# 7. Pflegekongress für Notfallmedizin 2022

Dr.med. Berta Truttmann
Stv. Chefärztin
Universitäre Klinik für Altersmedizin Stadtspital Zürich Waid
27.10.2022

# Inhaltsübersicht

1. Vorbemerkungen zur Situation im Gesundheitswesen
2. Der Patient hat immer Recht
3. Delir u. Sturz als Symptom
4. Der multimorbide Patient
5. Zusammenfassung

# Vorbemerkungen

- Akt. SEHR herausfordernde Situation
- Fachkräftemangel Pflege Ärzte Therapeuten, usw.
- «Arbeitnehmer-Markt»

# Situation im Gesundheitswesen

- **Mangel**
- Was können die Verbleibenden machen, um bleiben zu können?
- Was können wir als Vorgesetzte machen, um als Arbeitgeber attraktiv zu sein?
- Wie kann ich mich selbst in meiner Arbeits- und Freizeit gut erholen?

# Situation im Gesundheitswesen

- Toll, dass Sie sich Zeit nehmen, Ihr Fachwissen zu vertiefen!
- Professionalität fördern

- Team Spirit – Vielfalt der Mitarbeiter

- ältere MA Gelassenheit
- jüngere viel Energie und (Über-) Mut

- Gut ist gut genug

# Situation im Gesundheitswesen

- Erholung

- Achtsamkeit
- «Freundliche Waid»
- Minipausen
- Anerkennung im Alltag wahrnehmen
- Lassen Sie sich helfen

# Situation im Gesundheitswesen

- Attraktivität als Arbeitgeber steigern

- Bewusstsein fördern: **Sinnvolle Arbeit**
- Offenheit für neue (Arbeits-) Modelle
- Flexibilität fördern
- Individualität respektieren

# Situation im Gesundheitswesen

- Gute Mitarbeiter haben

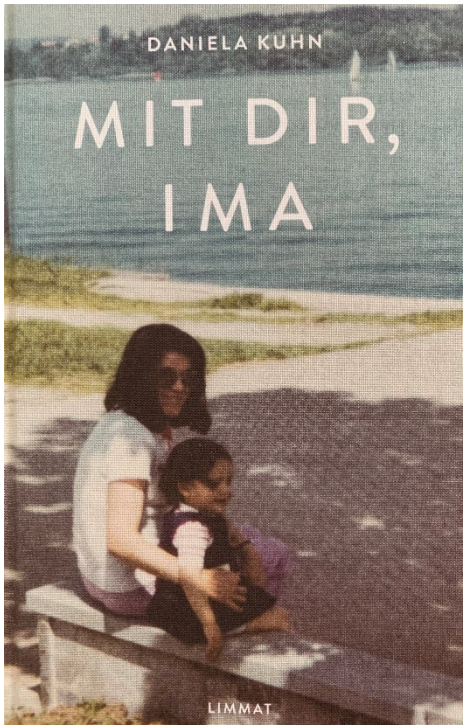
Mischung aus

- Einfühlungsvermögen (Pat. fühlen sich ernst genommen und verstanden)
- Prof. Distanz (wenn es mit dem Pat. nicht gelingt, liegt es nicht an Ihnen)

# Situation im Gesundheitswesen

- Einfühlungsvermögen schulen

- Sich Wissen über die Welt aneignen



# "Der Patient hat immer Recht"

## Herr, M.H., geb.1925

- Akt:
- Übertritt in die UKA 10.10.22 aus der Traumatologie Triemli nach häuslichem Sturz sowie HWI

- Relevante Vorgeschichte/Diagnosen:
- Rezidivierende Stürze, chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, Arterielle Hypertonie, Anämie, Chron. Niereninsuffizienz, Presbyakusis, PM nach AV Block Grad III°

- Sozialanamnese: alleine lebend, Spitex 2x/Woche, Unterstützung durch Sohn/Tochter, kocht ss, 1 Gehstock Innenbereich, Rollator für Aussenbereiche

# "Der Patient hat immer Recht"

## Herr, M.H., geb.1925

- Akt:
- Übertritt in die UKA am 10.10.22 aus der Traumatologie Triemli nach häuslichem **Sturz sowie HWI ohne Traumafolgen**

- Bei Übertritt:
- Angabe von **Schmerzen** in der rechten Hüfte, bestehend seit häuslichem Sturz, aktuell zunehmend
- Kognitiv schwierig einzuschätzen, schwere Presbyakusis
- Sehr kooperativ in Therapie macht sehr gut mit, übt auch selbständig
- Therapeuten bemerken, dass er immer über Sz klagt

# "Der Patient hat immer Recht"
## Herr, M.H., geb.1925

- <u>CA Visite am 14.10.22:</u> Patient gibt persistierende Beschwerden im Hüftgelenk an:
  - Durchführung eines CT Hüfte rechts: **Frische mediale Schenkelhalsfraktur mit leichter Einstauchung**, möglicherweise ältere Querfraktur von SWK 2
  - Konv. Rx Hüfte 13.10.

  Keine sichere Fx

  - **Kons. Therapie**

# "Der Patient hat immer Recht"
## Herr, M.H., geb.1925

- Therapieoptionen OPERATIV vs KONSERVATIV

- Wichtig Identifikation der altersassoziierten Gebrechlichkeit (**FRAILTY**)
  - Assoziation mit häufigen postoperativen Komplikationen wie Delir, verminderter Lebensqualität und vermehrten Pflegeheimeintritten
  - Unabhängiger Risikofaktor für zahlreiche negative Outcomes bei älteren Erwachsenen
  - Herr M.H. Frailty nach SFNR 3/5 Punkte ->frail
  - Frailty n. Fried phänotyp. Beurteilung: Ungewollter Gewichtsverlust, Erschöpfung, Langsamer Gang, Niedrigeres Aktivitätsniveau, Reduzierte Kraft
  - In diesem Fall Entscheid für konservatives Vorgehen mit multimodalem körperlichem Aktivitätsprogramm im Sinne einer akutgeriatrischen Komplexbehandlung

Literatur:

Gagesch M, Beck S, Freystätter G, Bischoff-Ferrari HA. Frailty – Ein geriatrisches Syndrom von grosser Bedeutung. Swiss Med Forum. 2022;22(41):674–677

# "Delir / Sturz als Symptom"
## Herr, P.E., geb.1933

- Aktuell: Übertritt in die UKA aus einer anderen Klinik 2 Wochen nach initialem häuslichem Sturz mit Abriss der glutealen Platte Hüfte links sowie Nasenbeinfraktur.
- Nach 1 Woche Hospitalisation konsiliarisches Hinzuziehen der Internisten bei hohem Fieber, steigenden Entzündungsparametern sowie quantitativer und qualitativer Bewusstseinsstörung:
  - "…beim Antreffen war Herr E. somnolent, kaum ansprechbar und zu allen Qualitäten desorientiert.."
  - Diagnostik mit Infektfokussuche: cCT ohne Anhalt auf Blutung/Stroke, CT Thorax ohne Anhalt auf Infektfokus, Abdomensonografie opB, COVID 10 Test negativ
  - Wachstum von **S. aureus in der Blutkultur**: Sepsis bei a.e. Sinusitis maxillaris links mit Keimausbreitung im Rahmen der Fraktur der Kieferhöhle
  - Antibiotische Therapie mit CoAmoxicillin, zuerst parenteral - dann po

# "Delir / Sturz als Symptom"

## Herr, P.E., geb.1933

- <u>Relevante Vorgeschichte/Diagnosen:</u>
- V.a. Kognitionsstörung seit ca. 2020, St.n. CVI 2017, tcVHF, Depression, Hypokaliämie

- Gemäss Ehefrau in den letzten Tagen vor dem Sturz akute Kognitionsverschlechterung

- Retrospektiv möglicherweise bereits bei Eintritt ins ursprüngliche Spital erhöhte Entzündungsparameter?

# "**Delir** / Sturz als Symptom"
## Herr, P.E., geb.1933

- Gemäss **Ehefrau** in den letzten Tagen vor dem Sturz akute Kognitionsverschlechterung

- Zur Delir-Diagnostik brauchen Sie eine Fremdanamnese
- Auf die Diagnose Delir kommt man im Notfall häufig nicht, weder Ärzte noch Pflegende sind gut in der Delir-Diagnose, **man müsste systematisch suchen**
- Bei Beobachtung von kogn. Einschränkungen im Spital / Notfall sollten wir primär von einem Delir (und nicht von Demenz) ausgehen (vgl. Nice-Guideline Delir)
- Auch das Delir verschlechtert die Prognose (Hosp.dauer, Morbidität und Mortalität, Kosten, Gefahr von Institutionalisierung, funkt. Abbau langfristig)
- Die **Delirprävention** beginnt im Notfall (Reizabschirmung, schneller Wechsel vom Notfall auf die ruhigere Abteilung, Schmerzbehandlung, schnelle Op, gute Anamnese der M wegen pot. Entzug, bspw. Benzodiazepine, Cave „Fremdkörper“ wie Leitungen, etc.)
- **Medizinische Auslöser** suchen und behandeln (volle Blase, voller Darm…)

# "Delir / **Sturz** als Symptom"
## Herr, P.E., geb.1933

- Gemäss **Ehefrau** in den letzten Tagen vor dem Sturz akute Kognitionsverschlechterung

- Sturz wird von vielen (Ärzten) unterschätzt
- Als Problem des Alters verkannt (nur ein „Stolpersturz“)
- Nur die Traumafolgen werden von den (chirurgischen) Ärzten behandelt
- Es gilt auch beim Sturz eine genauere Anamnese zu machen („Sturzanamnese“ – bsp. Unterscheidung Sturz / Synkope)

- Hatte Hr. E. retrospektiv möglicherweise bereits bei Eintritt ins primäre Spital erhöhte Entzündungsparameter?
  - Wir wissen es nicht, es wurde von den Chirurgen beim Eintritt im Notfall kein Labor gemacht

# "Der multimorbide Patient"
## Herr, A.A., geb.1937

- Aktuell:
- Notfallmässige Zuweisung – Hausärztin – vor 3 Wochen Rückkehr aus Spanien
- AZ-Verschlechterung mit blutigem Erbrechen
- 2-5 x tgl. Diarrhoe und Dyspnoe mit rechtsbasal abgeschwächtem ATG
- Altersheimbewohner

- Relevante Vorgeschichte/Diagnosen:
- **Akut** auf chronische Niereninsuffizienz Kategorie G4 A2 nach KDIGO (akt. GFR 10ml/min), Cast-Nephropathie, St.n. intermitt. Hämodialyse 2010-2011, rezidivierende Nephrolithiasis bds., Prostatobstruktionssyndrom III
- Pulmonal arterielle Hypertonie, kombinierte obstruktive und restriktive Ventilationsstörung
- Hypertensive Herzkrankheit, tcVHF, St.n. rezidivierenden TVT
- **Multiples Lambda-Leichtkettenmyelom ED 2010 (6 Th.-Linien)**

- Labor: **L 25,6 G/L, CRP 407 mg/L, Krea 449 mcmol/l**

# "Der multimorbide Patient"

## Herr, A.A., geb.1937

- **Primär kein „geriatrischer“ Patient?**

- Entscheidungsfindung bezüglich Dialyse, lebensverlängernden Massnahmen,…
- Diagnostik erweitern (Nierenbiopsie?), Entzündungsursachensuche, Infektfokussuche, …

- **Doch geriatrischer Patient?**

- Patient bereits Altersheimbewohner
- Patientenverfügung und weiteres sind vielleicht schon im Vorfeld geklärt worden
- Ursache des Altersheimbewohnerstatus – sicher schon Hinweis, dass eine erhebliche funktionelle Einbusse schon vorher vorlag

# "Der multimorbide Patient"
## Herr, A.A., geb.1937

- Diagnostik:
- Covid PCR negativ, Stuhlbakteriologie negativ, **Legionellen Antigen Urin positiv**
  - CT Tx/Abdomen: Pneumonisches Infiltrat im rechten Lungenunterlappen

- Therapie: bei Legionellenpneumonie basal rechts Therapie mit Levofloxacin
- Rückkehr nach ca. 1 Woche ins „Gesundheits“-Zentrum

# Der Geriatrische Notfall-Patient
# Take Home Messages

- Versuchen Sie sich schon im Berufs**alltag** zu erholen ☺
- Manchmal verstehen wir den Patienten nicht vgl. der Pat. hat immer recht
- Sowohl **Delir** als auch ein **Sturz** sind beim geriatrischen Patienten meist ein Hinweis, dass medizinisch etwas zu finden ist
- Erweitern Sie Ihr Wissen – Freude und Spass – Sie werden effizienter