

Akuuttigeriatria

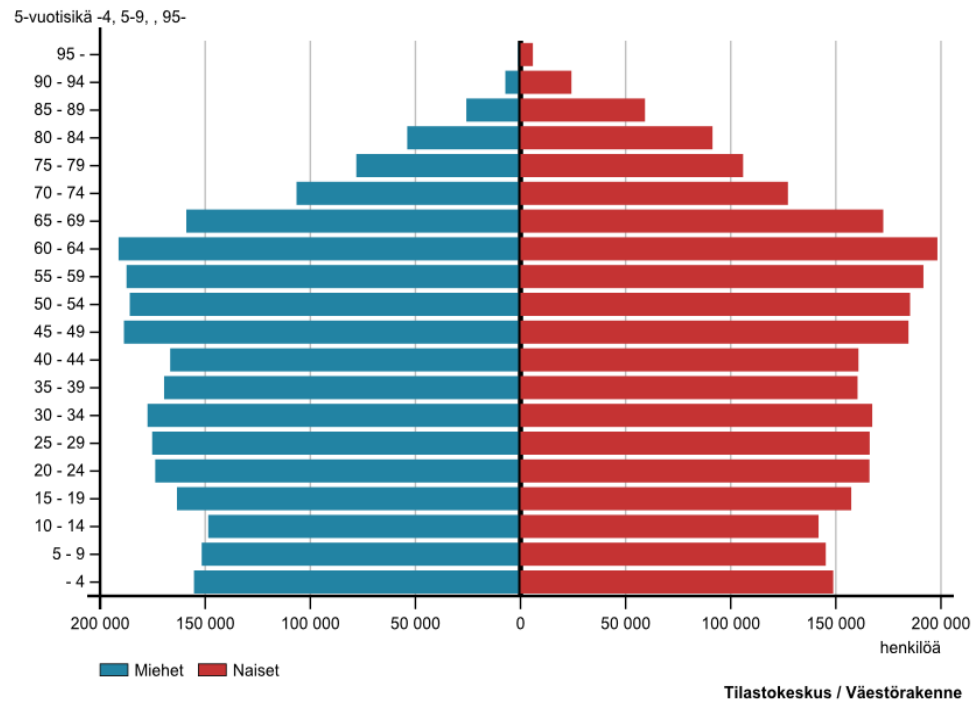
14.9.2016

LL Laura Pikkarainen
sisätautien erikoislääkäri, geriatrian eval

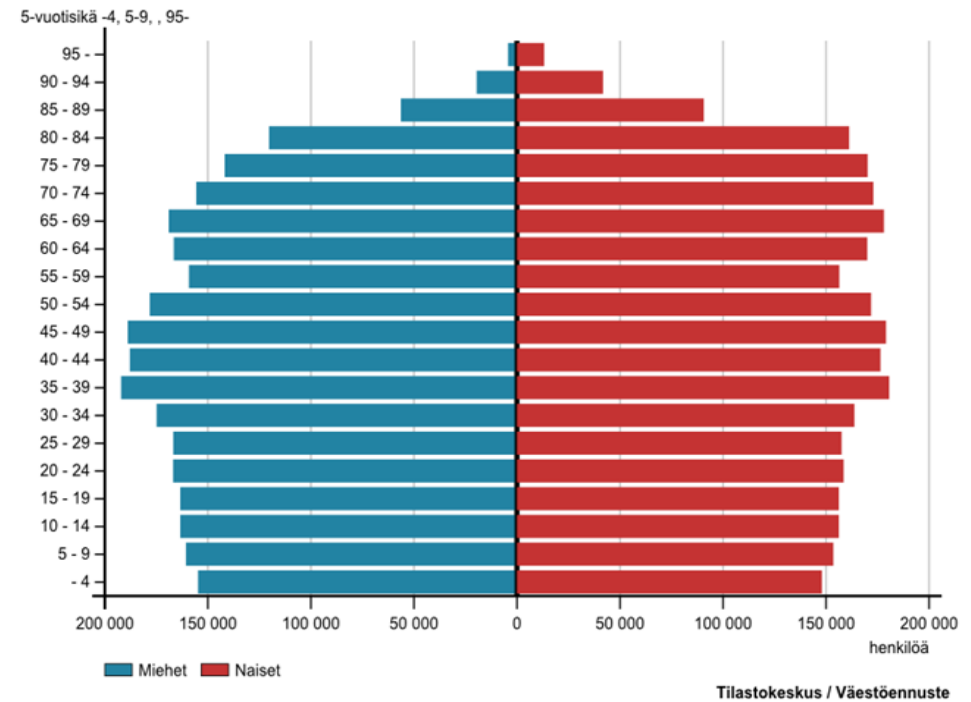
Miksi akuuttigeriatria: Demografiaa

Suomi harmaantuu

Ikärakenne 2012
KOKO MAA

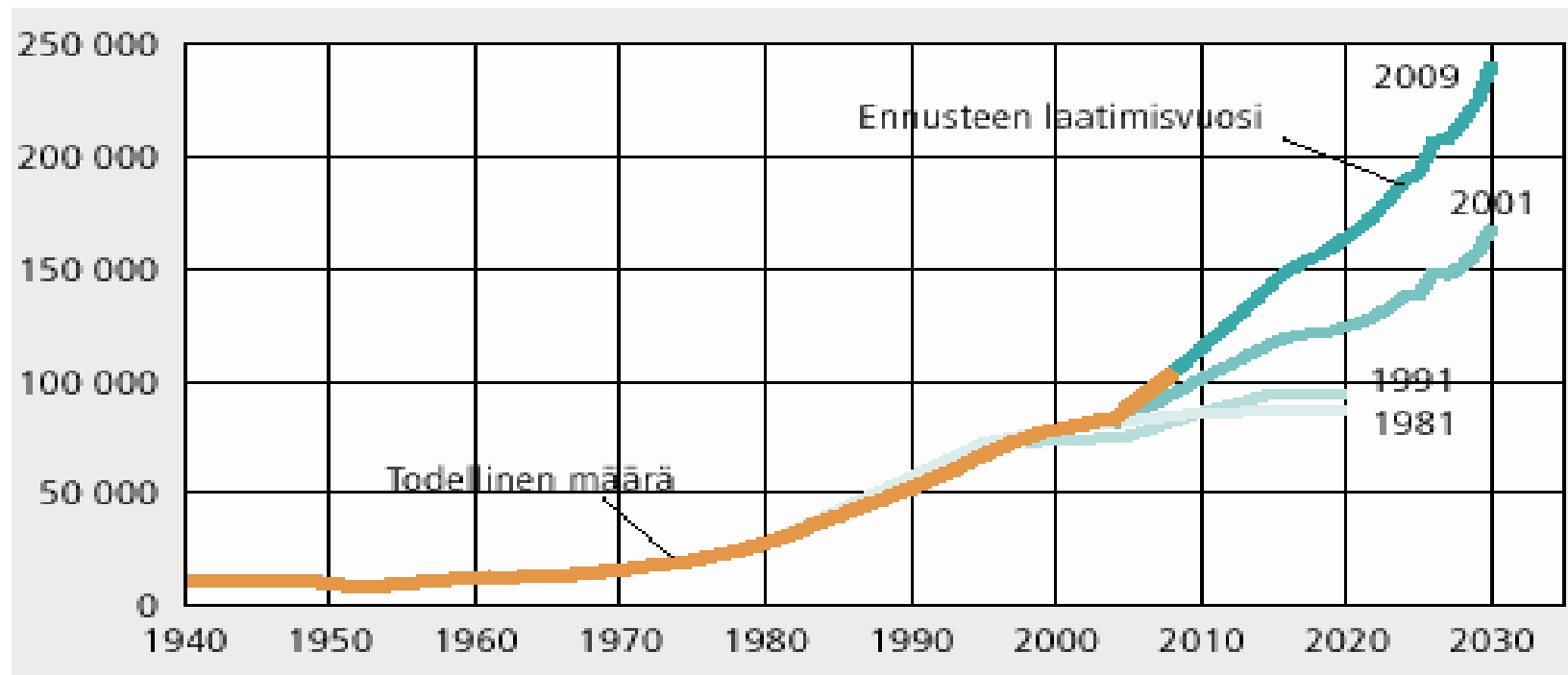


Ikärakenne väestöennusteen mukaan 2030
Koko maa

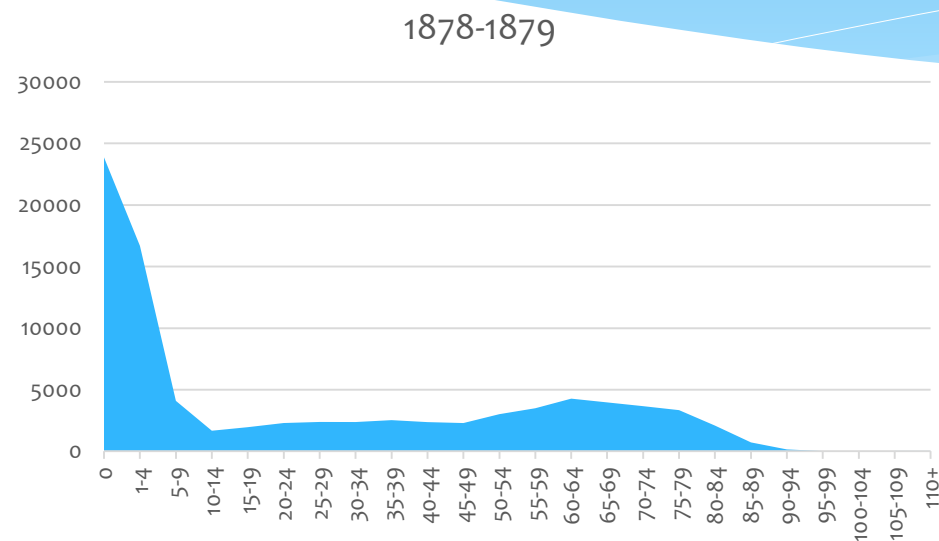


Eliniän odote kasvaa – väestöennusteet ovat aina aliarvioineet eliniän pitenemisen

Yli 85-vuotiaiden määrä vuosina 1940-2008 ja ennuste vuoteen 2030 saakka

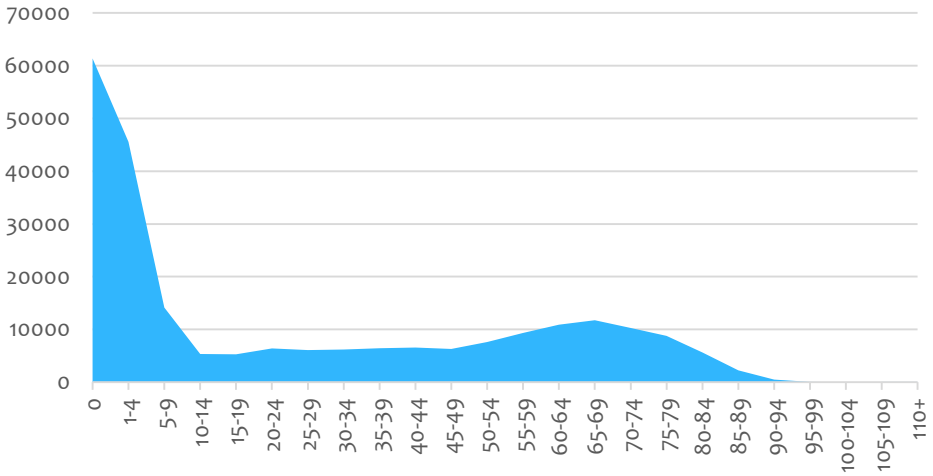


Kuolemat Suomessa ikäryhmittäin 1879-2012

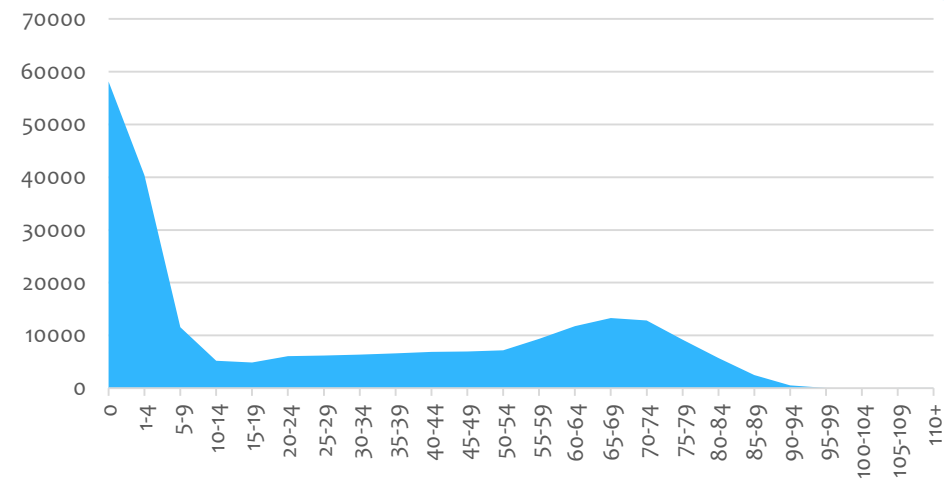




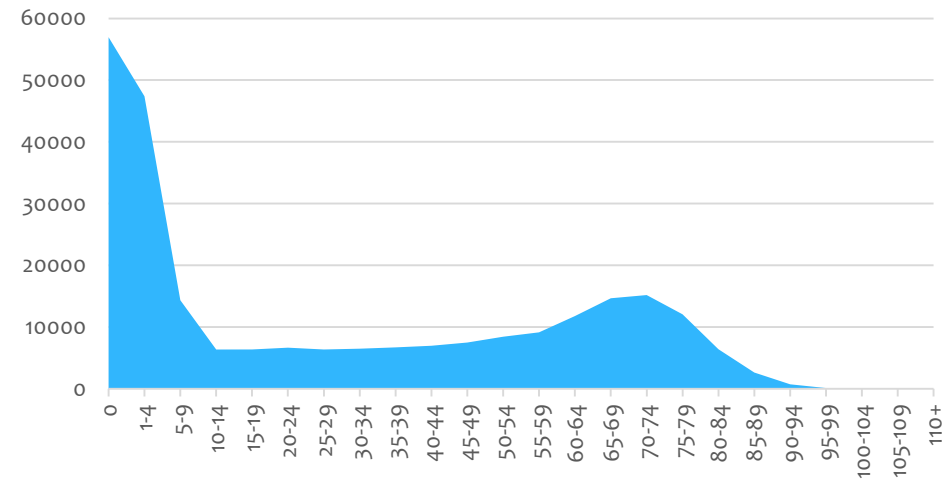
1880-1884



1885-1889

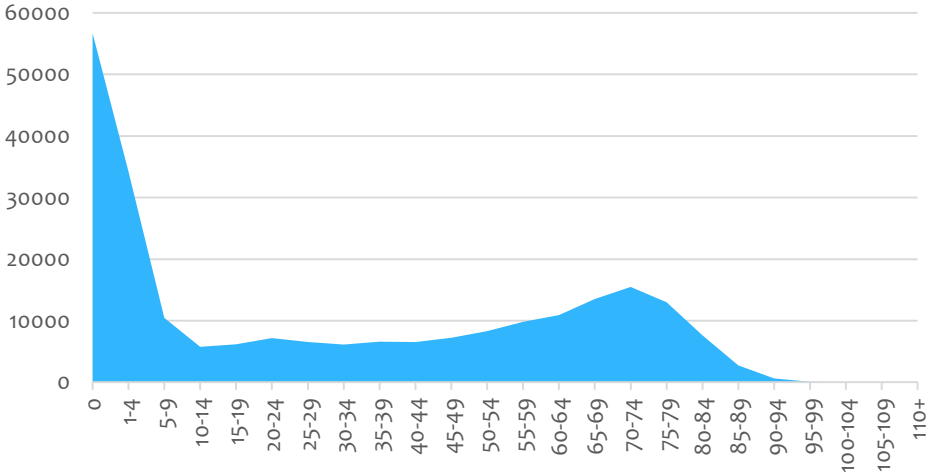


1890-1894



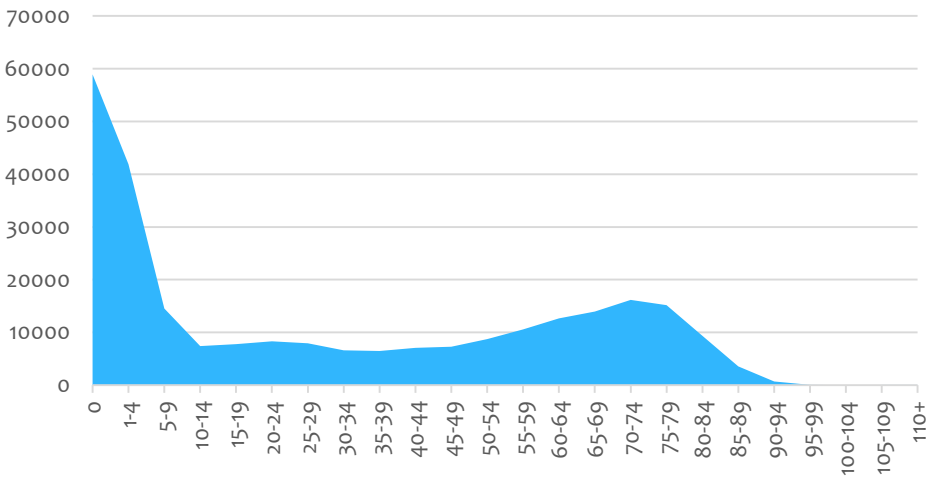


1895-1899



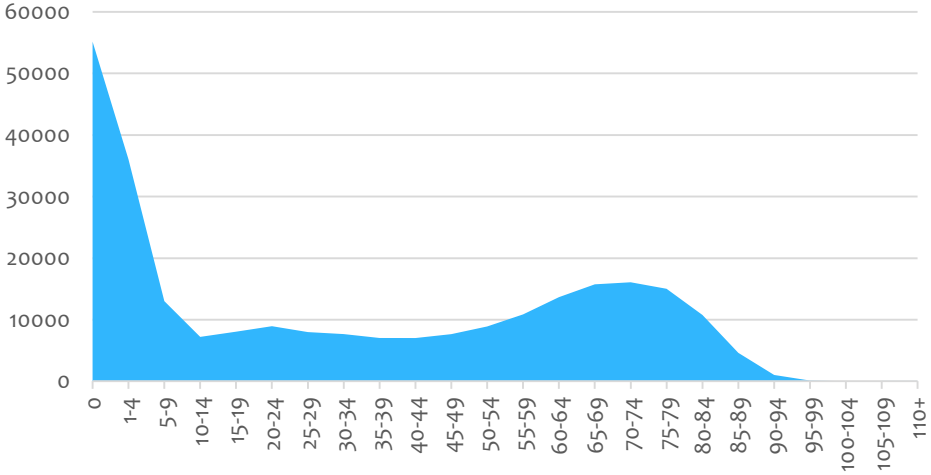


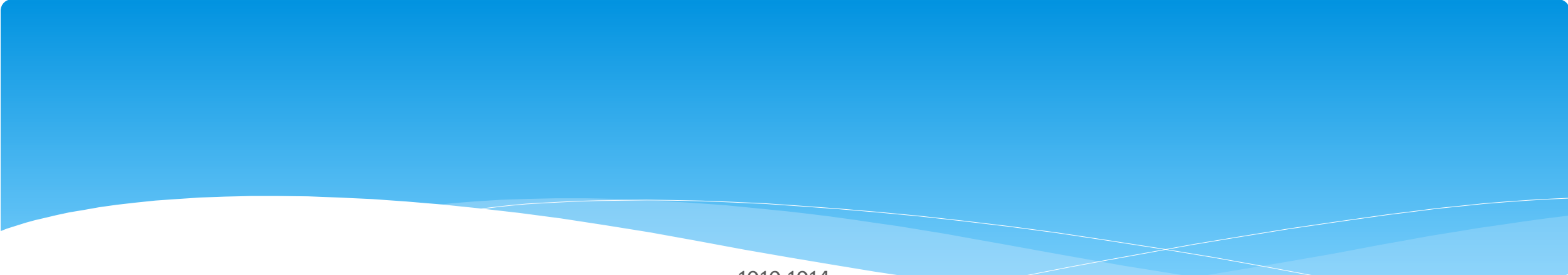
1900-1904



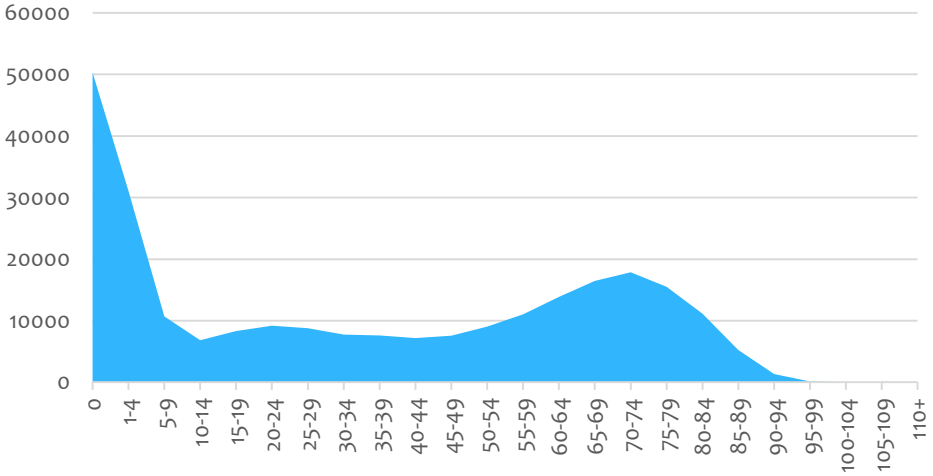


1905-1909

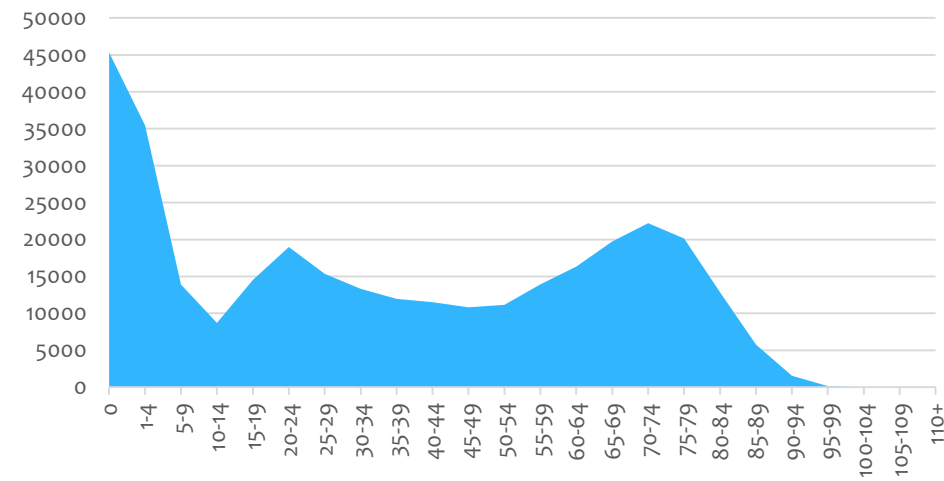




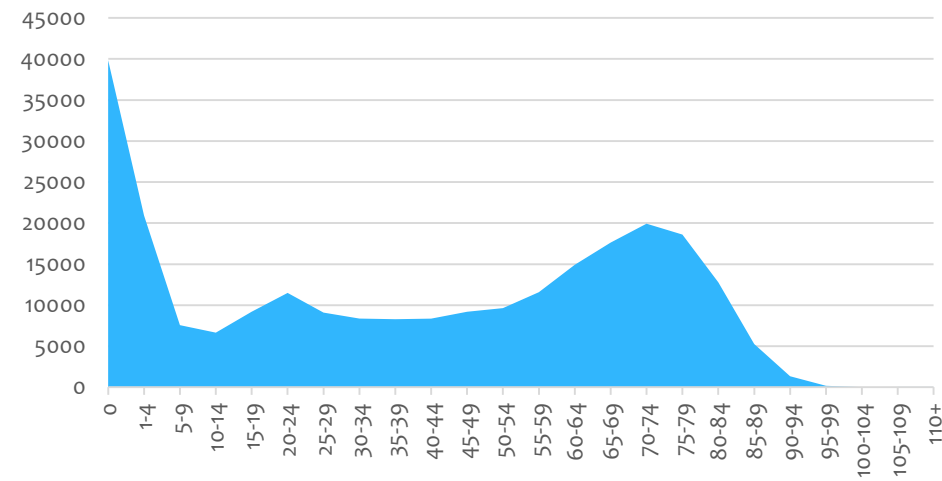
1910-1914



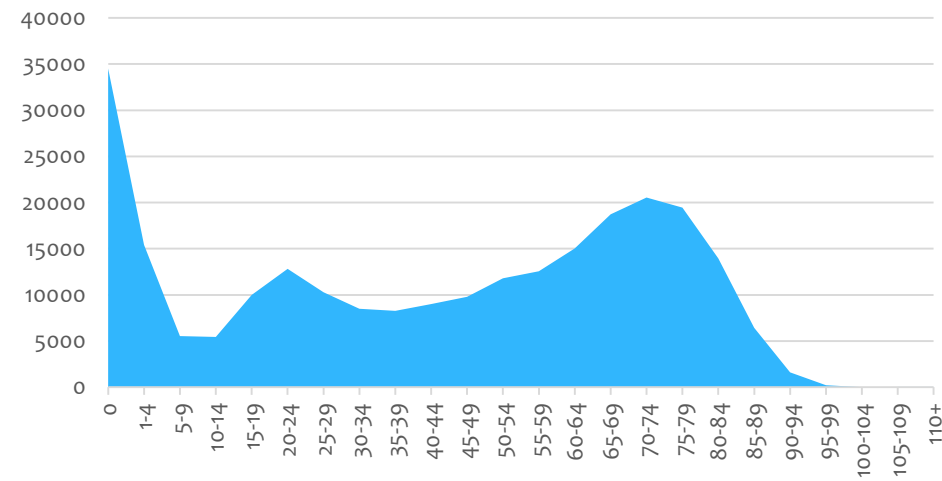
1915-1919



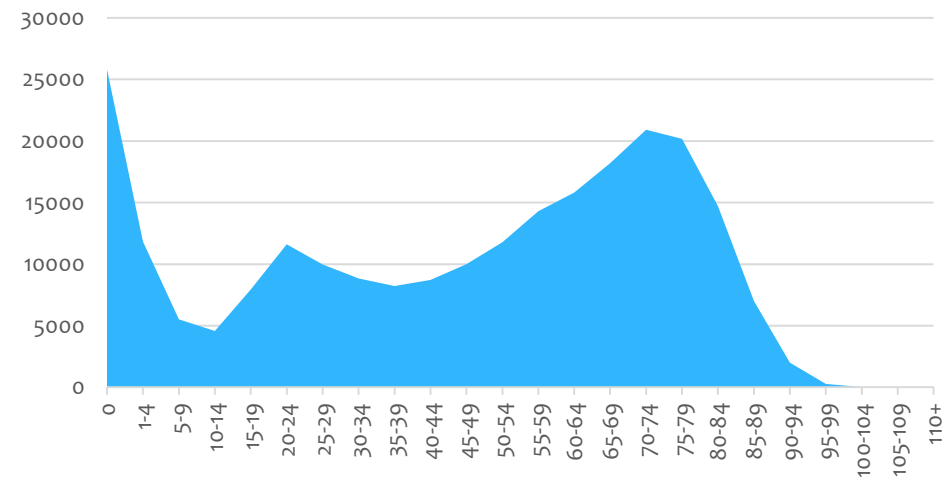
1920-1924



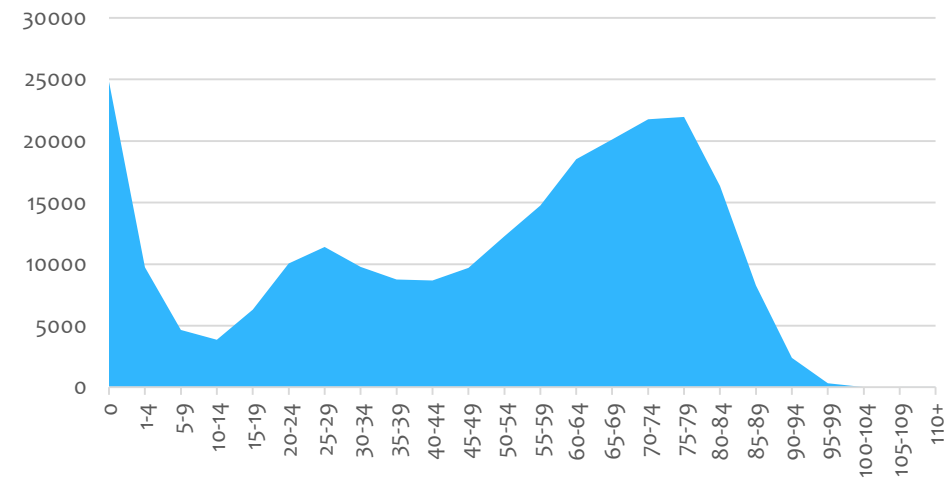
1925-1929



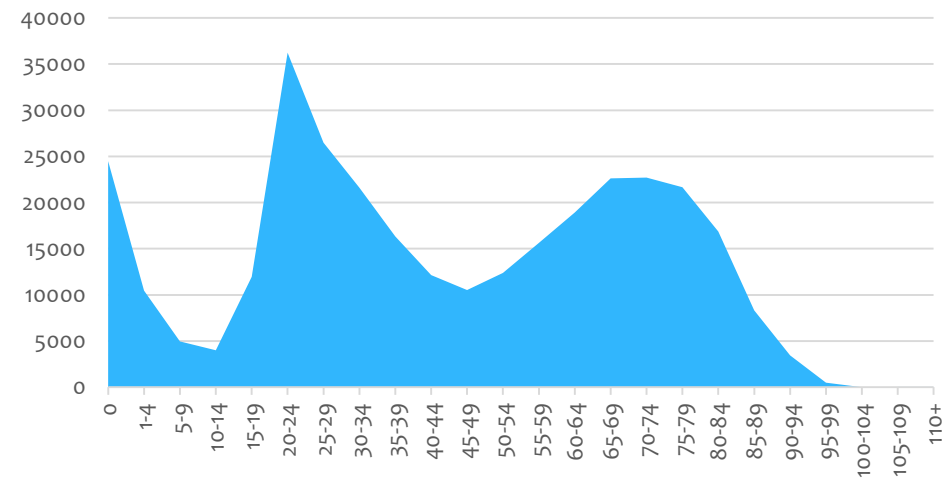
1930-1934



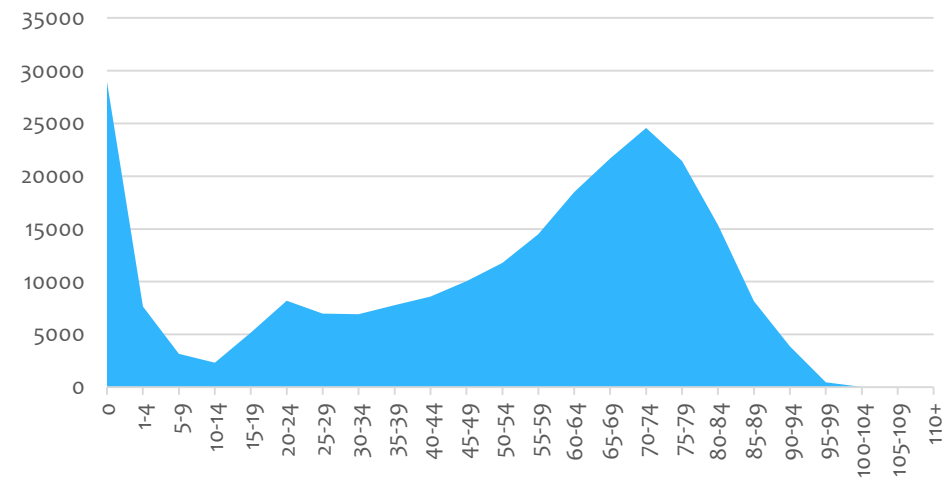
1935-1939



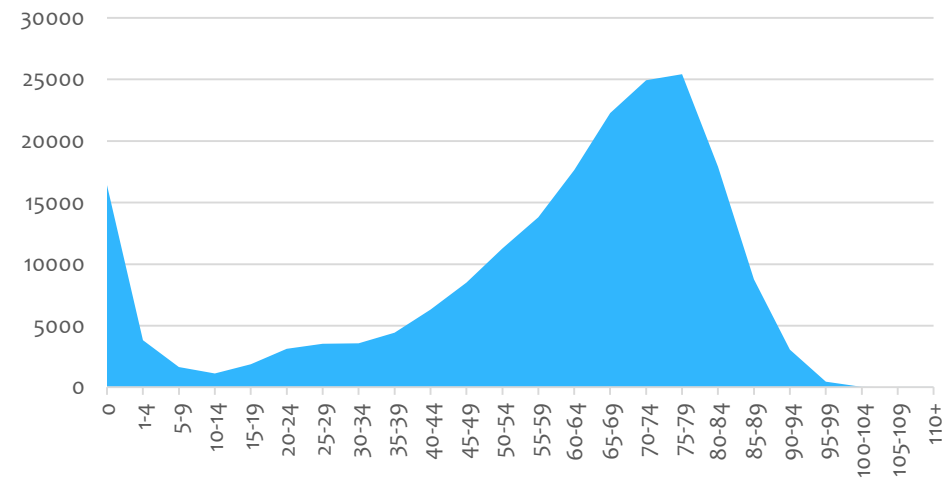
1940-1944



1945-1949

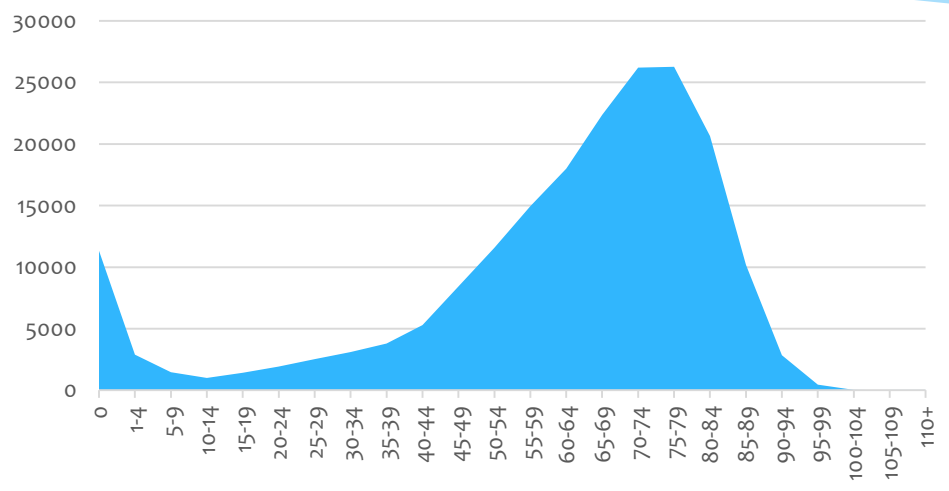


1950-1954



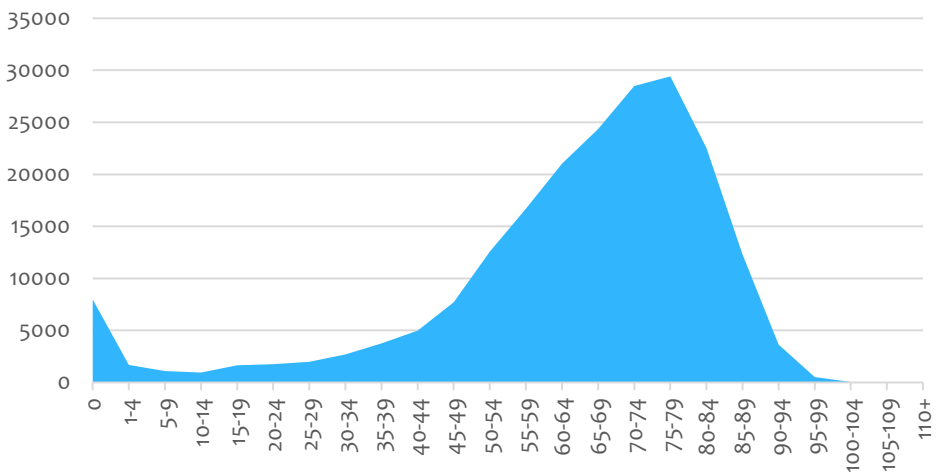


1955-1959

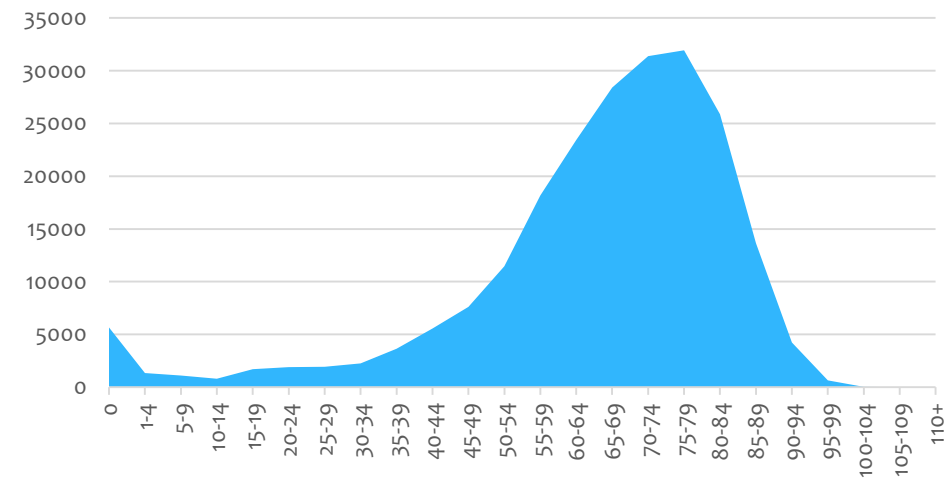




1960-1964

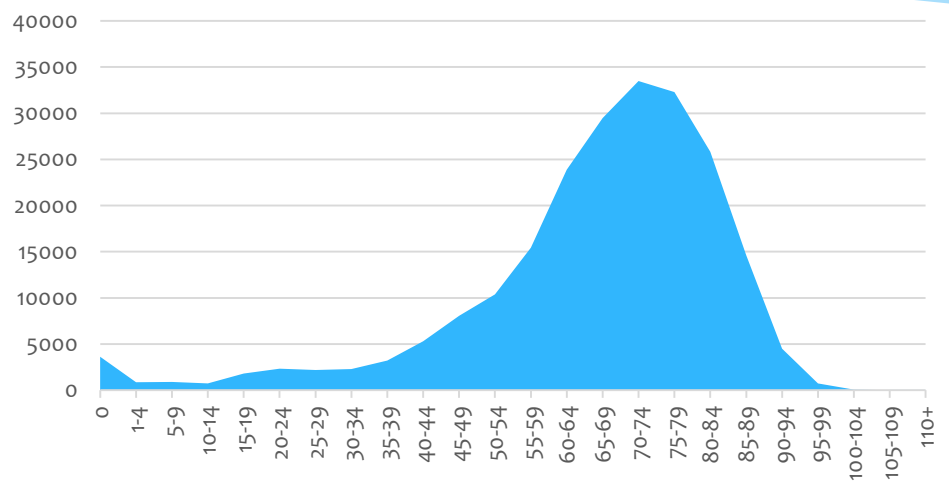


1965-1969

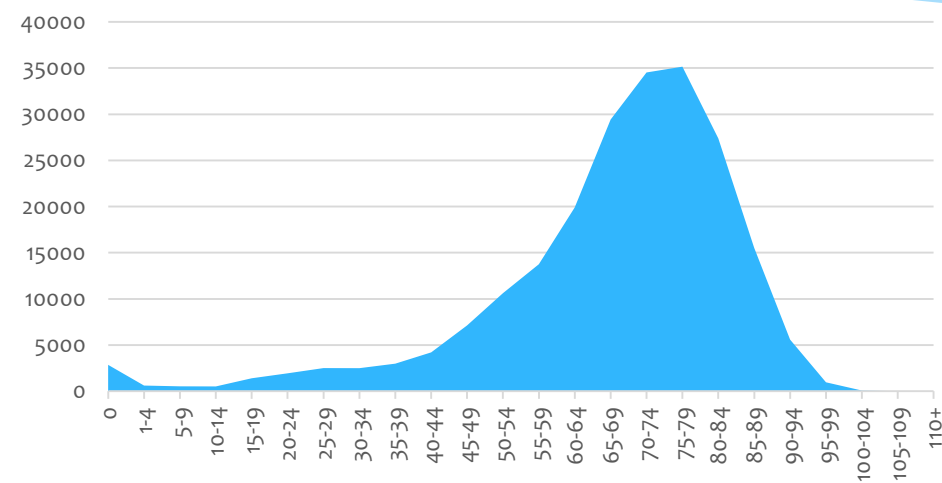




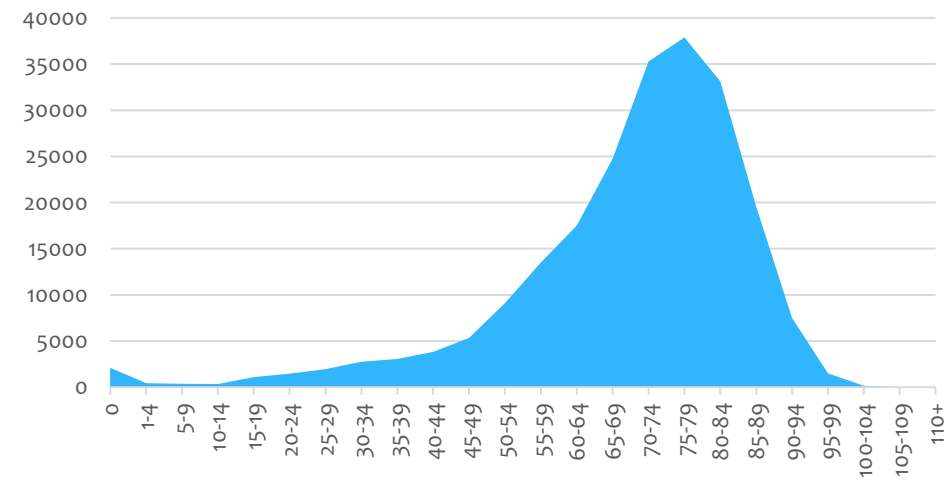
1970-1974



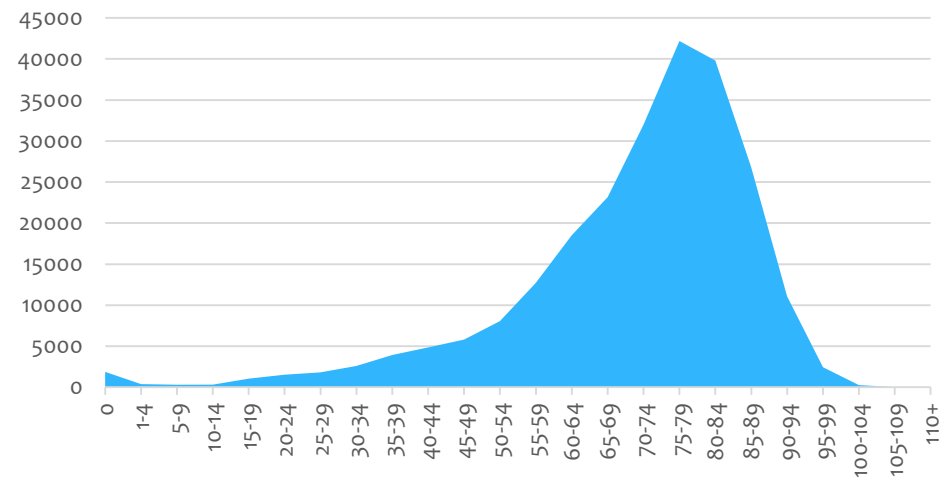
1975-1979



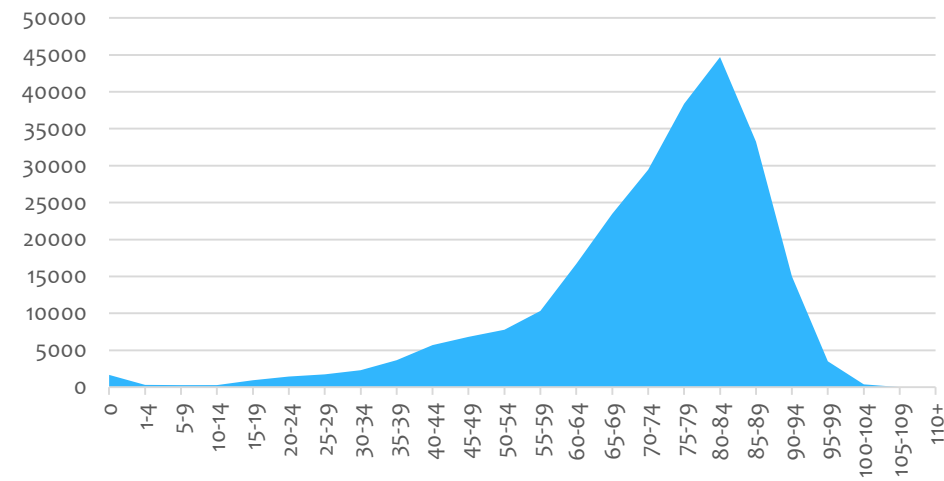
1980-1984



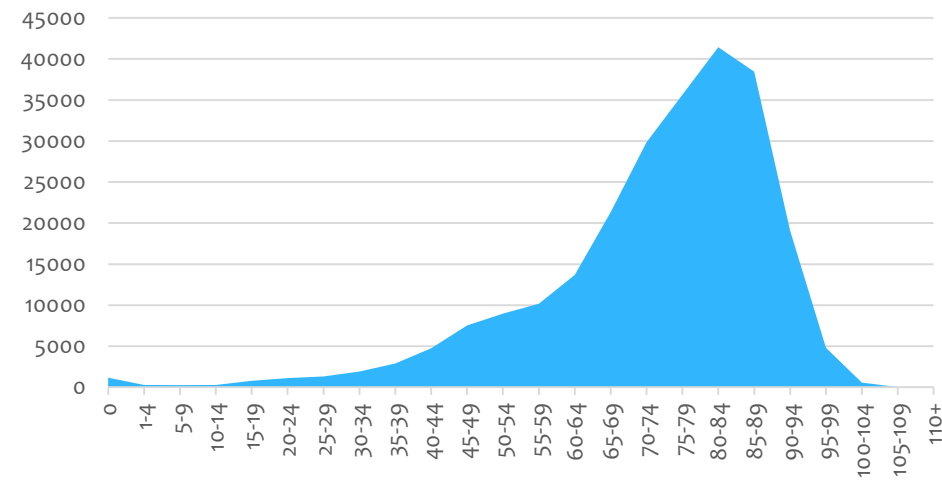
1985-1989



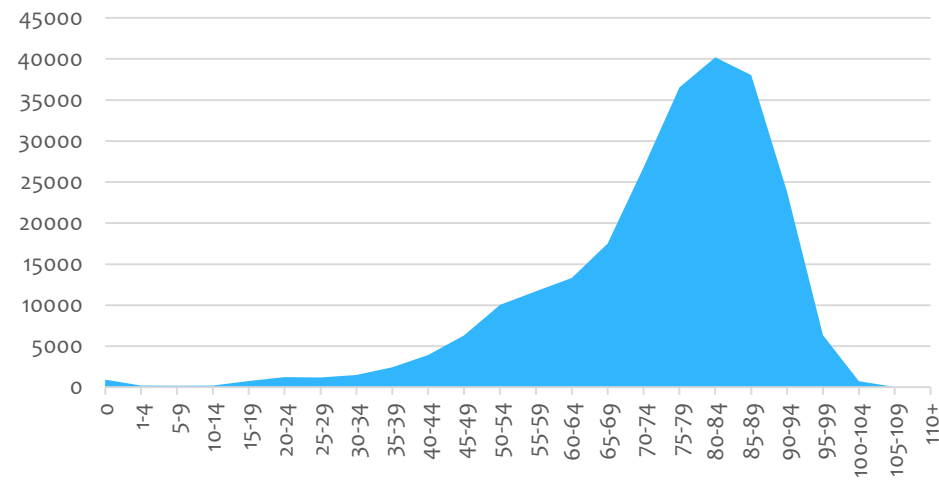
1990-1994



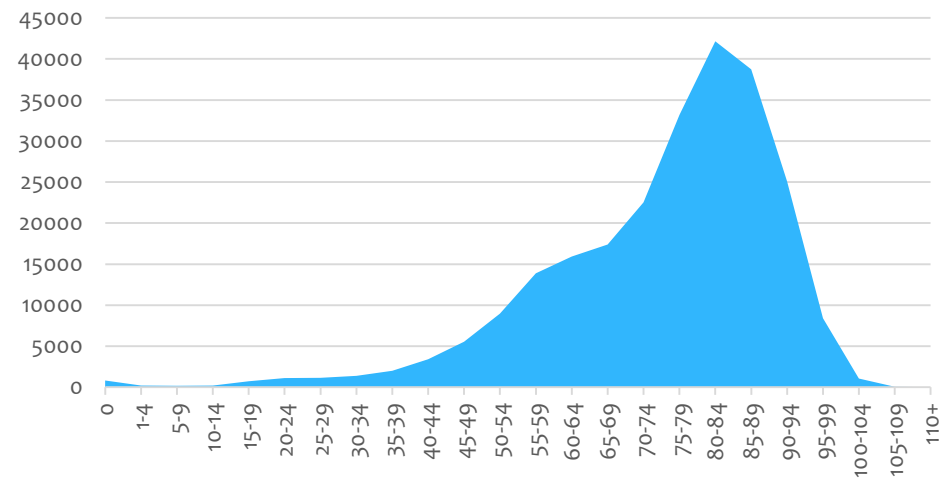
1995-1999



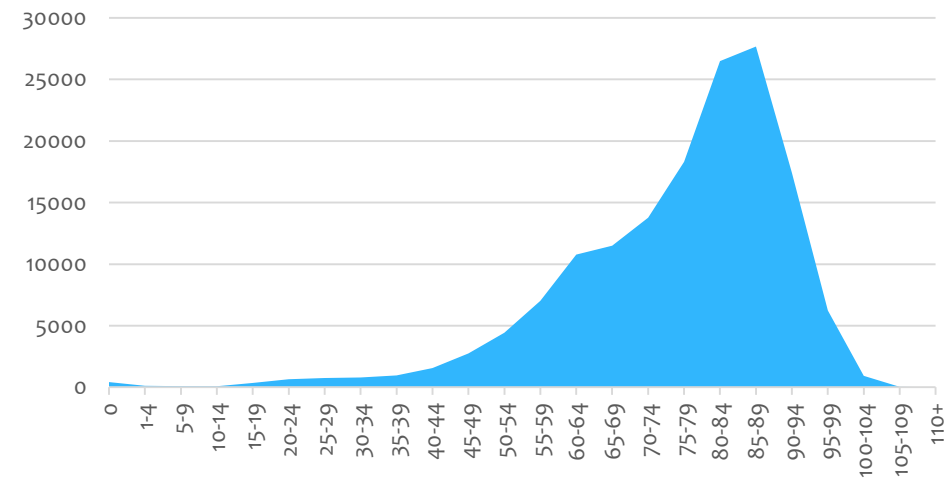
2000-2004



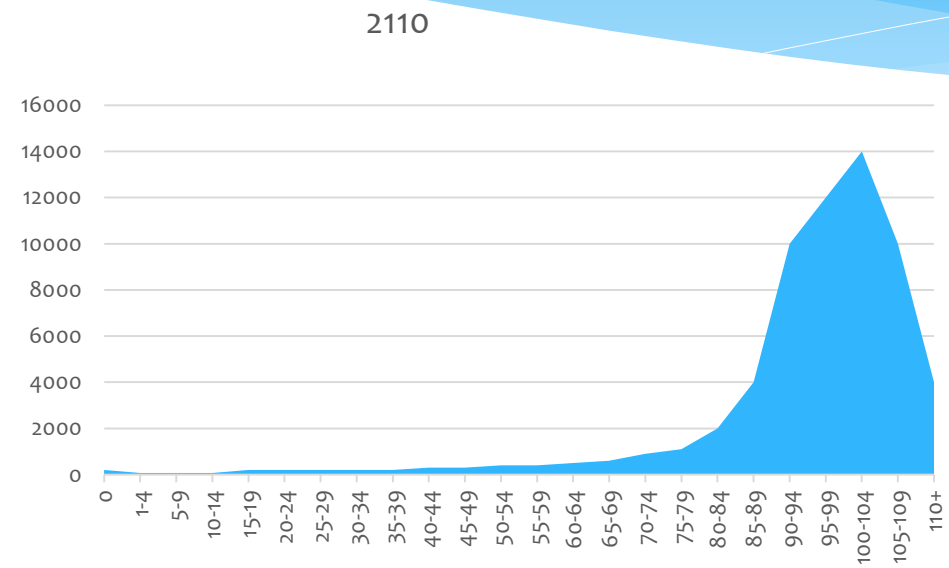
2005-2009



2010-2012

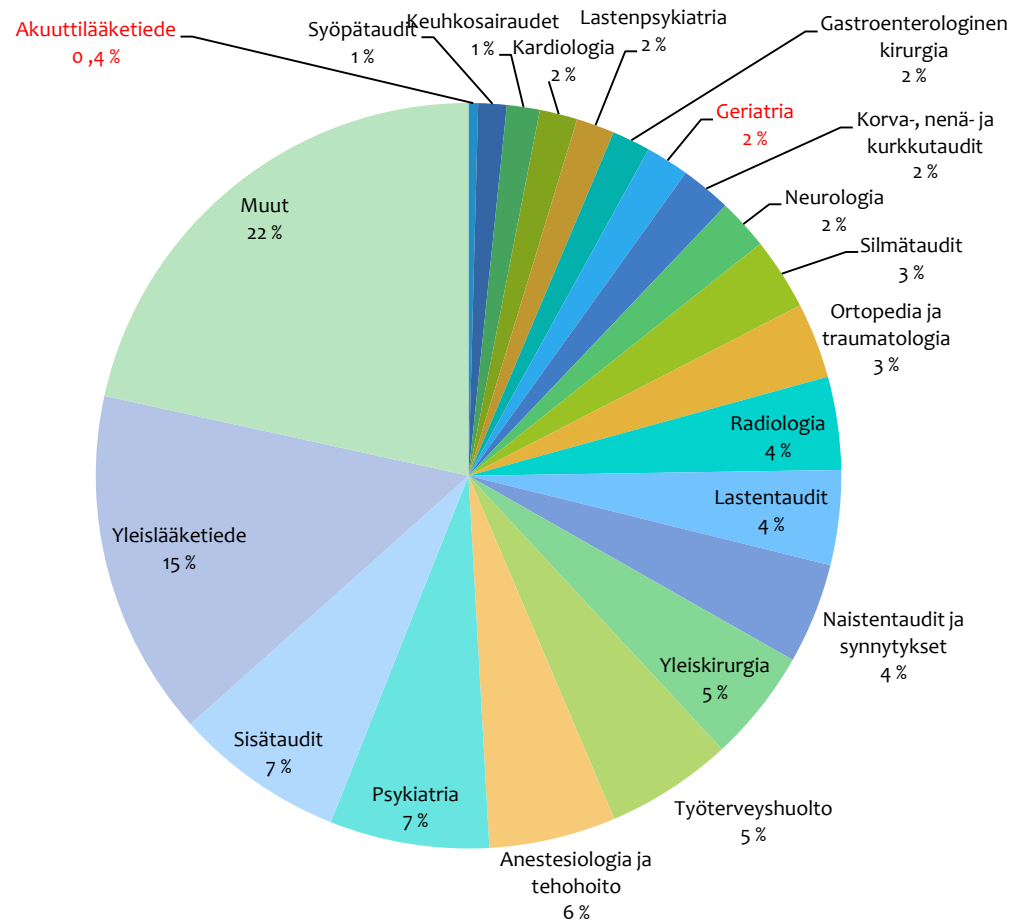


Ennuste 2110



Terveystenhuollon vastausta odotetaan

Työikäiset erikoislääkärit 2016, yht. 14 997, osuudet erikoisaloittain



Työvoimavajetta on odotettavissa psykiatrian, geriatrian, fysiatrian ja syöpätautien erikoisaloilla. The shortage of specialists is likely to worsen in Psychiatry, Geriatrics, Oncology, and Physical and Rehabilitation Medicine.

Taulukko 11 Arvio erikoislääkärin määrän kehityksestä eräillä erikoisaloilla vuoteen 2025
Table 11 Estimated demand for specialists in some specialties, until 2025

	Vuonna 2012 Year 2012		Vuonna 2025 Year 2025					
Erikoisala Specialty	Työikäiset erikoislääkärit Working-age specialists Item / number	Yli 54-vuotiaat Over 54 years %	Eräillä alueilla, joilla ennakoidaan työvoimavajasta Specific catchment areas where lack of workforce is anticipated					Erikoisalan palvelutarpeen kasvu Increase in need for services by specialty %
Psykiatria Psychiatry	928	38	HYKS RUCH	TYKS TUCH	TAYS TAUH	KYS KUH	OYS OUH	18
Anestesiologia ja tehohoito Anaesthesiology, Intensive Care Medicine	760	24				KYS KUH	OYS OUH	26
Naistentaudit ja synnytykset Obstetrics and Gynaecology	632	36	HYKS RUCH		TAYS TAUH	KYS KUH		21
Radiologia Radiology	607	29		TYKS TUCH	TAYS TAUH		OYS OUH	42
Lastentaudit Paediatrics	553	29	HYKS RUCH			KYS KUH	OYS OUH	20
Silmätaudit Ophthalmology	451	31	HYKS RUCH					22
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit Otorhinolaryngology	333	31	HYKS RUCH	TYKS TUCH		KYS KUH		32
Neurologia Neurology	315	30	HYKS RUCH		TAYS TAUH	KYS KUH		39
Kardiologia Cardiology	219	22				KYS KUH		42
Geriatría Geriatrics	213	28	HYKS RUCH	TYKS TUCH	TAYS TAUH	KYS KUH	OYS OUH	126
Lastenpsykiatria Child Psychiatry	212	37	HYKS RUCH	TYKS TUCH	TAYS TAUH	KYS KUH	OYS OUH	33
Keuhkosairaudet ja allergologia Respiratory Medicine and Allergology	206	31		TYKS TUCH	TAYS TAUH	KYS KUH	OYS OUH	27
Ihotaudit ja allergologia Dermatology and Allergology	193	37		TYKS TUCH		KYS KUH		17
Fysiatria Physical and Rehabilitation Medicine	173	55	HYKS RUCH	TYKS TUCH	TAYS TAUH	KYS KUH	OYS OUH	91
Nuorisopsykiatria Adolescent Psychiatry	159	43	HYKS RUCH			KYS KUH	OYS OUH	37
Patologia Pathology	158	39		TYKS TUCH	TAYS TAUH	KYS KUH		20
Syöpätaudit Oncology	150	19	HYKS RUCH	TYKS TUCH	TAYS TAUH	KYS KUH	OYS OUH	75

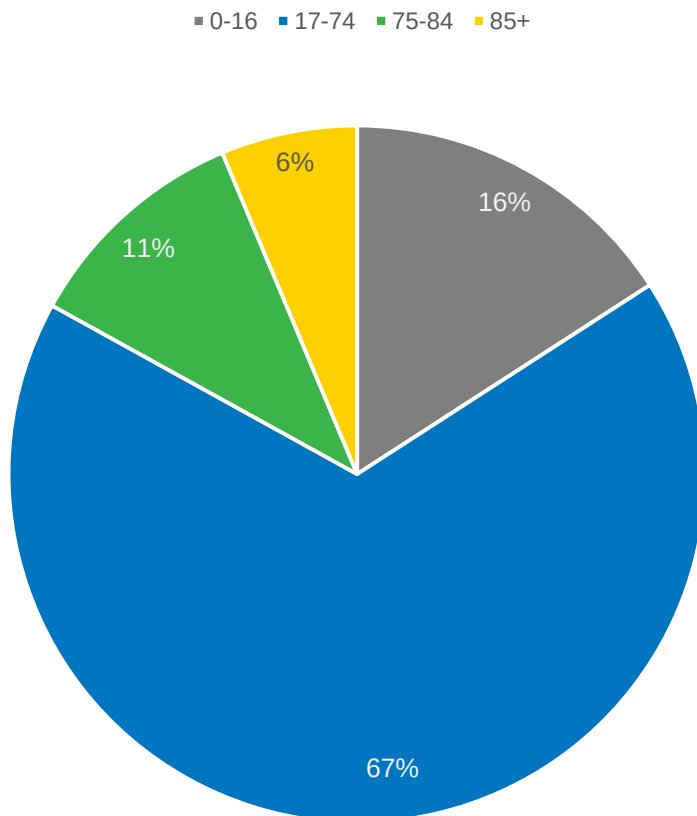
Lähde: Suomen Lääkäriliitto, Alueellisten erikoisalojen yhteenveto
Source: Finnish Medical Association, Summary of regional specialty reports

* Keskiarvo alueiden ennusteista
* Average of regional estimates

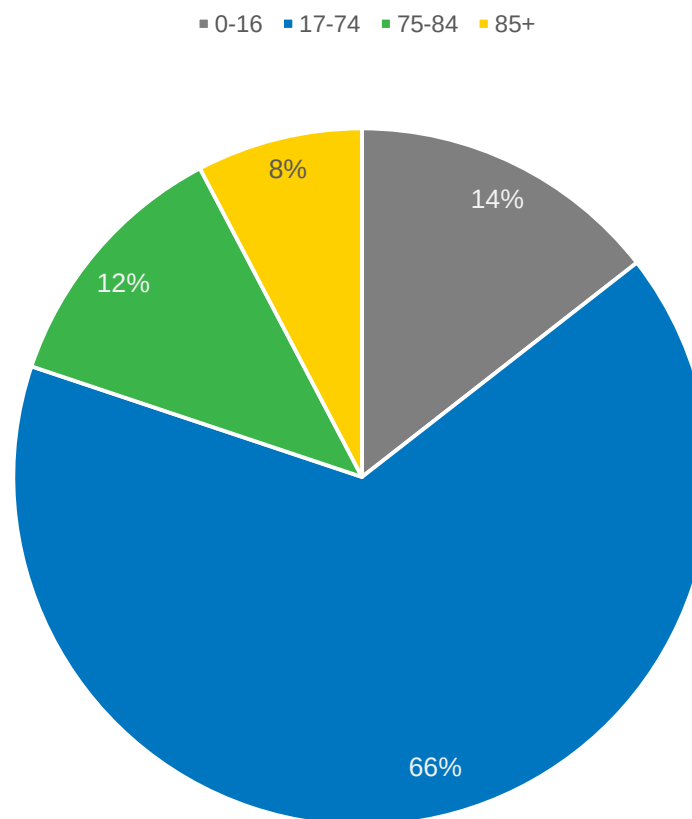
Päivystyspoliklinikan potilaat ja käynnit

7/2015–6/2016, Eksote, ESSHP, Hki Haartman, Hki Malmi, HUS Jorvi, Kainuu, KSSHP, LSHP, PKSSK, PPSHP, PSHP, SatSHP, VSHP, SSHP

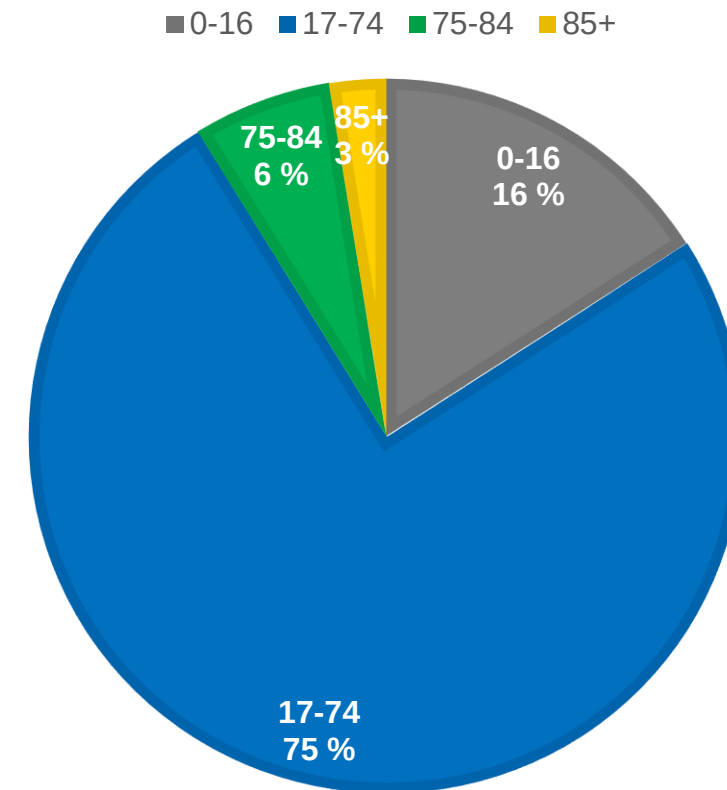
Päivystyspotilaiden jakautuminen ikäryhmiin



Päivystyskäyntien jakautuminen ikäryhmiin



Suomen väestö, ikärakenne 31.12.2015



Miksi akuuttigeriatria: Terveysthuollon muutos

Päivystys muuttuu käyttäjien ikääntyessä

- * Sairastaminen siirtyy korkeampaan ikään
- * Näemme yhä enemmän kroonisten sairauksien pahenemisvaihetta
- * Krooniset sairaudet seuraavat potilasta työiästä vanhuuteen
- * Päivystyspotilaat tulevat olemaan huomattavasti vanhempia jo lähitulevaisuudessa
- * Päivystyksen prosessit joudutaan suunnittelemaan vastaamaan tähän

Vanhuspotilas

- * Tulee usein suoraan päivystykseen
 - * Tulee usein muista kuin lääketieteellisistä syistä
 - * Tulee usein ambulanssilla
 - * Tarvitsee usein kiireellistä hoitoa
 - * Viipyy pitkään päivystyksessä
 - * Tarvitsee usein moniammatillisen arvioinnin
 - * Jää useimmin sairaalahoitoon
-
- * Asuu usein yksin (huonokuntoisena) kotona

Vanhuspotilaan arviointi

- * Triage-järjestelmät eivät tunnista vanhuksen hoidon kiireellisyyttä luotettavasti
 - * ESI:ä käyttäen alle puolet hätätilanteista tunnistettiin (Platts-Mills T ym. 2010), alitriagea 23 %:lla vanhuspotilaista (Grossman ym. 2012)
 - * lisäkoulutuksella ei vaikutusta (Grossmann ym. 2014)
 - * muilla järjestelmillä samankaltaisia tuloksia
- * Sairauden ilmiäiset ovat hämääviä
 - * ”Kotona pärjäämättömyys” = keuhkokuume, sydämen vajaatoiminta, aivoinfarkti, delirium, murtuma (Rutschmann O ym. 2005) 51 % potilaista

Haasteita

- * Muistivaikeudet
- * Delirium
- * Kommunikointivaikeudet
- * Lääkityksen haittavaikutukset
- * Sosiaalisen tilanteen ja toimintakyvyn arviointi
- * Päihdeongelma tai potilaan kokema kaltoinkohtelu
- * Poikkeavat laboratorio- ja kuvantamislöydökset

Yleisiä laboratoriotuloksien tulkitsemisvaikeuksia

- * (e)PLV-löydös ≠ VTI

Virtsatieinfektiot, Käypä Hoito

- * TnT ≠ sepelvaltimokohtaus

Webb IG ym.: Elevated baseline cardiac troponin levels in the elderly - another variable to consider? Heart Lung Circ. 2015 ;24(2):142-8

- * Fidd ≠ keuhkoembolia

Rigini M ym.: Age-adjusted D-dimer cutoff levels to rule out pulmonary embolism: the ADJUST-PE study. JAMA. 2014 Mar 19;311(11):1117-24

toisaalta

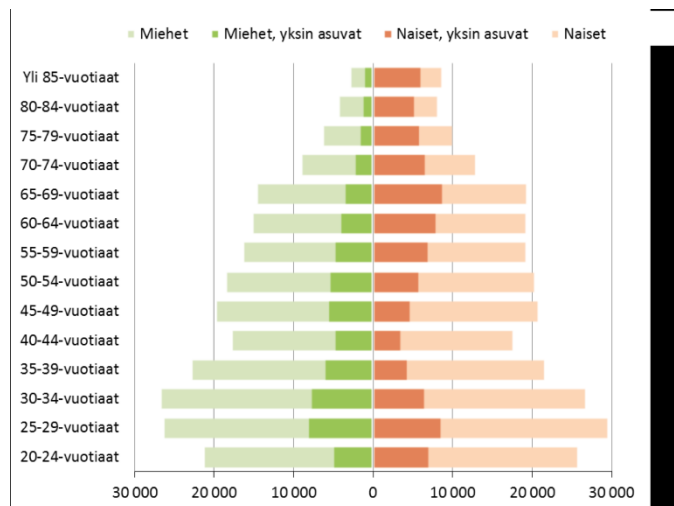
- * CRP ≠ maligniteetti

- * Hb ≠ vanhuus

Sosiaaliset ongelmat: Yksinäisyys

- * Yksi geriatrian jättiläisistä
- * Eriyisongelma kaupungeissa
- * Yhteydessä turvattomuuden tunteeseen, masennukseen, laitoshoitoon joutumiseen, päivystyskäynteihin (Molloy 2010)

”Minä olen siellä kotona ihan yksin”



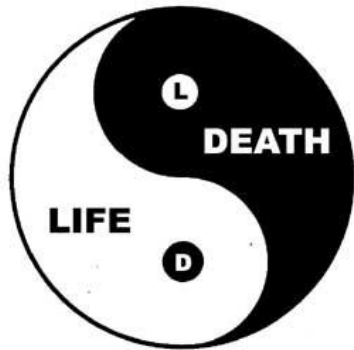
- * Helsingin aikuisista 25 % asuu yksin, >80-vuotiaista 56 %

- * Etenkin >85-vuotiaat naiset asuvat yksin

Lisää sosiaalisia haasteita

- * Huolestuneet omaiset
- * Uupuneet omaishoitajat
- * Potilaan ja kotihoidon erilaiset käsitykset hoidosta
- * Potilaan itsemääräämisoikeuden noudattaminen
- * Hoitolinjauksista päättäminen
- * Hoidosta kieltäytyminen

Miksi akuuttigeriatria: päivystys on tärkeä solmukohta



Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen (Hospitalization-Associated Disability)

- * koskee jopa joka kolmatta iäkästä potilaasta
- * delirium ja immobilisaatio!
 - * kuntouttavasta työotteesta huolimatta potilaat voivat viettää seisten/kävellessä 1 h, istuen 3 h, vuoteessa 20 h/vrk... (Brown CJ ym 2009)
- * masennus, riippuvuus
- * lääkkeiden yhteis- ja haittavaikutukset

Delirium on hengenvaarallinen tilanne

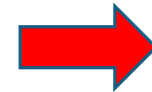
- * lisää sekä sairaalakuolleisuutta että 1 vuoden kuolleisuutta (ad 40 %)
- * pidentää sairaalahoitoa ja laskee toimintakykyä
- * vanhusten hiljainen delirium jää usein tunnistamatta

Deliriumin ehkäisy kannattaa

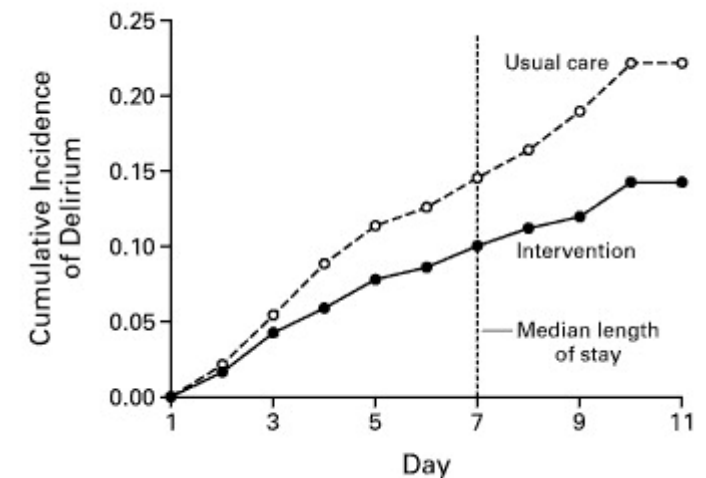
Risk factors for incident delirium

Predisposing	RR	Precipitating	RR
• Vision imp.	3.5	• Restraints	4.4
• Severe illness	3.5	• Malnutrition	4.0
• Dementia	2.8	• >3 new med.s	2.9
• Dehydration	2.0	• Bladder catheter	2.4
		• Iatrogenic event	1.9

Inouye et al, Ann Med 2000;32:257-263



Interventiolla saatiin deliriumin esiintyvyys vähenemään (tavanomainen 15,0% , interventio 9,9%)



HAD:n ehkäisy

- * Geriatrien akuuttiosastojen toiminnan todettu lisäävän kotiutumista ja toimintakyvyn ylläpitoa
- * Suomalaisen geriatrien akuuttiosaston potilaista 19 % päätyi uusintahoitajaksolle 1 kk seurannassa (Jämsen E ym 2015)
- * Hoitoaika 7-10 vrk ennusti pienintä uusintahoitajakson riskiä
- * Muistisairaus ei lisännyt riskiä
- * Riskiä lisäsivät ikä, kotihoidon tarve ja aikaisempi sairaalajakso edeltävän 6 kk:n aikana

Kokonaisvaltaista geriatria arviointia voidaan toteuttaa päivystyksissä

- * Vanhuspotilaan kohdalla koko tiimin ammattitaito käyttöön:
 - * Kotiutushoitaja ja hoitaja
 - * Geriatri tai geriatriorientoitunut lääkäri: toimintakykyarvio, ei sopimattomia lääkkeitä, deliriumin tunnistaminen ja ehkäisevä hoito
 - * Fysioterapeutti
 - * Toimintaterapeutti
 - * Sosiaalityöntekijä
 - * Päihdetyöntekijä
 - * Yhteinen potilastietojärjestelmä!
- lääketiede,
kognitiivinen ja
fyysinen
toimintakyky,
sosiaalinen
toimintakyky,
kotiympäristö
-
- The diagram consists of red arrows pointing from a list of competencies on the right to specific team members in the list on the left. The competencies are: 'lääketiede, kognitiivinen ja fyysinen toimintakyky, sosiaalinen toimintakyky, kotiympäristö'. The team members are: 'Kotiutushoitaja ja hoitaja', 'Geriatri tai geriatriorientoitunut lääkäri: toimintakykyarvio, ei sopimattomia lääkkeitä, deliriumin tunnistaminen ja ehkäisevä hoito', 'Fysioterapeutti', 'Toimintaterapeutti', 'Sosiaalityöntekijä', and 'Päihdetyöntekijä'. Arrows indicate that the physician is responsible for medical, cognitive, and physical aspects; the physiotherapist for physical and functional aspects; the occupational therapist for social and functional aspects; and the substance abuse counselor for the home environment. The nursing/home care staff are also linked to the functional and social aspects.

RESEARCH

Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials

 OPEN ACCESS

Graham Ellis *consultant geriatrician and honorary senior clinical lecturer*¹, Martin A Whitehead *consultant geriatrician*², David Robinson *consultant geriatrician*³, Desmond O'Neill *associate professor of gerontology*⁴, Peter Langhorne *professor of stroke care*⁵

¹Medicine for the Elderly, Monklands Hospital, Airdrie, North Lanarkshire, Scotland, UK; ²Medicine for the Elderly, Wishaw General Hospital, Wishaw, North Lanarkshire; ³Mercer's Institute for Research on Ageing, St James' Hospital, Dublin, Republic of Ireland; ⁴Department of Medical Gerontology, Trinity Centre for Health Sciences, Adelaide and Meath Hospital, Tallaght, Dublin 24, Dublin; ⁵Academic Section of Geriatric Medicine, University of Glasgow, Glasgow, Scotland

Seurannassa (mediaani
12 kk) useammin
kotona: OR 1,16,
p=0,003

Vähemmän
laitoshoitoon
joutumista: OR 0,78,
p<0,001)

Vähemmän
kuolleisuutta ja voinnin
laskua seurannassa:
OR 0,76, p=0,001

Ei vaikutusta
kuolleisuuteen

Ei vaikutusta
kognitioon tai ADL:aan

Ei vaikutusta
uusintahoitajaksoon

Vaikutus hoitopäiviin ei
analysoitavissa

A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the ‘Emergency Frailty Unit’

SIMON PAUL CONROY¹, KHARWAR ANSARI², MARK WILLIAMS², EMILY LAITHWAITE³, BEN TEASDALE², JEREMY DAWSON⁴, SUZANNE MASON⁴, JAY BANERJEE²

¹University of Leicester School of Medicine, Room 540, Clinical Sciences Building Leicester Royal Infirmary, Leicester LE2 7LX, UK

²Emergency Medicine, University Hospitals of Leicester, Leicester, Leicestershire, UK

³Geriatric Medicine, University Hospitals of Leicester, Leicester, Leicestershire, UK

⁴SCHARR, University of Sheffield, Sheffield, UK

Address correspondence to: S. P. Conroy. Tel: +44 (0)116 258 7635; Fax: +44 (0)116 258 6737. Email: spc3@le.ac.uk

Emergency Decisions Unit ...

- run by emergency physicians
- well integrated into the main ED
- emergency physicians, nurses, physiotherapists, occupational therapists and ‘primary care coordinators’

Primary care coordinators are nurses with a background in community care who assess older people according to the domains of CGA (medical diagnoses, medication, problem list, mental health, basic and instrumental activities of daily living, social circumstances, environmental issue and spirituality)

Emergency Frailty Unit

- geriatricians 08.00–18.00, 7 days a week
- care pathways
- integration of geriatric medicine and emergency medicine through shared clinical assessments and decision-making, joint governance meetings and joint education and training meetings.
- focus on older people likely to be discharged home within 24 h
- care pathways between secondary care and primary and/or social care
- vertically integrated care pathways for frail older people

Table 1. Mean monthly patterns of emergency department attendance 2010–12

Mean monthly figure	Age category	Control group (%)	Transition period (%)	Intervention group
ED conversion rate	16–64	1,592/6,983 (22.8)	1,491/6,620 (22.5)	1,166/6,720 (17.4)
	65–74	348/716 (48.6)	352/715 (49.2)	338/775 (43.6)
	75–84	507/830 (61.1)	529/857 (61.7)	520/962 (54.1)
	85+	444/638 (69.6)	463/672 (68.9)	461/753 (61.2)
Seven days readmission rate (all attendees)	16–64	536/6,983 (7.7)	467/6,620 (7.1)	439/6,720 (6.5)
	65–74	40/716 (5.6)	38/715 (5.3)	35/775 (4.5)
	75–84	38/830 (4.6)	37/857 (4.3)	37/962 (3.8)
	85+	30/638 (4.7)	28/672 (4.2)	25/753 (3.3)
Thirty day readmission rate (all attendees)	16–64	938/6,983 (13.4)	813/6,620 (12.3)	731/6,720 (10.9)
	65–74	80/716 (11.2)	77/715 (10.8)	67/775 (8.6)
	75–84	95/830 (11.4)	94/857 (11.0)	85/962 (8.8)
	85+	79/638 (12.4)	77/672 (11.5)	69/753 (9.2)
Ninety day readmission rate (all attendees)	16–64	1,451/6,983 (20.8)	1,296/6,620 (19.6)	1,172/6,720 (17.4)
	65–74	135/716 (18.9)	131/715 (18.3)	130/775 (16.8)
	75–84	181/830 (21.8)	177/857 (11.0)	176/962 (18.3)
	85+	166/638 (26.0)	147/672 (21.9)	150/753 (19.9)

Lääkärin selvitettävä toimintakyky päivystyksessä

Ulkopuolisen avun tarve	Ryhmäkoti, palvelutalo, kotihoito, omatoiminen
----------------------------	---

Liikuntakyky	Apuvälineet, kävelymatka, siirtymiset
--------------	---

Muisti	Muistisairaus, MMSE
--------	------------------------

Ruokailu	Tuettu, omatoiminen
----------	------------------------

Lääkitys	Tuettu, omatoiminen
----------	------------------------



- * Auttavat arvioimaan potilaalle sopivia hoitomuotoja
- * Auttavat arvioimaan pelastettavana olevaa toimintakykyä

Seulojen käyttö

- * *Identification of Seniors at Risk* : säännöllisen avun tarve ennen ja nyt, sairaalahoito 6 kk aikana, näkökyky, muisti, > 3 lääkettä
- * *Triage Risk Screening Tool*: muisti, kävelyvaikeus/kaatuilu, > 5 lääkettä, ppkl-käynti 1 kk/sairaalahoito 3 kk aikana, hoitajan arvio sosiaalisista ongelmista
- * Suomalaisessa aineistossa ISAR ennusti yli 75-v päivystyspotilaiden uusintakäyntejä ja TRST kuolemanriskiä (Tolonen K ym 2015)
- * Hollantilaisessa aineistossa ISAR-tuloksen kuolemanriskin *negatiivinen* PV 0.96, PVP huonompi (de Gelder J ym 2015)
- * Meta-analyysissä (Yao J-L ym 2015) ”ISAR has some clinical value although the prognostic performance is not very satisfactory”

Miksi akuuttigeriatria: katsaus nykytilanteeseen



Päivystyksen benchmarking Akuuttigeriatrian kartoitus

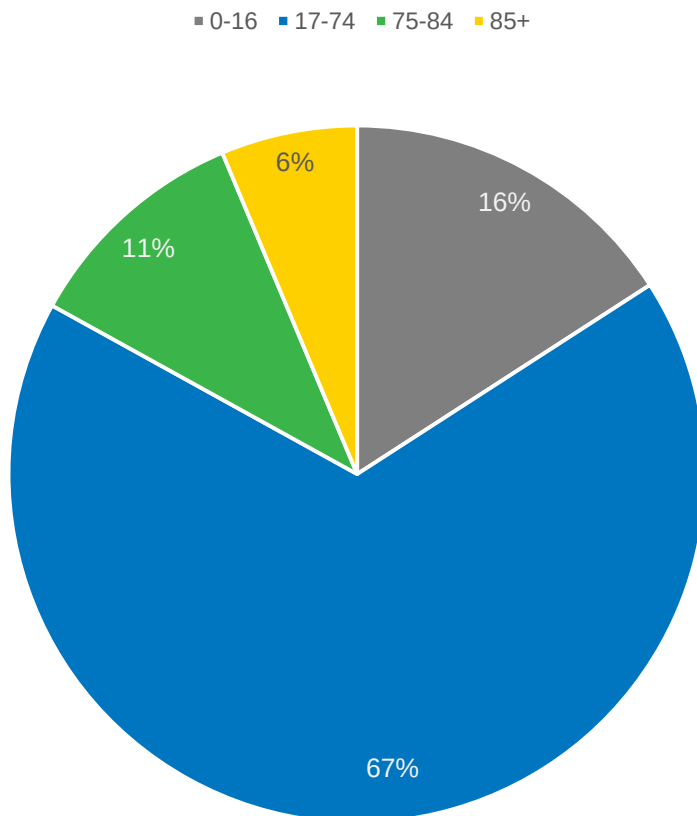
Kaisa Pohjonen ja Tomi Malmström

Syyskuu 2016

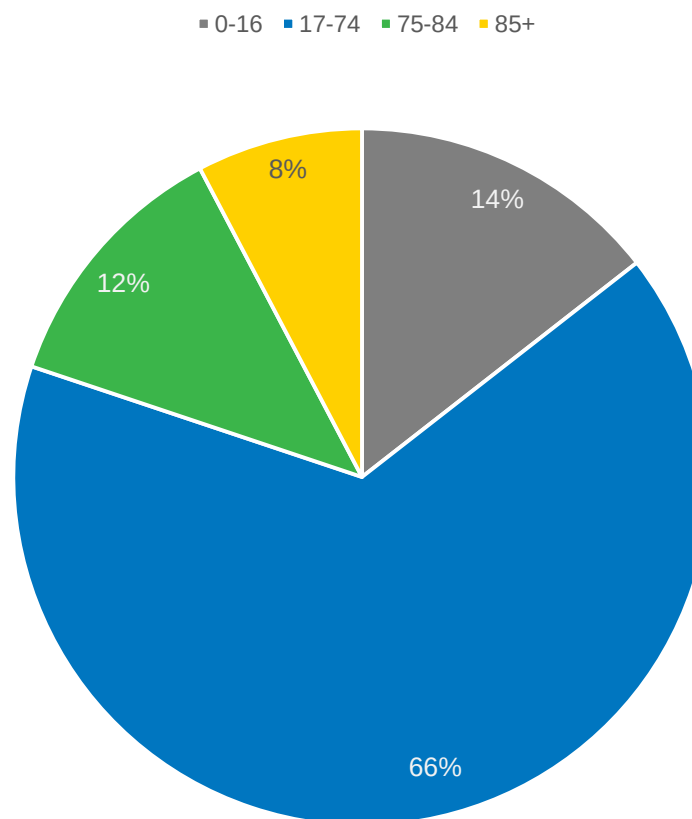
Päivystyspoliklinikan potilaat ja käynnit

7/2015–6/2016, Eksote, ESSHP, Hki Haartman, Hki Malmi, HUS Jorvi, Kainuu, KSSHP, LSHP, PKSSK, PPSHP, PSHP, SatSHP, VSHP, SSHP

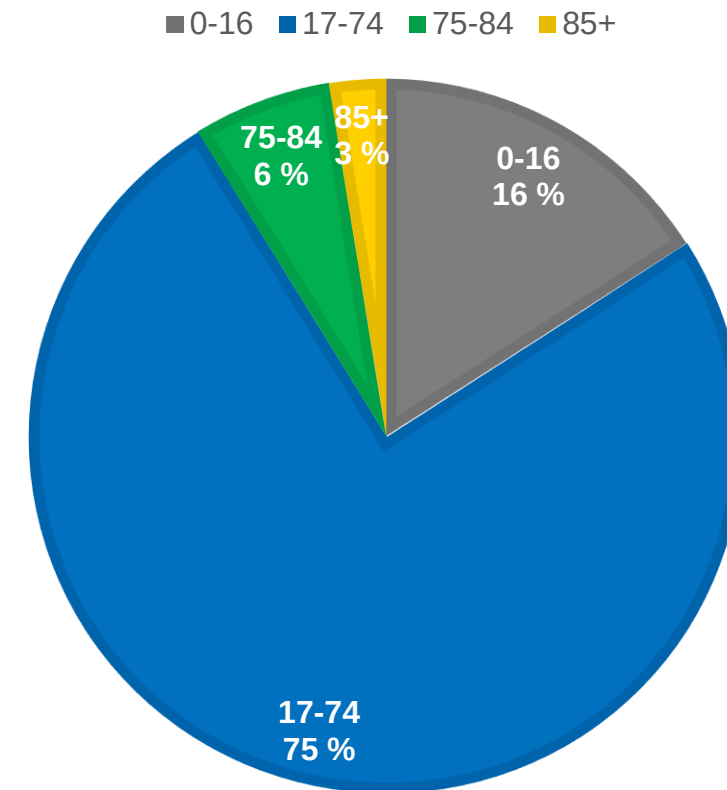
Päivystyspotilaiden jakautuminen ikäryhmiin



Päivystyskäyntien jakautuminen ikäryhmiin



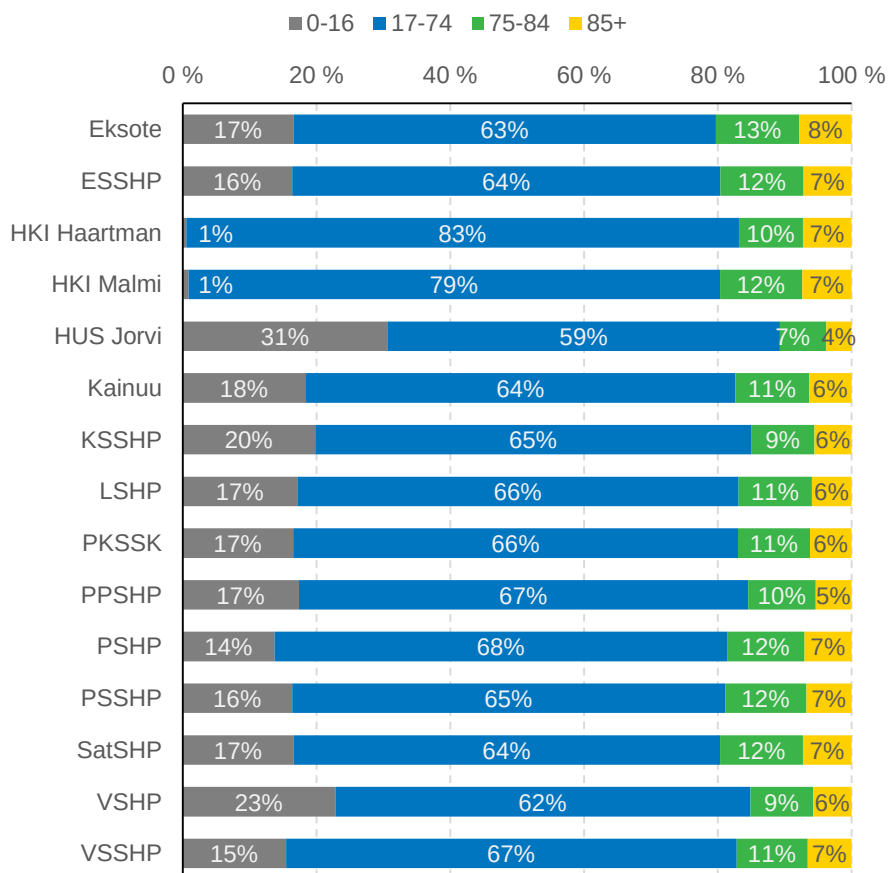
Suomen väestö, ikärakenne 31.12.2015



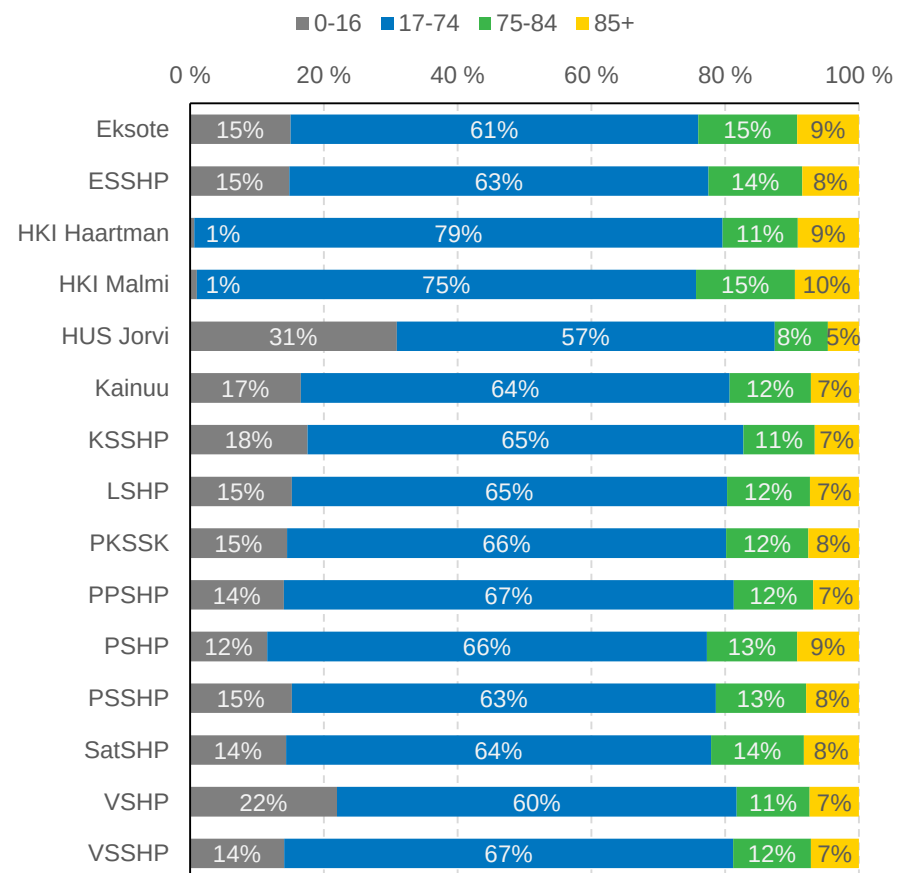
Päivystyspoliklinikan potilaat ja käynnit

7/2015–6/2016

Päivystyspotilaiden jakautuminen ikäryhmiin

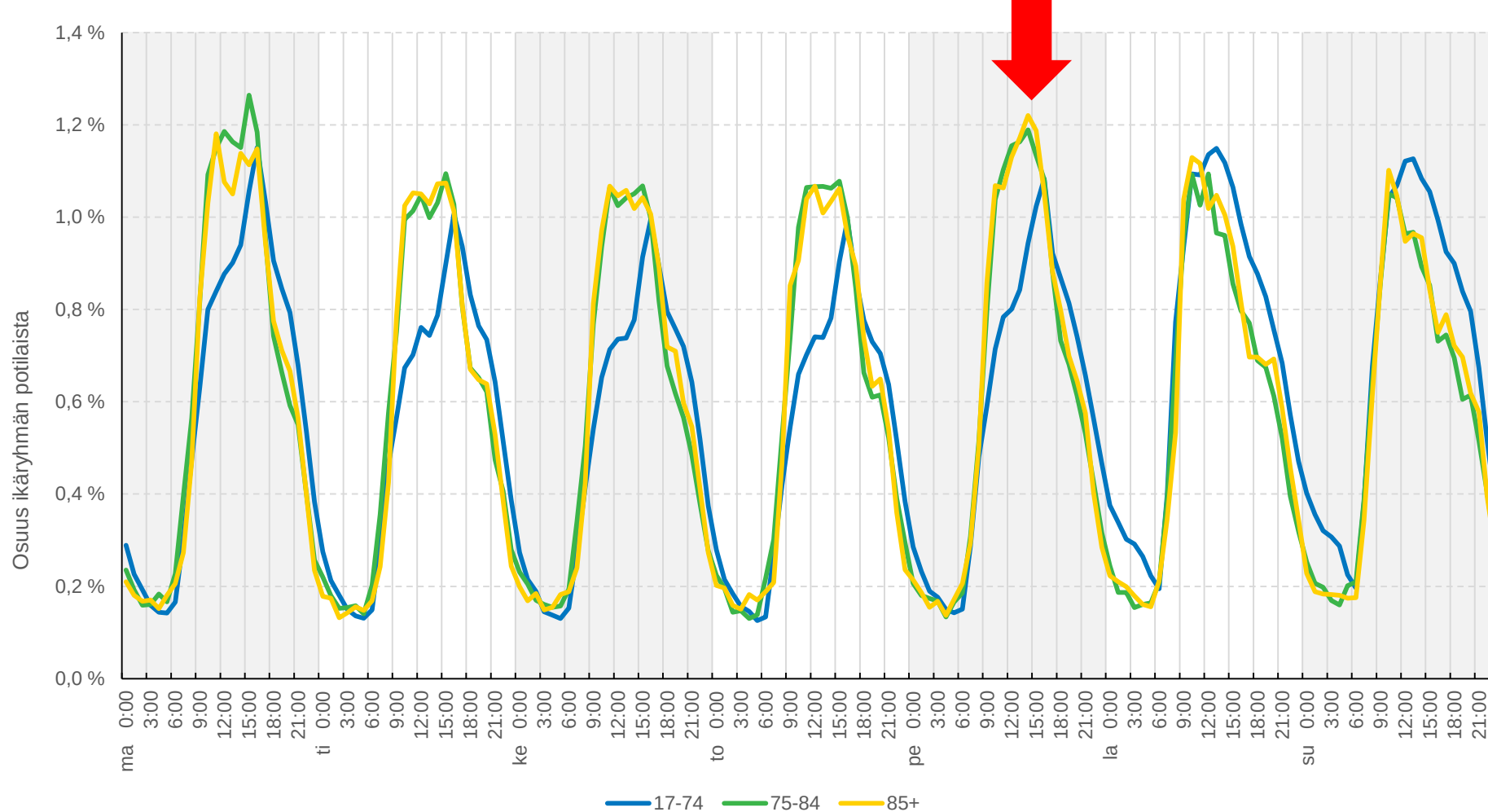


Päivystyskäyntien jakautuminen ikäryhmiin



Saapuminen päivystykseen

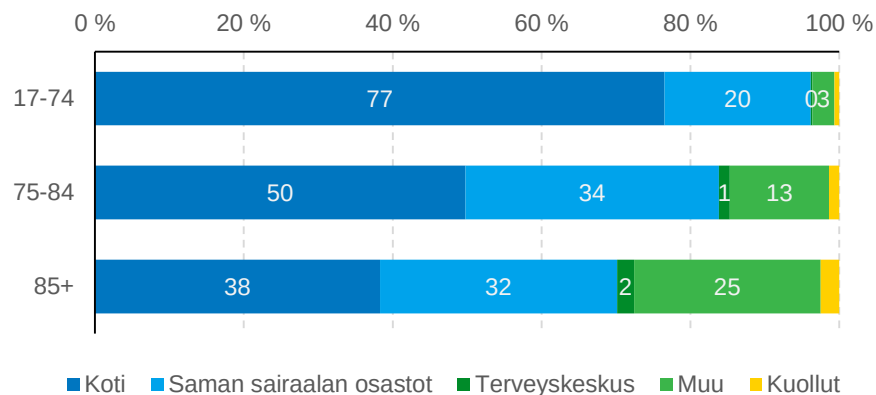
Viikot 27/2015–25/2016 (29.6.2015–26.6.2016)



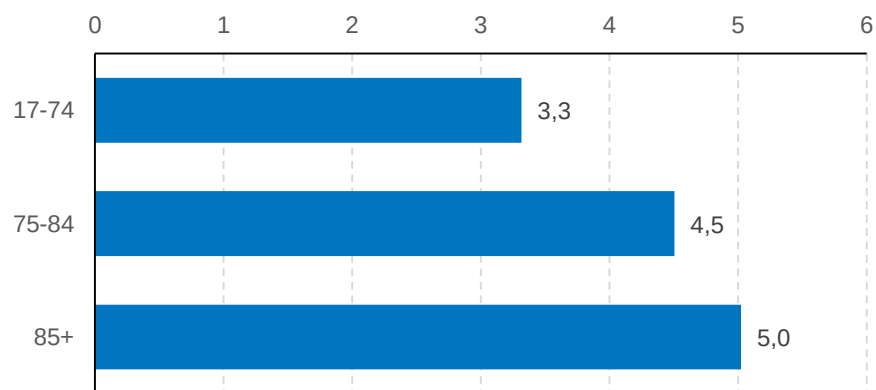
Jatkohoito ja läpimenoaika

7/2015–6/2016

Jatkohoitoa paikkojen osuudet ikäryhmittäin



Läpimenoaika ikäryhmittäin (tuntia)



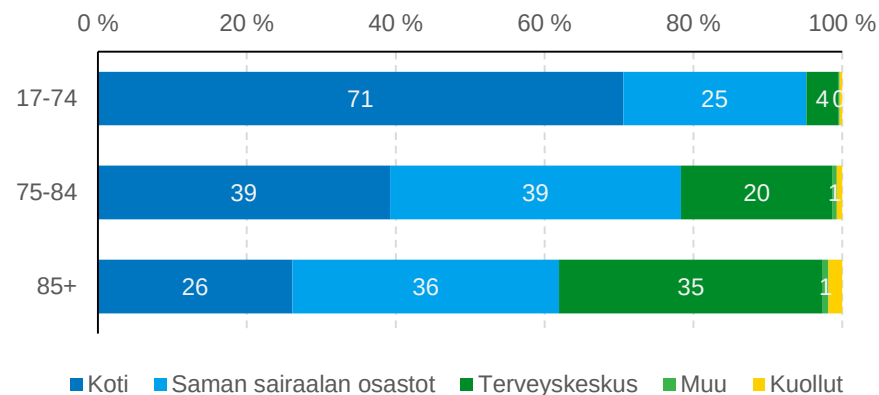
Läpimenoaika ikäryhmittäin ja jatkohoitoa paikoittain (tuntia)



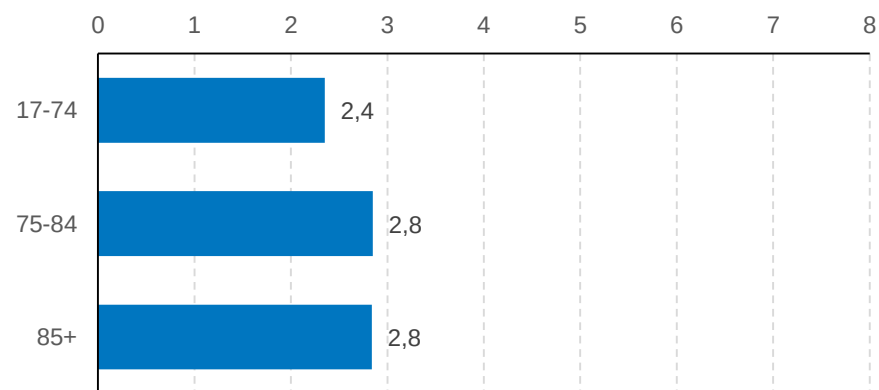
Jatkohoito ja läpimenoaika

KSSHP, 7/2015–6/2016

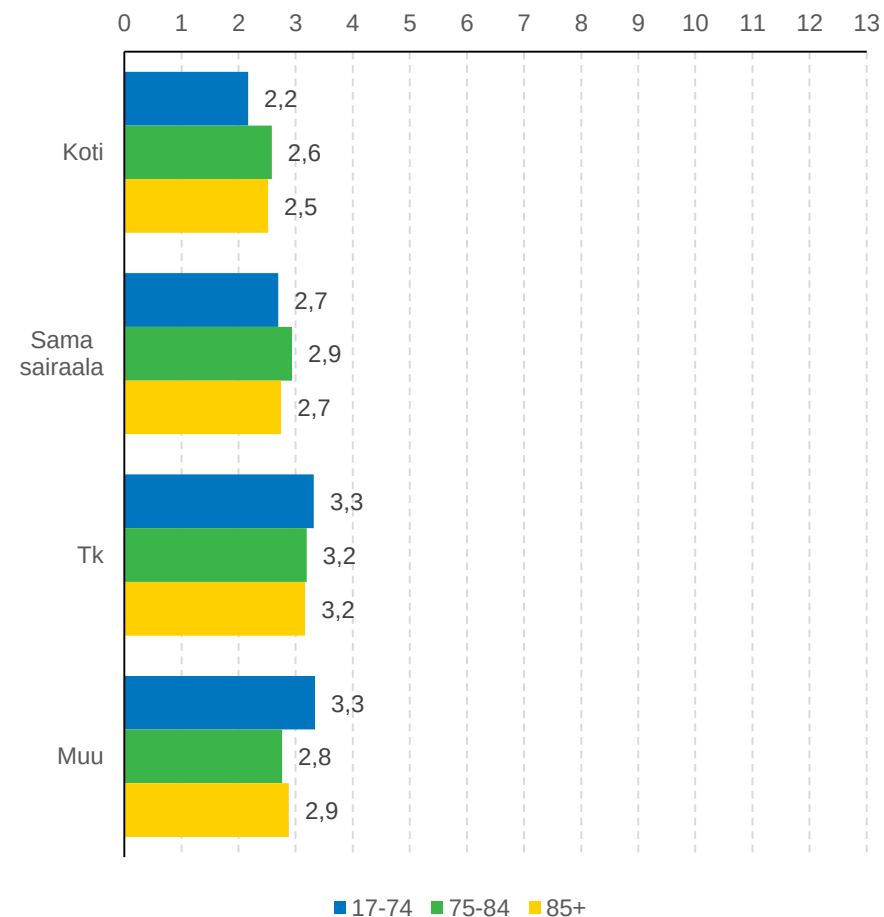
Jatkohoitoa paikkojen osuudet ikäryhmittäin



Läpimenoaika ikäryhmittäin (tuntia)



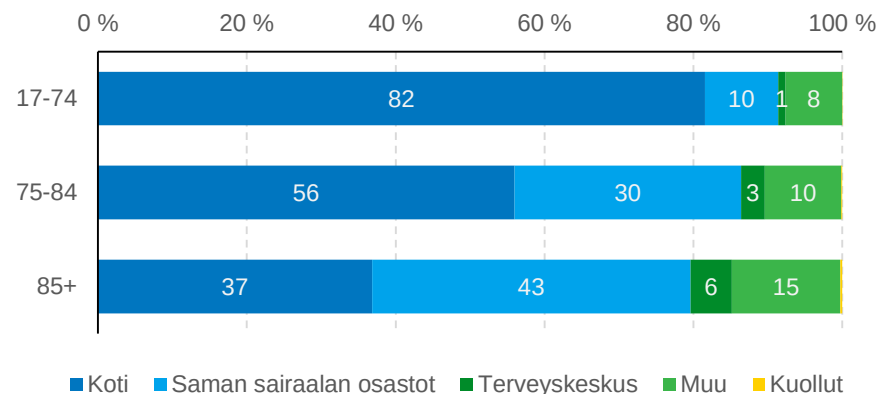
Läpimenoaika ikäryhmittäin ja jatkohoitopaikoittain (tuntia)



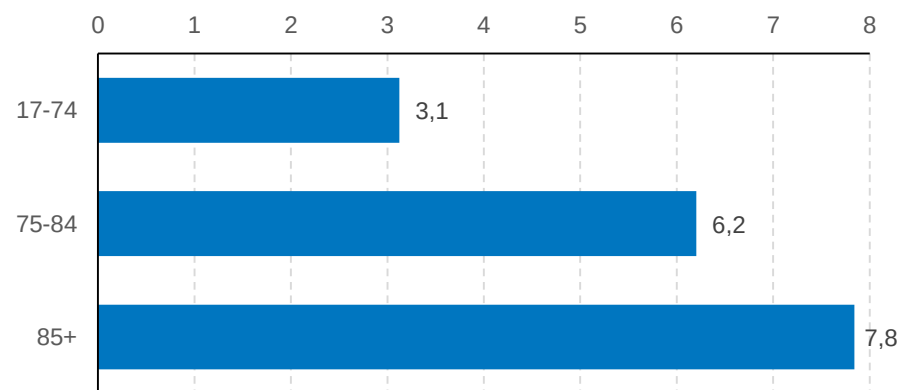
Jatkohoito ja läpimenoaika

HKI Haartman, 7/2015–6/2016

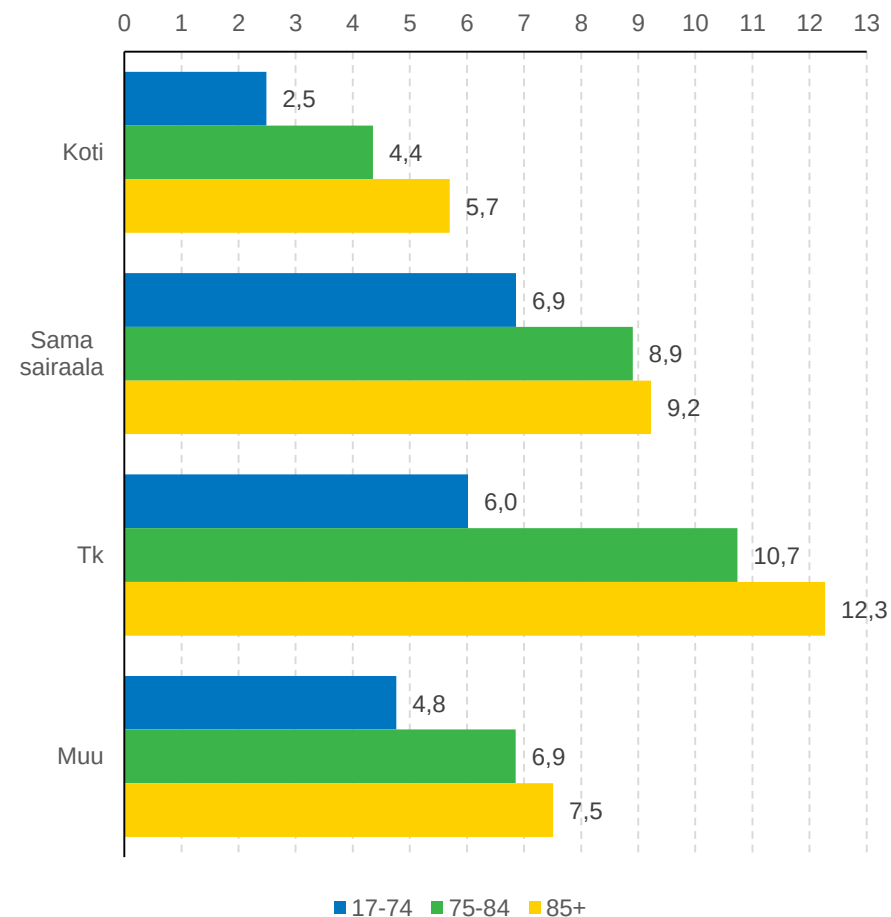
Jatkohoitoaikojen osuudet ikäryhmittäin



Läpimenoaika ikäryhmittäin (tuntia)



Läpimenoaika ikäryhmittäin ja jatkohoitopaikoittain (tuntia)



Miksi akuuttigeriatria: Kaikkien on oltava valmiita

Geriatrisystävällinen päivystys sopii kaikille

- * ei oire, ei diagnoosi, vaan potilas
 - * selkeä ja rauhallinen ympäristö
 - * kunnioittava ja ystävällinen asenne
 - * moniammatillisuus
 - * immobilisaation välttäminen
 - * yhteiset potilastietojärjestelmät!
-
- * erillisiä geriatria päivystyksiä ei kannattane perustaa – taloustilanne ,
hoidon tasa-arvoisuus, tuleva ikärakenteen muutos

Miksi akuuttigeriatria: GEM

European Curriculum of GEM



European Curriculum of Geriatric Emergency Medicine (ECGEM)

Produced by the European Task Force on Geriatric Emergency Medicine (ETFGEM).
With the collaboration of the European Society for Emergency Medicine (EuSEM) and the European Union of Geriatric Medicine Society (EUGMS).

Chairs:

Abdelouahab Bellou, Professor of Emergency Medicine, MD, PhD, Chair of the Section of Geriatric Emergency Medicine of EuSEM.

Simon Conroy, Honorary Professor of Geriatric Medicine, MD, PhD, Chair of the Geriatric Emergency Medicine Interest Group of EUGMS.

Members of the ETFGEM:

EuSEM: Jay Banerjee (UK), Abdelouahab Bellou (FR/USA, Chair), Olivier Ganancia (FR), Alexandre Jeleef (FR), Christian Nickel (SW), Marc Sabbe (BE), Richard Wolfe (USA).

EUGMS: Anna Björg Jónsdóttir (IS), Simon Conroy (UK, Chair), Maria Fernandez (ES), F. Javier Martín-Sánchez (ES), Simon Mooijaart, (NL), Fredrik Sjöstrand (SE), Regina Roller-Wirnsberger (AU).

Introduction: This curriculum is intended to outline competencies that will be relevant to the care of older people (>65 years of age) especially those with frailty, in emergency care including pre-hospital care and in emergency departments. This curriculum should be used in conjunction with the European Curriculum for Emergency Medicine (in due course ECGEM will be incorporated into the wider curriculum).

Published: April 2016

European Curriculum of Geriatric Emergency Medicine (ECGEM) April 2016

1

- * Eurooppalainen akuuttigeriatrian curriculum julkaistiin 4/2016

<http://www.eugms.org/research-cooperation/special-interest-groups/geriatric-emergency-medicine.html>

- * Tarkoitus käyttää akuuttilääketieteen curriculumin kanssa

<http://www.eusem.org/curriculumofem/>

- * EUGMS:n GEM SIG ottaa mielellään vastaan uusia jäseniä: pj Simon Conroy, spc@leicester.ac.uk

- * SAGY on suomalainen moniammatillinen akuuttigeriatrian yhdistys, www.akuuttigeriatria.fi, hallitus@akuuttigeriatria.fi

ECGEM - poimintoja

Potilaan arvio

- * to understand the risk of under-triage in older people
- * to understand the importance of obtaining an accurate medication history
- * to recognise the importance of capturing the home environment
- * to ensure that every patient has careful assessment, not based on age

Potilaan tutkiminen ja hoito

- * to be able to adapt communication in older people
- * document history from nursing homes
- * generate an age-specific differential diagnosis for patients presenting with general weakness, immobility, dizziness, falls, or altered mental status

ECGEM - poimintoja

Potilaan tutkiminen ja hoito

- * to understand the danger of labelling /diagnosing older people as having "social admissions", as these patients will often have complex ..factors
- * to be able to undertake an assessment of Basic and Extended ADL
- * to appreciate the importance of home circumstances on functional ability

Potilaan tutkiminen ja hoito

- * injuries tend to be under-recognised and traumatic brain injury masked

ECGEM - poimintoja

Geriatriset oireyhtymät

- * to be able to use a framework for assessment of falls
- * to be aware of the importance of a medication review in people with falls
- * assess and document current mental status – special attention to possible delirium

Geriatriset oireyhtymät

- * assess and correct factors causing agitation: pain, hypoxia, hypoglycaemia, restraints
- * describe a range of non-pharmacological approaches to the management of agitation

ECGEM - poimintoja

CGA

- * to be able to describe the domains of CGA: medical, psychological/cognitive, functional, social, environmental issues

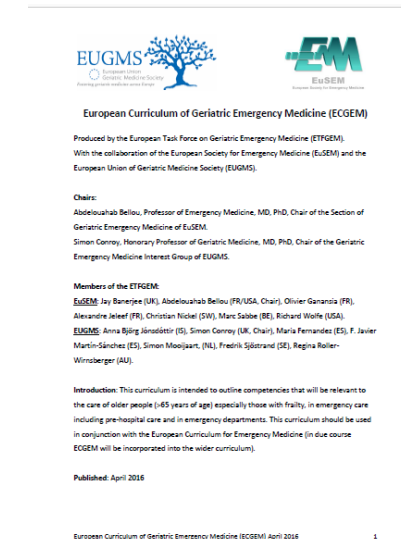
Hoitoriskit ja hoidon valinta

- * implement measures to protect older people from iatrogenic complications
- * to be able to determine when escalation of care is indicated and when it may not be appropriate (within a multidisciplinary team, incorporating patient preferences)

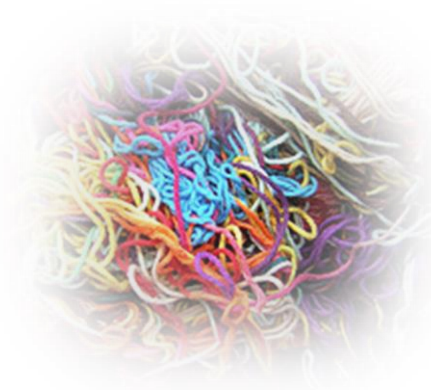
ECGEM - poimintoja

Jatkohoito

- * To assess and document suitability for discharge considering the ED diagnosis, including cognitive function, the ability in ambulatory patients to ambulate safely, availability of appropriate nutrition/social support, and the availability of access to appropriate follow-up therapies



Vanhuspotilas voi näyttäytyä ongelmavyyhtinä



Ongelmien nimeäminen ei aina auta



Ongelmanratkaisu vaatii räätälöintiä ja luovuutta



Kiitos!