

Funksjonssvikt hos eldre

– målrettet utredning i førstelinjetjenesten

■ ANETTE FOSSE

Spesialist i allmennmedisin, sykehjemslege med kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin, phd-stipendiat ved Uni Research Helse og Universitetet i Bergen, medlem av Nasjonalt Råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten.

Alderdom er ikke ensbetydende med sykdom, men med alderen oppstår det etter hvert både sykdommer og plager. Mange sykdommer kan ha atypiske og snikende presentasjoner hos eldre, slik at de ikke umiddelbart framstår som en tydelig sykdom.

Svekket evne til å gjøre aktiviteter i dagliglivet (ADL) og ta vare på seg selv blir ofte av pasient og pårørende (og noen ganger av helsepersonell) oppfattet som en naturlig del av det å bli gammel. Det gjør at mange venter med å kontakte lege til funksjonssvikten er blitt påtrengende. Sviktende funksjon hos eldre har som regel sammensatte årsaker som skal utredes med tanke på reversible tilstander. Viktige spørsmål som må besvares av utredningen er hvorfor og hvordan tilstanden oppsto, og hvilke konsekvenser forandringene har for pasienten og for behandling og omsorgsbehov. Det er viktig at fastleger, sykehjemsleger og pleiepersonell er oppmerksom på at akutt og subakutt funksjonssvikt er potensielt alvorlige tilstander som krever rask inngripen.

Funksjonssvikt – svikt i viktige funksjoner som er nødvendige for å klare seg i sitt daglige liv

Noen definisjoner (1) (2)

► **Akutt funksjonssvikt** – nyoppstått, eller forverring av tidligere funksjonssvikt i løpet av få dager opptil en uke.

► **Subakutt funksjonssvikt** – nyoppstått, eller forverring av tidligere funksjonssvikt i løpet av to uker opptil tre måneder.

► **Kronisk funksjonssvikt** – stabil funksjonssvikt som har vært til stede i minst tre måneder (kronisk sykdom, ettervirkning av sykdom, aldersforandringer).



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

► **Helsesvikt hos eldre («failure to thrive»)** er definert som et vekttap større enn 5 prosent i forhold til utgangsvekten, nedsatt matlyst, dårlig ernæring, inaktivitet, ofte ledsaget av dehydrering, depressive symptomer, kognitiv svekkelse (delir og/eller demens) og økt infeksjonstendens. Forekomsten øker med alderen, og er forbundet med økt sykkelighet og dødelighet. Symptomene er ofte vage og kan utvikle seg gradvis.

► **Skrøpeligheit hos eldre (frailty)** er i medisinsk sammenheng et distinkt syndrom som kjennetegnes av følgende elementer:

- Langtkomne aldersforandringer
- Flere sykdommer og/eller uklare sykdomsbilder
- Fysisk og/eller mental funksjonssvikt
- Redusert sosialt nettverk

Personer med slike kjennetegn er spesielt sårbare, de blir forttere syke, bruker lengre tid på å restituere seg og har vesentlig større risiko for tap av funksjonsevne enn friske

eldre og yngre mennesker. De har ofte atypisk sykdomspresentasjon, og må få hurtig hjelp for å unngå irreversibel forverring.

Ola er 83 år gammel. Han bor alene i en leilighet. Familien bor langt unna. Han har diabetes og lett svekket kraft i venstre arm og bein etter et lite hjerneslag for et år siden, men greier seg ganske bra i det daglige. Hjemmesykepleier kommer med medisin til ham en gang i uka, og hjemmehjelpen hjelper ham med dusjing og renhold. Den siste uka har han vært litt utilpass, og ustø, og han har spist lite. En dag blir han funnet liggende på gulvet, forvirret, kald og våt. Han klager over smerter i rygg og hofter, og han greier ikke å reise seg selv, men når han får hjelp til å komme seg opp kan han stå og gå til tross for smertene. Han greier ikke å gjøre rede for hva som har skjedd og hvor lenge han har ligget, men bagatelliserer hendelsen. Hjemmehjelpen ringer fastlegen. Hvordan skal fastlegen håndtere denne pasienten?

Tilstandsgruppe/ klinisk bilde	Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten	Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften	Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for tilstandsgruppen som pasienten tilhører	Individuelle forhold som må vurderes for rettighet og maksimumsfrist fastsettes for den enkelte pasient
Funksjonssvikt utviklet over 2–12 uker	Utredning Behandling	Tilstanden anses å være alvorlig Helsehjelpen anses å være nyttig Helsehjelpen anses sannsynligvis å være kostnadseffektiv	Som hovedregel: Rett til prioritert helsehjelp Maksimumsfrist: 4 uker	Listen er ikke uttømmende • komorbiditet • multifunksjonssvikt • samtidig delir • grad av svikt i vitale funksjoner • rask progresjon • behandling av alvorlig underliggende sykdom gir gevinst ift. overlevelse • ubehandlet vil infeksjoner, hjerteinfarkt, hjerneinfarkt, delir osv. ha høy dødelighet

FIGUR 1: Helsedirektoratet sin prioriteringsveileder ved funksjonssvikt over 2–12 uker.

Akutt funksjonssvikt

Pasienter med akutt funksjonssvikt bør innlegges i sykehus, helst i sengepost med geriatrisk kompetanse. KAD-senger gir ikke god nok mulighet til nødvendig utredning. Eneste unntak er hvis årsaken til funksjonssvikten er entydig og kjent, og kan håndteres i førstelinjetjenesten. Da kan KAD-seng være aktuelt.

Akutt funksjonssvikt kjennetegnes av «de 5 i-ene»:

- instabilitet (falltendens)
- immobilitet
- inkontinens
- intellektuell svikt (delir)
- iatrogen svikt (legemiddelpåført)

Som regel er ikke årsaken til funksjonssvikten klar. Gamle mennesker med akutt funksjonssvikt legges inn under mange diagnoser, f.eks. cerebralt insult, redusert allmenntilstand, dehydrering, lungebetennelse, urinveisinfeksjon eller andre mer eller mindre velfunderte tentative diagnoser. En organdiagnose vil som regel bare peke på en flik av problemet. Dersom det ikke er noen åpenbar forklaring på funksjonssvikten kan det være riktigere å bruke betegnelsen «akutt funksjonssvikt», et medisinsk begrep som gir en bedre forståelsesramme for utredningen. «Akutt pleie» og «causa sosialis» er innleggelsesdiagnoser som brukes innimellom. Disse «diagnosene» kan være problematiske på to måter:

- dersom de betyr det de gir inntrykk av, nemlig at det ikke er pasientens tilstand som er forverret, men at det er omsorgsapparatet rundt som svikter, er det feil å legge pasienten inn i sykehus. I slike situasjoner bør kommunen, gjerne i samarbeid med familien, finne løsninger for pasienten, f.eks. plass i KAD-seng inntil

riktig omsorgstiltak kan stables på beina.

- dersom diagnosen egentlig innebærer akutt funksjonssvikt, vil slike innleggesdiagnoser tilsløre at pasienten har en medisinsk tilstand som trenger aktiv utredning.

Akutt funksjonssvikt betyr at pasienten er potensielt alvorlig syk, og trenger rask og bred utredning i sykehus. Dette må både fastleger/legevaksleger og sykehusleger være klar over. Det er nødvendig å finne både utløsende og bakenforliggende årsaker til funksjonssvikten. Et lårhalsbrudd eller en urinveisinfeksjon er ofte kun et symptom på viktigere årsaker som for eksempel ernæringsvikt, medikamentbivirkninger, hjertesykdom, anemi, subduralt hematoma, depresjon, eller kombinasjoner av disse.

Under utredningen må pasienten sikres optimal oksygenering, væske- og elektrolyttkorreksjon og komplikasjoner som trykksår og delir (se senere) må forebygges. Når en eller flere årsaker er påvist skal disse behandles, og pasienten skal mobiliseres tidlig for å unngå videre funksjonstap.

For at sykehuset skal kunne gjøre en god utredning trenger de informasjon om medisinsk tilstand og funksjonsnivå før den akutte funksjonssvikten. Det er derfor viktig at fastlege og omsorgstjeneste gir nødvendig informasjon ved innleggelsen, evt. dagen etter dersom innleggelsen skjer via legevakt. Sykehuset bør ta kontakt med fastlege og omsorgstjeneste dersom de mangler relevant informasjon. Alle pasienter bør ha oppdatert medisinske tilgjengelig. Sykehuset bør dessuten kontakte fastlege og omsorgstjeneste tidlig i utredningen for å planlegge utskrivelse og videre medisinsk og pleiemessig oppfølging og evt. rehabilitering.

Jensine er 93 år gammel og har de siste to årene bodd på sykehjem med en etterhvert langt kommet demens. Hun er lite mobil, må mates, og gir ingen verbal kontakt. I samråd med familien og sykehjemslegen er det avtalt at det ikke skal gjøres inngrep eller omfattende diagnostikk med sikte på livsforlengende behandling. Dette er nedskrevet i journalen, og er kjent blant personalet. En dag blir hun urolig og delvis fjern og det kommer mørk avføring. Det blir tatt en blodprosent som er 6,8. Personalet tilkaller familien som kommer til stede, og hun roer seg med dem til stede. Hun får kontinuerlig oppsyn og godt stell, og i løpet av to dager sovner hun stille inn med pårørende til stede.

I noen situasjoner er det ikke aktuelt med innleggelse til tross for en akutt funksjonssvikt. Det gjelder sykehjemspasienter med langt kommet kronisk funksjonssvikt der innleggelse og utredning i sykehus vil være til større belastning enn nytte. Dette bør sykehjemslegen ha avklart med pasient og familie i en rolig fase før en akutt tilstand oppstår.

Subakutt funksjonssvikt

Dette er en vanlig situasjon som bør fanges opp så tidlig at det er mulig å gjøre noe med den før den blir akutt. Det kan for eksempel dreie seg om forverring av KOLS eller hjertesvikt, infeksjon, smertetilstander, adferdsendringer ved demens, depresjon/angst, medikamentbivirkninger, dehydrering, urinretensjon, forstoppelse, under- og feilernæring osv.

Vanligvis er det pårørende eller hjemmetjenesten som oppdager at noe er i ferd med å skje. Det kan være gammel mat i kjøleskapet, potteplanter som ikke vannes,



ILLUSTRASJONSFOTO: COLLABORIX

dårligere personlig hygiene, eller andre tegn på at ADL-funksjonene er i ferd med å svekkes. Falltendens og kognitiv svikt er også vanlige tegn. Alle som bistår eldre mennesker må vite at slike signaler skal føre til kontakt med fastlegen for nærmere undersøkelse.

Når legekontolet får en slik henvendelse bør pasienten få time til undersøkelse i løpet av få dager, og bør vanligvis følges av noen som kan fortelle om endringene (forutsatt at pasienten godtar det). Familien og omsorgstjenesten er viktige samarbeidspartnere i utredning av funksjonssvikt. Fastlegen må gjøre grundig klinisk undersøkelse med bakgrunn i pasientens tidligere sykehistorie og de aktuelle symptomene, og bruke kunnskap om vanlige årsaker til subakutt funksjonssvikt. Andre viktige vurderingspunkter er medikamentgjennomgang, ernæringsstatus, fordøyelse og kontinens, samt vurdering av syn, hørsel, kognitiv status (MMS, klokketest) og angst/depresjon. Det er også nødvendig med kartlegging av sosialt nettverk og hvilke omsorgstjenester pasienten eventuelt har. Mye av dette er ofte kjent for fastlegen fra før, men det er ikke alltid vi har oversikt over pasientens hjemmesituasjon. Ved subakutt funksjonssvikt har hjemmeforholdene stor betydning for valg av tiltak.

Ofte kan undersøkelsen hos fastlegen av-

klare situasjonen slik at riktig behandling og hjelp kan settes i verk hjemme hos pasienten. Noen ganger kan det være nødvendig med en (poliklinisk) utredning på sykehuset. Helsedirektoratet har utarbeidet en prioriteringsveileder til bruk for sykehuslegene som skal vurdere slike henvisninger (FIGUR 1).

I noen situasjoner kan sykdom hos en pasient føre til at ektefellen også må ivretas. Det er viktig at kommunen har muligheter til å håndtere dette på kort varsel.

Hans er 87 år gammel. Han har KOLS og prostatisme, men er selvhjulpent og vel-fungerende. Han bor i eget hus sammen med sin demente kone Kari. Hun er fysisk ganske sprek, men er helt avhengig av at han er der for henne. Den siste uka har han fått produktiv hoste, økende tungpust og føler seg slapp og syk. Han har måttet holde senga de siste par dagene. Nå ringer han legesenteret for å be om hjelp til seg og kona. Hvilke tiltak skal settes i verk for dem?

Dersom årsaken til funksjonssvikten er avklart, men det ikke er mulig for pasienten å være hjemme pga svekket funksjon, kan det være hensiktsmessig med en innleggelse i KAD-seng, eller i en korttidsavdeling på sykehjem, for behandling og videre funksjonsavklaring.

Falltendens og kognitiv svikt – to vanlige symptomer ved akutt og subakutt funksjonssvikt

En utredning av funksjonssvikt innebærer nesten alltid en utredning av fall og/eller kognitiv svikt. Det er viktig å ta målrettet tak i disse symptomene, fordi de har stor betydning for om en pasient kan greie seg mest mulig selv eller ikke.

► **Falltendens:** Når pasient, pårørende eller omsorgstjenesten melder om fall er det viktig å ikke bare avskrive det som en tilfeldig hendelse, men undersøke årsaken til fallet. Til denne utredningen hører bl.a. følgende spørsmål:

- Bevisstløshet i forbindelse med fallet?
- Gange- eller balanseproblemer?
- Svimmelhet? Stillingsavhengig eller ikke?
- Kraftsvekkelse?
- Flere fall det siste året? Redsel for nye fall?
- Medisiner som kan gi fallrisiko?
- Forhold i omgivelsene som førte til fallet?

Noen ganger er årsaken til fall åpenbar og kan gjøres noe med. Andre ganger kan det være vanskelig å finne en forklaring, og pasienten kan trenge henvisning til en målrettet fall-utredning på en geriatrisk poliklinikk.

► **Kognitiv svikt:** Når fastlegen får melding om at pasienten «er blitt glemsk», «er begynt å rote», eller at pasienten ikke greier å

gjøre ting han eller hun kunne før, er det nærliggende å tenke at det er en demenssykdom under utvikling. Ofte er det riktig, men det kan være greit å huske på fem D'er og en M:

- Delir
- Demens
- Depresjon
- Drikking
- Defekte sanser
- Medisiner

Dette er en god knaggerekke for utredningen. Husk at pasienten ofte har kombinasjoner av to eller flere av elementene. Jeg går ikke nærmere inn på utredningen her, men vil trekke fram delir som en viktig og ofte underdiagnostisert tilstand som krever spesiell oppmerksomhet. Det er ingen sykdom i seg selv, men et symptom på annen akutt sykdom. Delir (3) er en forvirringstilstand som er preget av svingende kognitive funksjoner og oppmerksomhetssvikt. Den mentale svikten utvikler seg raskt over timer til uker, og må ikke forveksles med demens, selv om den ofte kan oppstå hos en person med demens i forbindelse med interkurrent sykdom.

► **Delir** kan oppstå i alle aldre og ved ulike grader og typer av påkjenninger, men faren for å utvikle delir øker med økende alder, mental svikt, sansedefekter, kroniske sykdommer og mye medisiner. Følgende symptomer bør lede oss til å tenke på delir:

- Akutt endring i mental status, gjerne i forbindelse med somatisk sykdom
- Visuelle hallusinasjoner
- Svingende bevissthetsnivå
- Akutte psykiatriske symptomer hos en person uten tidligere psykiatrisk sykdom
- Akutt start av nye psykiatriske symptomer hos en pasient med kjent psykiatrisk sykdom

- Pasient som beskrives som «forvirret» eller «desorientert»

Delir er en vanlig tilstand på intensiv-, indremedisinske og ortopediske avdelinger, og er antagelig vanligere både hos hjemmeboende eldre og hos sykehjemspasienter enn vi tror. Jeg går ikke nærmere inn på utredning og behandling av delir her, men vil understreke betydningen av at leger og annet helsepersonell gjenkjenner fenomenet, fordi riktig behandling og miljøtiltak vil føre til normalisering av tilstanden og raskere tilfriskning av sykdommen som forårsaket deliret.

Kronisk funksjonssvikt

Johanne er 91 år gammel. Hun har hjertesvikt og angstplager som for to år siden førte til at hun fikk plass i en bemannet omsorgsbolig. Der bor hun i egen leilighet, hvor hun ordner frokost og kveldsmat selv, men får hjelp til middagen. Før hun flyttet til omsorgsleiligheten hadde hun tallrike akuttinnleggelser pga hjertesymptomer, og hun ringte datteren mange ganger daglig fordi hun følte seg redd og ensom. Hun spiste dårlig og gikk ned i vekt. Nå er vekten stabil, og hun virker mindre angstpreget. Personalet ser inn til henne noen ganger i løpet av dagen, og hun er ofte ute i fellesstua sammen med de andre beboerne. Hjertesymptomene er lite plagsomme. Det siste året har imidlertid datteren merket at Johanne husker dårligere, og at hun ikke alltid vet hvor hun er. Dette er foreløpig ikke et problem i det daglige, men datteren kontakter fastlegen for å høre om mora bør undersøkes. Hvordan skal fastlege og omsorgstjeneste følge opp Johanne?

Kronisk sykdom, ettervirkninger etter skade eller sykdom, eller langtkomne alders-

forandringer kan gi funksjonssvikt som er stabil over måneder og år. Når tilstanden er utredet, og behandling og hjelpetiltak er igangsatt, er målet at flest mulig skal kunne bo hjemme lengst mulig. Dette kan skje ved å forebygge fall og ytterligere helse-svikt, sikre rask utredning og behandling ved nyoppstått eller økende funksjonssvikt og gi tilpasset hjelp hjemme. Viktige tiltak for å forebygge ytterligere funksjonssvikt er blant annet riktig ernæring, trening og aktivitet, sosial omgang, sansehjelp for syn, hørsel og balanse, og å sikre god kontroll på kroniske sykdommer. Dette må skje i samarbeid mellom pasient, pårørende, omsorgstjeneste og fastlege. Andrelinjetjenesten kobles inn ved behov.

Helsesvikt og funksjonssvikt hos eldre skjer ofte nær slutten av livet. Fordeler med utredning og behandling må alltid veies opp mot ulempene. Målet er å identifisere sykdommer som kan behandles uten å utsette pasienten for unødige belastninger. For å kunne gjøre gode, individuelle vurderinger må legen snakke med pasient, pårørende og omsorgspersonell som kjenner pasienten, og avklare hvilke ønsker pasienten har for gjenværende levetid. Uavhengig av om utredning og behandling igangsettes eller ikke, er det viktig å gi god lindring og sette inn tiltak som gir en best mulig hverdag med de plagene og sykdommene pasienten har.

REFERANSER

1. TB. W. Geriatri. En medisinsk lærebok. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2011.
2. Norsk Elektronisk Legehåndbok. Norsk Helseinformatikk; 2013.
3. Neerland BE, Watne LO, Wyller TB. [Delirium in elderly patients]. Tidsskrift for den Norske lægeforening; tidsskrift for praktisk medicin, ny række. 2013; 133: 1596–600.