

Urogeriatri

Lisbeth Rygaard Jensen

Speciallæge i geriatri

Medicinsk afdeling, Herlev-Gentofte Hospital

Herlev og Gentofte Hospital



Program

- Hvad er geriatri?
- Urogeriatrisk samarbejde
- Geriatrisk vurdering
- Delir
- Polyfarmaci
- Spørgsmål

Her fejrer 100-årig sin fødselsdag med faldskærmsudspring

Vernon Maynard er lige blevet 100 år gammel, og det fejrede han ved at springe i faldskærm



Vernon Maynard er lige blevet 100 år gammel, og det fejrede han ved at springe i faldskærm (Billede: Polfoto)



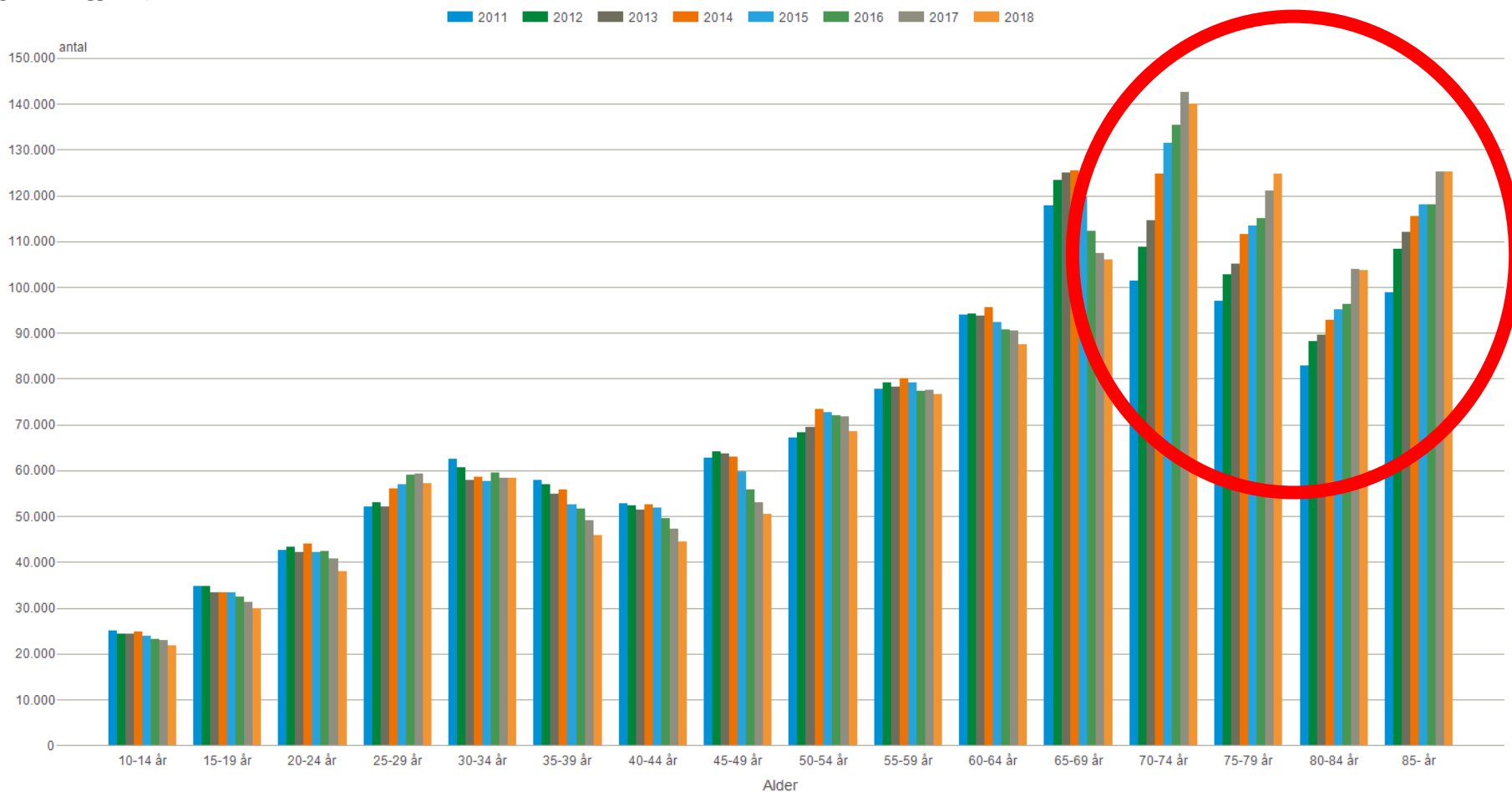
Herlev og Gentofte Hospital



Herlev og Gentofte Hospital

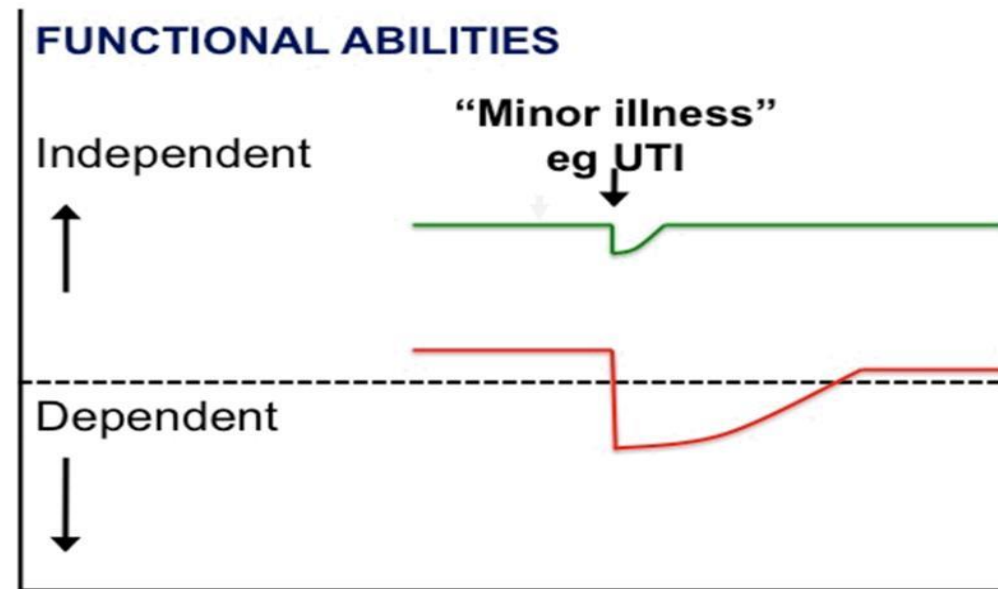
Indlæggelser, sengedage og indlagte patienter

Nøgletal: Indlæggelser | Område: Hele landet



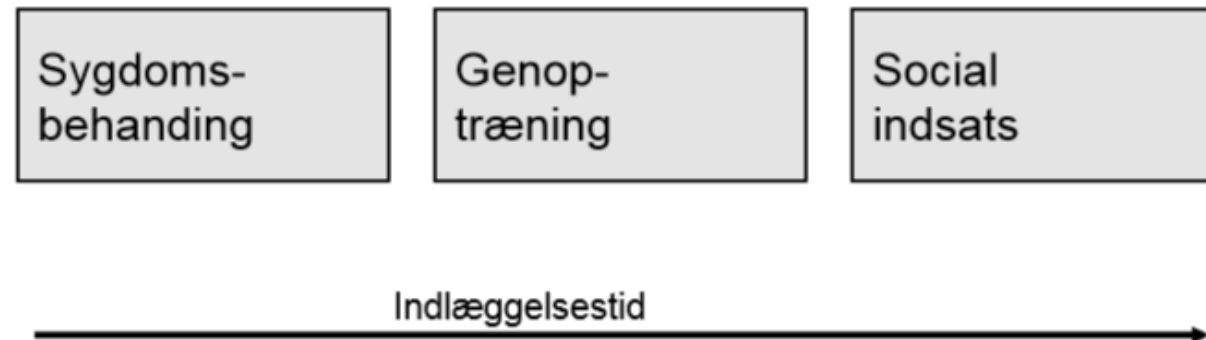
Hvad er Geriatri?

Ældre-medicin



Mål: helbrede den akutte tilstand, øge livskvaliteten og sikre uafhængigheden

GERIATRI før og nu



Urogeriatri – findes det?

Resultater:

Signifikant:

- Reduceret indlæggelsestiden
- Lavere antal postoperative komplikationer

Tendens:

- Færre aflysninger af operationer
- Færre genindlæggelser indenfor 30 dage

Evaluation and establishment of a ward-based geriatric liaison service for older urological surgical patients: Proactive care of Older People undergoing Surgery (POPS)-Urology

Philip Braude*, Anna Goodman†, Tania Elias*, Gordana Babic-Illman*, Ben Challacombe*, Danielle Harari*·‡ and Jugdeep K. Dhesi*·‡

*Department of Ageing and Health, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, †Faculty of Epidemiology and Population Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, and ‡Division of Health and Social Care Research, Kings College London, London, UK

Objective

To assess the impact of introducing and embedding a structured geriatric liaison service, Proactive care of Older People undergoing Surgery (POPS)-Urology, using comprehensive geriatric assessment methodology, on an inpatient urology ward.

Patients and Methods

A phased quality improvement project was undertaken using stepwise interventions. Phase 1 was a before-and-after study with initiation of a daily board round, weekly multidisciplinary meeting, and targeted geriatrician-led ward rounds for elective and emergency urology patients aged ≥ 65 years admitted over two 1-month periods. Outcomes were recorded from medical records and discharge documentation, including length of inpatient stay, medical and surgical complications, and 30-day readmission and mortality rates. Phase 2 was a quality improvement project involving Plan-Do-Study-Act cycles and qualitative staff surveys in order to create a Geriatric Surgical Checklist (GSCL) to standardize the intervention in Phase 1, improve equity of care by extending it to all ages, improve team-working and streamline handovers for multidisciplinary staff.

Results

Phase 1 included 112 patients in the control month and 130 in the intervention month. The length of inpatient stay was reduced by 19% (mean 4.9 vs 4.0 days; $P = 0.01$), total

postoperative complications were lower (risk ratio 0.24 [95% confidence interval 0.10, 0.54]; $P = 0.001$). A non-significant trend was seen towards fewer cancellations of surgery (10 vs 5%; $P = 0.12$) and 30-day readmissions (8 vs 3%; $P = 0.07$). In Phase 2, the GSCL was created and incrementally improved. Questionnaires repeated at intervals showed that the GSCL helped staff to understand their role better in multidisciplinary meetings, improved their confidence to raise issues, reduced duplication of handovers and standardized identification of geriatric issues. Equity of care was improved by providing the intervention to patients of all ages, despite which the time taken for the daily board round did not lengthen.

Conclusion

This is the first known paper describing the benefits of daily proactive geriatric intervention in elective and emergency urological surgery. The results suggest that using a multidisciplinary team board round helps to facilitate collaborative working between surgical and geriatric medicine teams. The GSCL enables systematic identification of patients who require a focused comprehensive geriatric assessment. There is potential to transfer the GSCL package to other surgical specialties and hospitals to improve postoperative outcomes.

Keywords

aged, frail elderly, geriatrics, interdisciplinary communication, peri-operative care, urology

Introduction

The demand for urological surgical intervention in older people is growing, with two-thirds of urological inpatients being aged >65 years [1,2]. The benefits of urological surgery

for older people include improving symptoms and quality of life, as well as reducing mortality; however, the older population remains at higher risk of adverse medical and surgical postoperative complications, resulting in mortality, morbidity, functional decline, longer length of hospital stay

Do Surgical Trainees Believe They Are Adequately Trained to Manage the Ageing Population? A UK Survey of Knowledge and Beliefs in Surgical Trainees

D.J.H. Shipway, MA, BM, BCh, MRCP(UK),^{*} J.S.L. Partridge, MBChB, MSc, MRCP(UK),^{*,†}
C.R. Foxton, MA, BM, BCh, MRCS, DO-HNS,[‡] B. Modarai, MBBS, PhD, FRCS,[§]
J.A. Gossage, MBBS, BSc, MS, FRCS,^{||} B.J. Challacombe, MBBS, BSc, MS, FRCS,[¶]
C. Marx, CBE, DL, PRCS,^{*,††} and J.K. Dhesi, MBChB, PhD, FRCP(London)^{*}

OBJECTIVE: Increasing numbers of older patients are undergoing surgery. Older surgical patients are at a higher risk of perioperative complications and mortality. Multimorbidity, frailty, and physiological changes of ageing contribute to adverse outcomes. These complications are predominantly medical, rather than directly surgical. Guidelines recommend preoperative assessment of comorbidity, disability, and frailty in older patients undergoing surgery and closer perioperative collaboration between surgeons and geriatricians. We conducted a survey to assess knowledge and beliefs of surgical trainees toward common perioperative problems encountered in older surgical patients.

DESIGN: Paper-based survey.

SETTING: Unselected UK surgical training-grade physicians (CT1-ST8) attending the 2013 Congress of The Association of Surgeons of Great Britain and Ireland, Glasgow, UK, May 1-3, 2013.

Source of funding: D.J.H.S. was funded by Guy's and St Thomas' Charity. There has been no previous publication or communication of this data to any society or meeting.
This survey was registered with Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust research department but was found not to require ethics committee approval.
Correspondence: Inquiries to DJH Shipway, MA, BM, BCh, MRCP(UK), Department of Ageing and Health, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, Guy's Hospital, Great Maze Pond, London SE1 9RT, UK. *Present address:* Imperial College NHS Trust, Department of Medicine for the Elderly, St Mary's Hospital, Praed Street, Paddington, London W2 1NY, UK; e-mail: shipway@doctors.net.uk

PARTICIPANTS: A total of 160 eligible UK surgical trainees attending the conference were invited to participate in the survey. Of them, 157 participated.

RESULTS: Of the trainees, 68% ($n = 107$) reported inadequate training and 89.2% ($n = 140$) supported the inclusion of geriatric medicine issues in surgical curricula. Of the respondents, 77.2% ($n = 122$) were unable to correctly identify the key features required to demonstrate mental capacity, and only 3 of 157 respondents were familiar with the diagnostic criteria for delirium. Support from geriatric medicine was deemed necessary (84.7%, $n = 133$) but often inadequate (68.2%, $n = 107$). Surgical trainees support closer collaboration with geriatric medicine and shared care of complex, older patients (93.6%, $n = 147$).

CONCLUSIONS: UK surgical trainees believe that they receive inadequate training in the perioperative management of complex, older surgical patients and are inadequately supported by geriatric medicine physicians. In this survey sample, trainee knowledge of geriatric issues such as delirium and mental capacity was poor. Surgical trainees support the concept of closer liaison and shared care of complex, older patients with geriatric medicine physicians. Changes to surgical training and service development are needed. (J Surg ■■■■-■■■, © 2015 Association of Program Directors in Surgery. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.)

Urogeriatrik projekt

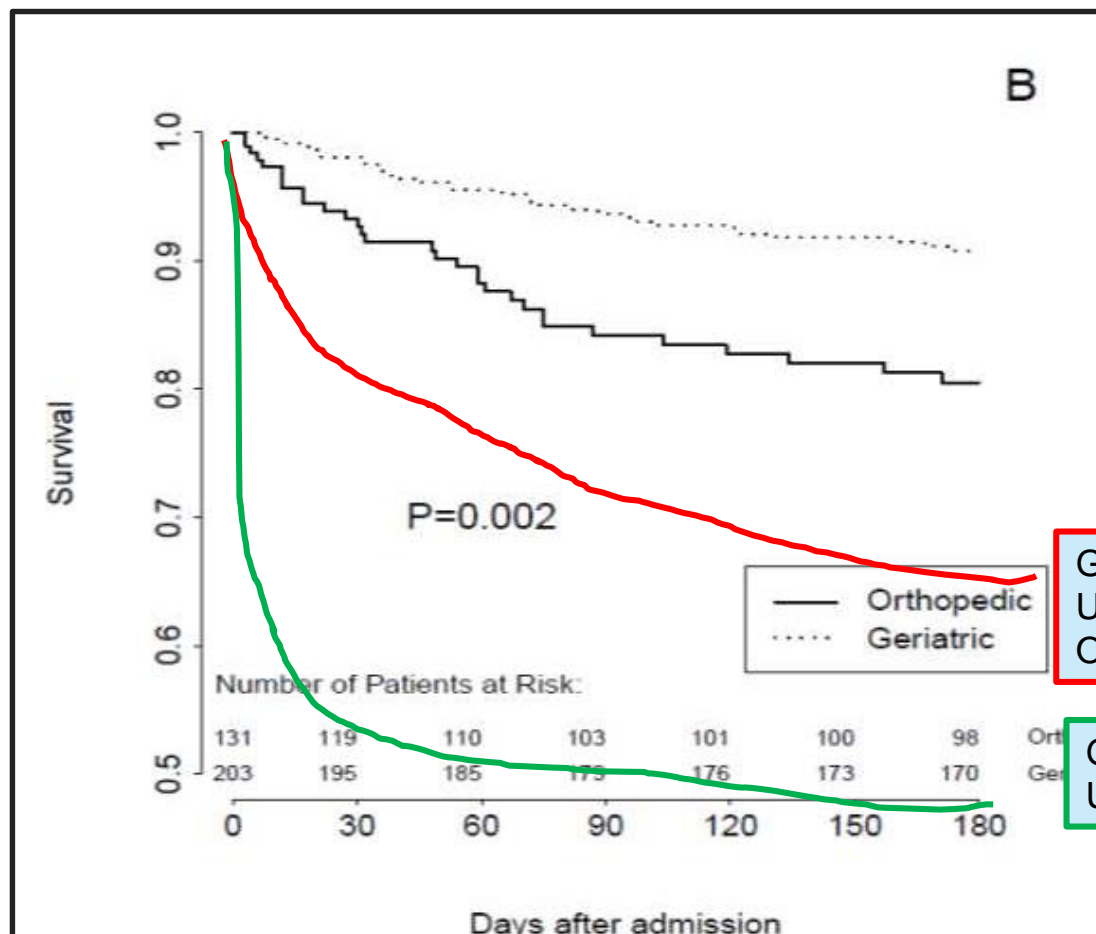
1 geriatrik læge til stuegang 2 formiddage om ugen i ca. 3 måneder

- Afklaring af behovet
- Forsøge om samarbejdet fungerede
- Afprøve formen
- Løbende evaluering med vores afdelingsledelser

JA! Det giver mening!

Urogeriatri – permanent løsning

- 1 geriater hver tirsdag og torsdag til stuegang.
 - Ser ca.6 skrøbelige patienter hver gang
 - Tavlemøde til afklaring af relevante patienter
 - Fortsat evaluering og udvikling af samarbejdet

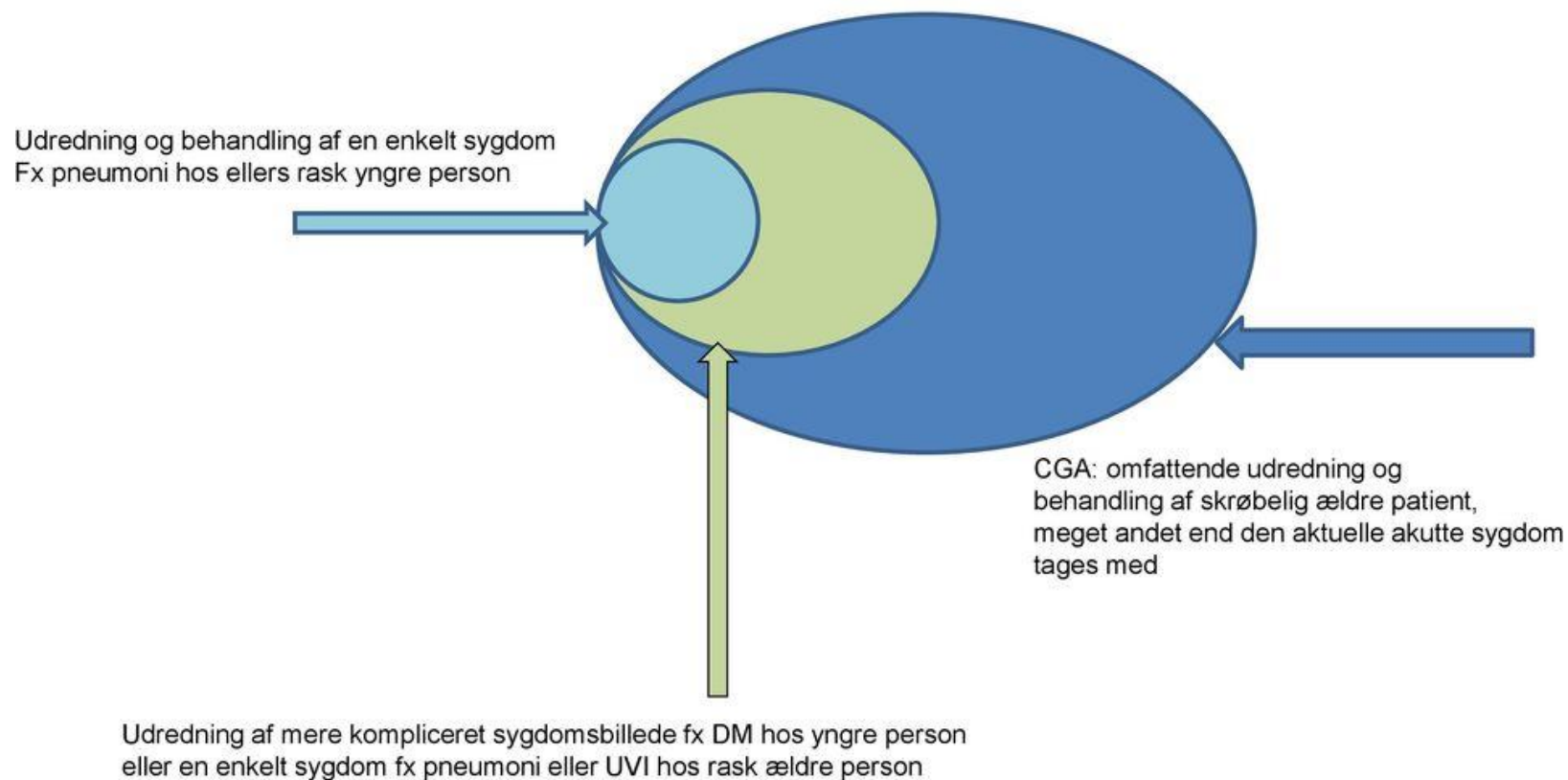


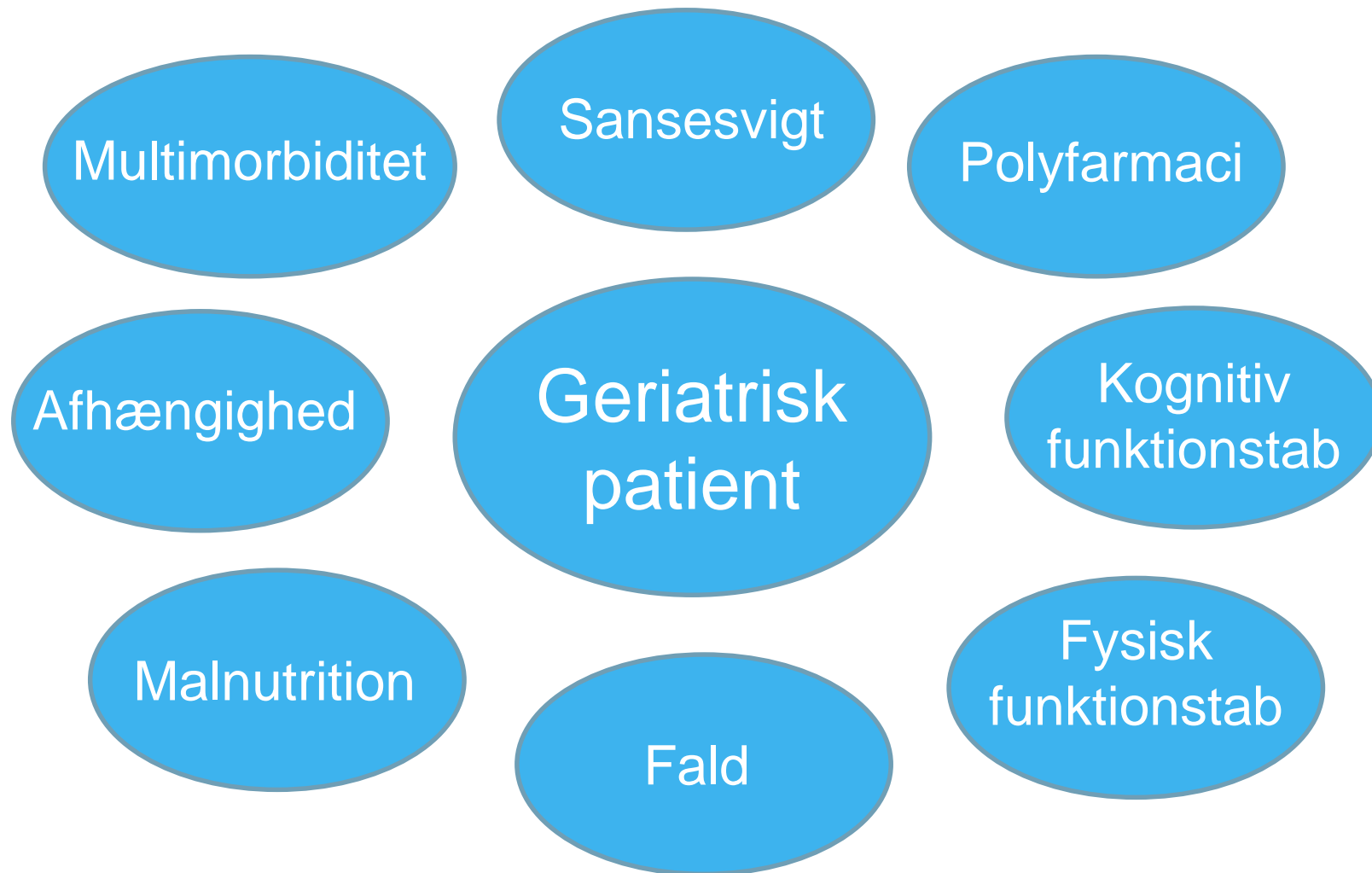
GERIATER DER
UDFØRER
ORTOPÆDKIRURGI

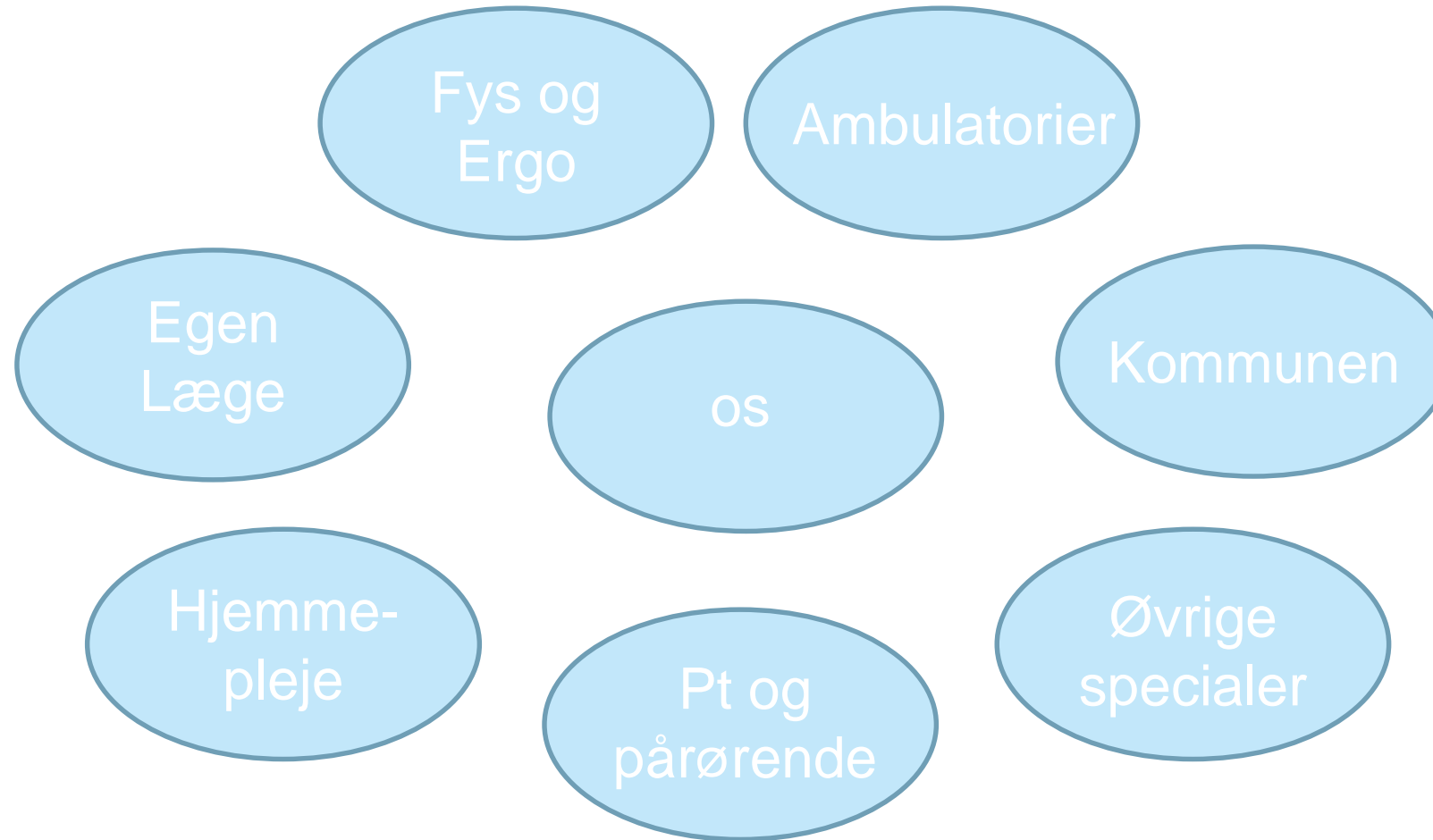
GERIATER DER
UDFØRER ANÆSTESI

CGA – comprehensive geriatric assessment

Hvad er forskellen på CGA og anden lægelig udredning og behandling?







Formål med CGA til indlagte patienter

- Bedst muligt udrede og behandle den ældre patient
- Forebygge komplikationer fx delir og fald
- Forebygge yderligere funktionstab
- Sikre god udskrivelse med plan for opfølgning

Case: Torben 74 år

- Indlagt pga makroskopisk hæmaturi og urinretention på 2 L.
- Tidligere:
 - Apoplexia cerebri uden sequelae
 - Hypertension
 - LUTS problematik, nyligt amb. udredning, hvor man fandt 1800 ml residualurin. Flexcystoskopi som var ia. CT urografi med højresidigt konkrement. Afviste selv yderligere udredning og KAD.
 - MRSA positiv

Ved indlæggelsen

- Afebril, lettere inficeret med CRP 59 og leukocytter 15, neutrofile 13
- Kreatinin forhøjelse til 270, plejer at have normal nyrefunktion
- ”Svært at optage fuld anamnese, da patienten er forvirret”
- Anlagt KAD pga urinretention på 2 L

- Opstartes i væskebehandling og indlægges

De næste timer og dage

- Hypotensiv og tiltagende forvirret
 - Rp. mere iv væske
 - Rp. iv antibiotika
 - Rp. Serenase 2,5 mg pn max dosis 20 mg i døgnet
 - Rp. Morfin pn
 - Rp. Oxapax 7,5 mg pn

- Ikke sovet mere end max 20 min sammenhængende trods serenase og oxapax
- Sengeflygtig
- Intermitterende vred
- Kan ikke overholde isolationsregime
- Har frakoblet KAD og pvk

- Faldende nyretal og infektionstal

Geriatrisk vurdering

- Udbygning af anamnese ved tlf kontakt til ægtefællen
- Funktionsniveau: selvhjulpen, bor med ægtefælle på 3.sal uden elevator, stadig erhvervsaktiv i eget forretning
- Vanlig medicin:
 - Multivitamin og unikalk forte
 - Clopidogrel 75 mg dagligt
 - Losartan 100 mg dagligt
 - Atorvastatin 40 mg dagligt
 - Ibumetin pn
 - Panodil pn

- Delir:
 - Sep. Oxapax
 - Dim. Serenase
 - Fortsat enestue, fast vagt m.m.
- Obs obstipation
 - Rp. Laksantia
- Usikker gang og balancebesvær:
 - Fysioterapeut vurdering
 - Pause losartan pga lavt BT
- Rygsmerter:
 - Fast panodil

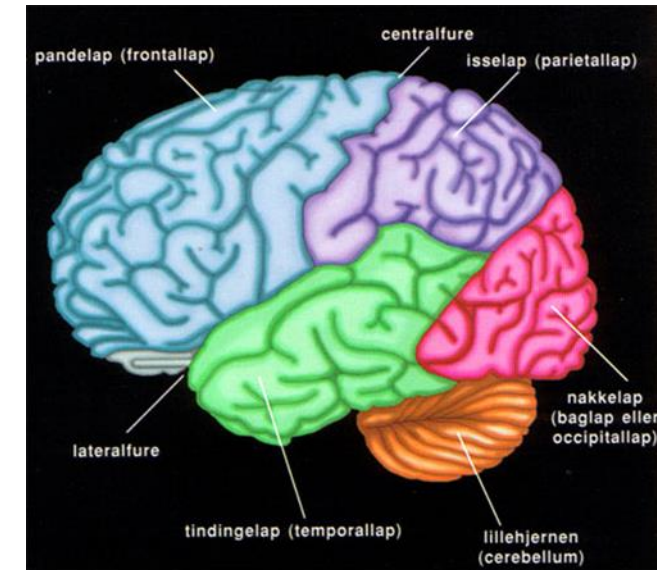
- Forlanger sig udskrevet!
 - Udskrives med KAD
 - Opstart af hjemmehjælp til KAD pleje
 - Besøg af Udkørende Geriatrisk Team fra Bispebjerg hospital 5 dage senere

Delirium



Hvad er delir?

- Akut indsættende reversibel, potentielt livstruende, psykotisk tilstand
- Skyldes CNS-reaktion på overbelastning ved
 - fysisk sygdom
 - medicinbivirkninger
 - abstinenser



	Delir	Demens
Hukommelse, koncentration	Nedsat	Nedsat
Debut	Akut – timer til dage	Snigende – mdr. til år
Forløb	Akut, svingende	Kronisk
Prognose	Reversibel	Progredierende
Døgnrytme	Læderet	Intakt
Bevidsthed	Uklar	Klar



Hvem har delir?



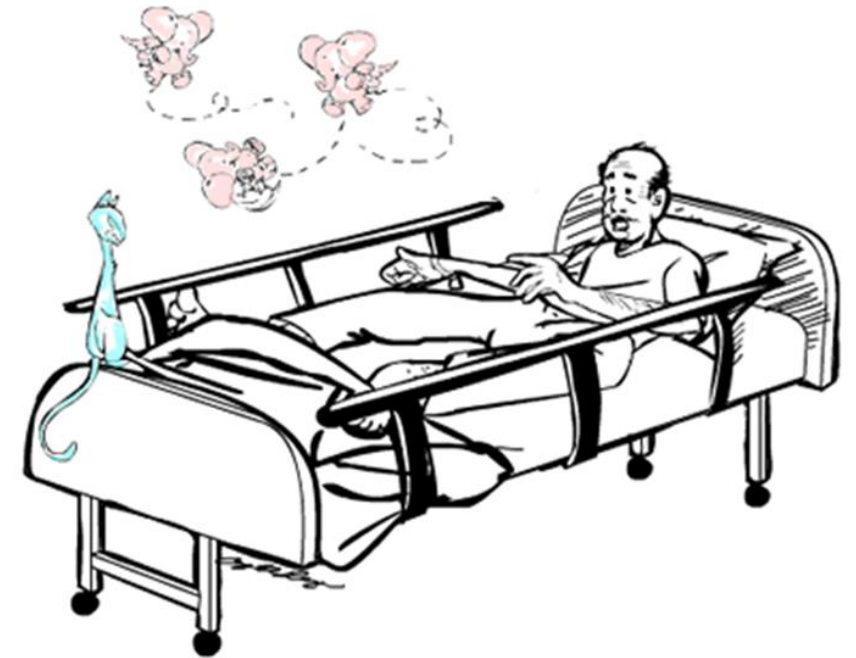
Delirium - forekomst

- Hyppigste psykotiske tilstand, men underdiagnosticeres
- 20-50% af ældre over 65 år i medicinsk afd. eller plejecentre
- Hyppigere i kirurgisk afd. (især ved akut kirurgi)
- Alvorlig tilstand medførende forlænget sygdomsforløb, øget dødelighed og forekomst af komplikationer (fald, tryksår, infektioner)
- Samspil mellem disponerende og udløsende faktorer



Prædisponerende faktorer

- Høj alder
- Eksisterende hjerneskade, herunder
 - Demens
 - Parkinson
 - Apopleksi
- Multimorbiditet
- Polyfarmaci
- Sansetab (nedsat syn og/eller hørelse)
- Misbrug
- Tidligere delir



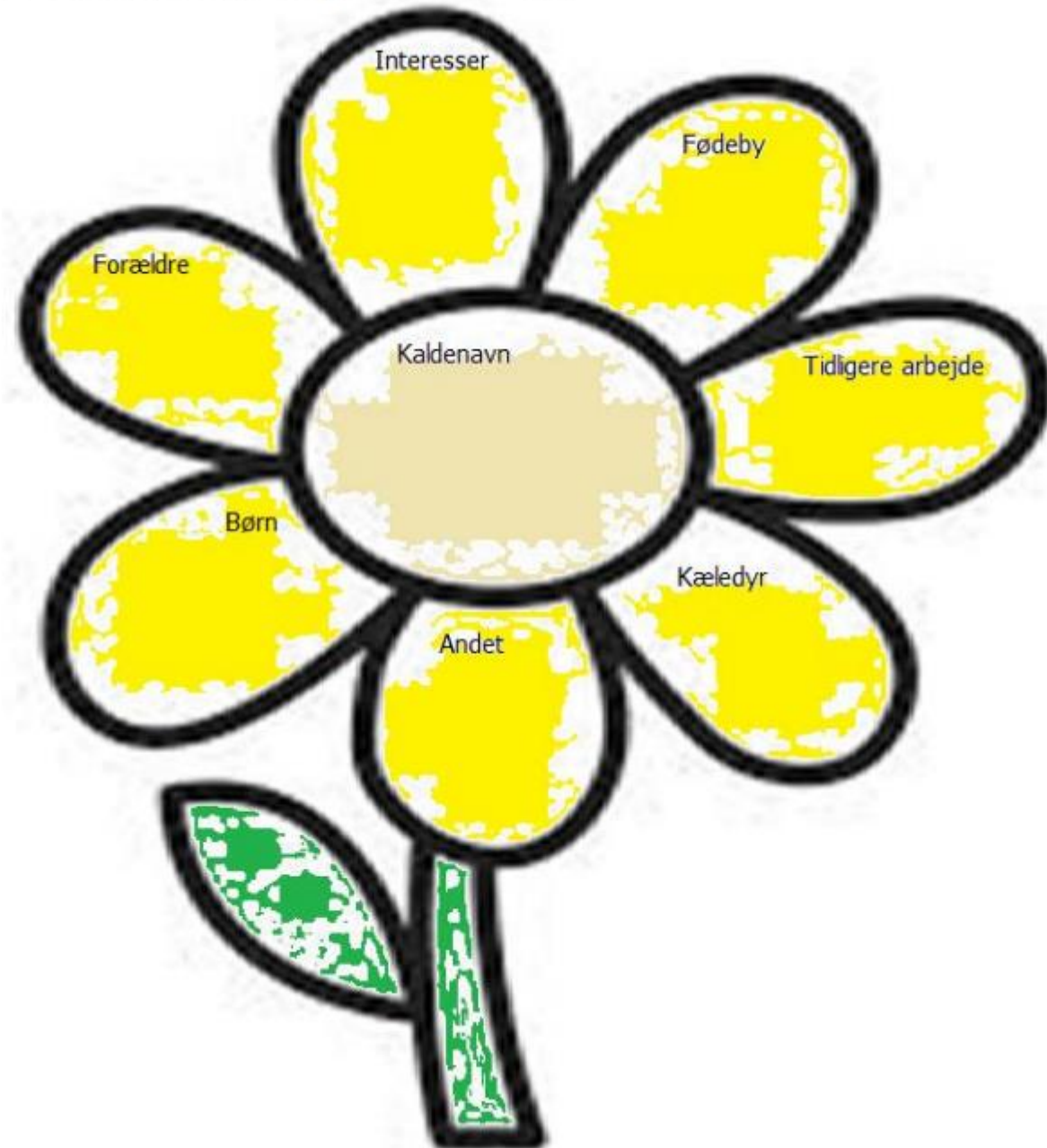
Behandling af delir



Behandling af delir

- Rolige omgivelser (ej gangplads)
- Optimering af syn og hørelse
- Nærvær (evt. åben dør)
- Sikring af døgnrytme – pt. skal ud af sengen i dagtid, lyset dæmpes om natten
- Smertelindring
- Sikring af mad og drikke (evt. i.v. væske)
- Obs udskillelser (afføring + vandladning)
- Medicin med omtanke, undgå polyfarmaci
- Pårørende inddrages

Til pårørende; venligst udfyld de tomme blade/felter. Denne information er vigtig for os, så vi kan yde den bedste støtte og omsorg til dit familiemedlem.



Behandling af delir – lægefaglige tiltag



Generisk navn	Under 65 år	65 år og derover
Haloperidol	5 mg nocte +2,5 mg pn Max. 20 mg/døgn p.o.	2,5 mg nocte 1,25 mg pn Max. 10 mg/døgn p.o.
Olanzapin*	10 mg nocte +5 mg pn Max 30 mg/døgn	5 mg nocte + 2,5 mg pn Max 15 mg/døgn

- **Iværksæt behan**
- **Gennemgå patie**

patientens somatiske tilstand
ig medicin

Svend 83 år

- Indlagt pga makroskopisk hæmaturi
- 2.indlæggelse med makroskopisk hæmaturi på 1 år
- Har selv aflyst videre udredning for makroskopisk hæmaturi

- Funktionsniveau: Bor alene. Kommer dagligt på gaden. Går tur to gange dagligt. Bruger stok udendørs. Hjemmehjælp til medicindosering og rengøring hver 14.dag.

Kendt med:

- Iskæmisk hjertesygdom, CABG i 2000, ICD-enhed
- Paroksyttisk atrieflimren
- Hjertesvigt (LVEF 30-35% i okt 2019)
- Kronisk nyreinsufficiens (kreatinin ca.130)
- Hypertension
- Type 2 diabetes
- Kronisk smerter efter CABG

Medicin:

- Isoptin 40 mg morgen og eftermiddag
 - Carvedilol 3,125 mg morgen og aften
 - Furix 40 mg morgen og middag
 - Jern tilskud 1 stk morgen
 - Kaleorid 750 mg morgen og aften
 - Atorvastatin 80 mg morgen
 - Fentanyl plaster 12,5 mikrogram
- hver 3.dag
- Metformin 500 mg aften
 - Omeprazol 20 mg morgen
 - Clopidogrel 75 mg morgen
 - Rivaroxaban 15 mg morgen
 - Ramipril 5 mg morgen og aften
 - Phenergan 25 mg til natten
 - Nitroglycerin ved behov

Medicingennemgang:

Blodfortyndende medicin: Seneste PCI (POBA+drug ellutin ballon) i d.19.nov.2019. Planlagt 12 mdrs clopidogrel og DOAC livslangt.

Sep. clopidogrel

Cont. xarelto (livslangt)

Sovemedicin: får phenergan, god effekt af dette, ønsker ikke seponering.

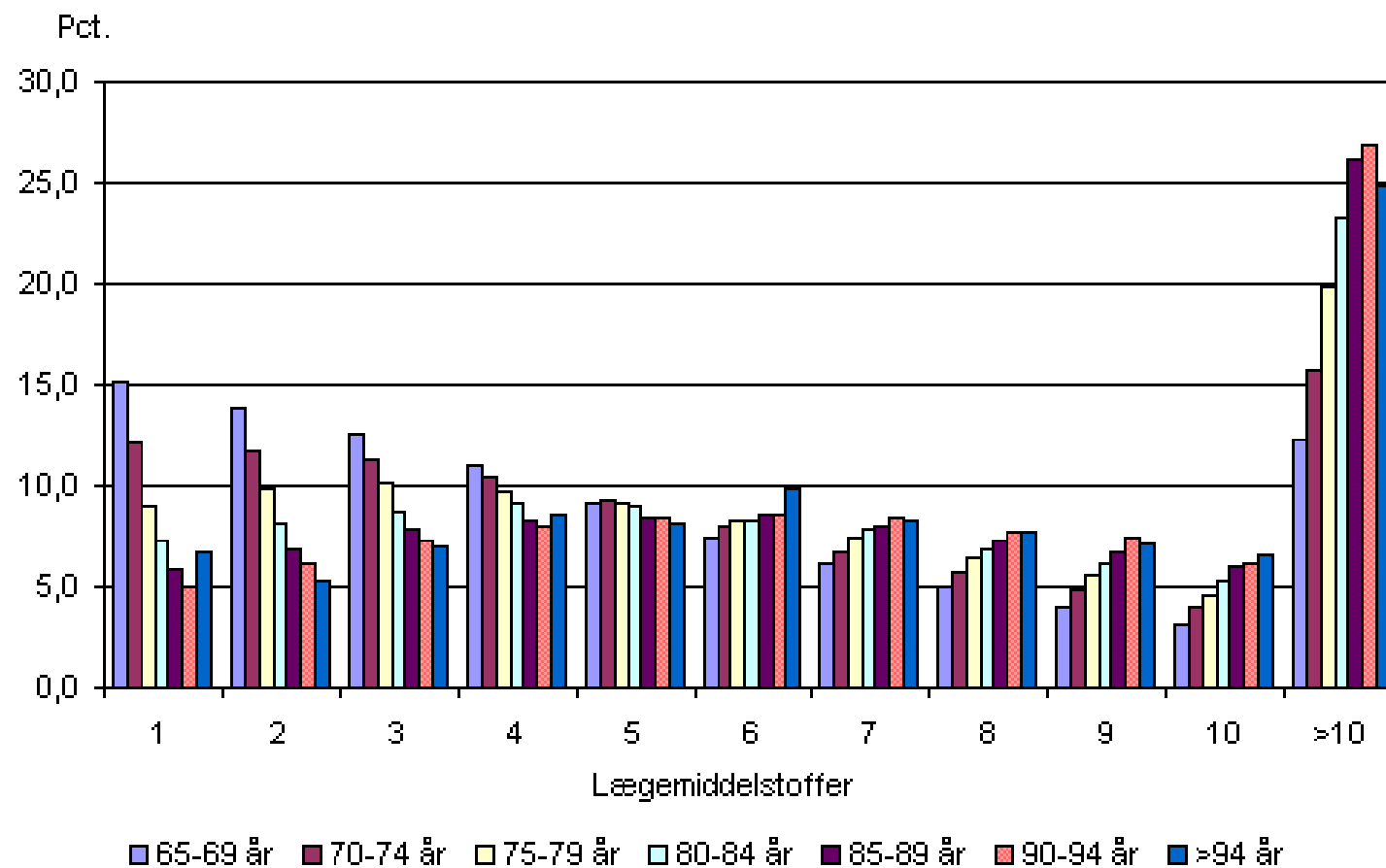
Matrifen plaster pga kardielle smerter. Fungerer godt for pt.

Pointe:

- Nogle gange findes der vigtige informationer i journalen, som ingen har tid til at læse
- Patienten har ofte selv mistet overblikket

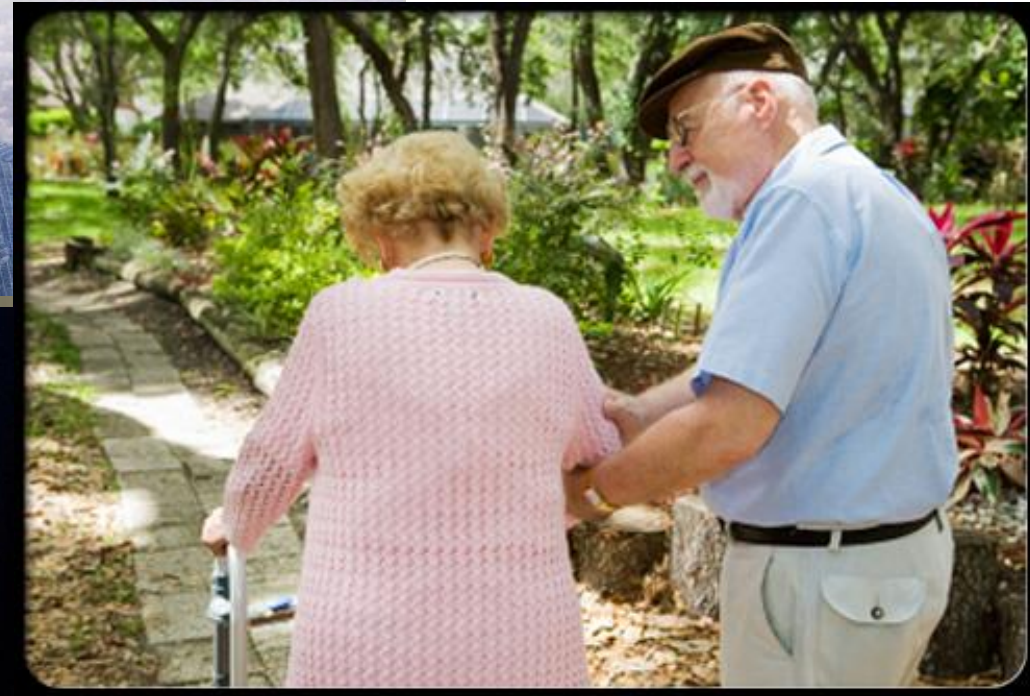
Polyfarmaci





Kilde: Lægemiddelstyrelsens Lægemiddelstatistikregister

Polyfarmaci



Polyfarmaci

Indtag af mange lægemidler er stærkt associeret med:

- Behandling med uhensigtsmæssige (forkerte) lægemidler
- Nedsat compliance
- Øget risiko for interaktioner og bivirkninger, herunder fald i hjemmet
- Øget risiko for død
- Øget risiko for lægemiddelrelaterede hospitalsindlæggelser eller skadestuebesøg

Farmakologisk behandling

generelt

- Start low, go slow (titrer til effekt)
- Tidspunkter
- En af gangen
- Non-farmakologisk behandling

Seponering – Sundhedsstyrelses tommelfingerregler:

- Vurder behandlingsvarighed ved ordination
- Tag udgangspunkt i det, der er vigtigt for patienten og det samlede sygdomsbillede (fx interaktioner og paraklinik)
- Vurdér om behandlingen er livsvigtig, symptomlindrende eller forebyggende
- Seponér medicin, hvor der ikke længere er indikation for behandlingen – ville behandlingen være relevant at starte i dag?
- Seponér forebyggende behandling, hvis den forventede effekt ikke står i rimeligt forhold til patientens forventede restlevetid
- Seponér medicin, som ikke giver klinisk relevant effekt, eller hvor forholdet mellem effekt og bivirkninger er ugunstig

Seponeringslisten 2020

– forslag til seponering af lægemidler hos voksne

ASA-behandlingen fortsættes tvstangt.

Statiner

Atorvastatin (fx Zarator)
Fluvastatin (fx Lescol depot)
Lovastatin (Lovastatin)
Pravastatin (fx Pravastatin)
Rosuvastatin (fx Crestor)
Simvastatin (fx Zocor)

Seponér hos patienter:

- med kort forventet restlevetid¹
- der behandles med statiner som primær profylakse og har lav risiko for at dø af kardiovaskulær sygdom inden for 10 år³ (< 5% [hos ældre < med mindre der er markant forhøjelse af én enkelt risikofaktor.

Antibiotikaproylaxe ved recidiverende cystitis (UVI)

Pivmecillinam (fx Selexid)
Sulfamethizol (fx Lucosil)
Trimethoprim (fx Trimopan)
Nitrofurantoin (Nitrofurantoin)

Seponér

Antibiotisk behandling til forebyggelse af recidiverende UVI frarådes generelt pga. manglende evidens for effekt og risiko for resistensudvikling.

Ved langtidsbehandling med nitrofurantoin kan der udvikles lungefibrose.

Afsnit K: Lægemidler, der (forudsigeligt) øger risikoen for fald hos ældre mennesker

1. Benzodiazepiner (beroligende, kan forringe sensorium, forringer balancen).
2. Neuroleptika (kan forårsage dyspraksi ved gang, parkinsonisme).

SCREENING TOOL TO ACTION THE RIGHT TREATMENT (START) version 2

Medmindre en ældre patients kliniske status er terminal og farmakoterapien derfor skal målrettes et mere palliativt fokus, skal de følgende behandlingsstrategier overvejes, såfremt de er undladt uden nogen valid klinisk begrundelse. Det antages at den ordinerende læge er opmærksom på de specifikke kontraindikationer til behandling med lægemidlerne før de anbefales til ældre patienter.

1. *Stærktvirkende opioider ved moderat-svær smerte, hvor paracetamol, NSAIDs eller svagtvirkende opioider ikke er passende til smertens sværhedsgrad eller har været ineffektive.*
2. *Laxativa hos patienter som tager opioider regelmæssigt.*

Take home message

- Urogeriatri giver mening for både sygeplejersker og læger – forhåbentlig også for patienten
- CGA er en tværfaglig grundig gennemgang af hele patienten
- Tag delir alvorligt – sygeplejerske iværksætter non-farmakologisk behandling
- Polyfarmaci hos ældre – man skal undre sig og revurdere løbende

Tak Spørgsmål?

