L'anziano in pronto soccorso: percorsi dedicati

Inf. Andrea Vairani Roma, 30 novembre 2018

«È più importante sapere che tipo di paziente ha la malattia piuttosto che sapere che tipo di malattia ha il paziente»

(William Osler, Remark on specialism, 1892)

Alcune certezze

- i pazienti con più di 80 anni aumentano nei pronto soccorso nazionali al ritmo di circa 100.000 all'anno, con un incremento del 50% dei casi di ricovero necessario dopo le cure in urgenza.
- il maggior bisogno assistenziale è rappresentato dai cosiddetti anziani fragili, cioè coloro che, per il sovrapporsi di problemi di varia tipologia (sanitari, sociali, economici, etc.), risultano avere una minor capacità di reazione nei confronti di eventi acuti, quindi più suscettibili di risposte sfavorevoli a fattori "di stress" per la presenza di una ridotta riserva funzionale.

Alcune certezze

 Circa il 43% dei pazienti anziani viene valutato per una patologia somatica acuta, mentre il 33% per una malattia cronica scompensata

• Il restante 25% accede al DEA per sindromi geriatriche (delirium, incontinenza, cadute, problemi di caregiver, failure to thrive)

Altre certezze

• Il Pronto Soccorso non è strutturalmente e organizzativamente adeguato per il paziente anziano con demenza

• L'anziano con demenza rischia di non ricevere adeguato triage

• L'assistenza infermieristica in un DEA è molto più centrata su tecnologia e clinica che sulla presa in carico olistica del paziente

Talvolta non ricordiamo che...

• L'età non è un criterio di urgenza

• Il delirium nell'anziano, con onset recente, dovrebbe determinare un codice di accesso a visita elevato (giallo, urgente)

 Spesso il delirium ipo- o ipercinetico è causato dalla patologia acuta e viene erroneamente interpretato come demenza

Demenza o delirium: un problema culturale?

Tutta la letteratura, italiana e straniera, è concorde:

 Il personale sanitario dei DEA conosce poco o non conosce i criteri di identificazione del delirium

• Il personale sanitario spesso sottostima, non riporta in cartella e non comunica l'insorgenza del delirium durante il ricovero in PS

Delirium vs. demenza, parte II

Si osserva, in grossa parte del personale sanitario non specializzato in geriatria, una grande confusione tra i concetti di demenza e delirium.

Sebbene il delirium sia spesso correlato all'insorgenza di demenza, e spesso rappresenti il primo segno del decadimento cognitivo, i due concetti non vanno assolutamente equivocati.

Emergency physician recognition of delirium.

Suffoletto B1, Miller T, Frisch A, Callaway C.

Author information

Abstract

OBJECTIVE: To compare the recognition of delirium by emergency physicians based on observations made during routine clinical care with concurrent ratings made by a trained researcher after formal cognitive assessment and to examine each of the four individual features of delirium separately to determine the variation in identification across features.

METHODS: In a prospective study, a convenience sample of 259 patients, aged ≥65 years, who presented to two urban, teaching hospital emergency departments (EDs) in Western Pennsylvania between 21 June and 29 August 2011, underwent paired delirium ratings by an emergency physician and a trained researcher. Emergency physicians were asked to use their clinical judgment to decide whether the patient had any of the following delirium features: (1) acute change in mental status, (2) inattention, (3) disorganised thinking and (4) altered level of consciousness. Questions were prompted with examples of delirium features from the Confusion Assessment Method. Concurrently, a trained researcher interviewed surrogates to determine feature 1, conducted a cognitive test for delirium (Confusion Assessment Method for the intensive care unit) to determine delirium features 2 and 3 and used the Richmond Agitation and Sedation Scale to determine feature 4.

RESULTS: In the 2-month study period, trained researchers identified delirium in 24/259 (9%; 95% CI 0.06 to 0.13) older patients admitted to the ED. However, attending emergency physicians recognised delirium in only 8 of the 24 and misidentified delirium in a further seven patients. Emergency physicians were particularly poor at recognising altered level of consciousness but were better at recognising acute change in mental status and inattention.

CONCLUSIONS: When emergency physicians use routine clinical observations, they may miss diagnosing up to two-thirds of patients with delirium. Recognition of delirium can be enhanced with standardised cognitive testing.

EXPERTISE

EDUCATION

RESEARCH

NEWSROOM

TOPICS

ALL NEWS

SUBSCRIBE

Regenstrief and IU review finds lack of delirium screening in the emergency department

IU School of Medicine • 1/14/14

VINDICATE DELIRIUM

Cause di Delirium

Vascular

Infections

Nutrition

Drugs

Injury

Cardiac

Autoimmune

Tumors

Endocrine

A Model for Managing Delirious Older Inpatients

Drugs

Eye, ears

Low oxygen

Ischemia

Retention

Infections

Underhydration

Metabolic Disorders

Diagnosi di Delirium secondo il DSM V (2013)

- A. Disturbo dell'attenzione (i.e., ridotta capacità a dirigere, focalizzare, sostenere e spostare l'attenzione) e consapevolezza (ridotto orientamento del se nell'ambiente).
- B. Il deficit si sviluppa in un periodo di tempo relativamente breve (generalmente ore o pochi giorni), rappresenta un cambiamento dai livelli di attenzione e consapevolezza di base, e tende a fluttuare in gravità nel corso della giornata.
- C. É presente un altro deficit cognitivo (es, memoria, disorientamento, linguaggio, abilità visuospaziali, o dispercezioni).
- D. I deficit di cui ai criteri A e C non sono spiegabili sulla base di un preesistente (stazionario o in evoluzione) disturbo neurocognitivo e non si verificano in un contesto di grave riduzione dei livelli di vigilanza (es coma)
- E. Vi è evidenza per storia clinica, esame obiettivo o risultati di laboratorio che il delirium è una diretta conseguenza di un problema clinico, intossicazione o sospensione di farmaci, esposizione a tossine, o è dovuto a molteplici eziologie.

Diagnosi di Delirium secondo il DSM V (2013)

Analisi sottotipi

 Delirium da intossicazione di sostanze

per es: alcool, oppioidi, ipnotici, anfetamina, altre sostanze

Delirium da astinenza di sostanze

Per es.: alcool, oppioidi, sedativi, ipnotici, ansiolitici

· Delirium indotto da farmaci

Questa definizione si applica quando i sintomi nei criteri A e C si presentano come effetto collaterale di un farmaco prescritto Delirium dovuto ad altra condizione medica

Quando c'è evidenza in anamnesi, esame obiettivo, esami di laboratorio che il disturbo è conseguenza di una condizione medica sottostante

Criteri diagnostici ICD 10



- A) Alterazione della coscienza e dell'attenzione (con ridotta capacità di dirigere, concentrare, mantenere e spostare l'attenzione)
- B) Disturbo globale delle funzioni cognitive
- compromissione della rievocazione immediata e della memoria recente, con relativo risparmio della memoria remota
- disorientamento nel tempo nello spazio, nella persona
- C) Presenza di disturbi psicomotori

Criteri diagnostici ICD 10

- D) Disturbo del sonno e del ritmo sonno-veglia
- E) Esordio rapido e fluttuazioni dei sintomi nel corso della giornata
- F) Evidenza nell'anamnesi, esame obiettivo, indagini di laboratorio e strumentali di una sottostante malattia cerebrale o sistemica che si può ritenere responsabile delle manifestazioni cliniche descritte nei criteri A-D

Altre difficoltà...

 Anamnesi difficoltosa per deterioramento cognitivo e/o stato confusionale acuto

• Interpretazione difficoltosa degli esami per polipatologia e atipicità della sintomatologia

• Indici di riferimento non di immediata applicazione nell'anziano.



Format: Abstract ▼ Send to ▼

Neth J Med. 2017 Jul;75(6):241-246.

Elderly patients with an atypical presentation of illness in the emergency department.

Hofman MR1, van den Hanenberg F, Sierevelt IN, Tulner CR.

Author information

Abstract

BACKGROUND: Very little information is available on the prevalence and clinical outcome of elderly patients with atypical presentations of illness in the emergency department. The objective was to determine the prevalence and clinical outcome of elderly patients seen in the emergency department with an atypical presentation.

METHODS: A monocentric retrospective observational study on 355 elderly patients presenting to the emergency department. Patients of 80 years and older were included. Data were extracted from the electronic medical file.

RESULTS: A total of 355 patients were included, with a mean age of 86 years; 53% of these elderly patients had an atypical presentation of illness. Mostly this was due to a fall (71%). A total of 15% of the patients with an atypical presentation reported no specific symptoms of the underlying disease. Patients with atypical presentation were more likely to have a longer stay in hospital (p < 0.001), to be discharged to a care institution (p = 0.000), and to have a higher delirium observation score (p < 0.001). There was no significant difference in one-year survival (p = 0.056).

CONCLUSION: Atypical presentation of illness in elderly patients is highly prevalent in the emergency department. Falling accidents are the most important reason for this. Patients with an atypical presentation have a worse clinical outcome. Accurate training of emergency staff is necessary to recognise this group of patients to ensure proper clinical monitoring and timely treatment.

Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2017 Sep 11;25(1):91. doi: 10.1186/s13049-017-0436-3.

The most commonly used disease severity scores are inappropriate for risk stratification of older emergency department sepsis patients: an observational multi-centre study.

de Groot B1, Stolwijk F2, Warmerdam M2, Lucke JA2, Singh GK2, Abbas M2, Mooijaart SP3,4, Ansems A5, Esteve Cuevas L5, Rijpsma D6.

Author information

Abstract

BACKGROUND: Sepsis recognition in older emergency department (ED) patients is difficult due to atypical symptom presentation. We therefore investigated whether the prognostic and discriminative performance of the five most commonly used disease severity scores were appropriate for risk stratification of older ED sepsis patients (≥70 years) compared to a younger control group (<70 years).

METHODS: This was an observational multi-centre study using an existing database in which ED patients who were hospitalized with a suspected infection were prospectively included. Patients were stratified by age < 70 and ≥70 years. We assessed the association with inhospital mortality (primary outcome) and the area under the curve (AUC) with receiver operator characteristics of the Predisposition, Infection, Response, Organ dysfunction (PIRO), quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA), Mortality in ED Sepsis (MEDS), and the Modified and National Early Warning (MEWS and NEWS) scores.

RESULTS: In-hospital mortality was 9.5% ((95%-CI); 7.4-11.5) in the 783 included older patients, and 4.6% (3.6-5.7) in the 1497 included younger patients. In contrast to younger patients, disease severity scores in older patients associated poorly with mortality. The AUCs of all disease severity scores were poor and ranged from 0.56 to 0.64 in older patients, significantly lower than the good AUC range from 0.72 to 0.86 in younger patients. The MEDS had the best AUC (0.64 (0.57-0.71)) in older patients. In older and younger patients, the newly proposed qSOFA score (Sepsis 3.0) had a lower AUC than the PIRO score (sepsis 2.0).

CONCLUSION: The prognostic and discriminative performance of the five most commonly used disease severity scores was poor and less useful for risk stratification of older ED sepsis patients.

KEYWORDS: Disease severity scores; Emergency medical services; Infectious diseases; Mortality; Older patients; Risk stratification; Sepsis; qSOFA

E allora, da dove cominciamo?!

Da dove cominciano tutti i pazienti: dal triage.

Ricordandoci che:

- Il paziente anziano agitato ha una compromissione nel riferire i sintomi somatici
- L'individuazione del caregiver di riferimento è fondamentale (eterno dilemma: ascolto il figlio o ascolto la badante?)
- La domanda che deve sempre essere fatta: da quanto tempo il paziente è così agitato?

E dopo il triage?

Al di là del complicato inquadramento diagnostico, è fondamentale garantire al paziente anziano con demenza una assistenza infermieristica che tenga conto delle sue necessità.

Alcuni punti fermi:

- Vicinanza costante di un caregiver (un caregiver: QUEL caregiver!)
- Gestione precoce del dolore (parametri oggettivi del dolore)
- Ambiente
- Device: utili vs inutili
- Contenzione?

Un piccolo reparto

Corretto assessment del paziente anziano con demenza

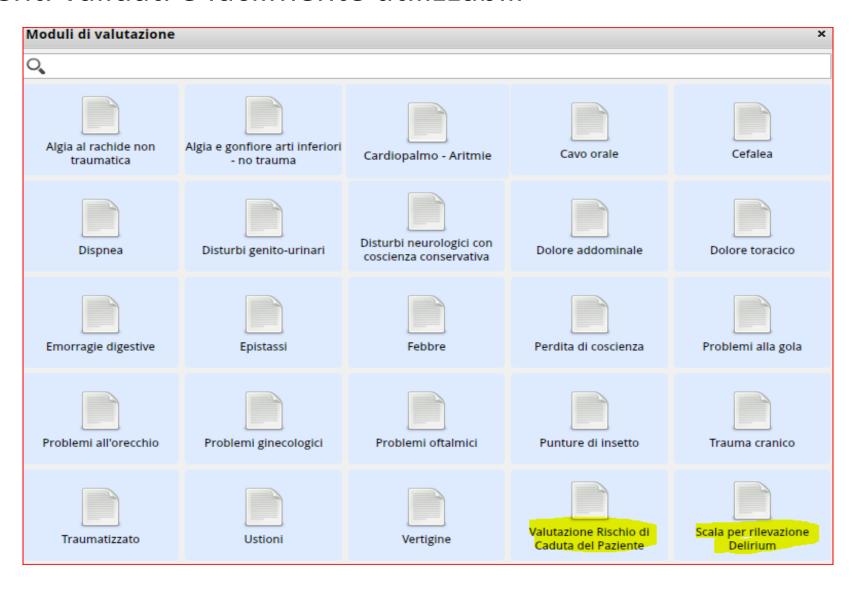
Background: Delirium in older emergency department (ED) patients is common, associated with many adverse outcomes, and costly to manage. Delirium detection in the ED is almost universally poor.

Objectives: The authors aimed to develop a simple clinical risk screening tool that could be used by ED nurses as part of their initial assessment to identify patients at risk of delirium. Methods: A prospective cross-sectional study of patients 65 years and older attending a single ED. Results: Of 320 enrolled patients, 23 (7.2%) had delirium. Logistic regression analysis revealed 3 risk factors strongly associated with delirium risk: cognitive impairment, depression,

and an abnormal heart rate/rhythm. Weighting these variables based on the strength of their association with delirium yielded a risk score from 0-4 inclusive. A cutoff of 2 or more in that score would have given a sensitivity of 87%, specificity of 70%, and NPV of 99%, white avoiding further diagnostic workup for delirium in approximately two-thirds of all patients, when used as an initial screen. Conclusions: A simple risk screening tool using factors evident on initial nurse assessment can be used to identify patients at risk of delirium. Further trials are needed to test whether the tool improves patient outcomes.

(Psychosomatics 2013; I:IIII-III)

Strumenti validati e facilmente utilizzabili



Strumenti validati e facilmente utilizzabili

Valutazione Rischio di Caduta del Paziente	⊘ Bozza
Fattori di rischio	
* ○ Sì ○ No Il soggetto è confuso?	
* \bigcirc Si \bigcirc No II soggetto assume farmaci psicotropi, benzodiazepine o antidepressivi?	
* ○ Sì ○ No Il soggetto assume più di 5 farmaci contemporaneamente?	
Se è presente anche solo 1 fattore il soggetto è da considerarsi a "rischio elevato", attuare gli interventi di prevenzione Se NON sono presenti fattori di rischio procedere con la compilazione della Scala Conley	
SCALA CONLEY	
Istruzuioni: le prime 3 domande devono essere rivolte solo al paziente: possone essere rivolte ad un familiare o al caregiver o all'ir solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere. Barrare la casella corrispondente alla risposta fornita.	nfermiere,
La risposta NON SO è da considerarsi come risposta negativa	
Precedenti cadute (domande la paziente o caregiver, infermiere)	
* ○ Sì ○ No [2] È caduto nel corso degli ultimi 3 mesi?	
*○ Sì ○ No [1] Ha mai avuto vertigini o capogiri (negli ultimi 3 mesi)?	
* ○ Sì ○ No [1] Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno (negli ultimi 3 mesi)?	
Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)	
∗ ◯ Sì ◯ No [1] Compromissione della marcia, passo strisciante	
∗ ○ Sì ○ No [2] Agitato (eccessiva attività motoria)	
*○ Sì ○ No [3] Deterioramento della capacità di giudizio/mancanza di senso del pericolo	
Totale 0 v	
Rischio elevato >= 2 Rischio nullo < 2	

Strumenti validati e facilmente utilizzabili

Scala per rilevazione Delirium		Bozza
[1] Allerta Riguarda pazienti che possono essere considerati in stato soporoso (per esempio pazienti per il quale sia difficile svegliarsi e/o che evidentemente soporosi durante questo test) oppure agitati/iperattivi. Osservare il paziente. Se dorme, provare a svegliarlo, parlar con un leggero tocco sulla spalla. Chiedere ai pazienti di dichiarare il proprio nome e l'indirizzo della propria abitazione per valutar livello di collaborazione.	ndogli,	0
* \bigcirc [0] Normale (completamente attento, ma non agitato durante tutta la valutazione)		
○ [0] Moderata sonnolenza per meno di 10 secondi dopo il risveglio, poi normale		
○ [4] Livello di attenzione evidentemente anomalo		
[2] AMT4		
Età, data di nascita, luogo (nome dell'ospedale e dell'edificio), anno corrente		
* O [0] Nessun errore		
○ [1] 1 errore		
○ [2] 2 o più errori / non è possibile somministrare il test al paziente		
[3] Attenzione Chiedere al paziente: "per favore, mi dica i mesi dell'anno in ordine contrario, partendo da dicembre" Per aiutare la comprensione della domanda, è consentito inizialmente un suggerimento come: "qual è il mese prima di dicembre?"	,	
* 🔾 [0] nomina senza errori 7 mesi o più		
○ [1] inizia, ma nomina meno di 7 mesi / si rifiuta di iniziare		
○ [2] test non effettuabile (poiché il paziente è indisposto, assonnato o disattento)		
[4] Acuto cambiamento o decorso fluttuante Dimostrazione di un evidente cambiamento o di un andamento fluttuante nei seguenti domini: attenzione, comprensione o altre fi mentali (ad esempio ossessioni e/o allucinazioni) che sono comparse nelle ultime 2 settimane e che sono ancora presenti nelle ult ore		
*○ [0] No		
○ [4] Sì		
Totale 0 A		
4 o più: possibile delirium +/- deterioramento cognitivo		
1-3: possibile deterioramento cognitivo		
0: improbabile il delirium e/o deterioramento cognitivo (ma il delirium può essere presente se il punto 4 è incompleto)		

Codici o percorsi?

- Fast track protocollati: l'età o la demenza NON sono criteri di esclusione

- Nuovi fast track ad hoc per pazienti anziani (frattura femore)

Codici o percorsi?

- Dal triage direttamente all'OBI (percorsi non codificati per pazienti anziani con demenza che presumibilmente necessiteranno di permanenza in OBI e/o ricovero)



PERCORSO CODICE ARGENTO PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE ANZIANO CHE ACCEDE IN PRONTO SOCCORSO

Tabella 2. Codice argento: griglia di valutazione delle variabili associate alla fragilità dell'anziano

		No=0	Si=1
1	Ha compiuto 75 anni?		
2	Ha avuto un accesso in PS negli ultimi sei mesi?		
3	È stato ricoverato in ospedale negli ultimi sei mesi?		
4	Ha bisogno di qualcuno che gli prepari o somministri le medicine?		
5	Ha bisogno di una persona che l'aiuti ad alzarsi dal letto o camminare?		
6	È seguito dai servizi socio assistenziali (Centro diurno, casa protetta, RSA, SAD, ADI)		
	Totale		
	Codice argento punteggio totale <u>>3</u>		

Tabella 3. "IDA Modificata".

	Alimentazione e idratazione	Mobilizzazione ed eliminazione	Device o terapia	Capacità relazionale/ percezione sensoriale	Prestazioni	Monitoraggi o parametri vitali	Codice colore	Età	Presenza caregiver
1	Dipendente	Incontinente Allettato e/o lesioni da decubito	CVC Drenaggi NIV	Deficit visivi e/o uditivi Coma	Controlli seriati di indagini/ esami ematici	Monitoraggio continuo o invasivo	Rosso	>80	
2	Autonomo con aiuto di operatore NET, NPT, PEG	Dipendente	CV, SNG Lavaggi vescicali Gestione stomie	Alzheimer Aggressività Ipercinesia	Prestazioni complesse Suture Trasfusioni Emocolture	Periodico ripetuto <1 ora	Giallo	65-79	
3		Autonomo con aiuto di ausili o operatore	Terapia EV	Disorientato ma collaborante Soporoso	Esami ematici Medicazioni Prestazioni semplici			56-64	No
4	autonomo	autonomo	nulla	Vigile collaborante	nessuna	Periodico ripetuto >1 ora	Verde/ Bianco	<u><</u> 55	Sì

NET=nutrizione enterale; NPT=nutrizione parenterale; PEG=gastrostomia percutanea; CVC catetere venoso centrale; CV=catetere ve-scicale; SNG sondino nasogastrico



L'Ospedale San Paolo di realizzato una unità operativ offrire una risposta rapida, di orientamento terapeutic gravi con deficit comunicativ

Percorso verde Check-up mirato

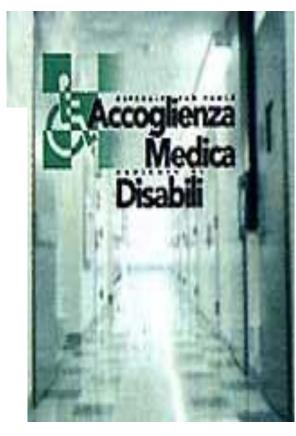
Intervent

Accedere a questo nuovo servizio è sempnee. c'è un numero verde a tua disposizione

840-02-7999

Nel caso invece di problemi ritenuti urgenti, si accompagnerà il paziente al Perc Pronto Soccorso dove si seguirà il percorso rosso: si tratta di un percorso prioritario, che prevede l'accoglienza e lo svolgimento degli accertamenti diagnostici radiologici e strumentali presso uno spazio appositamente attrezzato e riservato ai pazienti disabili e a chi li accompagna.

> Percorso Rosso Pronto soccorso prioritario



Codici o percorsi?



Pronto soccorso. Simeu e Sigot: "Pazienti over 80 in crescita: sono il 12%. Servono percorsi ad hoc"

La Società della Medicina di Emergenza Urgenza insieme alla Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio al lavoro con l'obiettivo di produrre un documento di indirizzo che, partendo da chiare evidenze scientifiche, declini i punti qualificanti che dovrebbero caratterizzare il percorso del paziente anziano dall'ingresso in Pronto Soccorso e in Ospedale fino alla dimissione.

08 ottobre 2018

Sanità24 18824 ORE

Home Analisi Sanità risponde Scadenze fiscali Sanità in borsa







SEGNALIBRO | 12 FACEBOOK | f TWITTER |

LAVORO E PROFESSIONE



In arrivo da Sigot e Simeu un documento di indirizzo che, partendo da chiare evidenze scientifiche, declini i punti qualificanti che dovrebbero caratterizzare il percorso del paziente anziano dall'ingresso in Pronto soccorso e in ospedale fino alla dimissione, con il presupposto che il ricorso dei pazienti anziani ai servizi di emergenza-urgenza è quasi sempre appropriato e legittimo

J Am Geriatr Soc. 2016 May;64(5):1114-9. doi: 10.1111/jgs.14103. Epub 2016 May 10.

Length of Stay in the Emergency Department and Occurrence of Delirium in Older Medical Patients.

Bo M1, Bonetto M2, Bottignole G1, Porrino P1, Coppo E1, Tibaldi M1, Ceci G1, Raspo S2, Cappa G2, Bellelli G3.

Author information

Abstract

OBJECTIVES: To determine whether emergency department (ED) length of stay before ward admission is associated with incident delirium in older adults.

DESIGN: Prospective cohort study.

SETTING: Hospital.

PARTICIPANTS: Individuals aged 75 and older without delirium at ED entry, coma, aphasia, stroke, language barrier, psychiatric disorder, or alcohol abuse (N = 330).

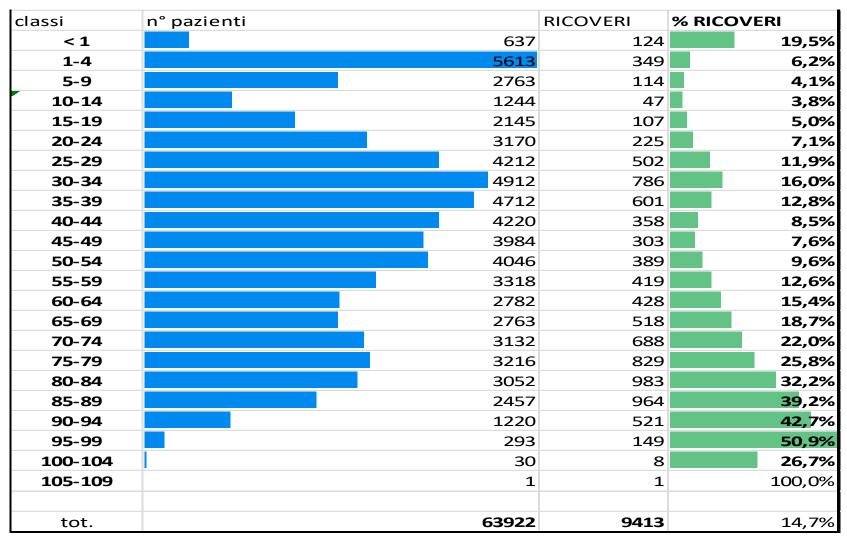
MEASUREMENTS: On ED admission, individuals underwent standardized evaluation of comorbidity (Cumulative Illness Rating Scale), cognitive impairment (Short Portable Mental Status Questionnaire), functional independence (activities of daily living, instrumental activities of daily living), pain (Numeric Rating Scale), and acute clinical conditions (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II). During the first 3 days after ward admission, the presence of delirium (defined as ≥1 delirium episodes within 72 hours) was assessed daily using a rapid assessment for delirium (4AT scale). ED length of stay was calculated as the time (hours) between ED registration and when the person left the ED.

RESULTS: ED length of stay longer than 10 hours (odds ratio (OR) = 2.23, 95% confidence interval (CI) = 1.13-4.41), moderate to severe cognitive impairment (OR = 5.47, 95% CI = 2.76-10.85), and older age (OR = 1.07, 95% CI = 1.01-1.13) were associated with delirium onset.

CONCLUSION: ED length of stay longer than 10 hours was associated with greater risk of delirium in hospitalized older adults, after adjusting for age and cognitive impairment.

© 2016, Copyright the Authors Journal compilation © 2016, The American Geriatrics Society.

Giovani e meno giovani...



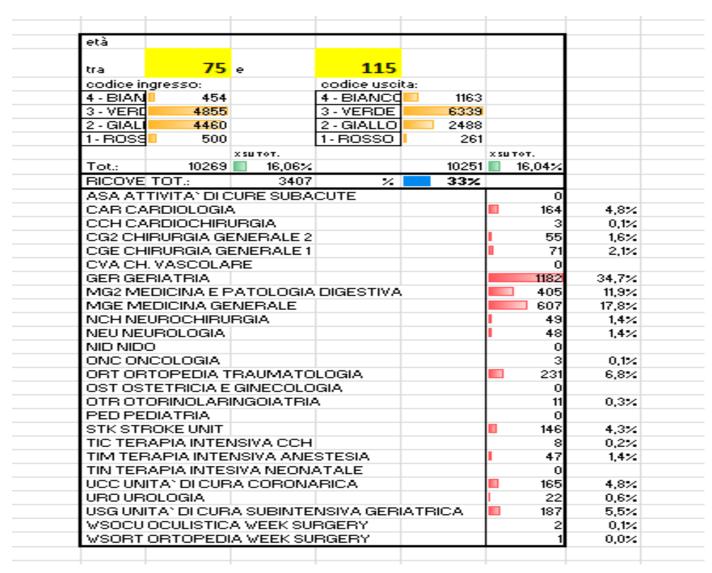
Meno giovani ma più gravi...

	Pazienti con età uguale o maggiore a:						
immettere							
età ->	75	anni					
	codice ingresso:			codice uscita:			
	4 - BIANCO	454	4%	4 - BIANCO	1163	11%	
	3 - VERDE	4855	47%	3 - VERDE	6339	62%	
	2 - GIALLO	4460	44%	2 - GIALLO	2488	24%	
	1 - ROSSO	500	5%	1 - ROSSO	261	3%	
			% SU TOT.			% SU TOT.	
	Tot.:	10269	16,06%		10251	16,04%	

Dopo il Pronto Soccorso

	PED PEDIA	озтозт	retriq	MGE MEDIC	MG2 MEDIC	GER GERIA	USGUNITA	CG2 CHIRU	CGE CHIRU	UCC UNITA	CAR CARDI	STKSTROM	TIM TERAPI	TIC TERAPIA
classi	PED	OST		MGE	MG2	GER	USG	CG2	CGE	UCC	CAR	STK	TIM	TIC
< 1	119		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1-4	349		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5-9	114		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14	46		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-19	5		0	21	11	0	0	4	21	1	0	0	0	0
20-24	0		0	21	15	0	0	7	30	5	1	1	3	1
25-29	0		0	36	22	0	0	2	22	3	2	2	3	0
30-34	0		0	33	20	0	0	9	23	3	1	5	7	0
35-39	0		0	32	30	0	0	5	28	2	6	2	2	2
40-44	0		0	49	28	0	0	4	36	11	9	11	8	1
45-49	0		0	51	60	0	0	10	36	16	6	9	9	1
50-54	0		0	92	77	1	1	12	35	21	15	24	11	5
55-59	0		0	102	88	0	4	8	29	39	14	14	14	2
60-64	0		0	118	76	0	2	9	26	40	25	23	10	5
65-69	0		0	146	112	3	6	9		34		32	12	8
70-74	0		0	224	125	25	18	17		44	50	34		
75-79	0		0	198	140	121	21	23		55		50		
80-84	0		0	176	120	315	44	17		50		48		
85-89	0		0	146	99	395	66	8	15	44		33		2
90-94	0		0	67	35	265	36	5	4	15	10	14	1	0
95-99	0		0	17	11		19	2		1	0	1	0	0
100-104	0		0	3	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0
105-109			0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

Non solo Geriatria



E se li dimettiamo?

J Clin Nurs. 2016 Nov;25(21-22):3333-3344. doi: 10.1111/jocn.13399. Epub 2016 Sep 9.

Family involvement in emergency department discharge education for older people.

Palonen M1, Kaunonen M2,3, Astedt-Kurki P2,3.

Author information

Abstract

AIMS AND OBJECTIVES: To report findings concerning family involvement in emergency department discharge education for older people.

BACKGROUND: The current trend of population ageing in Western countries has caused an increase in emergency department visits. Due to the continuing improvement in the mental and physical status of older people, they are frequently discharged home. Proper discharge education enables older people and their families to better understand how they can cope with the medical issue at home. Given the lack of research, we know relatively little about the significance of family involvement in older people's emergency department discharge education.

DESIGN: A descriptive qualitative design was used.

METHODS: Qualitative thematic interviews of seven older patients, five family members and fifteen nurses were conducted. Data were analysed using content analysis.

RESULTS: Family involvement in discharge education was seen as turbulent. The experiences were twofold: family involvement was acknowledged, but there was also a feeling that family members were ostracised. Families were seen as a resource for nurses, but as obliged initiators of their own involvement.

CONCLUSIONS: Our findings suggest that family members are not considered participants in emergency department care. For a family-friendly approach, actions should be taken on both individual and organisational levels.

RELEVANCE TO CLINICAL PRACTICE: The findings support healthcare providers and organisation leaders in promoting family involvement in discharge education for older people. Families can be encouraged to be involved without feeling responsible for the interaction.

© 2016 John Wiley & Sons Ltd.

KEYWORDS: discharge education; emergency department; family involvement; older people

