

Unterschiede in der Dispositionsentscheidung von gebrechlichen Notfallpatient*innen unter Einbezug eines geriatrisch geschulten Notfallpflegeteams (Team Silber)

Thomas Dreher-Hummel, Pflegeexperte APN

Einleitung

- 33% der Notfallpatient*innen sind 65 Jahre und älter und dieser Anteil steigt in Zukunft weiter stark an
- Frühes Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) verbessert das Erleben und Outcome von gebrechlichen PatientInnen
- Das NFZ des USB hat ein geriatrisch geschultes Notfallpflegeteam «TeamSilber» Montags - Freitags 8-17 Uhr etabliert, die ein fokussiertes CGA bei gebrechlichen Patienten (>CFS 4) durchführen

Fragestellung

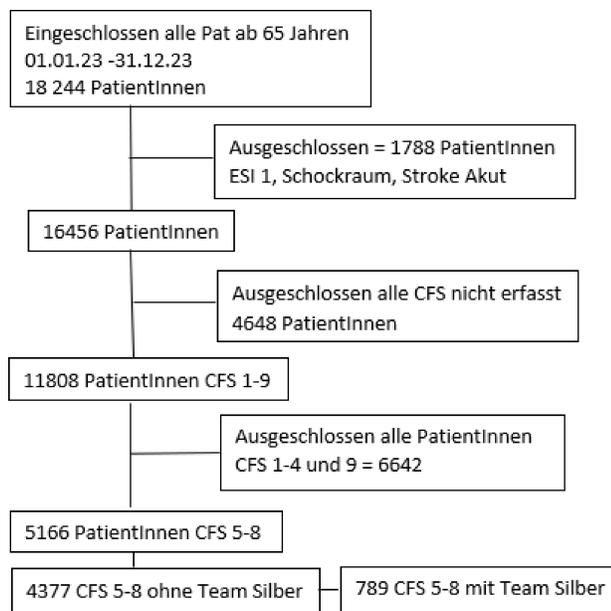
Wie unterscheidet sich die Dispositionsentscheidung von gebrechlichen Notfallpatient*innen mit einem CFS 5-8, wenn ein adaptiertes CGA durch das Team Silber bei diesen durchgeführt wird?

Methodik

- Retrospektive gematchte Fall-Kontrollstudie.
- Eingeschlossen wurden alle Patienten ab 65 Jahren mit CFS 5-8 und ESI 2-5, welche nicht über den Schockraum oder Stroke Akut Pfad vom 01.01.2023 – 31.12.2023 das NFZ des USB aufgesucht haben.
- Dispositionsentscheidungen, (ambulant bzw. kurzstationär bis 24h, Akut im USB oder extern in Akutgeriatrie) werden in % und als Odds Ratio ausgewiesen

Ergebnisse

	Pat. mit Team Silber	Pat. OHNE Team Silber	Odds Ratio (OR)
Entlassung innerhalb 24 h	225 = 29 %	1371 = 31 %	0.40/0.46 = 0.87
Aufnahme Akut USB	288 = 37 %	2183 = 50 %	0.57/0.99 = 0.58
Verlegung Akut Geriatrie	276 = 35 %	823 = 19 %	0.54/0.23 = 2.35



Diskussion

- Gebrechliche Patient*innen werden deutlich häufiger in die Akut Geriatrie verlegt, wenn diese vom Team Silber mitbetreut werden
- Die CFS durch die Triage ist hilfreich für die Dispositionsentscheidung, das CGA des Team Silber erhöht die Rate der geriatrischen Disposition
- Eine Senkung der Hospitalisationsrate konnte durch das Team Silber nicht erreicht werden

Clinical Frailty Scale CFS

- 1 Sehr Fit** – Personen, die robust, aktiv, energiegelad und motiviert sind. Üblicherweise trainieren diese Personen regelmäßig. Sie gehören zu den Fittesten in ihrer Altersklasse.
- 2 Gesund** – Personen, die an keinen aktiven Krankheitssymptomen leiden, aber weniger fit sind als Kategorie 1. Oft trainieren sie oder sind zumindest gelegentlich sehr aktiv, zum Beispiel zu bestimmten Jahreszeiten.
- 3 Kommt gut zurecht** – Personen, deren medizinische Probleme gut eingestellt sind. Ausser dem alltäglichen Spazieren, sind sie aber nicht regelmässig aktiv.
- 4 Vulnerabel** - Auch, wenn nicht täglich die Hilfe anderer benötigt wird, schränken oft Symptome die Aktivitäten ein. Häufig klagen sie darüber, langsam zu sein und/oder sich tagsüber müde zu fühlen.
- 5 Leicht gebrechlich** – Diese Personen sind offensichtlich langsamer und benötigen Hilfe in den IATLs höherer Ordnung (Finanzen, Nutzung von Transportmitteln, schwere Hausarbeit, Medikamente). Typischerweise beeinträchtigt leichte Gebrechlichkeit immer mehr die Fähigkeiten einzukaufen, alleine das Haus zu verlassen, zu kochen und Hausarbeiten zu erledigen.
- 6 Mittelschwer gebrechlich** – Diese Personen benötigen Hilfe bei allen Aktivitäten ausserhalb der Wohnung und bei der Hausarbeit. Innerhalb der Wohnung haben sie oft Probleme beim Treppensteigen und benötigen Hilfe bei der Körperpflege und möglicherweise geringe Hilfe beim Ankleiden (Anleitung oder Unterstützung).

- 7 Schwer gebrechlich** - Vollständig auf Hilfe bei der Körperpflege angewiesen, ungeachtet der Ursache (körperlich oder kognitiv). Trotzdem wirken sie stabil und haben anscheinend kein hohes Risiko (innerhalb der nächsten ungefähr sechs Monate) zu sterben.
- 8 Sehr schwer gebrechlich** – Vollständig pflegebedürftig, nähern sich dem Lebensende. Typischerweise könnten sie sich selbst von einer leichten Erkrankung, nicht mehr erholen.
- 9 Terminal krank** – Nähern sich dem Lebensende. In diese Kategorie gehören Personen, die eine Lebenserwartung von weniger als 6 Monaten haben, aber ansonsten nicht offensichtlich gebrechlich sind.

Erfassung von Gebrechlichkeit bei Personen mit Demenz

Der Grad der Gebrechlichkeit entspricht dem Grad der Demenz.

Häufige Symptome bei leichter Demenz sind das Vergessen von Details kurz zurückliegender Ereignisse, obwohl die Erinnerung an das Ereignis selbst noch vorhanden ist; das Wiederholen derselben Geschichte/Frage und sozialer Rückzug.

Bei mittelschwerer Demenz ist das Kurzzeitgedächtnis schwer beeinträchtigt, auch wenn sie sich scheinbar noch gut an wichtige Stationen in ihrem Leben erinnern. Sie können die Körperpflege unter Anleitung durchführen.

Bei schwerer Demenz können sie Körperpflege nicht ohne Hilfe durchführen.

©2009. Version 1.2_EN. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only. Translated with permission to German by Christian Nickel, Basel, 2019

Danksagung

Danke dem Pflegeteam Silber (Deborah Allen, Alexandra Buess, Stephanie Carigiet, Alisa Cantarero, Sandra Ebnetter, Nicolas Fürer, Désirée Meury, Tiffany Troesch), Prof. Dr. Christian Nickel für die unermüdliche persönliche und fachliche Unterstützung und Kathrin Matheis für das Vertrauen und das Ermöglichen zur Entwicklung der Rolle

Literatur

Hwang U, Dresden SM, Vargas-Torres C, Kang R, Garrido MM, Loo G, et al. Association of a Geriatric Emergency Department Innovation Program With Cost Outcomes Among Medicare Beneficiaries. JAMA Netw Open. 2021;4(3):e2037334.

Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database Syst Rev. 2011(7):Cd006211.

Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. Canadian Medical Association Journal. 2005;173(5):489-95.

Tinetti M, Huang A, Molnar F. The Geriatrics 5M's: A New Way of Communicating What We Do. Journal of the American Geriatrics Society. 2017;65(9):2115-.

Haynesworth A, Gilmer TP, Brennan JJ, Weaver EH, Tolia VM, Chan TC, et al. Clinical and financial outcome impacts of comprehensive geriatric assessment in a level 1 geriatric emergency department. J Am Geriatr Soc. 2023;71(9):2704-14.

Aldéen AZ, Courtney DM, Lindquist LA, Dresden SM, Gravenor SJ. Geriatric emergency department innovations: preliminary data for the geriatric nurse liaison model. J Am Geriatr Soc. 2014;62(9):1781-5.

Huded JM, Lee A, McQuown CM, Song S, Ascha MS, Kresevic DM, et al. Implementation of a geriatric emergency department program using a novel workforce. Am J Emerg Med. 2021;46:703-7.

Hwang U, Dresden SM, Rosenberg MS, Garrido MM, Loo G, Sze J, et al. Geriatric Emergency Department Innovations: Transitional Care Nurses and Hospital Use. J Am Geriatr Soc. 2018;66(3):459-66.

Silvester KM, Mohammed MA, Harriman P, Girolami A, Downes TW. Timely care for frail older people referred to hospital improves efficiency and reduces mortality without the need for extra resources. Age and Ageing. 2013;43(4):472-7.