funktionstab
- social problematik

hvor sygdom med funktionstab har ført til eller vil føre til behandling ved hospitalsindlæggelse/-ambulatorium.

Undersøgelse og behandling sigter mod at genoprette den samlede funktionsevne med størst mulig uafhængighed. Dette sikres ved tværfaglig udredning og behandling og ved et tæt samarbejde med den primære sundhedssektor. Vægten lægges ikke på helbredelse alene, men på forbedring af funktionsevnen.

Nuværende organisation i Region Hovedstaden

Intern medicin: Geriatri er – efter den nye speciallægereform – det bredest dækkende af de intern medicinske specialer. Det er hospitalsbaseret og organiseret i selvstændige afdelinger eller afsnit og findes aktuelt på alle sygehuse i H:S (Bispebjerg Hospital dækker Rigshospitalet) og i Københavns Amt. I Frederiksborg Amt og Bornholms Regionskommune er der ikke etableret specialafdelinger eller –afsnit. Der findes ikke privat praktiserende speciallæger i geriatri, og der er ikke aktuelt nogen lands- eller landsdelsfunktioner i specialet.

Specialeplanlægning

Såvel nationalt som internationalt har geriatrien udviklet sig i retning af et mere akut speciale frem for et speciale, der først bliver involveret senere i behandlingsforløbet. Det er hensigtsmæssigt, at den tværfaglige udrednings- og behandlingsindsats påbegyndes så tidligt som muligt i indlæggelsesforløbet for at begrænse funktionstab mest muligt. Derved kan den hospitalsbaserede del af behandlingsforløbet afkortes.

De hyppigst forekommende sygdomme og syndromer fremgår af afsnittet ”Geriatriske sygdomme og syndromer”.

De geriatriske afdelinger i H:S og Københavns Amt har alle et differentieret geriatrisk behandlingstilbud, bestående af døgnsege og ambulatorier samt geriatriske teams, der sædvanligvis har udgående funktion. Alle funktioner er bemandet med tværfagligt personale i form af læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, fysio- og ergoterapeuter.

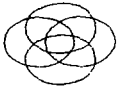
Der lægges stor vægt på samarbejdet med den primære sundhedssektor, hvilket især faciliteres dér, hvor de geriatriske teams har udgående funktion med mulighed for hjemmebesøg både forud for evt. indlæggelser og opfølgende efter indlæggelse.

De geriatriske patienter i Frederiksborg Amt og Bornholms Regionskommune er ikke samlet på geriatriske afdelinger/afsnit, men fordelt, oftest på de medicinske afdelinger.

Fremtidig organisering

Med den stigende andel af ældre i befolkningen og specialets brede dækning af medicinske sygdomme inden for ældrebefolkningen, vil der fremover være brug for det differentierede geriatriske behandlingstilbud i hele Region Hovedstaden.

Med baggrund i den udvikling, der beskrives senere i selvstændigt afsnit ”Medicinsk faglig udvikling og forskning”, må det forventes at forskellige af regionens geriatriske afdelinger vil udvikle lands- og/eller landsdelsfunktion inden for specielle sygdomme og syndromer i geriatrien, således at regionens ældrebefolkning samlet set vil kunne behandles på højt specialiseret niveau inden for disse sygdomme.



DEMOGRAFISKE DATA

Den DRG-kodning, der nu anvendes for geriatriske patienter, har ikke været systematisk anvendt i H:S og i Københavns Amt før i 2005 og den er ikke anvendt over for tilsvarende patienter i Frederiksborg og Bornholms Amter, hvor der ikke har været oprettet geriatriske afdelinger. DAGS-koder inden for geriatri er først for nylig blevet oprettet med start fra 1. januar 2006.

På baggrund heraf har det ikke været muligt at indhente valide demografiske data fra eSundhed. Det bevirker dernæst, at det ikke er muligt at angive case-mix for fx. 2004 som udgangspunkt for fremskrivninger for hele regionen ud fra befolkningstal.

Ændring og udvikling over tid

Den manglende validitet af data vanskeliggør naturligvis beskrivelsen af ændring og udvikling i data over tid.

Imidlertid tyder befolkningsudviklingen med en 40%’s stigning i aldersgruppen 66-75-årige på et øget behov for det geriatriske speciale, hvor patienterne oftest er 65+-årige:

Befolkningsudviklingen i Region Hovedstaden

Aldersgruppe	Fordeling 2005	Antal 2005	Antal 2015	Ændring 2015-2005
0-15 år	19,0 %	309.410	298.016	-3,7 %
16-25 år	11,2 %	183.000	223.000	+22,0 %
26-40 år	24,3 %	397.000	337.000	-15,0 %
41-65 år	31,9 %	520.766	534.808	+2,7 %
66-75 år	7,1 %	116.000	162.000	+40,0 %
76+ år	6,4 %	104.700	103.500	-1,0 %
I alt	100 %	1.630.876	1.658.324	+1,7 %

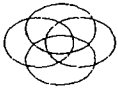
Tidligere undersøgelser har vist, at 15 – 30 % af de 65+-årige, der blev indlagt på intern medicinske afdelinger, havde en geriatrisk problemstilling. Imidlertid har indlæggelsesmønstret ændret sig meget siden disse opgørelser, idet en stor del af den medicinske behandling er omlagt til ambulante behandling. Dette er sket samtidig med en reduktion i antallet af medicinske døgnsege. Selv om der ikke for nylig i Danmark er foretaget opgørelser over andelen af geriatriske patienter på de intern medicinske afdelinger, må man således forvente en betydelig procentuel stigning i denne andel. En nylig europæisk opgørelse viser at 84% af 75+-årige patienter, der indlægges akut på medicinske afdelinger er karakteriserede ved multimorbiditet og funktionstab.

Da de geriatriske patienter har det mest komplekse sygdomsbillede med de største funktionstab blandt medicinske patienter, vil det være disse patienter, der også fremover har brug for udredning og behandling under indlæggelse. Så i takt med at stadig flere medicinske patienter behandles ambulant, vil en stigende del af de medicinske døgnsege skulle anvendes til udredning og behandling af geriatriske patienter.

Samtidig må man dog forvente, at indlæggelsestiden for de geriatriske patienter efter regionsdannelsen må kunne afkortes i takt med udlægningen af en større del af genoptræningen til kommunalt regi. Når kommunernes genoptræningsfaciliteter er helt udbyggede, kan den del af genoptræningen, der ikke nødvendigvis er sammenhængende med den hospitalsbaserede udredning og behandling, lægges ud i kommunerne. Det betyder for nogle afdelingers vedkommende en afkorting af indlæggelsesforløbet for en del af de geriatriske patienter.

GERIATRISKE SYGDOMME OG SYNDROMER.

Indledningsvis er det vigtigt at gøre klart, at den normale aldring medfører et tab af funktionsevne både i de enkelte organer og for individet som helhed.



Fusionsprojekt Region Hovedstaden

For de fleste funktioner sker dette tab jævnt med en hastighed på 0,1-2,0 % per år i alderen 30-70 år, herefter sker tabet hurtigere. Den biologiske aldring medfører således en nedsættelse af reserve-kapaciteten i de enkelte organsystemer, ligesom tærsklen for sammenbrud i den overordnede styring af organsystemerne bliver lavere. Individet "tåler mindre".

Svækkelse i alderdommen er udtryk for, at både aldersforandringer og evt. sygdom reducerer funktionsevnen, og derved opstår der manglende overensstemmelse mellem krav og funktion.

Daglige funktioner som f.eks. påklædning eller trappegang kræver en stadig større andel af den ældres totale fysiske arbejdskapacitet.

Sygdomme hos ældre mennesker

Ved sygdom i ét organsystem belastes de øvrige, og det mest sårbare system vil først blive afficeret. Det kan medføre en atypisk sygdomsmanifestation. F.eks. kan infektioner og andre akutte sygdomme hos ældre mennesker medføre dehydrering og vise sig ved svimmelhed og faldtendens, men ikke nødvendigvis medføre organspecifikke klager som hos unge.

I udredningen af geriatrike patienter kræves specialviden for at kunne adskille normale aldersbetingede forandringer fra behandlingskrævende sygdomme.

Derfor er der allerede ved visitationen til geriatrike afdelinger behov for denne specialviden. Undersøgelser har vist størst effekt af geriatrisk udredning og behandling, når den tilbydes til nøje selekterede/visiterede geriatrike patienter med et rehabiliteringspotentiale.

Der vil ofte være behov for tæt samarbejde med øvrige specialer i relation til udredning og behandling af nogle medicinske og kirurgiske lidelser. I takt med subspecialiseringen i sundhedsvæsenet er det vigtigt, at det geriatriske speciale varetager behandlingen af de oftest mest svækkede patienter med de multipatologiske problemstillinger og iværksætter en samlet behandlingsplan. Det er dette multifacetterede udrednings- og behandlingskoncept, der ligger til grund for behandlingen af alle de sygdomme og syndromer, geriatrien tager sig af. Derfor beskrives geriatrisk rehabilitering indledningsvis i dette afsnit.

Geriatrisk rehabilitering

Rehabilitering er i geriatrisk sammenhæng bredt dækkende og omfatter: udredning, pleje og behandling, genoptræning og sociale tilpasninger.

Rehabiliteringsindsatsen er tværfaglig (læger, plejepersonale, fysio- og ergoterapeuter og på nogle hospitaler socialrådgivere) og indbefatter:

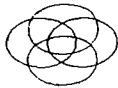
- Somatisk: diagnostisk udredning - inkl. stillingtagen til medicinsanering og vurdering af sansetab, -pleje og behandling
- Fysisk: træning af mobilitet, udholdenhed, styrke, balance, koordination.
- Psykisk: styrkelse af mestringssevne, kognitive funktioner og social kontaktevne.
- Daglige praktiske færdigheder: nødvendige og meningsfulde færdigheder for den enkelte patient
- Socialt: optimering af boligforhold, hjælpemidler, hjælpeforanstaltninger og socialt netværk
- For alle patienter foretages en vurdering af patientens evne til fortsat at klare sig i hidtidig bolig.
- Brugerinvolvering. Såvel patienter som pårørende søges mest muligt inddraget i forbindelse med udskrivning for bedst muligt at sikre holdbare aftaler og med tanke på sekundær og tertiær forebyggelse. (Se i øvrigt afsnit om "Brugerinvolvering" senere).

I det følgende gennemgås en række sygdomme og syndromer, som typisk ses i geriatrien, oplistet i rækkefølge efter problemstillingernes hyppighed i den kliniske dagligdag: A1 - A6, B1 - B8 og C.

A. Sygdomme og syndromer, der oftest ses i relation til akutte indlæggelser

A 1. Fald

Fald er en hyppigt forekommende indlæggelsesårsag hos ældre. Der vil ofte være behov for geriatrisk intervention, evt. efter kirurgisk behandling, såfremt faldet har medført fraktur.



Fusionsprojekt Region Hovedstaden

Udredning og behandling

Stationære enheder

Når faldet medfører akut indlæggelse søges medicinske årsager og rytmeforstyrrelser afklaret og behandlet sideløbende med målrettet træning, således at patienten kan udskrives så snart, det skønnes forsvarligt m.h.p. evt. videre ambulant udredning.

Ambulant

Såfremt faldet ikke medfører behov for indlæggelse bør ovenstående udredning og behandling foregå i geriatrisk ambulatorium så tidligt i relation til faldepisoden som muligt. Se under afsnit B, ambulante udredninger og behandlinger.

Tværasektorielt

Hvad enten patienten udredes og behandles under indlæggelse eller ambulant, er der behov for et tæt tværasektorielt samarbejde m.h.p. optimering af boligforhold og hjemmehjælp m.v.

Rehabilitering

Se generelt afsnit ovenfor.

Forebyggelse

Sker dels ud fra kendskab til den aktuelle faldårsag samt ud fra viden om de hyppigste forekommende risici. Der er tale om dels mundtlig vejledning af patienterne og evt. pårørende, dels om konkrete tiltag. De konkrete tiltag sker i samarbejde med primærasektoren og drejer sig ofte om udlevering af relevant gangredskab, indretning af boligen, teknikker til ADL (almindelig daglig livsførelse) samt vedligeholdende fysisk træning.

A 2. Osteoporose

Nedsat muskelkraft/funktion og balanceproblemer er ofte relateret til vitamin D mangel. I Danmark skønnes 400.000 borgere, fortrinsvis ældre, at have osteoporose og de oplever smerter i ryggen i forbindelse med sammenfald af ryghvirvler eller funktionstab efter hoftebrud.

Udredning og behandling

Stationære enheder

Når osteoporose medfører akut indlæggelse er det oftest p.gr.a. smerter i forbindelse med knoglebrud og patienten indlægges på ortopædkirurgisk, geriatrisk eller anden intern medicinsk afdeling.

Ved indlæggelse på geriatrisk stationært afsnit påbegyndes, samtidig med smertebehandling, udredning i et samarbejde med tværgående diagnostiske og evt. reumatologiske og/eller endokrinologiske afdelinger. Den relevante medicinske behandling iværksættes samtidig med målrettet genoptræning, der skal give patienterne et funktionsniveau, så de kan udskrives til egen bolig igen.

Ambulant

Udredning og behandling af osteoporose kan også foregå ambulant, såfremt der ikke er et større funktionstab som beskrevet ovenfor. Ofte vil der i disse tilfælde være tale om henvisning fra egen læge

Tværasektorielt

Egen læge vil, afhængig af viden og interesse, kunne stå helt eller delvis for udredning og behandling evt. i et samarbejde med et hospitalsbaseret osteoporoseambulatorium, som kan ligge i geriatrisk regi eller i andet af de nævnte specialers regi.

Rehabilitering

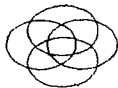
Se det generelle afsnit

Forebyggelse

Forebyggelse drejer sig såvel om 1. information om sammenhængen mellem osteoporose og den rette kost og motion samt øvrige risikofaktorer som om 2. genoptræning i og brug af hensigtsmæssige bevægelsesmønstre.

A 3. Apopleksi

Patienter med pludseligt opståede lammelser p.gr.a. blodprop i hjernen eller hjerneblødning indlægges akut oftest på et apopleksiafsnit. Apopleksiafsnit hører som regel ind under neurologisk eller geriatrisk specialafdeling.



Fusionsprojekt Region Hovedstaden

Udredning og behandling

Stationære enheder

Det er dokumenteret, at den mest effektive behandling foregår under indlæggelse i et apopleksiafsnit med speciallæger, plejepersonale og fysio- og ergoterapeuter med speciel kompetence og erfaring med udredning og behandling af denne type patienter. Gennem tidlig start på genoptræningen tilstræbes at fremme bevægelsefunktionen og egenomsorg. I træningen prioriteres stimulation og medinddragelse af syg side, bl.a. ved indøvelse af siddende og stående balance, forflytninger, gang og daglige færdigheder samt træning af kognitive dysfunktioner.

Ambulant

Primært foregår udredning og behandling under indlæggelse, men der kan senere i forløbet blive tale om ambulant behandling, såfremt patientens funktionsevne og boligforhold muliggør dette.

Tværasektorielt

Efter den akutte fase vil der ofte være behov for et tæt samarbejde mellem primær og sekundær sundhedstjeneste m.h.p. at få opbygget et netværk med de nødvendige hjælpeforanstaltninger til at imødekomme de opståede funktionstab, da der ofte er tale om patienter med pludseligt opståede ikke sjældent store funktionstab både fysisk, psykisk og socialt. Flere undersøgelser fra de seneste år har vist god effekt af hjemmetræning til visse af apopleksipatienterne efter det akutte hospitalsforløb. Her har der ofte været tale om udgående teams fra hospitalerne eller en kombination med udgående teams og kommunalt ansatte terapeuter og plejepersonale.

Rehabilitering

Se generelt afsnit og ovenfor.

Forebyggelse

Den primære forebyggelse består i information om risikofaktorer for udvikling af kredsløbslidelser, herunder specielt rygning, hypertension og diabetes.

For at forebygge ny apopleksi iværksættes behandling af og information om de nævnte risikofaktorer under indlæggelsen, og der vil næsten altid være behov for vedligeholdelsestræning for at forebygge yderligere funktionstab.

A 4. Delir (forvirringstilstand)

Udredning og behandling

Stationære enheder

Delir er en akut opstået psykisk forvirringstilstand, der kan være forårsaget af mange forskellige somatiske lidelser. Det kan opstå i forbindelse med operation, ved infektioner, forstyrrelser i saltbalancen, anvendelse af forskellige medikamenter (især psykofarmaka) og ved tilgrundliggende demens eller traditionelt i forbindelse med alkoholabstinens. Delir er ofte årsag til geriatrisk intervention først og fremmest m.h.p. at udrede og behandle udløsende årsag samt give den nødvendige kyndige pleje og omsorg. Behandlingen kan til tider foregå i samarbejde med psykiatere.

Ambulant

Delir behandles sjældent ambulant

Tværasektorielt

Ved langvarige forløb vil der være behov for information og vejledning af netværket omkring patienten ved udskrivelse til hjemmet.

Rehabilitering

Se under behandling

Forebyggelse

Består i at søge at undgå de tilgrundliggende udløsende somatiske årsager.

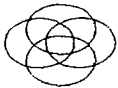
A 5. Infektioner

Feber og almen svækkelse er hyppigt indlæggelsesårsag hos ældre.

Udredning og behandling

Stationære enheder

Ofte er der tale om infektioner i luftveje og urinveje, men lokaliserede symptomer kan mangle, således at patienterne blot fremtræder med uspecifikke symptomer, f.eks. svimmelhed, faldtendens eller konfusion. Det



Fusionsprojekt Region Hovedstaden

er således nødvendigt, at denne patientgruppe udredes nøje og behandles – som anført - ofte under indlæggelse, når der er tale om sværere infektioner eller infektioner hos i forvejen svækkede patienter. Infektioner hos geriatriske patienter ledsages ofte af et funktionstab. Hos disse patienter med samtidig forekommende kroniske lidelser er der behov for sideløbende genoptræning i tværfagligt regi.

Ambulant

Behandles oftest hos egen læge. I ambulant regi på sygehus kun i forbindelse med anden ambulant tilknytning.

Tværasektorielt

Se under rehabilitering generelt.

Rehabilitering

Se generelt afsnit.

Forebyggelse

For at forebygge infektioner anbefales til ældre over 65 år influenzavaccination hvert år og pneumokokvaccination hvert 10 år.

A 6. Smerter

Udredning og behandling

Stationære enheder

Smerter kan være medvirkende årsag til akut indlæggelse, men vil ofte være i forbindelse med én af de øvrige nævnte indlæggelsesårsager.

En grundig smerteanamnese er vigtig for at klarlægge om patientens gener er relateret til andre lidelser eller er af mere uspecifik karakter. Så vidt muligt skal specifikke årsager til smerter diagnosticeres og behandles. Smerter relateret til aktivitet søges lindret via smertelindrende arbejdsteknikker. Heri indgår også f.eks. hensigtsmæssige sovestillinger og forflytningsmetoder.

Ikke sjældent afstedkommer smertebehandling anvendelse af flere medikamenter.

Ambulant

Ved ikke-akutte smerter kan ovenstående udredning og behandling forgå i ambulant regi, oftest hos egen læge. Det kan dog også foregå i geriatrisk ambulatorium i forbindelse med anden ambulant undersøgelse og behandling.

Tværasektorielt

Al medikamentel behandling kræver grundig information til såvel patient og pårørende som pleje- og andet personale i både hospitals- og primær sektor. For at undgå utilsigtede bivirkninger ved behandling med flere analgetika samtidig, er det nødvendigt med en præcis informationsudveksling mellem egen læge og hospital.

Rehabilitering

Se generelt afsnit

Forebyggelse

Det er vigtigt at være opmærksom på de risici - i form af interaktioner og anden potenserende virkning - , der er ved polyfarmaci. Det er også vigtigt, at det samlede medicinforbrug jævnligt gennemgås m.h.p. seponering af ikke relevant medicin, - især hvis patienten skal påbegynde behandling med et nyt præparat.

B. Sygdomme og syndromer, der oftest ses ved ikke-akutte indlæggelser/ ambulante forløb

B 1. Fald

Udredning og behandling

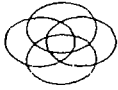
Patienter med fald, svimmelhed og balanceproblemer bør udredes tidligt i forløbet og gerne før faldtenden- sen afstedkommer alvorlig tilskadekomst.

Stationære enheder

Se under A.1

Ambulant og tværasektorielt

Guidelines fra internationale geriatriske og ortopædkirurgiske selskaber anbefaler, at ældre screenes for fald- tendens og balanceproblemer i almen praksis, således at udredning og intervention kan iværksættes tidligt.



Fusionsprojekt Region Hovedstaden

Årsagerne til fald er oftest multifaktorielle og kræver bred viden og samarbejde inden for mange lægelige specialer. Ældre med uforklarede faldepisoder bør vurderes m.h.p. rytmeforstyrrelser, ortostatisk hypotension og medicinbivirkninger. Ved balanceproblemer er det vigtigt at klarlægge, hvor i balancesystemet skaden er sket, således at målrettet behandling kan iværksættes. Specialiseret træning af patienter med vestibulære problemer, både centralt og perifert og synsstabiliserende træning er indtil videre en hospitalsopgave. Den generelle træning kan foregå i primær sektoren.

Rehabilitering og forebyggelse

Den ovenfor beskrevne træning udgør samtidig primær, sekundær og tertiær forebyggelse afhængig af hvilket tidspunkt i forløbet den iværksættes. Når begge sektorer er involveret, er det vigtigt med et tæt samarbejde, som det også er beskrevet under rehabilitering generelt.

B 2. Demens

Udredning og behandling

Da forekomsten af demens øges med alderen vil befolkningsudviklingen alene medføre et øget antal patienter med demens - også blandt geriatrike patienter.

Ambulant og Tværsektorielt

Langt de fleste patienter udredes og behandles i et samarbejde mellem egen læge og demensambulatorier/hukommelsesklinikker. Vigtigt i udredningen er grundige anamnesticke oplysninger fra pårørende. Patienterne udredes v.h.a. blodprøver, CT-scanning af hjernen samt diverse kognitive skalaer/demensskalaer. Ofte starter egen læge med screeningsundersøgelser, der udelukker de mest alm. differentialdiagnoser til demens. Herefter henvises patienterne til videre udredning i amb. sygehusregi. Afhængigt af resultaterne lægges videre udrednings- og behandlingsplan, evt. i samarbejde med neurologer og/eller gerontopsykiatere. Alzheimerpatienter tilbydes som oftest specifik antidemens medicin, mens patienter med vaskulær demens tilbydes medicinsk behandling, der forebygger infarkter. For alle demente patienter gælder, at deres pårørende medinddrages i udredning, pleje og behandling. I behandlingsforløbet er der tæt kontakt mellem hospital og hjemmepleje og egen læge. Udover behandling af selve demenssygdommen, skal komplikationer dertil, f.eks. depression også behandles.

Rehabilitering

Består i udredning og behandling, men dernæst først og fremmest i etablering af et sufficent netværk omkring den demente og støtte til ægtefælle/nære pårørende i tæt samarbejde med kommunen. Der etableres de nødvendige sociale støtteforanstaltninger.

Forebyggelse

For øjeblikket kan der kun tilbydes begrænset sekundær forebyggelse af vaskulær demens som beskrevet ovenfor.

B 3. Depression

Adskillige undersøgelser har vist, at depression forekommer hos 20-40% af patienterne med kroniske sygdomme. Da geriatrike patienter ofte lider af flere kroniske sygdomme, er depression en hyppig lidelse hos disse patienter, og tilstanden kan ofte forveksles med demens.

Udredning og behandling

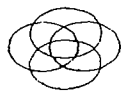
Stationære enheder og ambulant

Ved mindste mistanke om depression bør nøjere udredning iværksættes. Det vil ofte være nødvendigt at få supplerende oplysninger fra patientens pårørende ud over anvendelsen af forskellige depressionsskalaer. Der er god effekt af medicinsk behandling med de nyere antidepressive medikamenter, hvorfor man ikke må være tilbageholdende med anvendelsen heraf. Ved sværere behandlelig depression bør dette foregå i samarbejde med psykiater.

Depression skal udredes og behandles, hvor man møder patienten, såvel under indlæggelse som ambulant, og ved effekt af behandlingen skal den fortsætte mindst 1½ år.

Tværsektorielt

Det er nødvendigt med nøje kendskab til patienten og effekten af behandlingen og godt samarbejde mellem sektorerne med tydelig informationsudveksling.



Fusionsprojekt Region Hovedstaden

Rehabilitering

Her gælder også, at udredning og behandling er det væsentlige, samt i en kortere periode at sikre et godt netværk. Se generelt afsnit.

Forebyggelse

Her er der tale om sekundær forebyggelse, hvor det gælder om at være meget opmærksom på symptomer hos patienter med kroniske lidelser og så iværksætte behandling hurtigst muligt.

B 4. Fejlernæring

Mange gamle patienter har dårlig ernæringstilstand med underernæring f.eks. som følge af kroniske lidelser, depression eller demens, hvilket kan konstateres i forbindelse med indlæggelse af andre årsager. Dertil kommer at mange ældre er småtspisende og derved i risiko for fejlernæring. Overvægt ses efterhånden hyppigt og må formodes at blive et stigende problem, også hos ældre, geriatriske patienter.

Udredning og behandling

Stationære enheder

Det er vigtigt, at ernæringstilstanden vurderes nøje hos alle patienter, der indlægges på geriatriske afdelinger, hvorfor alle får beregnet Body Mass Index (BMI). I henhold hertil skal der lægges en ernærings-plan.

Ambulant

Udredning kan også foregå ambulant.

Tværasektorielt

For de patienter, der er hospitaliserede kræves et nøje samarbejde mellem hospital, primær sektor og evt. diætist for at optimere forholdene og sikre fortsat sufficient ernæring efter udskrivelsen.

Forebyggelse

For at forebygge dårlig ernæringstilstand er det vigtigt med et godt socialt netværk, gode tilbud om madservice og evt. mulighed for at indtage måltider i selskab med andre. Der er stort behov for øget information om betydningen af en sufficient ernæring.

B 5. Inkontinens

Udredning og behandling

Stationære enheder

Vandladningsproblemer er hyppige i ældrebefolkningen og konstateres ofte i forbindelse med hospitalisering af ældre af anden årsag. Det er derfor yderst vigtigt, at der under indlæggelse af geriatriske patienter udspejres nøje om vandladningsproblemer. Det er trods større åbenhed fortsat et tabubelagt helbredsproblem.

Hvor der under indlæggelse konstateres urininkontinens, bør udredning startes op og senere evt. følges op ambulant. Der er gode behandlingsmuligheder såvel medicinsk som træningsmæssigt. Selvom det ikke løser problemet, kan det dog være med til at mindske dets omfang. I nogle tilfælde sker udredning/ behandling i et samarbejde med gynækologisk eller urologisk afdeling.

Afføringsinkontinens bør udredes og kan under tiden afhjælpes ved hjælp af operation i samarbejde med kirurgisk gastroenterologisk afdeling.

Ambulant

Ovenstående udredning og behandling kan forgå i ambulant regi, såfremt patienten ikke har brug for hospitalisering af anden årsag.

Tværasektorielt

Vigtigt med god informationsudveksling om udredningsresultat og især, hvis der er behov for hjælpemidler trods udredning og behandling.

Rehabilitering

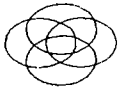
Ligger i ovenstående udredning og behandling.

Forebyggelse

For kvinder er især instruktion i bækkenbundsøvelser af stor betydning.

B 6. Gastrointestinale lidelser

Ofte fremstår de gastrointestinale lidelser, f.eks. mavesår og tyktarmskræft med meget uspecifikke symptomer hos gamle patienter. Ved akutte symptomer indlægges patienterne på kirurgisk gastroenterologisk afd.,



Fusionsprojekt Region Hovedstaden

og der kan ved komplekse sygdomsbilleder med funktionstab blive tale om efterfølgende overflytning til geriatrisk afdeling.

Udredning og behandling

Stationære enheder

Foregår v.h.a. blodprøver og skopier udført i samarbejde med gastroenterologisk afdeling. Der iværksættes medicinsk eller kirurgisk behandling og genoptræning af funktionstab. Der lægges ofte også efterfølgende ernæringsplan for patienterne efter ernæringscreening.

Ambulant

Hvis tilstanden opdages tidligt i forløbet, vil udredning og den medicinske behandling kunne foregå ambulant.

Tværasektorielt

Ingen specielle tiltag. Dog skal det bemærkes, at for de patienter, der får udført en stomi, vil der ofte være behov for et samarbejde med stomisygeplejerske fra hospitalet og hjemmeplejen.

Rehabilitering

Se generelt afsnit.

Forebyggelse

Se ovenfor om sekundær forebyggelse. Herudover er der tale om befolknings screenings-undersøgelser med f.eks. hæmocult.

B 7. Respiratorisk insufficiens

Udredning og behandling

Stationære enheder

Geriatriske patienter med akutte lungesygdomme udredes og behandles oftest primært på medicinske lungeafsnit. Dog er KOL/rygerlunger ikke sjældent forekommende hos geriatriske patienter.

Rehabilitering

Afhængigt af rehabiliteringspotentialer vil disse patienter blive tilbudt rehabilitering på geriatrisk afdeling, hvor de søges mobiliseret og instrueret i energibesparende arbejdsmetoder under indlæggelsen.

Kroniske lungepatienter vurderes med henblik på optimering af behandlingen og et realistisk funktionsniveau i hverdagen. Der vil under indlæggelsen blive taget stilling til, om patienten skal udstyres med hjemmelt. Planlægning af hjælpeforanstaltninger sker i samarbejde med primærsektor, inden patienten udskrives. Se generelt afsnit.

B 8. Kredsløbslidelser

Udredning og behandling

Stationære enheder

Geriatriske patienter med hjertelidelser og øvrige kredsløbslidelser vil oftest primært blive indlagt på hjertekarafdelinger.

Rehabilitering

Såfremt patienten har multimorbiditet og har et rehabiliteringspotentiale, kan disse patienter overflyttes til geriatrisk afdeling m.h.p. et tværfagligt rehabiliteringstilbud og koordineret udskrivning til egen bolig i et tæt samarbejde med hjemmeplejen. Se i øvrigt generelt afsnit.

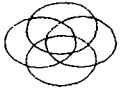
C. Øvrige

Kirurgiske patienter med geriatriske problemstillinger

Udredning og behandling

Stationære enheder

Nogle kirurgiske patienter har en del kroniske lidelser ud over deres kirurgiske, f.eks. nogle af de patienter, der er indlagt med hoftebrud, kirurgiske mave-tarmlidelser og til hjerter-karkirurgiske indgreb. Når det kirurgiske indgreb er overstået og det umiddelbare postoperative forløb er ukompliceret, kan det være indiceret at overflytte patienten til geriatrisk afdeling m.h.p. optimering af behandlingen af deres kroniske lidelser samti-



Fusionsprojekt Region Hovedstaden

dig med genoptræning og tilpasning af hjælpeforanstaltninger i forbindelse med udskrivelsen. Det er derfor vigtigt med et tæt samarbejde specialerne imellem. Der er eksempler på, at det kan være hensigtsmæssigt at lave et fællesafsnit, f.eks. ortopædkirurgisk-geriatrisk sengeafsnit.

Med de nye teknikker, der er udviklet bl.a. indenfor kar-kirurgi og hjerter-kirurgi, har disse specialer behandlingstilbud også til de ældste patienter.

Rehabilitering

Det er vigtigt at optimere den medicinske behandling samtidig med genoptræningen af disse ældre patienter, der primært er indlagte med kirurgiske lidelser. Dernæst bør udskrivningsforløbet også optimeres. Det kan sikres ved et tæt samarbejde mellem de kirurgiske afdelinger og de geriatriske. Se i øvrigt det generelle afsnit.

MEDICINSK-FAGLIG UDVIKLING OG FORSKNING

Medicinsk-faglig udvikling (de kommende 3-5 år)

Sygdomsforekomst

Der er nationalt og internationalt enighed om at geriatrien udvikler sig i retning af et mere akut speciale. Således anføres det i en europæisk opgørelse, at 84 % af 75+-årige, der indlægges på akut medicinske afdelinger, er karakteriserede ved multimorbiditet og/eller genoptræningsbehov. Geriatrien vil i stigende grad blive det speciale, der tager sig af de komplekse syndromer. Dvs. udredning, behandling og pleje af patienter med fald/svimmelhed, mobilitets- og gangbesvær, delirium og demens, inkontinens og svær underernæring. Men også de af comorbiditet betingede komplicerede forløb hos patienter, som indlægges med apopleksi og fraktur. Naturligvis vil der for de fleste behandlingsforløbs vedkommende være tale om et tæt samarbejde med specialer som neurologi, ortopædkirurgi, reumatologi, endokrinologi, kardiologi og psykiatri. Hertil kommer samarbejdet med de diagnostiske afdelinger, som er helt afgørende for en præcis diagnostik, der er en nødvendig forudsætning for et vellykket rehabiliteringsforløb.

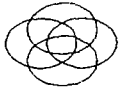
Behandlingsmetoder.

Visitationskriterier til de øvrige intern medicinske specialer vil blive skærpede, hvorved der bliver et øget behov for det geriatriske multidisciplinære, holistiske udrednings- og behandlingskoncept. Den atypiske og diskrete sygdomsmanifestation hos ældre, behovet for opmærksomhed på og mulighed for at behandle flere samtidige sygdomstilstande, nødvendiggør først og fremmest stor faglig indsigt i aldring og alderdommens sygdomme. Dernæst kræver det organisering af en tværfaglig, tværspecialiseret og tværsektoriel indsats, som forudsætter viden om og interesse for specialet hos alle involverede faggrupper.

Det geriatriske speciale vil fremover, såvel nationalt som internationalt, have sin basis og forankring på hospitalerne. De europæiske geriateres sammenslutning (EUGMS) anbefaler, at ethvert større sygehus i EU skal have en geriatrisk afdeling med speciallæger i geriatri og veluddannet øvrigt sundhedspersonale. For at få gode sammenhængende geriatriske patientforløb vil der desuden være brug for en god organisering af samarbejdet med den primære sundhedssektor. Dette kan sikres ved udgående tværfaglige geriatriske teams, som både kan visitere til de geriatriske behandlingstilbud og være en konsulent-funktion for de praktiserende læger og hjemmeplejen. Desuden kan disse teams foretage opfølgende hjemmebesøg efter udskrivning fra hospital. For at begrænse forbruget af døgnsege på hospital mest muligt bør de geriatriske udrednings- og behandlingsforløb, der kan foregå ambulant, henvises til et geriatrisk ambulatorium.

Teknologi.

Først i de senere år har der været udført projekter med fokus på effekten af anvendelsen af div. medicinske teknologier, inkl. medikamenter, hos ældre patienter. Generelt har disse undersøgelser vist mindst lige så god effekt af nyere teknologi anvendt hos ældre patienter sammenlignet med yngre både inden for kirurgi, medicin og genoptræning. Udviklingen af mange nye, non-invasive diagnostiske metoder har især været gavnlig ved udredning af de ældre patienter.



Fusionsprojekt Region Hovedstaden

Træningsstudier har vist, at ældre både tolererer hård fysisk træning og tillige ofte også har et stort forbedringspotentiale. Det er desuden påvist, at nedsat muskelmasse i højere grad korrelerer til inaktivitet end til alder.

Indikationen for behandling af andre lidelser udvides hele tiden, således at også 80+ årige tilbydes komplicerede operationer. Derved udvides rehabiliteringsbehovet betragteligt, idet der formentlig ikke blot er tale om en forskydning af kurven for, hvornår i livsforløbet man bliver opereret og efterfølgende har brug for genoptræning, men om en reel vækst i antallet af sådanne patienter i takt med den stigende levealder. Fremover bør der således være adgang til anvendelse af relevant teknologi til udredning og behandling af de geriatriske patienter. Det er som anført ovenfor helt afgørende for et godt samlet behandlingsresultat.

Forskning

Igangværende.

Nationalt har geriatrisk forskning været overvejende "anvendt forskning" inden for felterne: Sundhedstjenesteforskning, epidemiologi og klinisk interventionsforskning. Den klinisk geriatriske forskning har i det store og hele været tæt knyttet til den kliniske hverdag inden for geriatrien, hvilket også er karakteristisk for den forskning og udvikling, der foregår aktuelt. Projekterne er tværfaglige og ofte tværsektorielle, og fokuserer oftest på patientforløb inden for patient-subgrupper som fald-patienter, patienter med demens eller apopleksi. Metoderne er aldringsepidemiologiske i de longitudinelle befolkningsundersøgelser. I sundhedstjenesteforskningen er der tillige anvendt fysiologiske undersøgelsesmetoder bl.a. i vurdering af funktionsniveau og dermed træningseffekt og psykometriske til validering af metoder. De fleste studier har været deskriptive, analytiske, men der er også udført randomiserede, kontrollerede undersøgelser og kvalitative forskningsstudier.

Der er oprettet en national database i geriatri (LGD), bl.a. med det formål at indsamle og systematisere data vedrørende træningseffekt. Der er ligeledes iværksat et stort projekt vedrørende rehabilitering af patienter med kroniske sygdomme (KOL, hjertesygdom, diabetes og fald).

Internationalt er forskningen præget af kompleksiteten inden for det geriatriske speciale og de enkelte forskningscentres specielle interesseområde. Specielt EU's 5te rammeprogram har tiltrukket europæiske aldringsforskere med deltagelse af danske centre: Sammenlignende longitudinelle epidemiologiske studier, herunder 100-års undersøgelser, ernæringsstudier, faldforebyggelse, demens, polyfarmaci og effekt af indsats i hjemmeplejen. Ligeledes har der igennem flere år været udført store epidemiologiske studier af ældrebefolkningen i et tæt nordisk geriatrisk forskningssamarbejde.

Forventes igangsat (kommende 3-5 år)

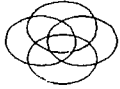
Ud over fortsættelse af de nuværende forskningsområder vil udviklingen i Danmark mere og mere afspejle udviklingen internationalt. Der er i øjeblikket ved at formes "kernefelter", hvor geriatrien, sammen med andre centre, opnår spidskompetencer inden for udforskning af de store kroniske sygdomme, smertebehandling, fald/synkoper. Hertil kommer der mulighed for at inddrage grundforskning med klarlægning af betydningen af aldringsforandringer på celleniveau i relation til den observerede kliniske aldring. På længere sigt vil også stamcelleforskningen have sin plads i geriatrien med perspektiver for behandling af aldersrelaterede sygdomme som f.eks. Parkinsons sygdom.

KOMPETENCER OG KVALIFIKATIONER

Læger

Uddannelsen

Efter turnusuddannelse og introduktionsstilling kan lægen søge hoveduddannelsesforløb i Intern Medicin: Geriatri. Hoveduddannelsen er 5-årig, hvoraf de 3 år foregår på to forskellige geriatriske afdelinger og 2 år på øvrige intern medicinske specialafdelinger. Den uddannelsessøgende indlærer de i specialebeskrivelsen nævnte kompetenceområder. Uddannelsen er opbygget ud fra en målbeskrivelse udarbejdet af Dansk Sel-



Fusionsprojekt Region Hovedstaden

skab for Geriatri. Der indgår 4 specialespecifikke kurser à 28 timer i uddannelsesforløbet, omhandlende: gerontologi, geriatrik rehabilitering, geriatrike sygdomme I, geriatrike sygdomme II.

Det forventes, at lægen efter endt speciallægeuddannelse til stadighed holder sig à jour med udviklingen inden for faget dels ved deltagelse i Dansk Selskab for Geriatri's årlige efteruddannelseskurser og øvrige efteruddannelseskurser og dels ved deltagelse i nordiske og øvrige internationale kongresser.

Kompetencer

Den geriatrike læge skal, som andre speciallæger, mestre 7 roller som medicinsk ekspert, kommunikator, samarbejder, leder/administrator, sundhedsfremmer, akademiker og professionel.

Kvalifikationer

Ud over et fagligt højt niveau skal speciallægen i geriatri have gode samarbejdsevner såvel tværfagligt, tværspecialmæssigt som tværsektorielt. Der lægges desuden vægt på gode kliniske evner samt en videnskabelig baseret tilgang til udredning og behandling. Desuden lægges der vægt på evner til faglig videreformidling såvel til kolleger som til tværfagligt personale.

Status i forhold til fremtiden

Da Intern Medicin: Geriatri er det bredest dækkende intern medicinske speciale, forventes specialet ikke fremover at få problemer med rekruttering af læger, der vægter klinikken højt. Desuden forventes de nye perspektiver inden for forskningen også at kunne tiltrække læger med forskningsinteresse.

Der er aktuelt 70 speciallæger, men 170 medlemmer af Dansk Selskab for Geriatri, hvilket tyder på større interesse for specialet. På trods af rekrutteringsvanskeligheder inden for flere intern medicinske specialer, var der flere ansøgere end ledige hoveduddannelsesforløb i geriatri i regionen ved sidste opslag.

Sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, fysio- og ergoterapeuter

Aktuel status

Ovennævnte faggrupper kan i dag arbejde indenfor specialet med baggrund i deres grunduddannelse. Komplexiteten i opgaverne kræver dog, at alle faggrupper har en bred viden om medicinske sygdomme samt kvalifikationer og kompetencer indenfor områderne immobilitet, fald/balanceproblemer, ernæring, inkontinens og hukommelsesbesvær. Desuden forudsættes det, at alle faggrupper har lyst til og evne for det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde samt har interesse i at arbejde med ældre og videreudvikle geriatrien inden for eget fagområde på baggrund af indhøstede kliniske erfaringer og på videnskabeligt grundlag.

I dag tilbydes udover lokal introduktion, oplæring og kompetenceudvikling ingen formel efteruddannelse indenfor specialet – hverken til fysioterapeuter, ergoterapeuter eller plejepersonale. Kurset "Gerontologisk og geriatrik kompetenceudvikling", som udbydes i Københavns Amt, benyttes af en del afdelinger, men der er et stort behov for en struktureret efteruddannelse samt tværfaglig geriatrik forskning med udspring i sygeplejen og fysio- og ergoterapien.

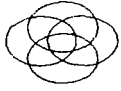
Fysio- og ergoterapeuter skal kunne undersøge og vurdere den geriatrike patient ved hjælp af relevante og validerede tests. Fysio- og ergoterapeuter skal kunne udarbejde fælles mål for patientens genoptræning og herefter planlægge og gennemføre en genoptræning ud fra hver deres faglige tilgang, således at patientens fysiske, kognitive, færdighedsmæssige og sociale behov tilgodeses, herunder også patientens behov for evt. hjælpemidler og boligændringer. Fysio- og ergoterapeuter motiverer til genoptræning, underviser og rådgiver patient og pårørende og indgår i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Det er nødvendigt med gode kommunikationsevner.

Fysioterapeuternes faglige kompetencer fokuserer overvejende på træning af motoriske færdigheder ved at træne muskelstyrke, bevægelighed, balance, koordination og kondition.

Ergoterapeuternes faglige kompetencer fokuserer overvejende på træning af ADL (almindelige daglige færdigheder), og kognitive funktioner.

Fysio- og ergoterapeuter opnår faglige kompetencer gennem specifik oplæring, læringsprocesser i det daglige kliniske arbejde, kollegial supervision, intern undervisning, faglige udviklingsaktiviteter samt efteruddannelse i form af eksterne kurser. Videreuddannelse kan ske på master-, kandidat- og ph.d. - niveau.

Sygeplejersker: Skal kunne varetage, udføre, lede, formidle og undervise i den sygepleje, der gives til geriatrike patienter. Skal have grundigt kendskab til grundlæggende sygepleje og forståelse for og indsigt i



**Fusionsprojekt
Region Hovedstaden**

Mere generelt er Ældresagen den organisation, der er det tætteste samarbejde med og herudover de patientforeninger, der er tilknyttet de store kroniske sygdomme så som Alzheimerforeningen, Apopleksiforeningen, Dansk Blindesamfund, Diabetesforeningen, Hjerterforeningen, Kræftens bekæmpelse.

Referencer:

Basisbog i Geriatri. Hansen FR, Moe C, Schroll M. 3. udgave, 2002. Munksgaards Forlag.

Forebyggelse og behandling af funktionstab hos ældre. DSIM og DSG. Klaringsrapport nr. 5, 2003. Lægeforeningens forlag.

Geriatrisk udredning i Norden. Nordiske retningslinier for geriatrisk udredning. Sletvold O, Engedal K, Tilvis R, Jonasson A, Schroll M, Schulz-Larsen K, Snædal J, Gustafson Y. Dansk Selskab for Geriatri. 1997. Eget forlag.

Geriatric rehabilitation as an integral part of geriatric medicine in the Nordic countries. Jonsson A, Gustafson Y, Schroll M, Hansen FR, Saarela M, Nygaard H et al. Dan Med Bull 2003;50: 439-45

A Challenge for The European Union. O'Neill D, Hastie I, Williams B. J Nutr Health Aging 2004; 8: 109-12

Acute geriatric intervention increases the number of patients able to live at home. A prospective randomized study. Saltvedt I, Saltnes T, Mo ES, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. Aging Clin Exp Res. 2004 Aug;16(4):300-6.

Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. American Geriatrics Society, British Geriatric Society and American Academy of Orthopaedic Surgeons, Panel on Fall Prevention. JAGS 2001;49:664-672

Osteoporose. Klaringsrapport nr. 1, 2000. Lægeforeningens forlag.

The aging muscle: strength and function. Kjær M, editor. Scand. J. Med. Sci. Sports 2003; 13(1):1-85

Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi, SfR April 2003.

European Research Priorities in the Field of Ageing, herunder oversigt over bevilgede studier i EU's 5te rammeprogram, i: www.shef.ac.uk/ageingresearch