

Akutt funksjonssvikt

– et vanlig klinisk problem hos

■ ANETTE HYLEN RANHOFF • Dr.med. og spesialist i indremedisin og geriatri, Diakonhjemmet sykehus i Oslo og Universitetet i Bergen

Akutt funksjonssvikt er en vanlig presentasjonsform av akutt, og ofte alvorlig, sykdom hos eldre personer, som bør føre til grundig klinisk undersøkelse for å finne årsaken. Som regel er bred og til dels avansert diagnostikk ledet av erfarne leger med spesialistkompetanse nødvendig. Akutt funksjonssvikt er også en viktig prognostisk faktor som predikerer økende funksjonstap og død. Det gir best resultat hvis slike pasienter behandles i en akuttgeriatrisk enhet med systematisk forebygging av komplikasjoner, tverrfaglig utredning og tidlig rehabilitering.

Hva er akutt funksjonssvikt?

To pasienthistorier illustrerer problemstillingen:

PASIENT 1: En 85 år gammel mann som var selvhjulpel og mentalt velfungerende, ble i løpet av et par uker forandret. Han hadde kjent prostatakrefte og atrieflimmer, og til vanlig noe nedsatt gangfunksjon og brukte stokk. Han brukte warfarin, metoprolol og fikk hormoninjeksjoner mot prostatakrefte.

Så ble han økende ustø til bens, og falt flere ganger. De siste dagene før innleggelse ble han også desorientert og forvirret. Pasientens fastlege la ham inn på grunn av akutt funksjonssvikt. I sykehusets akuttmottak fikk han hjertestans. Han hadde alvorlig nyresvikt med hyperkalemi, forårsaket av urinretensjon som følge av prostatakrefte. Det ble gjort vellykket hjerte-lunge-redning og han fikk blærekateter og intensivbehandling. Etter ett døgn hadde kalium normalisert seg og nyrefunksjonen var i bedring. Han kunne tas av respirator. Etter ti dager kunne han utskrives til eget hjem, og var fortsatt selvhjulpel.

PASIENT 2: En kvinne på 82 år bodde alene hjemme med hjemmesykepleie daglig til hjelp med medisiner og bading. Hun hadde hypertensjon, koronar hjertesykdom, kronisk obstruktiv lungesykdom og osteoporose med kompresjonsbrudd i ryggspylen. Hun var glemsk, men hadde ikke demensdiagnose.

I løpet av noen dager ble hun desorientert og slapp. Hjemmesykepleien kontaktet legevakt og hun ble innlagt. I akuttmottaket var hun desorientert, hadde temperatur 37,5, puls 78 regelmessig, normalt blodtrykk og det var ikke spesielle auskultasjonsfunn over hjertet og lungene. EKG var uendret fra tidligere. Rutineblodprøver ble tatt og viste CRP 470, røntgen thorax viste lobær pneumoni på høyre side.

Hun hadde manglende feber, trolig på grunn av bruk av paracetamol 1 g x 3 mot ryggsmertene. Kompresjonsbruddene i ryggen gjorde henne kyfotisk og sammensunken, hun pustet overflatisk og auskultasjonen var vanskelig. Til tross for en alvorlig pneumoni var hun ikke takykard fordi hun brukte betablokker på grunn av sin koronarsykdom.

Svikt i dagliglivets funksjoner er en vanlig sykdomspresentasjon hos eldre, og særlig sårbare pasienter. Symptomene er ofte diffuse og generelle. Smerter kan være lite fremtredende, og feber kan mangle ved infeksjoner. Aldersforandringer, andre sykdommer og medisiner kan kamuflere symptomer.

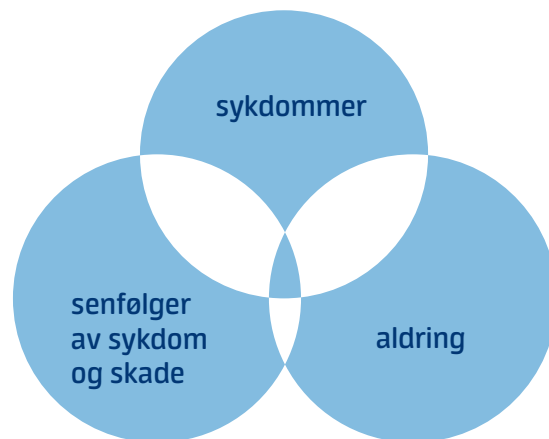
Akutt funksjonssvikt defineres som svikt i evnen til å utføre dagliglivets funksjoner som utvikler seg over kort tid – inntil to uker. Dette blir som regel presentert som at den eldre personen blir mer hjelpetrequende. Svikt i gangfunksjon er det

mest vanlige, og er ofte ledsaget av økt falltendens. Det typiske er at en funksjon som er lett svekket fra før, rammes mest. Dette kan for eksempel være at en som er glemsk fra før, får akutt forvirring (delirium); en som er ustø, faller; en som spiser og drikker lite, får dehydrering og ernæringsvikt; og at inkontinens oppstår hos en som er litt «lekk» fra før.

Oftest blir akutt funksjonssvikt presentert som at det er en eldre person som ikke greier seg hjemme lenger og dermed må innlegges for å få pleie og omsorg. Dette kan lett føre til at symptom bildet ikke tas alvorlig nok, og at det ikke bevisst letes etter årsaker til den akutte funksjonssvikten.

Akutt funksjonssvikt er ikke bare en innleggelsesdiagnose, det er et vanlig klinisk problem hos eldre som innlegges akutt på sykehus, uavhengig av diagnose. En undersøkelse fra akuttmottaket ved UL

- Akutt funksjonssvikt er **alltid** sykdom
- Kronisk funksjonssvikt er
 - kroniske sykdommer
 - senfølge av skader og sykdommer
 - aldring
- Ofte akutt på toppen av kronisk sykdom (den typiske akuttgeriatriske pasient)



GRAF. Når gamle blir hjelpetrequende – sykdom eller aldring?

eldre pasienter



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

levlås sykehus i 1998 viste at nær halvparten av alle pasienter som var 75 år og eldre, og som ble henvist for akutt innleggelse i medisinske avdelinger, hadde hatt et funksjonstap de siste to ukene før innleggelsen (1). Erfaringer fra akuttmottaket på Diakonhjemmet sykehus har vist at funksjonssvikt var den vanligste innleggelsesårsak hos eldre mellom 80 og 90 år (2).

Viktig presentasjonsform når eldre blir akutt syke

De to pasienthistoriene beskriver akutt funksjonssvikt som presentasjonsform ved alvorlige og potensielt livstruende tilstander hos eldre.

Akutt funksjonssvikt er alltid en indikator på akutt sykdom, skade eller legemiddelbivirkning. Basert på egen, og andres kliniske erfaringer, og upubliserte registreringer av årsak til akutt funksjonssvikt ved flere sykehus, vet vi at de fleste vanlige akutte indremedisinske sykdommer kan presentere seg som akutt funksjonssvikt. Den vanligste årsak er trolig infeksjoner, og da særlig pneumonier og urinveisinfeksjoner. Men sepsis hos eldre har svært ofte akutt funksjonssvikt som det dominerende symptom-bilde. Som regel finnes andre symptomer og tegn også, men disse må letes etter.

De vanligste årsaker til akutt funksjonssvikt er:

- Infeksjoner (urinveier, luftveier, sepsis)
- Cerebrovaskulære årsaker (atypiske hjerneslag, særlig i bakre skallegrup som ikke gir hemiparese, men balanseproblemer)
- Kardiovaskulære årsaker (hjerteinfarkt uten brystmerter, arytmier, hjertesvikt)
- Lungeemboli («uforklarlig» hypoksi eller pusteproblemer)
- Nyresvikt
- Anemier og metabolske forstyrrelser (dehydrering, blodsukker, elektrolytter, syre-base)
- Skader (innkilt lårhalsbrudd, subduralt hematom)
- Alkoholrelaterte problemer (alkoholeffekt og alkoholabstinens)

Akutt funksjonssvikt som prognostisk faktor

Akutt funksjonssvikt manifesterer seg der det oppstår en svikt av organfunksjon eller sammensatte fysiologiske systemer. Reduserte organreserver og homeostase vil derfor disponere for akutt funksjonssvikt. Et eksempel på dette, er at eldre med aldersrelatert muskelsvinn (sarkopeni), vil være disponert for sviktende gangfunksjon og fall når de blir syke (3). Eldre med reduserte kognitive reserver, og særlig ved demens, er spesielt disponert for delirium (akutt forvirring) ved akutt sykdom og skade (4).

Akutt funksjonssvikt vil av denne grunn være et tegn på reduserte organreserver. Dette har prognostisk betydning, og er vist å gi redusert seks-måneders overlevelse etter sykehusinnleggelse (5). Måling av reduserte organreserver hos eldre er ikke alltid enkelt, men påvisning av sårbarhet («frailty») er blitt stadig viktigere innen klinisk forskning. Dette kan måles ved hjelp av sammensatte mål som omfatter vekttap, evne til å reise seg fra en stol uten å bruke armene og redusert følelse av energi (6), eller ved å summere negative faktorer i en såkalt «Frailty Index» (7). En enklere måte er å bruke en sårbarhetsindikator, for eksempel ganghastighet, som angir risiko for videre funksjonstap og død (8).

Håndtering av akutt funksjonssvikt hos eldre

Eldre med akutt funksjonssvikt skal som hovedregel innlegges i sykehus. Kommunale akutte døgnenheter har som regel ikke det diagnostiske apparat og den kompetanse som er nødvendig for å gi optimal diagnostikk og behandling til disse pasientene.

Vanlig triagering kan brukes til å bedømme alvorlighetsgrad og dermed brukes ved prioritering av pasientene i akuttmottaket, men dette bør gjentas ofte da tilstanden kan endre seg raskt i negativ retning (2). Bred medisinsk diagnostikk, systematisk forebygging av komplikasjoner, tidlig mo-

bilisering og planlagt utskrivning er det viktigste for å sikre best funksjon og overlevelse. Dette gjøres best i en akuttgeriatrisk enhet (9). Vi har gode erfaringer med en definert behandlingslinje for eldre med akutt funksjonssvikt ved Diakonhjemmet sykehus.

RED. ANM.: Artikkelen er tidligere publisert i tidsskriftet *Indremedisinen* og trykkes etter tillatelse.

REFERANSER

1. Ranhoff AH. Akutt syke gamle i indremedisinske avdelinger. I: Krüger RME. *Evige Utfordringer*. Forlaget Aldring og helse 2006, s 213–5.
2. RASHIDI F, MOWINCKEL P, RANHOFF AH. Severity of disease in patients admitted for acute care to a general hospital: Age and gender differences. *Aging Clin Exp Res*. 2009 Nov 25. [Epub ahead of print]
3. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing* 2010; 39: 412–23.
4. Neerland BE, Watne LO, Wyller TB. (2013). Delirium hos eldre pasienter. *Tidsskr. Nor Legeforen* 2013; 133: 1596–600.
5. Rozzini R, Sabatini T, Cassinadri A, Boffelli S, Ferri M, Barbisoni P, Frisoni GB, Trabucchi M. Relationship between functional loss before hospital admission and mortality in elderly persons with medical illness. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2005 Sep; 60(9): 1180–3.
6. Ensrud, K.E., et al., Frailty and Risk of Falls, Fracture, and Mortality in Older Women: The Study of Osteoporotic Fractures. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2007. 62 (7): p. 744–751.
7. Song X, Mitnitski A, Rockwood K. Prevalence and 10-year outcomes of frailty in older adults in relation to deficit accumulation. *J Am Geriatr Soc*. 2010; 58 (4): 681–7.
8. Dumurgier J, Elbaz A, Ducimetière P, Tavernier B, Alperovitch A, Tzourio C. Slow walking speed and cardiovascular death in well functioning older adults: prospective cohort study. *BMJ*. 2009; 339: b4460.
9. Fox MT, Persaud M, Maimets I, O'Brien K, Brooks D, Tregunno D, Schraa E. Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Dec; 60 (12): 2237–45.

■ ANETTE.RANHOFF@UIB.NO