

Eldre og gamle som utredes og behandles i spesialisthelsetjenesten

Aldring er forbundet med økt sannsynlighet for å lide av flere kroniske lidelser. Antallet personer 70 år og over utgjør omkring 9 % av befolkningen. Denne gruppen utgjorde i 2005 om lag 31 % av alle innleggelsene i somatiske sykehus (70–79 15,1 % og 80+ 16,0 %) og liggetiden utgjorde 42,1 % av den totale liggetid i landets sykehus (70–79 19,5 % og 80+ 22,6 %) (SSBs pasientstatistikk).

Generelt for sykehusinnlagte gamle

Førde og medarbeidere kartla i en spørreskjemaundersøkelse blant leger og sykepleiere hvordan de opplevde ressurs situasjonen og helsetilbudet til syke eldre. Generelt sett opplevde sykepleiere større ressursrelaterte begrensninger hva angår behandling og pleie av eldre, det være seg i sykehus og sykehjem, enn legene gjorde. I alt 54 % av legene og 75 % av sykepleierne gav uttrykk for at helsehjelp til eldre kvalitativt ikke var av like høy kvalitet som helsehjelp til yngre pasienter. Tabellen viser hvordan sykepleierne og legene vurderte like områder av behandlingen til eldre, se tabell nederst på siden.

Grovt sett kan man inndele eldre henvist til poliklinisk utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten og innleggelse i sykehus i fire grupper:

- pasienter med aldersspesifikke sykdommer som har store omsorgsbehov
- pasienter med mange kroniske sykdommer som behandles med mange legemidler
- pasienter med funksjonstap på grunn av meget høy alder og manglende reservekrefter

- pasienter som har få sykdommer og god funksjonsevne.

Pasienter som tilhører de tre første gruppene trenger spesiell oppmerksomhet og spesielle helsetjenester, mens pasienter i den fjerde gruppen stort sett kan nyttiggjøre seg de generelle helsetjenester som gis av spesialisthelsetjenesten.

Pasienter med aldersspesifikke sykdommer

I først rekke dreier dette seg om demens, delirium og hjerneslag.

Demens

Omlag 70 000 nordmenn har en eller annen form av demens, de fleste har Alzheimer demens eller demens grunnet cerebrovaskulær sykdom, eller en kombinasjon av begge deler, og 95% av dem er 65 år og eldre. De aller fleste er over 80 år. De yngste har få andre sykdommer, mens de eldste er ofte multisyke. Depresjon og angst er de vanligste ledsagende symptom (40–60%) til demens, fulgt av psykotiske symptom og søvnforstyrrelser (20–30%). Redusert eller manglende forståelse til å motta informasjon og samtykke til helsehjelp er tilstede hos flesteparten med demenssykdom.

Eldre personer med demens har økt tendens til å utvikle trykksår og inkontinens både for urin og avføring i forbindelse med sykehusopphold, selv i løpet av korte opphold. De har også lettere for å tape sine fysiske ferdigheter på grunn av passivisering og immobilisering. Også behandlingmessig er personer med demens en risikogruppe. Blant kirurgiske pasienter er det for eksempel vist at pasienter med demens i den postoperative fasen etter lårbeinsbrudd får mindre smertestillende behandling enn ikke-demente. Undersøkelser sannsynliggjør at demens er assosiert med dårligere utsikt til å gjenvinne fysisk funksjonsevne i forbindelse med opphold i sykehus. Alle disse forhold tilsier at sykehuspersonale må kunne gjenkjenne en person som har en demenssykdom, noe undertegnede

	Sykepleiere	Leger
Redusert kvalitet på behandling	38 %	20 %
Redusert kvalitet utredning og diagnostikk	30 %	19 %
Unødvendig forverring/forlengelse av plager	19 %	15 %
Pleie & omsorgsbehov mangelfullt ivaretatt	35 %	26 %
Ernæringstilstand mangelfullt ivaretatt	29 %	22 %
Pasientens behov for fysisk aktivitet mangelfullt ivaretatt	72 %	49 %
Pasientens behov for sosial kontakt mangelfullt ivaretatt	64 %	45 %
For tidlig utskriving	31 %	32 %

R. Førde & al. Tidsskr Nor Legeforen 2006; 15: 1913-6





ikke erfarer. Helsepersonell må også kunne vurdere samtykkekompetanse for denne gruppen pasienter, noe som nok også er en manglende ferdighet. I behandling av denne pasientgruppen må pårørende kontaktes og rådspørres, fordi mange vil ha redusert eller manglende samtykkekompetanse. Screening av kognisjon hos gamle (>75 år) som innlegges i sykehus kan være en hjelp, og dette bør man faktisk vurdere seriøst som en kvalitets-sikringsindikator.

Det er et økende behov for utredning i spesialisthelsetjenesten ved mistanke om demens. Ideelt sett burde slik spesialutredning i sykehus skje i en Hukommelsesklinikk, som bør være et tverr- og merfaglig tilbud, med yrkesutøvere som er spesialisert i geriatri, psykiatri og nevrologi, nevropsykologi, ergoterapi, sykepleie og sosionomi. Hukommelsesklinikken bør være tilknyttet en geriatrisk eller alderspsykiatrisk avdeling ettersom de fleste pasientene er eldre eller gamle.

Delirium

Delirium er en fryktet komplikasjon ved somatisk sykdom hos gamle. Risikoen for å utvikle delirium er høyere hos personer med mental svikt eller demens. I en vanlig indremedisinsk eller kirurgisk avdeling er det på innleggelsestidspunktet ca. 10–20 % av alle eldre (over 70 år) som oppfyller kriteriene for delirium og i tillegg er det 5–10 % som utvikler delirium under oppholdet. Eldre med hoftebrudd er en spesielt utsatt gruppe, og jo lenger pasienten ligger med hoftebrudd før operasjonen blir foretatt jo verre er prognosen både med hensyn til å utvikle delirium, og spesielt reduseres overlevelse. Dette er et stort problem man bør ta tak i. Gamle med hoftebrudd bør opereres så snart det lar seg gjøre. Hos eldre, enten de lider av demens eller ei, synes delirium i seg selv å være en prediktor for langvarig forverring av kognisjon og funksjonsevne under sykehusopphold og etter utskrivning fra sykehus. Skjønt legene ofte er klar over at en pasient lider av delirium, er denne innsikten ofte ikke notert i journalen. Dette kan bidra til at denne pasientgruppens spesielle behov lett blir ignorert. Såkalt hypoaktivt delirium, dvs. i de tilfeller hvor pasienten ikke er urolig, oppdages sjel-

dent av helsepersonell uten spesiell kunnskap om geriatriske lidelser. Fokus på delirium som komplikasjon til somatisk sykdom må skjerpes.

Hjerneslag

Med opprettelse av tverrfaglige slagposter eller slagenheter, etter modell fra St. Olavs hospital, kan hjerneslagpasienter få god behandling. Slike tverrfaglige team/poster bør være tilgjengelig for hele befolkningen. Et samarbeid mellom indremedisin/geriatri og nevrologi uten fagkamp er en forutsetning for at en slik modell skal lykkes.

Gamle pasienter med mange sykdommer, legemidler og med manglende reservekrefter

Et sykehusvesen hvor effektivitet er et nøkkelord, hvor merkantil terminologi og resonnement er et overordnet prinsipp og behandling av pasienter evalueres i form av produktivitet som øker proporsjonalt med antall produktenheter, vil gamle pasienter kunne beskrives som «rusk i maskineriet». Ko-morbide kroniske sykdommer kan interagere med den akutte lidelsen som førte til innleggelsen og komplisere sykdomsbildet. Det samme gjelder for at legemidler som brukes for kroniske lidelser kan interagere med legemidler som benyttes i behandlingen av den akutte sykdommen. Komplikasjoner kan føre til langsommere bedring og kan igjen føre til funksjonstap hos den gamle pasienten. Med det aktivitetskrav som er i sykehus i dag er det for mange gamle som skrives ut for tidlig. Denne typen pasienter trenger et særskilt tilbud i sykehus. Det bør organiseres som akuttgeriatriske avdelinger, og organiseres og dimensjoneres slik at de gamle, syke pasientene har mulighet til å bli lenge nok til at de kan utskrives som friske. Eller bør det foreligge en velorganisert



*Knut Engedal, prof. dr.med.
Geriatrisk avdeling, Oslo
universitetssykehus, Ullevål
Nasjonalt kompetansesenter
for aldring og helse*

samhandling med primærhelsetjenesten og pårørende slik at viderebehandling kan skje, ikke bare «oppbevaring», slik det er mange steder i dag. Pasienten utskrives raskt fra sykehuset til et opphold i sykehjem hvor det ikke finnes et tilfredsstillende medisinsk tilbud. Fokus må settes på vurdering av funksjonssvikt, interaksjon mellom legemidler og ko-morbiditet.

Mobilisering

Man tilstreber i dag at pasienter blir mobilisert og utskrevet så raskt som mulig. Når det gjelder gamle har man inntrykk av at sykehusrutinene ikke alltid er tilstrekkelig tilrettelagt for rask mobilisering. Dette fører til rask utskrivning av pasienter som har mistet den funksjonen de hadde før innleggelsen. De kommer lett inn i en ond sirkel. Mobilisering må prioriteres.

Alderspsykiatri

Til slutt et hjertesukk om tilbud til eldre med alvorlige psykiatriske lidelser. Denne gruppen pasienter trenger behandling i alderspsykiatriske avdelinger hvor det fins kompetanse både om psykisk helse, somatisk helse og ikke minst om aldring og legemidlers innvirkning på gamle multisyke mennesker. Denne tjenesten synes jeg er stemoderlig behandlet i norsk helsevesen.

