



Gruppebaseret
Efteruddannelse

Systematisk klinikmodul om **Den ældre patient**



Systematisk
Efteruddannelse (SE)

Indholdsfortegnelse

Kolofo	3
Introduktion	4
Klinikkens læringspunkter	5
Mine læringspunkter	6
Case 1: Anton	7 – 8
Case 2: Jørgen	9 – 10
Case 3: Ingrid	11 – 12
Informationssektion: Den aldrende krop (pkt. 1-7)	13 – 14
Informationssektion: Håndtering af den skrøbelige pt. (pkt. 8-9)	15 – 16
Informationssektion: Behandling (pkt. 10-13)	16 – 17
Informationssektion: Kommunalt-lægelige samarbejde (pkt. 14-19)	17 – 18
Informationssektion: Medicin (pkt. 20-34)	18 – 20
Informationssektion: Akut sygdom (pkt. 35-44)	20 – 21
Informationssektion: Den skrøbelige hjerne (pkt. 45-57)	22 – 24
Informationssektion: Kørselsforbud (pkt. 58-62)	24 – 25
Informationssektion: Depression og demens (pkt. 63-76)	25 – 27
Informationssektion: Opsøgende hjemmebesøg (pkt. 77-80)	28
Referencer	29
Bilag 1: Geriatrisk depressionsskala (GDS-15)	30
Bilag 2: Rejse-Sætte-Sig-test (RSS)	31 – 32
Bilag 3: Clinical Frailty Scale (CFS)	33
Bilag 4: Laksantia	34
Bilag 5: Vejl. Om den ældre skrøbelige patient (hjemmebesøg)	35
Bilag 6: TOBS-skema	36
Kommentarer til cases	37 – 47
Evaluer	48



Fagspecialister

Catherine Hauerslev Foss, ledende overlæge, ph.d, lektor ved Aarhus Universitet. Cheflæge i Ældresygdomme (geriatri).

Daniel Pilsgaard Henriksen, læge, ph.d., Klinisk Institut, klinisk lektor, KI, OUH, Forskningsenhed for Klinisk Farmakologi i Odense.

Forfattere

Praktiserende læge Karl-Martin Lind, Lægehuset Sønder Omme, efteruddannelsesvejleder og lægefaglig konsulent i PLO Efteruddannelse.

Praktiserende læge Lone Grønbæk, Møllegade Lægehus, Sønderborg, efteruddannelsesvejleder og lægefaglig konsulent i PLO Efteruddannelse.

Praktiserende læge Pernille Lind, Lægerne i Gram, efteruddannelsesvejleder og lægefaglig konsulent i PLO Efteruddannelse.

Redaktør og forfatter

Praktiserende læge Mark Lee Larsen, Lægerne Kanaltorvet, Albertslund, efteruddannelsesvejleder og lægefaglig konsulent i PLO Efteruddannelse.

Opsætning og layout

PLO Efteruddannelse

Interessekonflikter

Ingen.

Ansvarsfraskrivelse

Der er gjort en stor indsats for at præsentere indholdet ud fra gældende guidelines. Anvendelse af oplysningerne bør dog altid ske med en selvstændig faglig vurdering - tilpasset de konkrete omstændigheder i hver enkelt patientsituation. Brugen af oplysningerne sker på eget ansvar. Ved at anvende materialet accepterer brugeren at holde forfatterne og PLO Efteruddannelse skadesløse for enhver skade eller konsekvens, der måtte opstå som følge af brugen.

Copyright

Moduler inden for Gruppebaseret Efteruddannelse (lægemoduler, systematiske lægemoduler, klinikmoduler, systematiske klinikmoduler og personalemoduler) er beskyttet af ophavsret. PLO Efteruddannelse har eneret til at beskytte det undervisningsmateriale, det producerer. Modulerne må ikke reproducere uden forudgående godkendelse fra PLO Efteruddannelse. Ophavsretten omfatter ikke bilag, herunder flowdiagrammer, patientinformationsbrochurer og andet materiale, der er beregnet til kopiering.

Version

1. udgave: november 2024

Forklaring af ikoner



Cases



Informationssektion



Bilag



Case-kommentar



Den ældre patient

Den ældre medicinske patient berører hele klinikken. Ældre patienter har ofte komplekse og multisystemiske sygdomsforløb, der involverer flere kroniske lidelser og en høj grad af medicinering (polyfarmaci). Det øger risikoen for bivirkninger, interaktioner og nedsat livskvalitet.

Medicingennemgang og afmedicinering kræver mange lægefaglige overvejelser og skal være målrettet det enkelte individ. Tværfagligt samarbejde mellem læger og klinikkens personale, men også eksterne samarbejdspartnere såsom kommunale sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, farmaceuter og andre relevante fagpersoner er essentielt for at sikre helhedsorienteret patientpleje - og glem ikke hospitalssektoren. Det tværfaglige samarbejde muliggør, at forskellige sundhedsprofessionelle kan bidrage med deres specifikke ekspertise til at optimere behandlingsplanen, reducere komplikationer og sikre koordineret pleje.

Som klinik kan I få en faglig diskussion om den ældre patient og gennemgå jeres interne samarbejde og retningslinjer.

Modulet er skrevet på baggrund af DSAM-vejledningen om den ældre patient. I den lægefaglige del har lægerne lavet en medicingennemgang på en patient. Denne medicingennemgang vil de fremlægge i løbet af klinikmodulet.

I skal gennemgå alle cases. Afsæt tre effektive timer (dvs. ekskl. pause) til at gennemgå modulet i klinikken. Modulet indeholder tre cases, så hver case bør tage ca. 1 time.

Case 1 er lidt længere end de andre, så I kan evt. bruge 1½ time på denne, og 45 min. til hhv. case 2 og case 3.

Klinikken og facilitator kan vælge at bruge længere tid på en case, hvis det er vigtigt for klinikkens læringsbehov. Det vigtigste er dog, at I gennemgår alle cases.

Modulet kan indeholde bilag i forskellige former, herunder appendiks med supplerende information, faktaark til direkte anvendelse i klinikken samt øvrige relevante materialer. Flere af bilagene kan med fordel printes til brug i praksis.

Når I har gennemgået modulet, skal I evaluere det. Se sidste side.

Tilskud fra Fonden for Almen Praksis

Dette systematiske klinikmodul er godkendt til én dags Systematisk Efteruddannelse (SE) for læger. Tilskuddet gælder for praktiserende læger med en konto i Fonden. Det er også godkendt til én dags tabt arbejdsfortjeneste for praksispersonalet. Det er lægerne, der søger tilskuddet for personalet.

Husk at søge tilskud, når I har gennemført hele modulet.

Som læge bliver din deltagelse i SE registreret, når du har søgt tilskuddet.





Vores vigtigste læringspunkter

Hvad vil vi undersøge nærmere?

Hvem undersøger?

Notér de læringspunkter, som er vigtige for jer. Er der noget, I mangler svar på i informationssektionen, kan I undersøge det nærmere efter modulgennemgangen. Undgå at søge information undervejs, da det kan ødelægge flowet i diskussionen.





Mine læringspunkter

Hvad er vigtigst for mig?

Hvad vil jeg ændre i praksis?

Undervejs kan du skrive dine egne læringspunkter og hvordan de kan påvirke din hverdag i klinikken. Det kan være konkrete ændringer, du vil afprøve, eller nye metoder, du vil implementere. Fokuser på de vigtigste og mest relevante ændringer for dig.





Anton, 72 år

1/2

Anton er gift med Bente på 70. Anton ser al sport i TV, gerne i selskab med et par naboer, øl og god mad. Han ryger 15 smøger dagligt og har 48 pakkeår bag sig.

Anton vil gerne være med på beatet og har meldt sig ind i en cykelklub. Han har derfor investeret i udstyr og supercykel. Under en cykeltur får Anton åndenød, trykken for brystet og bliver utilpas. Han må tage hjem for at hvile sig. Det gør ham i dårligt humør, han føler sig syg, mister helt gejsten og han skammer sig.

Bente kan dårligt kende hans adfærd, og synes, han skal kontakte sin læge for at få en tid. Modstræbende ringer Anton til lægehuset og fortæller, at han føler sig utilpas, er i dårligt humør og har haft stikken i brystet under en cykeltur for to uger siden.



Hvordan vil du håndtere telefonsamtalen?

Start med sekretær, dernæst sygeplejersker og til sidst læge(r).

Er der yderligere spørgsmål, du vil stille Anton?

Hvad tror du, der kan være galt?

Skal Anton have en tid? Hvis ja, hvor hurtigt? Og i så fald hos hvem?

Anton ses hos en sygeplejerske dagen efter, hvor der tages blodprøver og EKG.

- Obj: Upåvirket, BT 175/100
- EKG: Sinusrytme, ingen tegn på iskæmi

Af journalen fremgår:

Anton fik ved et helbredstjek for 4 år siden konstateret let blodtryksforhøjelse 148/93. EKG og blodprøver var i orden. FEV1 var 74% af forventet. FEV1/FVC 72%. Han blev sat i behandling med Metoprolol 50 mg. BMI 28. Siden har Anton kun været sporadisk i lægehuset.

Af FMK fremgår det, at recepten kun er fornyet 3 gange de sidste 4 år.

Dagen efter kommer Anton alene i konsultationen. Han er først stille og indadvendt, men så giver han udtryk for sin vrede. Han vil have en "energi-tablet", det må kunne "fixes". Han begynder også at græde, kan jo godt se, at det er galt. Han føler sig mindreværdig og uduelig, også i forhold til Bente. Oveni har han begyndende impotens.

- HbA1c 53 mmol/mol (31-48 mmol/mol)
- S-Total Kolesterol 7,5 mmol/l
- S-HDL 1,3 mmol/l
- S-LDL 4,9 mmol/l
- S-Triglycerider 5,2 mmol/l
- Væsketal, levertal, hæmatologi og TSH er upåfaldende



Hvad er dine overvejelser om Anton? Hvad tænker du om hans psykiske tilstand?

Hvordan vil du gribe konsultationen an? Vil du lave et forløb med flere konsultationer?

Hvordan plejer du at rådgive en sådan patient?





Anton er blevet 82 år, men det skal ikke fejres. Bente døde af brystkræft for 1½ år siden og tilværelsen er blevet grå og trist. Han varmer lidt færdig frysemad og får ellers madder og kaffe, en øl at stå op på, en igen til sengetid og så dem indimellem sammen med naboer og de få venner, han har. Anton ryger fortsat 15 smøger dagligt. Cyklen samler støv.

Anton klager over tiltagende åndenød og hoste. Han har ondt i ryggen med udstråling til begge ben, mest højre, så det er efterhånden også blevet svært at gå. Han føler sig svimmel, er faldet et par gange og har ondt i hoften. Der er hyppig vandladningstrang, især om natten, afføringen er træg og søvnen er elendig.

Datteren forsøger så vidt muligt at ringe en gang om ugen, men Anton er træls at snakke med. Hun får lov til at ringe til lægehuset og fortælle om situationen.



Hvordan vil du håndtere telefonsamtalen?

Start med sekretær, så sygeplejersker og til sidst læge(r).

Er der yderligere spørgsmål, du vil stille datteren?

Hvad tror du, der kan være galt?

Anton har fået en tid i lægehuset. Han kommer sammen med datteren i konsultationen. Obj.: Ubarberet og usoigneret. Han fremstår trist, indadvendt og lidt stillestående. Han hører dårligt. BT: 150/95. Vægt 92 kg, St.c. i.a. St.p. med antydet forlænget expirium. Abdomen adipøst, blødt, uden udfyldninger. Lette crurale ødemer. Rectal eksploration: ia

Paraklinisk:

- HbA1c på 64 mmol/mol (31-48 mmol/mol)
- ALAT 79 IU/l (10-70 IU/l)
- Na 129 mmol/l (135-145 mmol/l)
- Alb/crea 78 mg/g (< 30 mg/g)
- eGFR 45 ml/min (> 60 ml/min)
- Hb 7,2 mmol/l (7,3-10,0 mmol/l)
- EKG med antydet ST-depression i V6
- Øvrige blodprøver upåfaldende

Af FMK fremgår:

- Metformin 1 g x 2 dgl.
- Metoprolol 100 mg x 1 dgl.
- Magnyl 75 mg x 1 dgl.
- Losartan Comp Forte 100 mg + 25 mg x 1 dgl.
- Amlodipin 10 mg x 1 dgl.
- Atorvastatin 80 mg x 1 dgl.
- Citalopram 30 mg x 1 dgl.
- Paracetamol p.n.
- Kodein 25 mg nocte



Vil du betragte Anton som en skrøbelig patient? Hvorfor/hvorfor ikke?

Aktuelt skal Antons medicin justeres ind. Hvad skal der til for, at han vil være kandidat til dosisdispensering? Har klinikken en holdning til dosisdispensering?

Hvordan vil du måle på skrøbeligheden? Og hvordan gradueres den?

Hvad skal gøres her og nu? Og hvilke planer skal lægges fremadrettet?

Lav en prioriteret liste over problemstillinger, og diskutér hvem der tager sig af hvad.



Når I har drøftet spørgsmålene i casen, skal I læse fagspecialistens kommentarer



Jørgen, 87 år**1/2**

Lægehuset bliver en formiddag kontaktet af Helle, Jørgens datter. Både søn og datter har været hjemme i sommerferien og er rystede! De finder deres far træt, han har åndenød og tumler rundt. Han kommer ikke i tøjet hver dag, huset er rodet og snavset.

Børnene forlanger, at LÆGEN gør noget NU!



Hvordan vil du håndtere telefonsamtalen? Hvad gør det ved dig, når pårørende ringer til klinikken på denne måde? Start med sekretær, dernæst sygeplejersker og til sidst læge(r).

Er der yderligere spørgsmål, du vil stille Helle?

Hvad tror du, der kan være galt?

Skal Jørgen have en tid hos lægen? Hvis ja, hvor hurtigt?

I journalen fremgår det, at det er over to år siden, der sidst er foretaget årskontrol. Jørgen har haft AKS et par år tidligere. For fjorten dage siden kontaktede han lægehuset pga. lidt åndenød og smerter i venstre hånd, men blev enig med sekretæren om at se an. Der ligger en epikrise fra indlæggelse, der skete et par dage efter henvendelsen:

"Indlagt via vagtlæge, findes svært inkomenseret i forbindelse med nyligt AKS (non-STEMI, konservativt behandlet), skønnes at være i NYHA III-gruppe, udskrives efter tre døgn til ambulant kontrol i Hjertesvigt-klinikken om to uger."

Af FMK fremgår det, at Jørgen er udskrevet med følgende:

- Metformin 1 g x 3 dgl.
- Clopidogrel 75 mg x 1 dgl.
- Hjertemagnyl 75 mg x 1 dgl.
- Isosorbidmononitrat 30 mg x 1 dgl.
- Furosemid 80+ 40 + 0 mg
- Kaleorid 750 mg x 3 dgl.
- Enalapril 10 mg x 2 dgl.
- Atorvastatin 20 mg x 1 dgl.
- Alendronat 70 mg x 1 ugentligt
- Kalk med D vitamin 20 mikrogram x 2 dgl.
- Tamsulosin 0,4 mg x 1 dgl.
- Pantoprazol 40 mg x 1 dgl.
- Buprenorfin depotplaster 20 mikrogram/time
- Panodil 665 mg 2 x 3 dgl.
- Tradolan Retard 100 mg x 2-3 dgl.
- Tradolan 50 mg p.n.



Hvad er dine umiddelbare tanker om medicinlisten (sekretær og sygeplejersker)?

Herefter fremlægger lægen/lægerne deres forslag til medicinliste, som er udarbejdet i forvejen.

Hvad vil du gøre?





2/2

Der bliver suppleret med et opfølgende hjemmebesøg: Jørgen har vanvittigt ondt i lænden, kan dårligt gå fra seng til toilet og når også sjældent derud uden ”uheld”. Der lugter af urin i hjemmet. Heldigvis har han stadig bil og kørekort! Hvordan skal han ellers komme ud på de små og efterhånden sjældne ture uden for hjemmet?

Søn og datter har svært ved at overskue det. De synes, at deres far skal på plejehjem, men Jørgen har hidtil sagt nej.



Hvilke muligheder er der i forhold til Jørgens urininkontinens?

Hvordan kan Jørgens sociale situation gribes an?

Hvordan opfatter I jeres rolle?

Er Jørgen plejehjemskandidat? Hvad med hans kørekort?



**Når I har drøftet spørgsmålene i casen,
skal I læse fagspecialistens kommentarer**





Ingrid er nu blevet 85 år. Hun og Niels Erik taler sjældent sammen. Det har ikke været muligt at komme helt af med benzodiazepinerne, selvom hun for nogle år siden alligevel accepterede SSRI-behandling og psykisk fik det bedre.

Aktuelt klager hun over svimmelhed og viser nogle skrammer efter et nyligt fald på havegangen. Ingrid har fået høreapparater, men hun er ikke glad for at benytte dem; *"Det er for gamle folk"*.

Datteren Benedikte ringer til klinikken og fortæller, at Ingrid er blevet lidt forvirret og glemsom og ikke holder hjemmet så pertentligt som tidligere. Der er ikke meget mad i køleskabet. Benedikte er bekymret for, om moren husker at tage sin medicin. Benedikte har talt med hjemmeplejen, der har tilrådet kontakt til dig med henblik på udredning for demens.

I FMK er anført følgende medicin:

- Oxazepam 15 mg max 1 dgl.
- Citalopram 10 mg dgl.
- Pantoprazol 40 mg dgl.
- Tramadol Ret. 50 mg x 2 dgl.
- Unikalk Forte 1 x 2 dgl.
- Multivitamin x 1 dgl.



Hvordan vil du håndtere denne telefonsamtale?

Start med sekretær, så sygeplejersker og til sidst læge(r).

Hvordan håndterer I demensudredning i klinikken?

Sygeplejersken har været på hjemmebesøg og finder følgende:

- Blodprøverne er normale. Dog er albumin fortsat under normalområdet.
- MMSE-score: 23 af 30 points. Fratræk for årstal, dato, ugedag, 1 af 3 ord genkaldes samt regneprøve.
- Geriatriisk depressionsskala: 7 points (mulig depression).

Ingrid og datteren kommer i konsultationen for at tale om Ingrids tilstand.



Hvad gør du nu? Har Ingrid demens?

Hvordan håndterer I demens i jeres praksis?

Benytter I jer af muligheden for at lave opsøgende hjemmebesøg?

Er der nogen udfordringer i det?

Hvad er dagsordenen for det opsøgende hjemmebesøg?





Ingrid, 80 år

2/2

Ingrid er 80 år og gift med Niels Erik. De bor i eget hus, har to børn og fem børnebørn. Ingrid har været sygehjælper, men fik som 54-årig førtidspension pga. rygproblemer. Da Ingrid blev patient i lægehuset, fik hun Diazepam 2 mg fast og Ibuprofen p.n. ved nakke-rygsmerter.

Som 66-årig fik hun konstateret blødende mavesår efter en længere udredning for vægttab og anæmi, hvorfor hun er i fast behandling med PPI. Hun er fortsat lille og tynd, holder mest af at sidde i sofaen, se gamle, danske film og læse Billedbladet. Datteren Benedikte siger, hun skal drikke noget mere, ”men det skal hun ikke blande sig i”, og Ingrid bestemmer også selv, at hun ikke vil gå ture eller spise rugbrød, når hun nu synes rigtig godt om hvidt brød med sirup. Datteren har købt nogle proteindrikke til sin mor og vil gerne have, at hun får en recept på dette.

Benedikte ringer til lægehuset og beder om en tid til sin mor, da hun klager over mavesmerter og også er blevet mere mager det sidste års tid.



Hvordan vil du håndtere telefonsamtalen?

Start med sekretær, så sygeplejersker og til sidst læge(r).

Er der yderligere spørgsmål, du vil have svar på?

Hvad tror du, der kan være galt?

Skal Ingrid have en tid? Hvis ja, hvor hurtigt? Og hos hvem?

Ingrid har fået en subakut tid hos sygeplejersken, som kender hende. Denne ser i venteværelset, at Ingrid har besvær med at rejse sig fra stolen, der ikke har armlæn. Sygeplejersken lægger også mærke til, at Ingrid er blevet mager og er faldet lidt sammen. Ingrid bliver spurgt om smerterne og vægttabet. Smerterne sidder opadtil i maven, der er ikke kvalme eller sure opstød og afføringen er normal. Hun synes ikke selv, smerterne er så slemme, og tåler stadig sin kaffe.

Ingrid fortæller, at hun er trist og modløs og sover dårligt. Sønnen har slået hånden af hende, breve til hans to børn med fødselsdagshilsener er igennem nogle år kommet uåbnede retur. Hendes mand er træt af, hun græder over det, ”det er der jo ikke noget at gøre ved”.

FMK:

- Diazepam 2 mg x 2-3 dagligts
- Pantoprazol 40 mg x 1



Hvordan vil du gribe denne konsultation an? Hvilke problemstillinger er der?

Hvordan vurderer du Ingrids funktionsniveau? Bruger du Clinical Frailty Scale (CFS)?

Har Ingrid en depression? Diskutér symptomer hos ældre. Hvad vil I spørge om?

Hvad gør du nu? Skal Ingrid fortsætte med Diazepam?

Hvordan håndterer I depression hos ældre i jeres praksis?



Når I har drøftet spørgsmålene i casen, skal I læse fagspecialistens kommentarer



Informationssektionen retter sig mod læger, sygeplejersker og sekretærer, mens andre faggrupper kan vælge deres relevante tilhørsforhold. Visse infopunkter henvender sig særligt til hhv. **læger** og **sygeplejersker**. Markeringerne er vejledende – du bestemmer selv, hvad du vil læse.



Den aldrende krop

1. Hos de yngre patienter er organfunktionen nogenlunde ens hos alle. Med alderen sker der i alle organer et tab af funktion, og den funktionelle reservekapacitet bliver mindre.
2. Da det aldersrelaterede tab varierer fra person til person, er der en langt større fysiologisk diversitet blandt ældre sammenlignet med yngre:

Boks 1 – Funktionstab med alderen

Nyrefunktionen halveres fra 30-80-årsalderen

Muskelmassen halveres fra 20-80-årsalderen

Lungefunktionen falder med 50-60% fra 30 – 80-årsalderen

Leverfunktionen falder med 10-30% fra 20 – 80-årsalderen

3. Ændringer i den habituelle fysiske eller kognitive funktionsevne er hos mange ældre de første tegn på bagvedliggende sygdom. Ændringerne kan opstå pludseligt (fx hoftefraktur). Andre udvikler sig gradvist over tid (fx anæmi eller medicinbivirkninger). Det er derfor vigtigt, at den praktiserende læge er særligt opmærksom på funktionsevnenedsættelse og atypiske symptomer hos de ældre patienter.
4. Nedsat funktionsevne (Figur 1 på næste side) kan skyldes påvirkning af alle organsystemer, men kan også skyldes mange andre faktorer, fx sociale omstændigheder eller inaktivitet.

Figur 1: Tab af funktionsevne/svækkelse



Kilde: DSAM-vejledning: Den ældre skrøbelige patient (2023)

- Den ældre vil på et tidspunkt blive mere skrøbelig. I praksis bemærker lægen, at patienten går langsommere, pludselig har pårørende med i konsultationen eller bliver indlagt gentagne gange, fx pga. fald. Den skrøbelige patient har større risiko for hospitalskomplikationer og større risiko for at få bivirkninger af medicin. Den skrøbelige patient vil derfor have gavn af en helhedsorienteret tilgang.
- For at identificere den skrøbelige patient i almen praksis, kan lægen i første omgang overveje, om man mistænker skrøbelighed.
- Rejse-sætte-sig-testen (RSS) er implementeret i mange praksis. Det er en udmærket test til at vurdere muskelstyrke og dermed et mål for fysisk skrøbelighed. Testen udføres i Danmark ved at tælle antal gange, man kan rejse sig fra en stol uden brug af hjælpemidler eller armlæn på 30 sekunder (bilag 2).

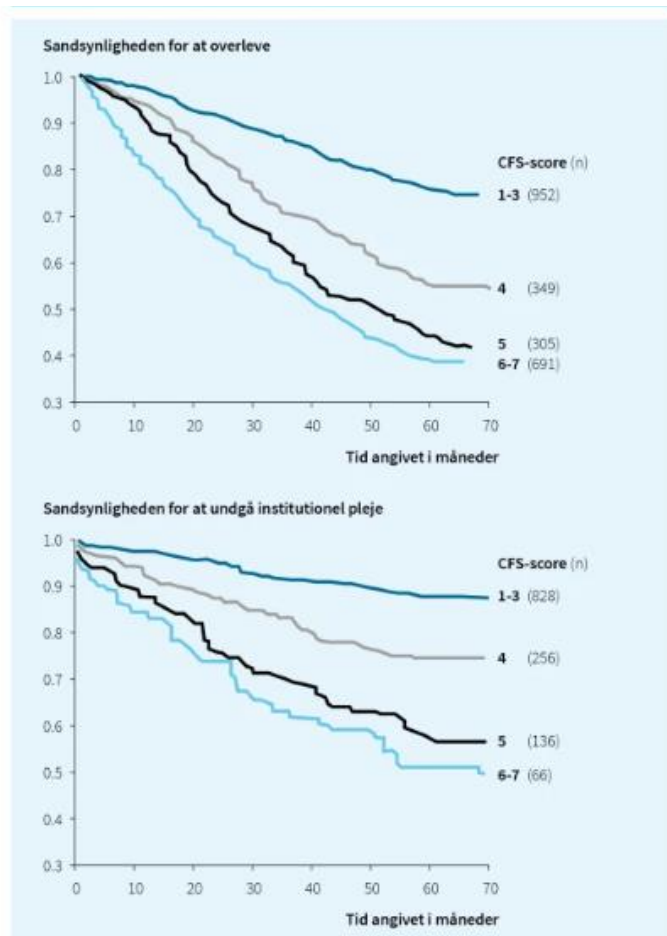
S

Håndtering af den skrøbelige patient

8. Hvis lægen ikke kender patienten på forhånd eller har brug for en mere objektiv vurdering, er der udviklet et vurderingsredskab til identifikation og graduering: *Clinical Frailty Scale, CFS* (bilag 3). Den findes også som en App (på engelsk), så man kan score via denne i stedet for at medbringe et print. Søg på *CFS* i App- eller Play-store.
9. CFS-scoren spiller sammen med sandsynligheden for at overleve og undgå institutionel pleje (figur 2 nedenfor og tabel 1 på næste side). Gruppe 4 har kun ganske let funktionsevnedssættelse (fx træthed og langsomhed), men de har en væsentligt dårligere prognose end gruppe 1-3. Forventet restlevetid har en vis betydning for, hvordan lægen håndterer udredning, medicin og rehabilitering.

Det kræver derfor særlig opmærksomhed fra lægens side at individualisere behandlingen for patienter i gruppe 4 og 5 i samråd med patienten.

Figur 2: CFS-scorens størrelse og sandsynlighed for at overleve og undgå institutionel pleje



Kilde: DSAM-vejledning: Den ældre skrøbelige patient (2023)

Tabel 1: Opmærksomhedspunkter i almen praksis

Opmærksomhedspunkter i almen praksis	
Ikke Skrøbelig CFS: 1-3	• De fleste i denne gruppe vil kunne udredes, diagnosticeres og behandles ud fra samme principper som yngre patienter. • Akutsygdomsudredes, diagnosticeres og behandles oftest som ved yngre, men kræver mere opfølgning.
Lidt Skrøbelig CFS: 4-5	• Fokus på kost og træning af muskelstyrke for at øge eller opretholde funktionsevne. • Akut sygdom kan have en atypisk sygdomspræsentation og kræve en bred diagnostisk tilgang og opfølgning. • Medicingennemgang mindst én gang årligt. • Opsøgende hjemmebesøg én gang årligt vil som regel være indiceret. • Samtale med patient og pårørende om ønsker til den sidste tid og om behandlingsniveau kan være relevant.
Meget skrøbelig CFS: 6-8	• Fokus på kost og træning af muskelstyrke for at øge eller opretholde funktionsevne. • Akut sygdom kan have en atypisk sygdomspræsentation og kræve en bred diagnostisk tilgang og opfølgning. • Medicingennemgang mindst én gang årligt. • Opsøgende hjemmebesøg én gang årligt og som regel oftere. Opsøgende hjemmebesøg én gang årligt (to gange ved demens-sygdom) vil næste altid være indiceret. • Samtale med patient og pårørende om ønsker til den sidste tid og om behandlingsniveau. • Opfølgende besøg efter udskrivelse, evt. med hjemmepleje og familie. • Overveje om forebyggende medicinsk behandling stadig er indiceret.
Terminal CFS: 9	• Behandling af disse patienter beskrives i vejledning om palliation.

Behandling af skrøbelighed og forebyggelse af tab af funktionsevne

- Der er evidens for, at træning af muskelstyrke og muskelkraft har en positiv effekt på mobilitet og funktionsevne hos skrøbelige patienter, men træningen skal opbygges gradvist og foregå over længere tid.
- Styrketræning under supervision af en person med træningsfaglig baggrund har vist sig mest egnet til ældre med geriatiske problemstillinger. Det anbefales, at træningen varer over 8 uger, ligesom man kan overveje at tilbyde en kombination af balance- og styrketræning til faldtruede ældre.
- Forringet ernæringstilstand kan have betydning for den ældres sundhedstilstand. Måltrettede ernæringsindsatser forbedrer det kliniske forløb. Med den rette ernæring genvinder og bevarer den ældre en højere grad af funktionsevne og livskvalitet. Det vurderes, at langvarig ernæringsindsats (> tre måneder) har bedst effekt.



13. Opmærksomhedspunkter om ernæring ved utilsigtet vægttab hos ældre:

- S** • Ernæringsanamnese
- Objektiv undersøgelse af cavum oris (tandstatus, bidfunktion, passer proteser?)
- Medicingennemgang, obs. på appetitnedsættende farmaka (antidiabetika, morfika, bisfosfonater)
- Proteintilskud og multivitamin
- Mulighed for at anbefale omsorgstandpleje i kommunen ved behov

Det kommunalt-lægelige samarbejde om rehabilitering

14. Rehabilitering er målrettet personer, som oplever eller er i risiko for at opleve begrænsninger i deres fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne og dermed i hverdagslivet. Formålet med rehabilitering er at muliggøre et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet.

15. Hvis patienten udelukkende har behov for genoptræning eller vedligeholdende træning, men ikke en bred rehabiliteringsindsats, kan man henvise direkte til træning i kommunen jf. Servicelovens § 86. **S** Det kan for eksempel være patienter, der har haft en funktionsevnenedsættelse uden indlæggelse. Egen læge kan henvise via en "kommunepakke" i henvisningssystemet eller blot skrive en korrespondance.

16. Hvis der er behov for en bredere rehabiliterende indsats, kan lægen henvise på samme måde hertil. **L** Servicelovens § 83a forpligter kommunen til at tilbyde rehabilitering til patienten, hvis rehabiliteringen vurderes at kunne forbedre patientens funktionsevne og dermed nedsætte behovet for hjælp på lang sigt.

17. Hvis patienten har kronisk sygdom eller er i risiko for at udvikle det, kan den praktiserende læge **L** henvise til en afklarende samtale i kommunen. Denne samtale er indgangen til kommunens forebyggelses- og rehabiliteringstilbud til personer med eller i risiko for kronisk sygdom (Sundhedsloven § 119).

Boks 2 – Sundheds- og forebyggelsestilbud (SOFT)

- Et sundhedstilbud er et gratis tilbud fra kommune eller region med det formål at forebygge sygdom.
- SOFT-portalen på sundhed.dk giver et overblik over alle kommuners sundhedstilbud.
- Nogle rehabiliteringstilbud under Serviceloven fremgår ikke af SOFT-portalen.

18. Sundhed må ikke reduceres til et spørgsmål om KRAM-faktorerne og livsstil. Andre vigtige prædiktorer for, hvor længe man holder sig frisk, er:

- social integration
- velfungerende eller støttende netværk og
- mental træning

Det er dog stadig vigtigt at forholde sig til KRAM-faktorerne - uanset patientens alder.



Boks 3 – Kost, rygning, alkohol og motion (KRAM)

- Kostvejledning skal tage hensyn til, at vægttab ikke er ønskværdigt, medmindre der er svær funktionsnedsættelse på grund af overvægt.
- Reduktion i rygning og alkoholindtag vil gavne patientens helbred.
- Motion og træning skal have fokus på styrke og balance. Kommunen skal tilbyde træning til skrøbelige ældre i henhold til Serviceloven.

19. Seks funktioner er afgørende for at bevare autonomi:

- Ernæring
- Hørelse
- Hukommelse
- mental sundhed
- Mobilitet
- Syn

Medicin

20. Et stort lægemiddelforbrug kan være forbundet med en række praktiske udfordringer, fx kan det være en betydelig belastning for mange skrøbelige ældre at skulle indtage et stort antal tabletter hver dag. I videnskabelige undersøgelser er lægemidler ofte afprøvet på yngre mennesker, så studierne er ikke repræsentative for den ældre population.

21. Den faldende nyrefunktion er den vigtigste faktor at tage højde for, når lægemidler gives til ældre.

S Nyrefunktionen skal løbende revurderes, især ved akut sygdom. Derimod spiller den faldende leverfunktion ikke den store rolle.

Scan koden for at se *Nyrelisten for almen praksis*



22. Hyppige bivirkninger hos ældre

- S**
- **Obstipation:** Forstoppelse er et hyppigt fænomen hos ældre, som bl.a. kan forværres af kalktilskud, opioider og lægemidler med antikolinerg virkning.
 - **Fald:** Medicin kan være med til at øge risikoen for fald. Mange ældre får fx psykofarmaka eller vanddrivende behandling unødigt og i for høje doser eller blodtrykssænkende midler.
 - **Under- og fejlnæring:** Kvalme, opkastning og diarré kan som bivirkning til medicin føre til nedsat appetit og vægttab.



23. Forslag til samtale om reduktion af medicin hos ældre kan tage udgangspunkt i boks 4:

L

Boks 4 – Samtale om medicinreduktion

"Kroppen ændrer sig med alderen. Man kan ofte klare sig med en mindre dosis af medicin eller ligefrem undvære noget medicin. Jeg vil derfor foreslå, at vi kigger på, om du stadig får den rigtige medicin i de rigtige doser"

"Du har fejlet mange ting i de senere år og får en del medicin. Jeg synes, vi skal tale om, hvilken medicin du måske ikke har gavn af længere. Det kan fx være den medicin, du får for forhøjet kolesteroltal (eller mod knogleskørhed eller....)"

24. Medicingennemgang er en proces, hvor alle lægemidler gennemgås og knyttes til en aktuel sygdom eller symptom. Overvej, hvilken medicin patienten har brug for i den aktuelle situation. Overvej også, om forebyggende medicin kan pauseres/seponeres, da det sjældent er gavnligt hos den ældre skrøbelige patient.

L

25. Ajourføring er en proces, hvor man afstemmer patientens medicinkort med den medicin, patienten rent faktisk indtager. Der tages ikke nødvendigvis stilling til fortsat indikation for det enkelte præparat, om der skal ændres i dosis eller om der skal opstartes andet medicin. Oplagte fejl, farlige doseringer/interaktioner m.m. (røde advarsler i fælles medicinsk beslutningsstøtte) skal naturligvis stadig fanges og ændres.

S

26. Medicingennemgang og ajourføring af FMK foretages til årsstatus eller ved opsøgende hjemmebesøg. Medicinkortet skal ajourføres inden elektive henvisninger.

27. Man bør jævnligt revurdere patientens medicin, særligt ved forværring af eksisterende sygdom eller ved indlæggelser. Ved enhver opstart af medicin bør der sættes en slutdato, og det bør overvejes, om noget af den aktuelle medicin bør seponeres. Jo oftere vi tjekker FMK, desto færre uoverensstemmelser er der mellem det, patienten tager, og det, som vi tror, patienten tager.

L

28. Patienten kan muligvis få hjælp af kommunen til både medicindispensering og medicin-administration. Medicindispensering består i optælling eller tilberedning af den ordinerede medicin, fx at hjemmesygeplejersken lægger tabletter i doseringsæsker.

29. Medicinadministration omfatter udlevering af medicin og hjælp til at administrere indtagelse.

30. Dosisdispenseret medicin er pakket i doser til den enkelte borger. Dosisdispensering foregår på apoteket. De dosispakkede lægemidler bliver typisk pakket i små plastposer og udleveres for 14 dage ad gangen, men kan efter forespørgsel på apoteket doseres op til én måned (fx ved ferier). I helt særlige tilfælde kan apotekerne få tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen til at lave dosis-dispenseret medicin til tre måneder.

31. Målgruppen for dosisdispenseret medicin er typisk patienter, som er stabilt medicineret, og hvor der ikke forventes at komme ændringer i medicinen i nærmeste fremtid. Patienten bør så vidt muligt inddrages, når der er indikation for at overgå til dosisdispenseret medicin.





32. Ved medicinændringer må kommunens personale fjerne medicin fra dosispakken, hvis de sikkert kan identificere det aktuelle præparat. Medicin kan ligeledes sidedoseres, fx ved antibiotika eller anden kortvarig medicindosering.

33. Prisen på dosisdispensering afhænger af, hvilken medicin patienten får. Til gengæld tæller dette beløb med i patientens CTR-konto og så er de garanteret den billigste medicin ved hver pakning.

Apotekerne har en *prisberegner*, som kan estimere prisen:



34. Dosisdispensering kan ikke anbefales til svært skrøbelige patienter, da deres medicinering sjældent er stabil. Beslutning om dosisdispensering er kompleks, og den praktiske håndtering inddrager flere aktører. Ved akutte medicinændringer i dosisdispensering skal apoteket og hjemmeplejen kontaktes samme dag.

Behandling af akut sygdom

35. Anamnesen kan være vanskelig ved akut opstået sygdom hos den skrøbelige ældre.

- **Sygdomspræsentationen er ofte atypisk**, og oplysningerne kommer tit via et mellemlid.
- God udredning, behandling og opfølgning **kræver inddragelse af omsorgspersoner** omkring patienten.
- Det kan godt være den rigtige beslutning at **se tiden an**. Det kan være vanskeligt, fordi denne patientgruppe ofte har en høj mortalitet – uanset håndtering. Det kan presse lægen til at være unødigt proaktiv. Det er vigtigt at huske, at enhver behandling også har mulige skadevirkninger.

36. Hos den meget skrøbelige ældre patient kan der være nedsat reservekapacitet. Derfor vil det "svageste" organ nogen gange give symptomer før det "syge" organ. Atypisk sygdomspræsentation betyder, at symptomatologien kan domineres af symptomer, der ikke stammer fra det syge organ. På grund af den atypiske sygdomspræsentation (fx delir ved infektioner) er diagnostikken ofte kompleks.

37. Signifikant funktionsevnenedsættelse (fx inkontinens, delir, fald), som optræder inden for få dage, er ofte udtryk for en akut underliggende behandlingskrævende sygdom.

Diagnostisk tilgang ved akut sygdom

38. En grundig anamnese er vigtig for at afdække patientens, de pårørendes eller personalets bekymringer. Den er også vigtig for at få beskrevet, hvordan den nuværende tilstand afviger fra habitualltilstanden, og om der er taget stilling til behandlingsniveau.

Boks 5 – Vigtige anamnesticke oplysninger

- | | | |
|----------------|-----------------------|---------------|
| • Forstoppelse | • Søvn mønster | • Væskeindtag |
| • Smerter | • Vandladningsmønster | • Uro |





38. Den indledende diagnostik kan evt. foretages af den kommunale akutfunktion eller af det faste plejepersonale på plejehjemmet. Den bør som minimum indeholde en vurdering af almentilstand og måling af temperatur, puls, blodtryk og respirationsfrekvens. Personalet bør kende til begrebet TOBS (*Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom*).

39. TOBS indeholder en algoritme (ligesom EWS - *Early Warning Score*) for, hvordan sygeplejerske eller SOSU skal handle i forhold til afvigende værdier. Ved en samlet score på 1-2 bør sygeplejerske/SOSU-assistent overveje, hvad de kan gøre for at hjælpe borgeren, herunder om muligt undersøge en urinprøve, vurdere om borgeren har behov for ekstra besøg eller evt. kontakte en læge. Ved en score på ≥ 3 foreskriver algoritmen, at borgerens tilstand konfereres med en læge, og ved en score på ≥ 5 skal der anmodes om lægebesøg (se TOBS-skema i bilag 6).



Implementering af systematisk observationsmetode i primærsektoren (fra Ugeskrift for Læger)

40. Det kan være vanskeligt at diagnosticere den akutte tilstand alene på basis af oplysningerne i anamnesen. Derfor kan det ofte være nødvendigt at se patienten og foretage en fokuseret objektiv vurdering (inklusive målinger af fx saturation, CRP og blodsukker).

41. Det anbefales ikke at anvende urinstix i den indledende diagnostik, medmindre der er symptomer (fx smerter fra urinvejene eller tegn på systemisk infektion med feber). Skrøbelige ældre patienter har ofte asymptomatisk bakteriuri. Systematisk urinundersøgelse medfører ofte, at unødvendig antibiotika-behandling iværksættes pga. positiv urinstix og urindyrkning, mens andre lidelser bliver overset.

42. Samarbejdet mellem den kommunale sektor og almen praksis er særligt vigtigt omkring den ældre skrøbelige patient med akut opstået sygdom. Samarbejdet er organiseret forskelligt landet over, men alle kommuner er forpligtet til at have et akut sygeplejeteam, man kan kontakte mhp. at tilse patienten og måle vitale værdier. Mange steder kan de også måle CRP, leuko/diff, stixe urin, blære-scanne, anlægge KAD, opsætte væskebehandling (IV, subkutan) m.m.

43. Husk, at overenskomsten tillader at afregne 0124 ydelsen ved kontakt til kommunens akut-sygeplejerske-funktion. Denne ydelse kan tages ved telefonisk kontakt op til to gange på én dag: 1) Når man kontakter akutsygeplejersken og 2) når sygeplejersken vender tilbage med sine observationer og parakliniske målinger.

44. Ved akutte symptomer hos den ældre patient henvender den kommunalt ansatte sygeplejerske sig telefonisk. Korrespondancer er ikke beregnet til akutte henvendelser, da lægens svartid er tre hverdage.



Den skrøbelige hjerne

45. Den skrøbelige hjerne kan reagere med delir eller konfusion. Det kan ske som reaktion på symptomer fra andre organsystemer, ydre påvirkninger som fjernelse fra vante omgivelser ved indlæggelse eller ophold på aflastningsplads eller ved medicinpåvirkning.
46. Afdækningen af mulige årsager til ændret adfærd kræver særlig opmærksomhed og omhyggelighed. Det kan både være en akut ændring i adfærd eller en gradvis ændring over tid.
- S**
1. Grundig anamnese og objektiv undersøgelse er nødvendig i differentialdiagnostisk øjemed.
 2. Andenhånds-udsagn om, at patienten er konfus eller delirøs, er vigtige, men ikke tilstrækkelige som beslutningsgrundlag.
 3. Organisk delirium (ved somatisk sygdom) er en akut og alvorlig tilstand, der kan udvikle sig over timer til få dage.
47. En hyppig kontaktårsag fra pårørende, hjemmeplejen eller plejehjems personale til den praktiserende læge er, at patienten er mere konfus eller forvirret end normalt.
- S** Hos den ældre patient med en kognitiv ændring vil man ofte stå med en svær differentialdiagnostisk problemstilling:
- Drejer det sig om delir, demens eller depression – eller flere tilstande i kombination?*
Er det et udsving i en allerede kendt demens?
Er patienten blevet overdoseret med morfin?
48. Ved kognitivt svigt, tænk da på **5 x D**:

Boks 6 – De fem årsager til kognitivt svigt (5 x D)

- **Delir:** Hovedparten skyldes somatisk problematik, der viser sig med akut, fluktuerende og svækket kognitiv funktion.
- **Demens:** Permanent kognitiv svækkelse.
- **Depression:** Symptomerne kan være anderledes hos ældre.
- **Droger:** Mange typer medicin kan udløse eller forværre kognitivt svigt.
- **Druk:** Stigende (over)forbrug. Ældre med nedsat kognitiv funktion tåler alkohol dårligt. De vil pga. alder også være dårligere til at nedbryde alkohol metabolisk.

49. Delirium er hjernens reaktion på overbelastning. Det opstår sekundært til somatisk sygdom eller ved medicinpåvirkning. En overbelastning kan også være ubehag, smerte, sorg eller uro. Et tæt samarbejde med nære pårørende eller plejepersonale er vigtigt. Fast tilknyttet læge på plejehjem bidrager positivt til det tætte samarbejde.



50. Risikoen for delir er større hos dem, der i forvejen har nedsat reservekapacitet i hjernen, dårlig ernæringstilstand, polyfarmaci, lav funktionsevne og/eller tidligere delir; de skrøbelige patienter.
51. Patienter med demenssygdom har øget risiko for at udvikle delir, og delir hos patienter med demens giver risiko for yderligere fald i kognitive funktioner, funktionsevnenedsættelse og øget dødelighed. Det er derfor vigtigt at undgå delir.
52. Delir viser sig ved påvirket kognitiv funktion med nedsat hukommelse og opmærksomhed, desorientering og påvirket bevidsthedstilstand. Ved delir indsætter bevidsthedspåvirkningen akut eller subakut, mens den ved demens er kronisk ændret. Der kan være ledsagende hallucinationer, angst, vrede og motorisk uro. Døgnrytmen er ofte forstyrret. Tilstanden er svingende, og der kan være klare perioder indimellem.
53. Følgende tiltag i boks 7 bør overvejes ved forebyggelse af delir:

S

Boks 7 – Forebyggelse og håndtering af delir

Forebyggelse af delir

- **Sanseoptimering:** Sørg for, at der er tilstrækkeligt lys i rummet, så patienten kan orientere sig. Ved nedsat syn eller hørelse skal patientens briller eller høreapparat fremskaffes og evt. hjælpes i brug.
- **Orientering og kognitiv stimulation:** Sørg for, at der er synligt ur og kalender og evt. tavle med dagsplan på stuen. Undgå skiftende personale og gentag præsentation af personale, der indgår i plejen. Fremskaf kendte objekter (fx billeder), hvis muligt.
- **Mobilisering:** Sørg for, at patienten mobiliseres flere gange dagligt. Patienten bør selv udføre eller hjælpe med dele af personlig hygiejne. Ved behov for gangredskab skal dette være tilgængeligt.
- **Ernæring:** Vurdér patientens ernæringstilstand og evt. problemer med fødeindtag grundet den akutte tilstand.
- **Rehydrering:** Vurdér hydreringsgrad og væskeindtag. Supplér med relevant væsketerapi om nødvendigt.
- **Udskillelse:** Vær opmærksom på risiko for urinretention og forstoppelse.
- **Døgnrytme:** Understøt patientens naturlige døgnrytme. Overvej brug af mørklægningsgardiner.
- **Medicinalgennemgang:** Vær særlig opmærksom på opioider, benzodiazepiner, antidepressiva, antipsykotika og andre lægemidler med antikolinerg virkning.

Håndtering af delir

- Erkend tilstanden.
- Informér pårørende og personale.
- Behandl den udløsende årsag – som oftest en somatisk lidelse – om muligt.
- Gennemgå medicinen: Vær særlig opmærksom på opioider, benzodiazepiner, antidepressiva, antipsykotika og andre lægemidler med antikolinerg effekt. Disse kan udløse eller forværre delir og bør pauseres ved delirium.
- Vælg non-farmakologisk behandling som den vigtigste indsats ved agitation, angst eller uro: stabilisering, ro og reorientering (fx gennem pårørende, fast vagt, rolige omgivelser, lys, musik).
- Antipsykotisk og beroligende medicin er som udgangspunkt ikke indiceret og bør kun benyttes i få tilfælde.
- Fortsæt observation, information og opfølgning på tilstanden.





54. Håndtering af delir kræver ofte tålmodighed og ressourcer, som kan være svære at honorere for læge, plejepersonale og pårørende. Boks 7 beskriver punkter man skal have fokus på ved håndtering af delir.

L 55. Medicinsk behandling af delir kan blive nødvendig. Det afgørende er altid behandling af tilgrundliggende årsag og non-farmakologiske tiltag. Gennemgang, justering og evt. seponering af patientens aktuelle medicin er det vigtigste. I følgende tilfælde kan antipsykotisk behandling overvejes, når non-farmakologisk behandling ikke er nok:

- Hvis patienten er til fare for sig selv eller andre
- Hvis delirium forhindrer sufficient diagnostik og behandling
- Hvis patienten er forpint af hallucinationer eller vrangforestillinger
- Hvis patienten er terminal og er i de sidste dage eller timer

L 56. Antipsykotisk behandling bør gives som fast behandling i lav dosering i kortest mulig tid og med tæt opfølgning.

L 57. Benzodiazepiner bør som udgangspunkt ikke anvendes ved delir, medmindre patienten er uafvendeligt døende.

Kørselsforbud

58. Praktiserende læger er forpligtede til at udstede lægeligt kørselsforbud, hvis der er risiko for, at en patient udsætter andres liv eller helbred for fare ved at føre motorkøretøj, fordi patienten – efter lægens vurdering – ikke har den nødvendige mentale eller fysiske færlighed hertil.

L 59. Lægen skal ifølge Autorisationslovens §44 søge faren afbødet ved at henvende sig til patienten og nedlægge kørselsforbud. Det lægelige kørselsforbud er en aftale mellem læge og patient og er ikke juridisk bindende. Det er vigtigt, at patienten får tydelig besked – gerne ved at medgive skriftlig information om kørselsforbuddet.

L 60. Hvis lægen får kendskab til, at kørselsforbuddet ikke overholdes, kan det indberettes til Styrelsen for Patientsikkerhed. Er kravene til indberetningen opfyldt, vil Styrelsen for Patientsikkerhed sende deres anbefaling og en kopi af indberetningen videre til Færdselsstyrelsen. Fremgår det af indberetningen, at situationen kræver, at kørsel bør bringes til ophør, vil Færdselsstyrelsen anbefale politiet, at kørekortet inddrages. Hvis lægen vurderer, at akut indgriben er påkrævet, skal lægen kontakte politiet.

L 61. Kørselsforbuddet skal journalføres sammen med årsagen hertil, hvor længe forbuddet gælder, hvornår kørselsforbuddet skal revurderes eller om kørselsforbuddet er permanent. Hvis patienten accepterer et kørselsforbud, kan det i princippet være permanent.

L 62. Det kan være svært at tale med patienten om, at denne ikke længere må køre bil. Der er oftest gode grunde til, at man som ældre gerne vil bevare muligheden for at køre. Men det er vigtigt at tage den svære samtale, fx med patienten med demens, som ikke længere har mentalt overblik til at overskue trafikken.





Boks 8 – Forslag til indledning af samtale om kørselsforbud

Har du overvejet, om du stadig kan køre bil, når du er så svimmel?

Som læge er der nogle regler og love, jeg skal overholde, og når jeg ser på det som læge, er jeg er nødt til at beslutte, at du ikke må køre bil mere.

Jeg ved, det er svært, men det ville være endnu værre at skulle leve med at have påkørt et andet menneske. Det vil jeg ikke ønske for dig. Det ville jeg være ked af og det ville du også selv. Derfor nedlægger jeg kørselsforbud”

Boks 9 – Diagnostiske kriterier for hhv. depression og demens

Diagnostiske kriterier ved depression ifølge ICD-10

- Tilstanden skal have varet i *mindst to uger* og den må ikke have organisk ætiologi
- Mindst to kernesymptomer:
 - Nedtrykthed (depressivt stemningsleje)
 - Nedsat lyst eller interesse
 - Nedsat energi eller øget træthedsfølelse
- Ledsagesymptomer:
 - Nedsat selvtillid eller selvfølelse
 - Selvbebrejdelser eller skyldfølelse
 - Tanker om død eller selvmord
 - Tænke- eller koncentrationsbesvær
 - Agitation eller hæmning
 - Søvnforstyrrelser
 - Appetit- eller vægtændring

Lettere depression

- To kernesymptomer og mindst to ledsagesymptomer, ingen af symptomerne har alvorlig grad
- Patienten kan normalt fungere med noget besvær socialt såvel som på arbejde

Moderat depression

- To kernesymptomer og mindst fire ledsagesymptomer, flere symptomer har alvorlig grad
- Patienten fungerer ikke socialt eller på arbejde

Svær depression

- Alle tre kernesymptomer og mindst fem ledsagesymptomer, flere symptomer af svær, alvorlig grad
- Patienten kan ikke fungere socialt eller på arbejde og har ofte problemer med daglige personlige gøremål

Diagnostiske kriterier for demens (ICD-10)

- Kognitivt svigt
 - Svækket hukommelse, især for nyere data
 - Svigt af mindst én anden kognitiv funktion
- Bevaret bevidsthedsklarhed (i et omfang til at bedømme 1 og 2)
- Svækkelse af emotionel kontrol, motivation eller social adfærd med *mindst et af følgende*:
 - Emotionel labilitet
 - Irritabilitet
 - Apati
 - Forgrovet social adfærd
- Tilstanden skal have haft en varighed af *mindst seks måneder*





63. Prævalensen for depression er 5-10% hos ældre. Disponerende faktorer er flere kroniske sygdomme og aftagende funktionsniveau.

64. Det sænkede stemningsleje kan være maskeret. Angst, smerter og reduceret hukommelse kan præge billedet. Ældre mennesker, som præsenterer atypiske symptomer, kan udredes med geriatrik depressionsskala GDS (bilag 1).

65. Udover vanlig udredning for depression, skal man hos ældre desuden overveje demens, delir, stoffer, alkoholmisbrug og somatisk sygdom. Boks 10 viser forslag til håndtering af depressionsudredning og depression i almen praksis.

Boks 10 – Håndtering af depression i almen praksis

- Vær opmærksom på atypiske symptomer ved depression hos ældre
- Gennemgå medicinen kritisk
- Start med lav dosering af antidepressiv medicin og øg langsomt
- Inddrag gerne pårørende hvis muligt. Vær opmærksom på isolation og ensomhed
- Praktiserende læge kan foretage opsøgende hjemmebesøg og kontakte kommunen, som også kan foretage opsøgende besøg

66. Supplerende undersøgelser i almen praksis har til formål at udelukke evt. somatiske differentialdiagnoser. Aktuelle prøver kan være Hb, leukocytter, trombocytter, CRP, glukose, vitamin B12, D-vitamin, folat, ALAT, basiske fosfataser, kreatinin, Na, K, Ca, TSH, T4, ferritin, EKG og evt. GGT (interregionale forskelle).

67. Hos ældre behandles mild depression som hos andre voksne. Ingen specifik medicinsk behandling (medmindre der er recidiverende depressioner eller dystymi). *Watchfull waiting* eller støttende samtaler anbefales. Antidepressiva anbefales ikke i den initiale behandling af mild depression.

68. Ved medicinsk behandling anbefaler Sundhedsstyrelsen, at patientens kardiale risikoprofil vurderes inden start af behandling med SSRI-lægemidler og at der foreligger et aktuelt EKG. Ved mistænkt eller påvist hjertesygdom anbefales behandlingen at foregå i samråd med en speciallæge i kardiologi. Denne anbefaling tager udgangspunkt i *Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling af voksne med antidepressive lægemidler*, og en vurdering af at alle [SSRI](#) lægemidler kan medføre risiko for proarytmi.

69. Potentiel QTc-forlængelse ved brug af SSRI-lægemidler er i almindelighed underbelyst. Det vurderes således, at QTc-forlængelse ikke kan udelukkes for nogle af lægemiddelstofferne [sertralin](#), [escitalopram](#), [citalopram](#), [paroxetin](#), [fluoxetin](#) og [fluvoxamin](#). Hertil kommer, at en additiv effekt kan forekomme, når SSRI kombineres med lægemidler med kendt QTc-forlængende effekt. Derudover kan lægemidlerne ved tilstedeværelse af risikofaktorer potentielt give anledning til QTc-forlængelse, fx ved hjertesygdom.

70. Førstevalg. [SSRI: Sertralin](#) er 1. valg pga. klinisk relevant lavere bivirknings- og interaktionsrisiko end øvrige SSRI. Husk dosisreduktion ved ældre.





71. Demens og depression kan klinisk være svære at skelne initialt. Demens medfører ændret personlighed og ofte dårligt humør og passivitet, dette kan forveksles med depression, og ca. 1 ud af 10 af alle demente vil få en depression. Modsat er nogle depressive ældre så hæmmede og passive, at det klinisk ligner en demens - dette kaldes pseudodemens. Da baggrunden i virkeligheden er en depression, kan tilstanden behandles med fuld remission.
72. Symptomer ved demens fremgår af boks 11. Udredning bør ikke foretages, hvis patienten er akut præget af anden sygdom. Afvent habitualtilstand.

Boks 11 – Symptomer ved demens

- Påvirkede kognitive funktioner (hukommelse, orientering, geografisk orientering, sprog, overblik, apraksi).
- Ændringer i personlighed og adfærd (mere stille eller opfarende, kortluntet, manglende hæmninger).
- Bevægelsesforstyrrelser, lateraliserede udfald, gangforstyrrelser, faldtendens, urininkontinens.
- Psykiske symptomer (depression, angst, hallucinationer, vrangforestillinger).

73. Når tilstanden tillader udredning, gøres det med grundig anamnese - gerne ved inddragelse af pårørende, blodprøver for at udelukke somatiske årsager og hukommelsestest med BASIC, MMSE og/eller urskivetest. De diagnostiske kriterier for demens er angivet i boks 9.
74. Paraklinisk kan tages: Hæmoglobin, erythrocytter, leukocyter og differentieltælling, trombocytter, CRP, natrium, kalium, kreatinin, kalcium (albumin-korrigeret eller ioniseret), albumin, ALAT, basisk fosfatase, HbA1c, TSH, folat, vitamin B12, vitamin D, urinstix, EKG og derudover CT-c mhp. at udelukke andre årsager end demenssygdom til den kognitive svækkelse.
75. Ofte henvises til sekundærsektor ift. endelig diagnose og evt. medicinsk behandling. Se boks 9 for diagnostiske kriterier for demens.
76. Efter endt udredning, diagnose og evt. initieret behandling varetages demens som oftest i almen praksis og i samarbejde med demenskonsulenterne i kommunen efter gældende regionale retningslinjer. Følgende kan tages op:
- Behov for kommunale tiltag: Hjemmehjælp, hjemmesygeplejerske, demenskoordinator, dagcenter, institution m.m.
 - Ikke-medikamentelle behandlingstiltag
 - Værgemål/testamente
 - Pårørendes behov for støtte og eventuel deltagelse i pårørendegrupper
 - Løbende opfølgning og revurdering af, om der fortsat er indikation for medicinsk behandling i takt med udvikling i demensen



Opsøgende hjemmebesøg (ydelse 0121)

77. Opsøgende hjemmebesøg er målrettet skrøbelige ældre (normalt over 75 år). Aldersangivelsen er kun vejledende. Det afgørende er, at det drejer sig om en skrøbelig ældre patient med behov for hjemmebesøg.
- S**
78. Opsøgende hjemmebesøg kan fx anvendes til borgeren, der ikke selv opsøger lægen, da det kan være tegn på begyndende eller forværring af skrøbelighed. Opsøgende hjemmebesøg kan også anvendes, hvis lægen er ved at miste overblikket eller fornemmer, at patienten er det. Hjemmebesøg er generelt en god mulighed for at holde kontakt og få overblik én gang årligt.
79. Opsøgende hjemmebesøg organiseres optimalt som et fælles besøg mellem patienten, den praktiserende læge, en sundhedsfaglig kommunal medarbejder og gerne pårørende, hvis patienten ønsker det. Besøget er en samtale om patientens situation – ikke en lægelig kontrol eller fokus på en specifik sygdom eller lidelse. Formålet med besøget er at vurdere den ældres ressourcer, funktionsevne og livssituation, forebygge/håndtere begyndende sundhedsproblemer, at iagttage og evt. revidere patientens medicinforbrug efter medicingennemgang og at ajourføre FMK.
80. Et opsøgende hjemmebesøg skal udføres af lægen, men sygeplejerske/praksispersonale kan forberede besøget med relevante kliniske og parakliniske undersøgelser. Enhver praktiserende læge, der har udført opsøgende hjemmebesøg ved, at det giver et værdifuldt indblik i den ældres samlede sygdomshistorie og skaber et godt overblik over den ældres aktuelle situation. Skabelon til et opsøgende besøg findes i bilag 5.

Demensudredning

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/geriatri/tilstande-og-sygdomme/demensudredning/demensudredning-laege/>

Depression

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og-sygdomme/depressioner/depression/>

Ældre

<https://www.dsam.dk/vejledninger/aeldre>

Implementering af systematisk observationsmetode

<https://ugeskriftet.dk/videnskab/implementering-af-systematisk-observationsmetode-i-primaersektoren-er-mulig>

Nyrelisten:

https://www.sundhed.dk/content/cms/9/126409_laegemidler_nedsat_nyrefunktion.pdf

Medicingennemgang i praksis:

<https://www.sst.dk/-/media/Viden/Laegemidler/Medicingennemgang/Medicingennemgang-i-praksis.ashx>

Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser

<https://www.sst.dk/da/Fagperson/Ansvarlig-medicinering/Rationel-farmakoterapi/Vejledninger-paa-laegemiddelomraadet/Vejledning-om-behandling-med-psykofarmaka-af-voksne-med-psykiske-lidelser-og-adfaerdsforstyrrelser>

Psykofarmaka og bivirkninger

<https://ugeskriftet.dk/videnskab/opsporing-udredning-og-handtering-af-delirium-hos-indlagte-aeldre>

Geriatrisk depressionsskala (GDS-15)

- Geriatrisk depressionsskala består af 15 JA/NEJ-spørgsmål, og er specielt udarbejdet til at screene for depression blandt ældre.
- GDS-screeningen udføres som et såkaldt struktureret interview. Det betyder, at spørgsmålene læses op for den, der skal interviewes.
- Udført som interview er tidsforbruget ved udfyldelse af GDS-15 ca. 5 minutter.
- Svar, som i spørgeskemaet er fremhævet med store bogstaver (**JA/NEJ**), scorer 1 point.

1.	Er du <i>stort set</i> tilfreds med livet?	ja	NEJ
2.	Har du <i>opgivet mange</i> af dine aktiviteter og interesser?	JA	nej
3.	Føler du et <i>stort tomrum</i> i dit liv?	JA	nej
4.	Keder du dig <i>ofte</i> ?	JA	nej
5.	Er du <i>for det meste</i> i godt humør?	ja	NEJ
6.	Er du <i>bange</i> for, at der skal ske dig noget <i>alvorligt</i> ?	JA	nej
7.	Føler du dig <i>glad og tilfreds</i> ?	ja	NEJ
8.	Føler du dig <i>ofte hjælpeløs</i> ?	JA	nej
9.	Vil du <i>hellere blive hjemme</i> end ud og opleve noget nyt?	JA	nej
10.	Tror du, at din <i>hukommelse er dårligere</i> end de fleste andres?	JA	nej
11.	Er du lykkelig ved livet <i>lige nu</i> ?	ja	NEJ
12.	Føler du dig <i>værdiløs</i> ?	JA	nej
13.	Har du <i>masser af energi</i> ?	ja	NEJ
14.	Synes du, at <i>din situation er håbløs</i> ?	JA	nej
15.	Tror du, at de <i>fleste mennesker har det bedre</i> end dig?	JA	nej

Beregn samlet score:

Resultat under 5:	Normal
Resultat mellem 5-7:	Mulig depression
Resultat mellem 8-10:	Sandsynligvis let til middelsvær depression
Resultat mellem 11-12:	Middelsvær til svær depression
Resultat over 13:	Svær depression



Budskaber

- Vurdering af funktionsevne hos ældre er lige så vigtigt som at måle blodtrykket.
- Der er en stærk sammenhæng mellem nedsat muskelstyrke og faldrisiko.
- Andelen af +65-årige med god funktionsevne er steget fra 53% til 68% (i 2007).
- Funktionsevnenedsættelse kan forebygges på alle niveauer.
- Funktionsevnenedsættelse er potentielt reversibelt ved hurtig og effektiv indsats.

Hjørnestenen i sund aldring er gode muskler, især i underekstremiteterne.

Til vurdering af funktion i underekstremiteterne er Rejse-Sætte-Sig-testen velegnet til almen praksis:

- Den er enkel at udføre – kræver kun en stol og et ur, og kan derfor udføres overalt.
- Den er velegnet til monitorering.
- Den anvendes på hospitaler og i kommuner, så data kan udveksles ved sektorskift.
- Den er god til at identificere mobilitetsproblemer og svækkelse hos ældre.

RSS har desuden en række sidegevinster. Hos stærke ældre vil den også vise elementer af balanceevne og et kardiovaskulært element. Den er enkel at anvende som hjemmetræning.

Undersøgeren skal være opmærksom på, at resultatet kan være påvirket af andre faktorer, fx smerter og vejrtrækningsbesvær.

Instruktion i Rejse-Sætte-Sig-test

Benyt en almindelig fast stol uden armlæn (med sædehøjde 44-47 cm). Stolen kan med fordel placeres op ad en væg, for at undgå at den skubber sig. Testen gennemføres kun én gang på samme dag. Vær forsigtig ved balanceproblemer. Stop, hvis patienten får smerter.

Undersøgeren skal første gang demonstrere testen for patienten.

Instruktion til patienten

- Du skal sætte dig midt på stolen med strakt ryg, fødderne fladt på gulvet og holde armene krydsede med hænderne mod brystet.
- Du skal rejse dig til oprejst stilling og sætte dig ned (så bagdelen rører sædet), så mange gange du kan nå på 30 sekunder.

Resultatscoren er det totale antal **oprejsninger**, der gennemføres i løbet af de 30 sekunder.

Hvis deltageren har rejst sig mere end halvvejs op i løbet af 30 sekunder, tæller det som en fuld **oprejsning**. Hvis personen ikke er i stand til at rejse sig uden brug af armlæn, bemærkes det.

Antallet (scoren) kan noteres i journalen. En RSS-score på under 9 er patologisk i alle aldre.

En alternativ vurdering kan være, om patienten kan rejse sig fra stol med armlæn: ja/nej.



Kilde: DSAM-vejledning om Den ældre skrøbelige patient, Bilag 4



Alder, år	RSS ^a , antal oprejsninger		
	Normal	Nedsat	Stærkt nedsat
<i>Kvinder</i>			
18-29	19-30	14-18	< 14
30-39	19-30	13-18	< 13
40-49	17-28	11-16	< 11
50-59	15-26	9-14	< 9
60-69	13-23	8-12	< 8
70-79	11-19	7-10	< 7
80+	10-17	6-9	< 6
<i>Mænd</i>			
18-29	19-30	14-18	< 14
30-39	20-31	15-19	< 15
40-49	19-29	14-18	< 14
50-59	16-27	11-15	< 11
60-69	13-24	8-12	< 8
70-79	12-21	7-11	< 7
80+	9-18	5-8	< 5

RSS = 30-sekunders rejse-sætte-sig-test; SD = standardafvigelse.

-  Normalområde baseret på samlet gennemsnit $\pm$ 1 SD for RSS [23-24] i dekader.
-  Nedsat niveau; interval mellem normalt og stærkt niveau.
-  Stærkt nedsat niveau (< -2 SD)

a) Vurderes i tiltag beskrevet i artiklen nævnt herunder ved indledende vurdering/ 1. mobiliseringsforsøg og afsluttende vurdering/udskrivning baseret på værdier i reference (23-24), men kan også anvendes en enkelt gang.

Kilde: DSAM-vejledning om Den ældre skrøbelige patient. Figur 6 er et udsnit af den oprindelige Figur 1 i artiklen af Kristensen MT, Dall CH, Aadahl M, Suetta C. Systematisk måling af fysisk funktion hos voksne patienter på tværs af diagnoser. Ugeskr Laeger. 2022;184:V02220134.



	1	MEGET GOD FORM	Mennesker der er robuste, aktive, energiske og motiverede. De motionerer typisk regelmæssigt og er blandt dem i bedst form for deres alder.
	2	GOD FORM	Mennesker uden aktive symptomer på sygdom , men i mindre god form end kategori 1. Ofte motionerer de eller er meget aktive en gang imellem , f.eks. på bestemte årstider.
	3	KLARER SIG GODT	Mennesker med velkontrollerede sygdomsproblemer , selvom de indimellem har symptomer. Oftest er de ikke regelmæssigt aktive udover rutinemæssige gåture.
	4	LEVER MED MEGET MILD SKRØBELIGHED	Denne kategori markerer en begyndende overgang fra komplet uafhængighed. Mennesker der ikke er afhængige af andre til daglige gøremål, men som ofte har symptomer, der begrænser aktiviteterne . En almindelig klage er at føle sig "langsom" eller træt i løbet af dagen.
	5	LEVER MED MILD SKRØBELIGHED	Mennesker der ofte er mere tydeligt langsomme , og har behov for hjælp til komplekse daglige gøremål (<i>Instrumental Activities of Daily Living</i> – økonomi, transport, hovedrengøring). Typisk vil mild skrøbelighed i stigende grad hæmme indkøb, gåture alene udenfor, madlavning, medicin og begynde at begrænse let husarbejde.
	6	LEVER MED MODERAT SKRØBELIGHED	Mennesker der har behov for hjælp til alle udendørs aktiviteter og med at holde hus . Ofte har de problemer med indendørs trappegang og behøver hjælp til at gå i bad og kan eventuelt have brug for minimal hjælp til påklædning (stikord, let støtte ved behov).
	7	LEVER MED SVÆR SKRØBELIGHED	Fuldstændig afhængige af hjælp til egenomsorg , uanset årsag (fysisk eller kognitiv). Alligevel virker de stabile og ikke i høj risiko for at dø inden for ca. 6 måneder.
	8	LEVER MED MEGET SVÆR SKRØBELIGHED	Fuldstændig afhængige af hjælp til personlig pleje og nærmer sig livets afslutning. Typisk vil de ikke engang komme sig efter let sygdom.
	9	TERMINALT SYG	Mennesker der nærmer sig livets afslutning. Denne kategori gælder mennesker med en forventet levetid på < 6 måneder , som ikke lever med svær skrøbelighed i øvrigt (Mange terminalt syge mennesker kan stadig motionere helt indtil livets afslutning).

BEDØMMELSE AF SKRØBELIGHED HOS MENNESKER MED DEMENS

Mennesker med demens er oftest skrøbelige (scorer oftest minimum 5), og graden af skrøbelighed svarer som regel til graden af demens.

Typiske symptomer ved mild demens er at glemme detaljer om en nylig begivenhed, selvom man kan huske selve begivenheden, og at gentage det samme spørgsmål/historie og social tilbagetrækning. Ved moderat demens er hukommelsen for nylige begivenheder svært nedsat, selvom man kan huske gamle minder tydeligt. Man kan udføre personlig pleje med vejledning.

Ved svær demens kan man ikke udføre personlig pleje uden hjælp.

Ved meget svær demens er man ofte sengeliggende. Mange er nærmest ophørt med at tale.

1. Primær effekt på tarmindehold og volumen (blødgørende)

Ligeværdige, og bør være førstevalg ved længerevarende obstipation.

- Magnesiumoxid: 500-1500 mg × 1-2 dgl. (kræver normalt væskeindtag)
- Norgine (Movicol): 1-6 breve dgl. (skal indtages med et stort glas vand)
- Laktulose: 5-30 ml × 1-2 dgl. (giver hyppigere luft i maven)
-

Rumopfyldende laksantia kræver stor væskeindtagelse og er derfor ikke egnet til alvorligt syge, døende eller småt-drikkende.

2. Primær effekt på peristaltikken samt salt- og vandtransport gennem tarmvæggen

3. Midler med lokal, akut virkning i rectum

Til akut brug

Blødgør ophobede og indtørrede fækalier og fremkalder defækationsrefleks.

- Microlax, Glyoktyl, Klyx. én tube ad gangen.

Inden besøget kan kommunalt ansatte og/eller egen læges personale have indsamlet data om:

- Ernæring og væskeindtag, BMI
- Fysisk funktion: Clinical Frailty Scale (CFS). Kommer personen udendørs?
- Hvis relevant: Ganghjælpemidler, faldtendens, inkontinens. Eventuelt Rejse-Sætte-Sig-test
- Sanser: syn og hørelse
- Social funktion og netværk
- Kognitiv funktion og humør (evt. MMSE/BASIC/GDS/MDI)
- Alkohol og tobak
- Puls og blodtryk: Er pulsen regelmæssig?
- Indikation for blodprøver?

Under besøget af lægen:

- Hvem er til stede?
- Patientens/pårørendes prioriterede emner til samtalen og undersøgelsen
- Gennemgang af indsamlede data
- Vurdering af skrøbelighed
- Gennemgang af medicin
- Objektiv undersøgelse (hvis relevant)
- Ønsker for den sidste tid: Ønskes genoplivning ved hjertestop?
- Er der lavet livstestamente/behandlingstestamente/fremtidsfuldmagt?
- Plan for opfølgning

Vitalværdier og TOBS-score

OBS.	VITALVÆRDIER	SCORE
Puls	≥ 130	3
	110-129	2
	90-109	1
	50-89	0
	40-49	1
	≤ 39	2
Bevidsthed	Agiteret	1
	Habituel	0
	Reagerer kun på tiltale	1
	Reagerer kun på smerte	2
	Ingen reaktion	3
Temperatur	≥ 40	3
	39-39,9	2
	38-38,9	1
	36-37,9	0
	34-35,9	2
	≤ 33,9	3

OBS.	VITALVÆRDIER	SCORE
Respiration	≥ 26	3
	21-25	2
	17-20	1
	10-16	0
	6-9	1
	< 5	3
Systolisk blodtryk	≥ 200	2
	100-199	0
	80-99	1
	70-79	2
	≤ 69	3

Temperaturen måles primært rectalt. Hvis dette ikke er muligt, da oral temperatur, og der lægges 0,5 grad til. Temp < 36 og > 40 bør altid måles rectalt.



I skal først læse kommentarerne, når I har gennemgået spørgsmålene i casen sammen

Case 1 om Anton (1/3)

Resumé af casen

Anton er 72 år, ryger og har forhøjet blodtryk. Han oplever nu åndenød og bryst smerter efter cykelture og føler sig dårlig tilpas. Ved en konsultation er hans blodtryk forhøjet. EKG er normalt. Antons psykiske tilstand er påvirket, han føler sig mindreværdig og oplever impotens. Blodprøver viser forhøjede kolesteroltal og HbA1c på 53 mmol/mol.

Hvordan vil du håndtere telefonsamtalen?

Start med sekretær, sygeplejerske og til sidst læge(r).

Når der er flere symptomer, skal man overveje, om det samlede symptombillede eller blot et af symptomerne giver anledning til hurtigt at skulle afklares, fx bryst smerter eller infektion.

Er der yderligere spørgsmål, du vil stille Anton?

Er der nye symptomer efter episoden, fx åndenød, som kunne være tegn på hjertesvigt?

Har Anton aktuelle symptomer? Har der været feber? Hoste med expectoration eller ændret hoste?

Hvad tror du, der kan være galt?

Der kan være meget på spil - både somatisk og psykisk.

En kombination af flere af nedenstående er også mulig:

- Dårlig form
- Stabil angina
- KOL
- Depression
- Eksistentielle problemer. Anton bliver ældre og kan mindre. Hvilket forventningsniveau har han og hustruen?

Skal Anton have tid? Hvis ja, hvor hurtigt? Og hos hvem?

Det er med at gribe chancen og få skabt en alliance med en "sjælden gæst". Måske vil Anton ellers først komme om nogle år, når han har fået et større og evt. irreversibelt funktionstab. Giv en tid indenfor et par dage, hvis muligt. Er der nogen i klinikken, som kender Anton i forvejen (læge eller sygeplejerske), kan man give tiden hos denne. Et sundhedsfagligt personale kan starte med at se patienten, måle blodtryk, tage blodprøver, EKG m.m. inden læge-tiden.

Hvad er dine overvejelser om Anton? Hvad tænker du om hans psykiske tilstand?

Der er ikke noget akut i situationen, men den er kompleks og må tages ad flere omgange.

Det er vigtigt at tage udgangspunkt i, hvad der betyder noget for Anton, når der skal lægges en plan.

Man må overveje, om han har en livskrise, depression eller en begyndende demens.

Hvordan vil du gribe denne konsultation an? Vil du lave et forløb med flere konsultationer?

Find ud af, hvad der motiverer Anton til behandling. Spørg, hvad der er vigtigst for ham. Det kunne være impotensen. Fortæl da, at der er mulighed for behandling med PDE-5-hæmmere (fx Sildenafil). Aftal, hvornår I skal mødes igen og tale om det. På den måde ved Anton, at det ikke bliver glemt i blodprøvesvar. Snak om livsstilsændringer og medicin etc.



Case 1 om Anton (2/3)

Hvordan plejer du at rådgive en sådan patient?

Der er mange ting at tage fat på, så det skal ske i patientens tempo og må individualiseres.

En skabelon kunne tage udgangspunkt i nedenstående:

1. Plan for diabetes (husk, at der skal to prøver til for at stille diagnosen) og kardiovaskulær sygdom samt risikoprofil ud fra de fakta, vi har. Der skal tages fat på livsstil og i forhold til kardiovaskulær risiko bør rækkefølgen være lipider, BT og HbA1c. Husk på bivirkninger, compliance kan bedres ved at opstarte præparaterne langsomt.
2. Lipidprofilen er skæv og jf. retningslinjerne bør det behandles med et statin. Atorvastatin er førstevalgspræparatet.
3. Blodtrykket er højt. Det anbefales verificeret med en hjemmeblodtryksmåling. Betablokker er ikke taget konsekvent, men er ej heller 1.valg og kan give impotens, så det kunne man fjerne helt. 1. valg (pga. DM2): AT2-receptorantagonist (AT2) eller ACE-hæmmer (ACE-I).
4. Mht. behandling af sukkerniveau vil Metformin være 1.valg.
5. Samtale om det psykiske. Er det en depression? Det kunne også give impotens.
6. Mht. impotens vil Sildenafil eller Tadalafil være førstevalg. Det kan være, man skal starte med dette som tidligere nævnt.

Opmærksomhedspunkt vedr. blodprøver:

Anton har meget høje triglycerider. Det ses fx ved for lavt stofskifte (det har Anton ikke). Det kan også være pga. alkoholmisbrug. Anton kunne godt være typen, der tænker ret konkret. Hvis man skal italesætte noget svært, fx et for stort alkoholforbrug, kan det derfor være en ide at tage fat i fakta.

Fx: "Hvorfor tænker jeg på, at det kan skyldes et højt alkoholforbrug? Det er bl.a., fordi jeg ser den her blodprøveprofil." Man kan udnytte sin lægefaglige viden og på et konkret grundlag tage nogle lidt svære emner op.

Resumé

10 år senere er Anton blevet mere inaktiv, helbredet er forværret og han er blevet ensom efter konens død. Han klager over åndenød, rygsmerter og svimmelhed. Ved konsultation fremstår han trist. Parakliniske værdier viser stigende HbA1c, lav natrium og forhøjet ALAT.

Hvordan vil du håndtere denne telefonsamtale?

Start med sekretær, sygeplejerske og til sidst læge(r).

Forsøg at få datteren til at motivere Anton til en konsultation. Hvis Anton nægter, så overvej et hjemmebesøg. Det faktum, at Anton evt. ikke kan overskue at komme i konsultationen, kan skyldes en depression. Foreslå gerne, at datteren deltager.

Er der yderligere spørgsmål, du vil stille datteren?

Det er vigtigt at få datterens oplevelse af situationen. Det er ikke sikkert, den stemmer overens med Antons. Virkeligheden ligger nok et sted derimellem og formentlig tættere på datterens fortælling. Der er mange symptomer og det er nødvendigt at se og undersøge Anton.





Case 1 om Anton (3/3)

Hvad tror du, der kan være galt?

Det kan fx være infektion eller KOL, spinalstenose og meget andet. Start med det, der er vigtigst for Anton, fx åndenød, smerter, søvn, obstipation og vandladning. Der er lægefaglige diagnostiske udfordringer her. Det kan være alt fra depression til malign sygdom og også en kombination. En god anamnese er afgørende og gerne ved hjælp af pårørende. Klinisk undersøgelse og blodprøver (infektionstal, nyrefunktion samt hæmoglobin og levertal). Overvej billeddiagnostik herefter (infopkt. 2-5). Man kan lave følgende prioritering i udredningsplanen:

- 1) Hvad bekymrer Anton?
- 2) Hvad bekymrer datteren?
- 3) Hvad bekymrer lægen?

Vil du betragte Anton som en skrøbelig patient? Hvorfor/hvorfor ikke?

Anton er skrøbelig.

Der mangler detaljerede oplysninger, som vi nok får ved konsultationen. Det har betydning for de opmærksomhedspunkter og den opfølgning, vi tilbyder.

Aktuelt skal Antons medicin justeres ind. Hvad skal der til for, at han vil være kandidat til dosisdispensering? Har klinikken en holdning til dosisdispensering?

Anton er under udredning og ikke i stabil medicinering, så aktuelt er han ikke kandidat til dette.

Hvordan vil du måle på skrøbeligheden? Og hvordan gradueres den?

Ud fra de oplysninger der foreligger, ligger Anton på enten 4 eller 5 på CFS (Clinical Frailty Scale) og er altså lidt skrøbelig (infopkt. 9). Vurdering af skrøbelighed kan gøres ud fra CFS (infopkt. 8-9 og bilag 3)

Hvad skal gøres her og nu? Og hvilke planer lægges fremadrettet? Lav en prioriteret liste over problemstillinger og diskutér, hvem der tager sig af hvad.

- 1) Hyponatriæmi kan skyldes alkohol, SSRI og thiazid indeholdt i Losartan Comp. Hyponatriæmi ses også ved malign sygdom som fx lungecancer. En af de hyppigste årsager til hyponatriæmi hos ældre er bivirkninger til medicin. Det er hyppigst enten SSRI eller thiazid og Anton får begge dele. Det er angiveligt en symptomgivende hyponatriæmi. Det kan give kognitive problemer og det kan give fald. Selv et beskedent fald i natrium betyder noget.

Natrium < 130 mmol/l vil ofte være symptomgivende hos den ældre patient. Man skal fjerne thiazid-delen i Losartan Comb. Hvis det ikke hjælper, så skift Citalopram til Mirtazapin. Tal om alkohol. Ved klinisk mistanke om lungecancer eller vedvarende hyponatriæmi og den lange rygeanamnese taget i betragtning, kan man overveje udredning for lungecancer, hvis det giver mening for Anton.

- 2) Ved tvivl om diagnosen, udred da for depression. Se infopkt. 63-64 og bilag 1.
- 3) Anton er i en fase, hvor det kan vende, men også en fase, hvor han er tæt på, at det hele falder sammen. Han skal holdes fysisk i gang, motiveres og støttes og der skal foretages medicinændringer. Det kræver observation og tid med Anton. Tal med ham, datteren og kommunen om, hvorvidt det kan honoreres hjemme eller om det skal foregå på en akutplads i nogle uger. Altid i samråd med kommune, se infopkt. 17-19.



[Klik her for at gå til case 2](#)



Case 2 om Jørgen (1/3)

Resumé af casen

Lægehuset bliver kontaktet af Jørgens datter, som fortæller, at både hende og broren er rystede over at finde deres far træt, med åndenød og han tumler rundt.

Hvordan vil du håndtere telefonsamtalen? Hvad gør det ved dig, når pårørende ringer til klinikken på denne måde? Start med sekretær, dernæst sygeplejersker og til sidst læge(r).

Sådan et "pres" fra pårørende kan give anledning til mange følelser. På en god dag møder man de pårørende med forståelse og et smil. På en travl dag kan man opleve frustration, skyldfølelse og vrede. Det kender alle vist.

Det kan være hjælpsomt at huske på, at folk gør noget af en årsag. Det gør det ikke altid OK, men det kan give en baggrundsforståelse for situationen.

Hos datteren er der nok både frygt for, at deres far er alvorlig syg og overraskelse over situationen. Måske der også er lidt dårlig samvittighed.

Det bedste man kan gøre, er nok at rumme børnenes frustrationer. Det kan være en hjælp at kvittere for datterens henvendelse: "Hvor er det godt, du ringer, så vi kan hjælpe med at passe godt på din far." Man kan spørge ind til datterens frygt og behov: "Tror du, din far er alvorligt syg? Og hvad har du brug for, at vi hjælper dig med?"

På den måde kan datteren få fornemmelsen af, at I er på samme hold, der arbejder for et fælles mål - at hjælpe far.

Skal Jørgen have en tid hos læge? Hvis ja, hvor hurtigt?

Overvej:

1. Vurdering ved akutteam eller hjemmeplejen allerede i dag. Kan akutteamet lave en vurdering inkl. blodprøver og urinprøve? (infopkt. 37-40).
2. Planlæg hjemmebesøg, herunder vurdering af funktionsevne, gerne Rejse-Sætte-Sig-test (infopkt. 7 og bilag 2).
3. Vurdering af skrøbelighed: CFS med oplysninger fra hjemmepleje og evt. datter (infopkt. 9, tabel 1 og bilag 3).

Resumé:

Det er over 2 år siden, der sidst er foretaget årskontrol. Jørgen har haft et AKS et par år tidligere. For fjorten dage siden blev han indlagt med et non-STEMI og fundet inkomenseret. Han blev udskrevet til ambulant kontrol i Hjertesvigtssklinikken.

Hvad er dine umiddelbare tanker om medicinlisten? (sekretær og sygeplejersker)

Herefter fremlægger lægen/lægerne forslag til medicingennemgang, som de har udarbejdet i forvejen.





Case 2 om Jørgen (2/3)

Hvad vil du gøre?

Man kan foreslå blodprøver (hæmoglobin, væsketal, lipidprofil, HbA1C, albumin, levertal, TSH, total-calcium, D-vitamin og PTH) og ortostatisk blodtryksmåling. Det har betydning for gennemgangen af medicinlisten.

Under nylig indlæggelse er der nok taget nogle blodprøver, som ikke skal gentages. Aktuelle væsketal er gode at have, da Jørgen med stor sandsynlighed er sat i vanddrivende behandling under indlæggelsen.

Telefonvisitation er måske den sværeste disciplin. Jørgen har formentlig negligeret sine symptomer i telefonen, og den stakkels sekretær er gået i "fælden" og er gået med på hans negliger. Uddannelse og kendskab til patienterne er nok de bedste våben til at gøre telefonvisitation bedre.

Resumé:

På et opfølgende hjemmebesøg ses, at Jørgen har vanvittigt ondt i lænden, kan dårligt gå fra seng til toilet og når også sjældent derud uden "uheld". Det lugter af urin i hjemmet. Han kører stadig bil. Søn og datter synes, at deres far skal på plejehjem, men Jørgen har hidtil sagt nej.

Hvilke muligheder er der i forhold til Jørgens urininkontinens?

Hvis inkontinens er et problem, kan man i princippet gøre to ting her og nu: Ble eller kateter. Kateter kan gøres som RIK (Ren Intermitterende Kateterisation), men det kræver oplæring eller hjemmepleje, og forhindrer ikke altid uheld. Permanent kateter forhindrer uheld (dog ikke ved utætheder), men bliver det et problem, at Jørgen "piller" ved det? Kan han finde ud af at "tømme det" eller generer posen?

Begge typer øger risiko for infektioner. Forinden er det selvfølgelig relevant med overvejelser om, hvorfor Jørgen er inkontinent. Forstoppet? UVI? Er der behov for urologisk udredning ift. prostata og overaktiv blære? Er han opioid-forgiftet og klarer op, når det er trappet ud?

Hvordan kan Jørgens sociale situation gribes an?

Skal Jørgen have øget hjælp i hjemmet, aflastningsplads eller på plejehjem? Under alle omstændigheder skal der et visitationsmøde med kommunen til. Hvad angår det sociale må man se på, hvad der skal ske fremover. Hvad er livskvalitet for Jørgen? Er det at være hjemme, selvom der er risiko for fald? Eller er det at være et sted, hvor der er noget personale om ham?

Der skal skabes en alliance mellem patient, pårørende og hjemmepleje for at få skabt en god og varig løsning.

En aflastningsplads kan være afklarende ift., om Jørgen skal være hjemme eller om han kunne være kandidat til en plejehjemsplads (infopkt. 39-41).



Case 2 om Jørgen (3/3)

Hvordan opfatter I jeres rolle?

Den praktiserendes læges opgave er at afklare sundhedsmæssige forhold, vejlede ift. sociale tiltag og hjælpe med kontakten til kommunen og hjemmeplejen. En klassisk "tovholder-opgave" som almen praksis er specialiseret i. Medicinsk fagligt må overvejes, om Jørgen har fået et sammenfald i ryggen eller har han måske en prostatacancer med metastaser?

Er Jørgen plejehjemskandidat?

Man kan gøre sig en generel overvejelse. Bliver de somatiske og kognitive funktionstab løst med et permanent boligsift? Eller vil det kunne løses i eget hjem med rette hjælp og behandling? Det er kommunens opgave at afgøre, om Jørgen opfylder kriterierne for plejehjem.

Hvad med hans kørekort?

Mht. kørekort henvises til Styrelsen for Patientsikkerhed (www.stps.dk)



I Jørgens tilfælde er der nylig indlæggelse med AKS og NYHA 3 samt opioidbehandling. Jørgen "tumler rundt" i huset. Det lyder til, at der lige nu er en risiko ved at køre bil og man bør nedlægge et midlertidigt kørselsforbud (infopkt. 58-62).



[Klik her for at gå til case 3](#)





Case om Ingrid (1/5)

Resumé:

Ingrid er 80 år og har mangeårige rygproblemer og har tidligere haft et blødende mavesår. Hun har et mindre fast Diazepamforbrug, får PPI-hæmmer og lidt Ibuprofen p.n for ryggen. Livsstilen er inaktiv og kosten ulødig. Datteren ringer og beder om en tid til moderen pga. mavesmerter og måske et vægttab.

Hvordan vil du håndtere telefonsamtalen? Start med sekretær, sygeplejerske og til sidst læge(r). Er der yderligere spørgsmål, du vil have svar på?

Det kunne være vigtigt at få noget at vide om varighed, opkastninger, afføring og vægttab. Det er usikkert, om Ingrid tager Ibuprofen p.n. De kan fås i håndkøb, så FMK er ikke nok som informationskilde.

Hvad tror du, der kan være galt?

Ofte er der flere årsager til funktionstab hos ældre. Følgende kan med fordel overvejes:

- Ventrikelulcus
- Malignitet
- Diazepam-bivirkninger
- Depression
- Begyndende demens
- Osteoporose med sammenfald i ryggen
- Ændret nyrefunktion

Skal Ingrid have en tid? Hvis ja, hvor hurtigt? Og hos hvem?

Det er vigtigt, at Ingrid får en tid. Evt. forudgået af blodprøver (bred screening inkl. HbA1c og TSH). Der kan med fordel gives en tid ved sygeplejerske først mhp. indtryk af, hvad Ingrid tænker om situationen samt en god anamnese om kost (infopkt. 12-13).

Det kan blive svært at få Ingrid ind, hvis hun ikke selv synes, der er problemer. Måske kan datteren overbevise hende ved at sige, at hun selv er bekymret over vægttabet og mavesmerterne.

Tiden behøver ikke at være akut, medmindre der under yderligere spørgsmål fremkommer "røde flag". Omvendt behøver der heller ikke at gå flere uger. Datteren må gerne få en fornemmelse af, at der bliver taget hånd om problemet.

Resumé:

Ingrid har en subakut konsultation hos sygeplejersken. Hun har besvær med at rejse sig fra en stol uden armlæn og virker mager og lidt nedtrykt. Sygeplejersken noterer, at Ingrid stadig drikker kaffe trods smerterne. Ingrid fortæller, at sønnen har afvist hende, og breve til børnebørnene kommer uåbnede tilbage. Hendes mand synes ikke, hun skal være ked af det.

FMK: Diazepam 2 mg, 2-3 gange dagligt og Pantoprazol 40 mg, 1 gang dagligt

Hvordan vil du gribe konsultation an? Hvilke problemstillinger er der?

Både somatiske og psykiske årsager kan være i spil. Få en god anamnese og identificér, hvad der er vigtigst for Ingrid. Depression er en mulighed (infopkt. 63-67 og bilag 1).

Man kan overveje en anden smerteplan for Ingrid. Hvad vil der ske, hvis man pauserer medicinen? Hvad med hendes kognition? Er der symptomer, som tyder på demens (infopkt. 63 og boks 9). Hvad siger ægtefællen?



Case om Ingrid (2/5)

Hvordan vurderer du Ingrids funktionsniveau? Bruger du Clinical Frailty Scale (CFS)?

Skrøbelighed er en subjektiv vurdering, som afhænger af øjnene, der ser. Mon ikke alle har prøvet at indlægge en skrøbelig patient, som man mente ikke kunne klare sig i hjemmet pga. akut opstået sygdom for blot at få en epikrise næste dag, hvor hospitalet har vurderet, at patienten sagtens kunne klare sig og har sendt denne hjem igen?

CFS er en måde at objektivisere skrøbelighed på (infopkt. 6, 8, 9 og bilag 3).

Hvor er Ingrid på skrøbeligheds-scoren nu? Hvor var hun for et år siden? Er det ændret væsentligt? Et andet objektivi mål for funktionsniveau er Rejse-Sætte-Sig-testen, hvor man vurderer muskelstyrke (infopkt. 7 og bilag 2).

Har Ingrid en depression? Diskutér symptomer hos ældre. Hvad vil I spørge om?

Depression hos ældre kan se noget anderledes ud end hos yngre. Ældre får oftere såkaldt somatisk depression end yngre. Det kan også vise sig som angstsymptomer eller ved at den ældre bliver irriteret. Særligt hvis man ikke tidligere i livet har haft angstsymptomer, kan det give mistanke om, at det er et led i en depression.

Det kan være en god ide at anskue depression som tre cirkler, der lapper ind over hinanden. Den ene cirkel er humøret (det affektive), den anden cirkel er det fysiske og den tredje er det kognitive. Hvis Ingrid har en depression, kan man ikke foretage en retvisende udredning for demens, før depressionen er velbehandlet. Den depressive kan fejlagtigt blive opfattet som dement, hvis vedkommende har en depression med påvirket kognition.

Ingrid har klassiske symptomer på depression. Hun har kernesymptomer med tristhed og så vidt det fremgår, har det været længe. Hun har nedsat evne til at glæde sig og græder ind i mellem, ligesom hun har nedsat social aktivitet.

Ud fra sygehistorien kan man stort set vurdere, at hun med meget stor sandsynlighed har en depression. Det kan være relevant at prøve at komme det nærmere ved at bruge en test for depression. Ingrid har et vanskeligt forhold til søn og børnebørn, men det lyder som om, hun stadig har kontakt til datteren. Med en så skrøbelig kvinde som Ingrid, kunne det være en god idé at indhente ekstra oplysninger fra en nær pårørende. Husk at få afdækket, om der er tegn på selvmordstanker (infopkt. 63-67, boks 9).

Hvad gør du nu? Skal Ingrid fortsætte med Diazepam?

Hvis man vurderer, at Ingrid har en depression, kan man overveje samtaleterapi eller medicinsk behandling.

Valg af antidepressiv behandling: SSRI eller Mirtazapin (hæmmer af adrenerge receptorer (NaSSA)) kan begge anvendes som førstevalg hos Ingrid. Grundet nedsat appetit og manglende nattesøvn kunne man hos Ingrid godt argumentere for Mirtazapin med forsigtig startdosis 7,5 mg til nat. SSRI er også en mulighed. Husk at kontrollere natrium.

Fagspecialistens kommentar til dette spørgsmål fortsætter på næste side



Case om Ingrid (3/5)

Ingrid får Diazepam. Man kan lade hende blive på dén dosis, indtil Mirtazapin er begyndt at virke eller når det skønnes, at hun er på vej ud af sin depression. Ingrid har fået benzodiazepin meget længe, så det er nok ikke det, der giver hende depressionen. Det kan selvfølgelig påvirke hende kognitivt og det kan også øge risikoen for fald.

Hvis Ingrid accepterer antidepressiv behandling, skal man vente lidt med at forsøge at udtrappe Diazepam. Måske endda vente med at tale om det. Én ting ad gangen.

Hvordan håndterer I depression hos ældre i jeres praksis?

Depression kan med fordel behandles ved en tværfaglig indsats i klinikken.

Boks 10 og infopkt. 66-72 beskriver relevante aspekter, der bør inddrages i klinikkens håndtering af depression hos ældre.

Resumé:

Ingrid er nu blevet 85 år. Hun får stadig benzodiazepinerne, men er også sat i SSRI-behandling. Aktuelt klager hun over svimmelhed og viser nogle skrammer efter et fald. Datteren oplyser, at Ingrid er blevet forvirret og glemsom. Der er ikke meget mad i køleskabet. Hun er i tvivl om, hvorvidt moren husker at tage sin medicin. Hjemmeplejen har luftet mistanke om demens.

Hvordan vil du håndtere telefonsamtalen? Start med sekretær, sygeplejerske og til sidst læge(r).

Her er der brug for en ret hurtig vurdering og indsats. Hjælp til medicinadministration og anden hjælp kunne man starte op ret hurtigt? Er Ingrid klar over, at der er brug for hjælp? Vil hun tage imod hjælp?

Hvordan håndterer I demensudredning i klinikken?

Det er vigtigt med forudgående medicingennemgang. Tramadol og Oxazepam er dårligt for en skrøbelig hjerne. Tramadol anbefales udtrappet først. Måske kan Oxazepam ændres til 7,5 mg og evt. helt trappes ud?

Man kunne prøve at øge Citalopram til 20 mg, når symptomer på depression er vurderet. Alternativt kan det overvejes at fastholde Citalopram 10 mg og tillægge Mirtazapin til nat og se effekten. Når medicinlisten er justeret og effekten slået igennem, kan BASIC- eller MMSE-test laves (infopkt. 72-77 og boks 9).

Hvad gør du nu? Har Ingrid demens?

Ingrid scorer nu 7 på en GDS (bilag 1) og man må vurdere, om depressionen kan forventes velbehandlet på så lille dosis SSRI. Mange mennesker, der får en demenssygdom, kan få en samtidig depression. Ingrid kan også have en underbehandlet depression og evt. en samtidigt begyndende demens.

En depression bør være velbehandlet før demensudredning. Der er en del i anamnesen, som kunne tyde på begyndende demens. MMSE-scoren kan ikke anvendes som diagnostisk redskab, men kan bruges til at give et fingerpeg. Score under 24 tyder på kognitive deficits. Man kan fint lave en MMSE med det samme som gjort nu, men den skal så gentages. Når depressionen er bedret, overvejes henvisning til demensudredning på hospitalsniveau.



Case om Ingrid (4/5)

Hvordan håndterer I demens i jeres praksis?

Håndteringen af demens afhænger af klinikkens sammensætning, mulighederne i kommunen samt sekundærsektoren m.m. Håndteringen kræver et tæt, tværfagligt samarbejde med kommune og andre instanser. Den enkelte praksis er selv ekspert i at få dette organiseret.

Benytter I jer af muligheden for at lave opsøgende hjemmebesøg (OPS)?

Aftalen om opsøgende hjemmebesøg (0121) kan tages 1 gang årligt hos skrøbelige patienter over 75 år.

De fleste regioner accepterer, at man går længere ned i alder, hvis det beskrives, hvorfor patienten er skrøbelig og hvorfor det vil give væsentlig lægefaglig mening at lave et OPS-besøg. Hvordan det håndteres regionalt er forskelligt.

Er der nogen udfordringer i det?

Har alle relevante patienter fået et OPS-besøg indenfor det sidste år? Det kan være svært at holde overblik over og det kan være svært at få afsat tid til det i en travl hverdag.

Har I en liste over ”skrøbelige patienter”, som bør have et OPS-besøg? En liste som med passende tidsrum bliver gennemgået?

Mange klinikker deler opgaven, så sygeplejersken tager på sygebesøg først og tager blodprøver, måler BT, laver MMSE eller hvad der kan være relevant. Herudover søges information om hjælp udefra, dagligt funktionsniveau i hjemmet m.m. Når alle resultater foreligger, kommer lægen på OPS-besøg og kan agere ud fra de foreliggende resultater.

Det er en udfordring, at ydelsen kun kan tages én gang pr. år, selv om patienten skifter læge. Det kan være svært at vide, om den forrige læge har taget ydelsen inden for sidste år.

Hvad er dagsordenen for det opsøgende hjemmebesøg?

OPS-besøg er en samtale om patientens situation og ikke en lægelig kontrol eller et besøg med fokus på et specifikt symptom eller lidelse.

Formålet med OPS-besøg er jf. vejledningen i Overenskomst 2022:

- At opnå indsigt i den ældres ressourcer og funktionsevne
- At identificere og evt. forebygge og begrænse begyndende sundhedsproblemer
- At vurdere og evt. revidere patientens medicinforbrug
- At have kendskab til den ældres daglige livssituation for at kunne indgå som en kompetent samarbejdspartner i det tværfaglige sundhedsarbejde

Vejledning i anvendelse af overenskomstens ydelser:





Case om Ingrid (5/5)

Resumé: >

Manden Niels Erik ringer om akut forvirring.

Hvad er der galt? Start med sekretær, så sygeplejerske og til sidst læge(r).

Har Ingrid fået delir? Der er fluktuation i symptomer og det lyder til, der er sket en akut/subakut forværring samt ændret døgnrytme (infopkt. 45-57). Baseret på de oplysninger vi har, tyder det på, at Ingrid har udviklet delir. Det begyndte pludseligt og hendes tilstand skifter mellem at være klar og forvirret/uklar. Delir er kendetegnet ved koncentrationsbesvær, vanskeligheder med at skifte og holde fokus og at det opstår pludseligt med vekslende tilstande. Ofte er der uro om natten og der kan indimellem være hallucinationer og vrangforestillinger.

Diskutér udredning og behandling. Drøft en plan på kort og på lang sigt.

Ingrid skal vurderes klinisk. Er der delir, skal der undersøges systematisk for en organisk baggrund. Overvej om der skal laves CT-cerebrum pga. fald og blå mærker: Obs subduralt hæmatom. Og overvej, hvad konsekvensen vil være for Ingrid ved et subduralt hæmatom. Kan hun frivilligt medvirke til undersøgelsen?

Overvej øget hjemmepleje, hvis det skal kunne klares i hjemmet. Som hovedregel er det rarest at undgå, at ældre, delirøse patienter bliver indlagt pga. miljøskifte.

Kan man ikke komme videre med udredning og behandling af patienten hjemme, kan det være nødvendigt at indlægge. Det kan også være, at man har fundet årsagen, men at patienten ikke kan plejes godt nok hjemme, indtil der er effekt af fx en behandling for urinvejsinfektion. Hvis muligt er en korttidsplads at foretrække frem for en akutafdeling på sygehuset. Nogle steder kan der være fast vagt i hjemmet, andre gange er det nødvendigt med mere aflastning. Det kan nok blive svært at overbevise Ingrid. Der kan også være behov for kontakt til sygehus mhp. sparring, evt. subakut billeddiagnostik og vurdering, hvis der ikke findes årsag til deliret.

Der er som beskrevet mange mulige årsager til delirium, så systematikken er vigtig (boks 6).

Hyppige årsager er infektioner, obstipation, urinretention, dehydrering og medicinbivirkninger.

Behandling: Det vigtigste er at finde den/de udløsende årsager samt en non-farmakologisk behandling. Grundet bivirkninger skal man ikke som rutine anvende psykofarmaka ved delirium.

Det er kun, hvis den delirøse patient trods non-farmakologisk behandling er:

- psykisk svært forpint
- til fare for sig selv eller andre
- truet af udmattelse

... at behandling med psykofarmaka er indiceret, kun kortvarigt og i små doser. På sygehuset bruges det også, hvis det er absolut nødvendigt for tilstrækkelig diagnostik og behandling.

Udredning for demens:

Der skal helst gå nogle måneder efter et delir, før der udredes for demens. Det skyldes, at kognitive deficits efter den delirøse episode kan vare længe.



Opsporing m.m.
af delirium hos
indlagte ældre



Evaluering af modulet



SVAR PÅ 5 SPØRGSMÅL



ALLE BESVARELSER ER ANONYME



VI BRUGER DINE SVAR TIL AT UDVIKLE
OG TILRETTE MODULET

SCAN KODEN



eller

GÅ TIL: www.survey-xact.dk/collect

TAST KODEN: **WNJV-6XWL-U595**