

Den ældre patient



Den ældre patient

© Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), 2012

1. udgave, 1. oplag, 2012

ISBN (trykt version): 978-87-92462-64-0

ISBN (elektronisk): 978-87-92462-65-7

Manuskript

Lars Rytter (formand for arbejdsgruppen)

Peter Torsten Sørensen

Lars Foged

Jørgen Peter Ærthøj

Jens Søndergaard

Dorte Glintborg (IRF)

Birgitte Degn-Petersen (KL)

Else Marie Damsgaard (Dansk Selskab for Geriatri)

Specifikke kapitler er kommenteret af følgende personer med specialkompetencer:

Dorte Jarbøl (dyspepsi)

Per Grinsted og Lars Bjerrum (urinvejsinfektioner)

Aase T Jacobsen (D-vitamin)

Anne Marie Hellebek på vegne af Dansk Selskab for Patientsikkerhed (dosisdispensering)

Mikkel Vass (funktionstest)

Christine Brot (ernæring og osteoporose)

Jens-Erik Beck Jensen (osteoporose)

Bo Christensen (hypertension og statinbehandling)

Henrik Schroll og Berit Lassen (DAK E, kvalitetssikring).

Sekretariat

Tina Louise Olsen, DSAM

Forlagsredaktion

Birgitte Dansgaard, Komiteen for Sundhedsoplysning

Grafisk tilrettelæggelse

Peter Dyrvig Grafisk Design

Illustrationer

iStock

Trykkeri

Scanprint

Forord

Forord DSAM's formand

I 2010 blev det fra politisk side besluttet, at der skulle være fokus på den ældre medicinske patient. Denne komplekse patientgruppe var ofte henvist til at ligge på hospitalsgangene og mange var druknet i pakkeforløb for andre sygdomme. I 2011 var DSAM repræsenteret i Sundhedsstyrelsens arbejdsgrupper om den ældre medicinske patient. Da arbejdet var slut, stod det klart for DSAM's repræsentanter, at der var områder inden for varetagelsen af ældres helbredsproblemer i almen praksis, der kunne forbedres.

DSAM's koordinationsgruppe for kliniske vejledninger iværksatte derfor i maj 2011 dette arbejde som fagligt input til den ventede nationale handlingsplan *Styrket indsats for den ældre medicinske patient*. Handlingsplanen blev vedtaget i Folketinget den 22. december 2011.

Koordinationsgruppen efterspurgte en vejledning, som både rummede en beskrivelse af faglige emner (fx medicin og måleredskaber) og af organisatoriske emner (fx samarbejdet mellem almen praksis og hjemmeplejen). De ønskede desuden et gennemgående fokus på den skrøbelige ældre patient.

DSAM vedtog, at vejledningen skulle færdiggøres senest i efteråret 2012 for at understøtte handlingsplanen for den ældre patient, når den iværksættes. Blandt de mange faglige forslag til handlingsplanen er der nu bevilliget penge til flere af områderne, der omtales i denne vejledning.

Der er således afsat 15 mio. kr. til at styrke lægemiddelkonsulenternes arbejde med medicingennemgang, og opfølgende hjemmebesøg støttes med 45 mio. kr.

I december 2012 skal Sundhedsstyrelsen have besluttet, hvilke tre redskaber der skal benyttes til vurdering af henholdsvis funktion, ernæring og tidlig opsporing af sygdom.

Fra marts 2013 skal alle kommunale akutte og subakutte tilbud ligge på sundhed.dk.

Jeg håber, at anbefalingerne i denne mere håndbogslignende udgave af en vejledning vil blive implementeret i almen praksis til gavn for vores ældre patienter. Arbejdsgruppen skal have stor ros for arbejdet og tak for, at det er lykkedes at overholde tidsplanen.

Lars G. Johansen

Skrivegruppens forord

Den primære målgruppe for denne vejledning er almen praksis inklusive praksispersonale.

Den omhandlede patientgruppe er alle vore ældre patienter – uden en skarp aldersgrænse, men med en differentieret indsats afhængigt af den enkeltes behov. Der er et særligt fokus på de skrøbelige ældre.

Gruppen af ældre er en meget inhomogen gruppe. Den gennemsnitlige levetid stiger hurtigt i disse år, og den sidste fase af livet præget af funktionstab afkortes. En skarp grænse ved fx 75 år vil udelukke mange, der på et tidligere tidspunkt er blevet skrøbelige og får brug for en ekstra indsats fra almen praksis og kommunerne. Omvendt er mange +70-årige så velfungerende, at de ikke umiddelbart er skrøbelige og derfor ikke tilhører kernegruppen for denne vejledning. Læger og klinikpersonale kan imidlertid også finde relevante råd og vejledninger for denne velfungerende gruppe.

Udfordringen for almen praksis er at identificere det tidspunkt, hvor funktionstabet begynder og herefter sætte ind med en øget, fremadrettet indsats. Vi håber, at denne vejledning kan medvirke til dette. Generelt har vi et billede af, at ældre medicinske patienter er borgere, som følges af deres egen læge. For de skrøbelige borgeres vedkommende sker dette i et vigtigt samspil mellem almen praksis og kommunens sundhedsfaglige personale, og kun undtagelsesvis ved indlæggelser. Derfor har vi også lagt vægt på samarbejdet omkring denne patientgruppe.

Den brede tilgang til emnet har naturligt medført, at tekster og anbefalinger i vidt omfang beror på tilgængelige, overordnede gennemgange af viden inden for området som fx Sundhedsstyrelsens *Styrket indsats for den ældre medicinske patient – Fagligt oplæg til en national handlingsplan*, maj 2011. Inden for medicinområdet refereres ligeledes til IRF's lange række af udgivelser og litteraturgennemgange. Som supplement til skrivegruppens egen viden er specifikke kapitler velvilligt kommenteret af personer med specialkompetencer bl.a. fra DSAM's øvrige skrivegrupper (se kolofonen).

Arbejdsgruppen er ikke gået ind i temaet 'multisygdom', som ellers er særlig aktuelt for ældre, der ofte har flere kroniske sygdomme. Begrebet multisygdom er ikke veldefineret og anvendes om tilstande, som vi i almen praksis oplever som én klinisk problemstilling, fx kan type 2-diabetes, overvægt og hypertension håndteres samlet. Den holistiske almenmedicinske tankegang er en god måde at møde multisygdom på. Der er imidlertid behov for, at begrebet multisygdom bliver beskrevet og defineret – hvilket ligger uden for denne vejlednings rammer.

Da emnet for vejledningen ikke er en sygdom med angivelse af diagnostik og behandling, er vejledningen anderledes end vanlige vejledninger. Emnet for vejledningen er en patientgruppe med et stort spektrum af sygdomme og problemer. Skrivegruppen har prioriteret en række områder og udeladt andre af hensyn til vejledningens omfang. I forlængelse af Sundhedsstyrelsens arbejde er der sat fokus på områder som funktion, ernæring og polyfarmaci hos ældre. Vejledningen kan læses i sammenhæng, men er også opbygget som en håndbog med mulighed for specifikke opslag.

Vejledningen starter med en generel indledning, ligesom medicinkapitlet har sin egen indledning. De faglige kapitler er koncentrerede med enkle budskaber til konkret anvendelse i det daglige arbejde og ved efteruddannelse. Vi har søgt at basere anbefalinger og information på højest mulige evidensniveau og har angivet dette.

Samtidig med vejledningen er udviklet to støtteredskaber: En datafangstrapport *Skrøbelige patienter* inkl. udbygget polyfarmacirapport og et e-learningprogram med udgangspunkt i vejledningens budskaber.

Selv om vejledningen ikke er en traditionel vejledning, har vi forsøgt at følge den vanlige skabelon med:

- et veldefineret klinisk spørgsmål
- budskaber til læseren
- viden om emnet.

Skrivegruppen modtager gerne kommentarer, som evt. enten bliver indarbejdet i den elektroniske udgave eller medtages i en opdatering.

God læselyst



Hvad kan du som praktiserende læge lære af denne vejledning?

- Ældre skal behandles meget individuelt.
- Måling af fysisk funktionsevne er lige så vigtigt som at måle blodtryk.
- Monitorer den kognitive funktion ved mistanke om begyndende svigt (brug MMSE).
- Fokus på ernæring, ensomhed og motion er vigtigt hos vores ældre patienter.
- God organisering af samarbejdet mellem almen praksis, hospitaler og kommuner er lige så vigtigt for ældre som de biomedicinske udfordringer.
- Mange ældre får for meget medicin, men underbehandling finder også sted. Få hjælp i afsnittene om strategier for seponering og prioritering af medicin.
- Du og din klinik kan støtte jeres indføring i emnet ved at gennemgå e-learning-programmet om den ældre patient på www.dsam.dk > DSAM-vejl. Det tager 30 minutter.
- Find de skrøbelige patienter, og få overblik over deres aktuelle status i det nye støtte-redskab fra Datafangst, som findes i kvalitetsrapporten *Den skrøbelige ældre*.

Indhold

Evidensniveauer og anbefalingers styrke • 7

Indledning • 8

Generelt • 8

Den normale aldring • 10

Organisatoriske problemstillinger • 13

Differentieret tilgang til ældre i almen praksis • 13

Opsøgende hjemmebesøg • 15

Eksternt samarbejde • 19

Den gode indlæggelse • 21

Den gode udskrivning • 23

Specifikke kliniske problemstillinger • 26

Fald • 26

Træning af ældre • 28

Funktionstest • 29

Ernæring hos skrøbelige ældre • 31

Osteoporose • 33

Obstipation • 35

Ensomhed • 37

Den sårbare hjerne • 39

Urinvejsinfektion (UVI) af ældre • 41

Hypertensionsbehandling af ældre • 43

Medicin • 45

Biokemiske forhold hos ældre • 45

Organisatoriske forhold • 47

Medicinfstemning • 47

Medicingennemgang • 47

Seponering • 49

Dosisdispensering • 52

Under- og overbehandling af gamle • 55

Statinbehandling af ældre • 59

Magnylbehandling af ældre • 60

Protonpump hæmmerbehandling af ældre (PPI) • 61

Prioritering ved multimedicerings • 62

Datafangst – kvalitetssikring • 64

Bilag 1. Lægemidler, hvor indikationen bør revurderes hos ældre • 68

Bilag 2. God indikation for at opstarte behandling af ældre • 72

Referencer • 76

Generelt om DSAM's kliniske vejledninger • 81

Evidensniveauer og anbefalingers styrke

Anbefaling	Evidensniveau	Vidensområde: Behandling/forebyggelse
A	1a	Systematisk review eller metaanalyse af homogene randomiserede kontrollerede forsøg
	1b	Randomiserede kontrollerede forsøg
	1c	Absolut effekt (fx insulin til type 1-diabetespatienter)
B	2a	Systematisk review af homogene kohortestudier
	2b	Kohortestudie
	2c	Databasestudier
	3a	Systematisk review af case-kontrol-undersøgelser
	3b	Case-kontrol-undersøgelser
C	4	Opgørelser, kasuistikker
D	5	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret på patofysiologi, laboratorieforskning eller tommelfingerregel
<input checked="" type="checkbox"/>	5	Anbefalet af skrivegruppen som god klinisk praksis
DS	DS	Diagnostiske studier

Formålet med at graduere evidens og anbefalingers styrke er at gøre det gennemskueligt for brugeren, hvad anbefalingerne i vejledningen bygger på. Ovenstående evidensniveauer og graduering af anbefalingernes styrke illustrerer de principper, der er benyttet til at graduere den tilgrundliggende viden, som denne vejledning bygger på.

Anbefalingens styrke er gradueret fra A (størst validitet) til D (mindst validitet). I vejledningen vil anbefalingens styrke være angivet til venstre i boksen. I vurderingen af den tilgrundliggende videns validitet må man holde sig for øje, at ikke al viden kan efterprøves ved randomiserede forsøg.

Kategorien udtrykker skrivegruppens anbefaling for 'god klinisk praksis'.

Diagnostiske studier er betegnet DS.

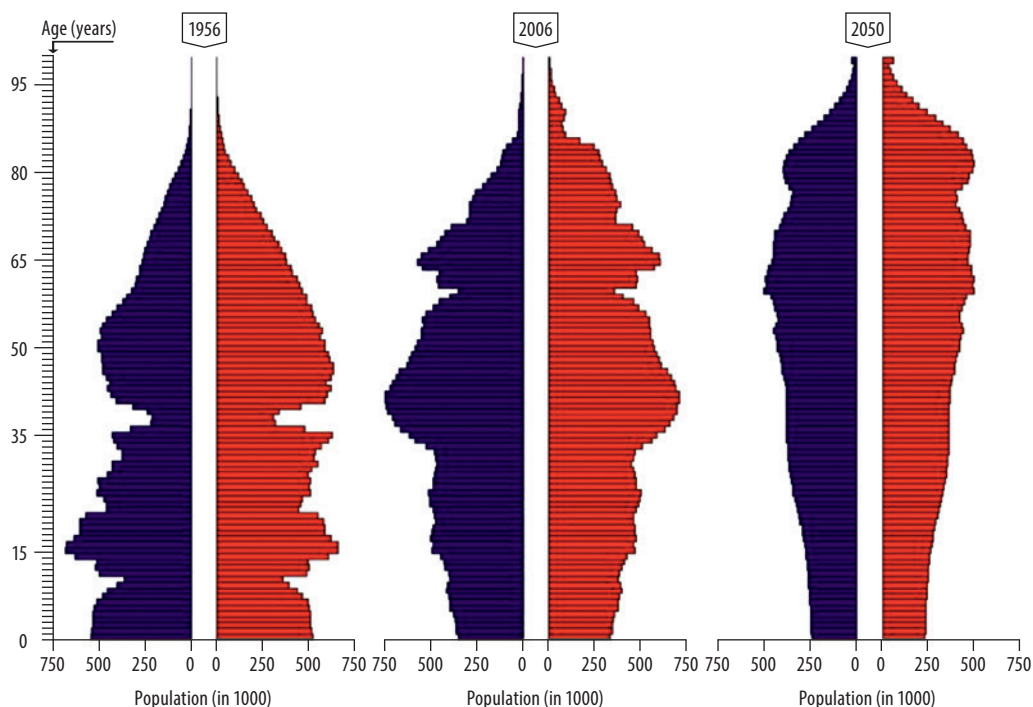
Indledning

Generelt

Intentionen med denne vejledning er, at sundhedspersonalet får en differentieret tilgang til de ældre med særligt fokus på de skrøbelige patienter. Heldigvis er rigtig mange ældre velfungerende og selvhjulpne. Almen praksis skal løbende være opmærksom på denne gruppe, så nyopståede skrøbelige inkluderes og tilbydes en særlig opsøgende, proaktiv indsats. Almen praksis har her en helt særlig koordinerende rolle. Denne særlige indsats beskrives i vejledningen ud fra to overordnede vinkler: en faglig og en organisatorisk. Hvad angår det organisatoriske, er der både behov for at tænke systematisk organisation i egen praksis og på organisationen i det nære sundhedsvæsen i samspillet mellem almen praksis og kommunernes sundhedsfaglige personale.

For 100 år siden udgjorde de +65-årige 7 % af den danske befolkning. I 2011 udgjorde denne gruppe 16 %, og i 2050 vil den udgøre 25 %. Der er således tale om en helt ny udvikling i Danmarks og menneskehedens historie.

Figur 1. Europa i 1956, 2006 and 2050 (med Tyskland som eksempel).



Kilde: Christensen, Doblhammer, Rau and Vaupel: Lancet 2009.

Lad os knytte disse tal til de markante forandringer, som er sket og utvivlsomt vil ske fremover i sundhedsvæsenet. Med den stigende specialisering på hospitalsafdelingerne – og den deraf følgende centralisering – stiger behovet for et velfungerende 'nært sundhedsvæsen'. De ældre medicinske patienter bliver med deres komplekse sociale og medicinske problemer overvejende håndteret her. Behovet er der nu og vil stige i fremtiden både pga. de demografiske ændringer, men også pga. større afstande samt færre og kortere indlæggelser, som medfører en mere krævende efterbehandling i primærsektoren. De komplekse sundhedstilbud kræver mere information og medinddragelse af patienterne, så de er bedre rustet til deres behandling og vej rundt i systemet.

Der har været mindre fokus på indsatsen i almen praksis og på organiseringen af den primære sundhedssektor, der understøtter sammenhængende patientforløb. Disse forhold har imidlertid fundamental betydning for, at der fortsat kan udvikles mere komplekse sundhedstilbud med mere information og medinddragelse af patienterne.

Det kan konkretiseres i følgende fire områder, som er af central betydning for en velfungerende primærsektor:

1. Tilgængelighed – i bred betydning: Når jeg har behov, skal jeg kunne få hjælp snarest muligt.
2. Personfokuseret tilgang – i modsætning til sygdomsfokuseret.
3. Vidtfavnende, holistisk (eng.: comprehensive) tilgang til patienten: alle behov skal tilgodeses.
4. Koordination – der skal etableres integrerede og sammenhængende forløb.

De tre første krav er rimeligt dækket ind i dansk almen praksis. Det fjerde krav er stadig ikke opfyldt, på trods af mange års indsats med bl.a. praksiskonsulenter med fokus på sammenhængende patientforløb og en stadig bedre IT-kommunikation. Problemet ligger fortsat i at få den klassiske sundhedstrekanter mellem hospitaler, praksis og kommuner til at fungere. Der ses stadig flere gode, men enkeltstående, eksempler på velfungerende lokalt samarbejde i trekanten. Udfordringen er at få samarbejdet bredt ud, så der sikres sammenhæng i alle forløb.

Der er veldokumenterede udviklingsmuligheder i almen praksis over for ældre patienter, både hvad angår den konkrete indsats, fx funktionsvurdering, og organisering af en relevant proaktiv indsats over for alle ældre med eller uden en specifik kronisk sygdom. Hertil kommer opgaven for almen praksis med at bidrage til opfølgning efter udskrivning. Det sker tit i samarbejde med kommunens ansatte.

Organisatorisk har vi i almen praksis manglet et planlægningsredskab, der kan danne grundlaget for en proaktiv indsats. Til at støtte anbefalingerne i denne vejledning er der derfor udviklet en ny datafangstrapport, hvor klinikerne kan opdele de ældre i *kan selv* = "ikke skrøbelig" hhv. *kan ikke selv* = "skrøbelig". Vi håber, at læger og personale i klinikkerne vil tage godt imod dette redskab.

Definitioner på skrøbelig – Pub Med

Frail elderly: "Older adults or aged individuals who are lacking in general strength and are unusually susceptible to disease or to other infirmity" (MeSH-betegnelsen for 'frail elderly').

Sundhedsstyrelsens karakteristik af "Den ældre medicinske patient"²

- Svær sygdom
- Flere samtidige sygdomme
- Nedsat funktionsevne fysisk og/eller cerebralt
- Begrænset egenomsorgskapacitet
- Multimedicingering (polyfarmaci)
- Behov for kommunale støtteforanstaltninger eller sygehusindlæggelse.

Afgrænsning

Som udgangspunkt bør alle ældre patienter – uden for skarpe alderskriterier – omfattes af denne vejledning. Yngre skrøbelige under 75 år bør også kunne inkluderes, fx patienter med apopleksi eller hjerneskade.

Medicinrådet er en del af løsningen, men også en del af problemet. Indlæggelser på hospital foranlediget af lægemiddelrelaterede problemer er skønnet til mellem 6 % og 14 %, heraf er 2-3 % dødelige, og op mod 80 % skønnes alvorlige². Fokus på rationel farmakoterapi medfører således ikke bare en økonomisk gevinst i form af sparede lægemiddelomkostninger, men også en potentiel samfundsøkonomisk gevinst i form af færre indlæggelser.

Afsnittet om medicin indledes med et generelt afsnit om ældre og medicinsk behandling og efterfølges af specifikke afsnit om: medicinafstemning, medicingennemgang, dosisdispensering, over- og underbehandling, seponering og prioritering af medicin.

Den normale aldring

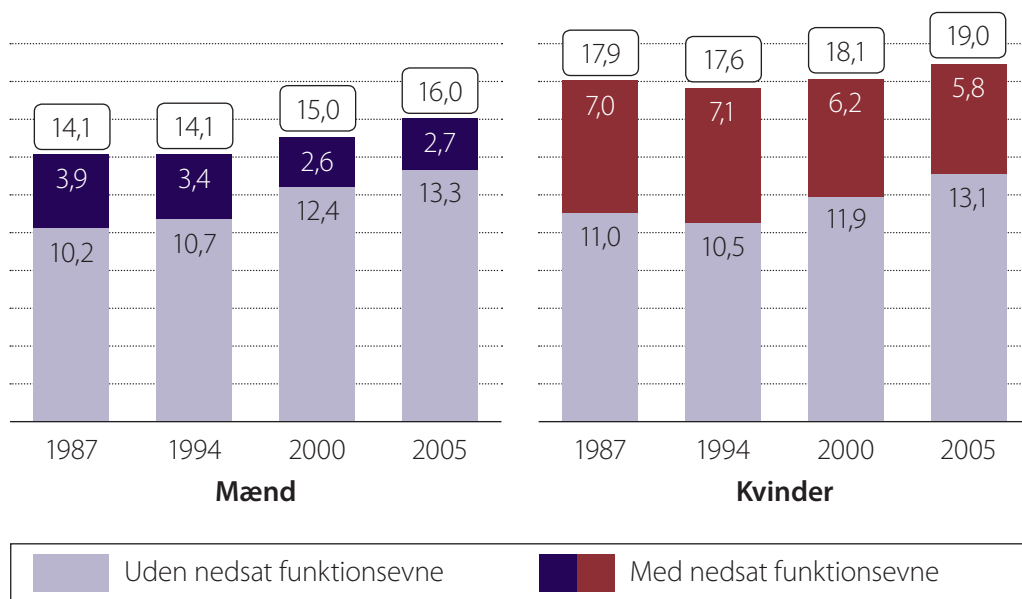
Aldring er en yderst kompleks størrelse, som beror på individuelle biologiske, genetiske, sociale og psykologiske forhold inklusive 'det levede liv'. Som følge af disse forhold er forskelligheden blandt ældre stærkt stigende.

Forebyggelse af funktionsnedsættelse er aldrig for sent. Alder bør aldrig være et absolut kriterium ved valg af indsats, herunder eventuel behandling. Avancerede behandlinger og operative indgreb foretages med godt resultat hos patienter i en meget høj alder. Den generelt forbedrede livsstil og sundhedsfremmende indsats har gennem de senere år medført en dramatisk stigning i leveår i den danske ældre befolkning.

Forskningsresultaterne dokumenterer meget positivt (se figur 2), at samtidig med at levetiden forlænges, forkortes antallet af år med nedsat funktionsevne. Det er altså antallet af aktive leveår, som stiger. Det ændrer ikke ved, at gruppen af ældre, som helhed betragtet, har et mere udtalt tab og brug for systematisk hjælp i de sidste 1-3 leveår.

Figur 2. Forventet restlevetid

Forventet restlevetid for 65-årige i 1987, 1994, 2000 og 2005 med og uden betydende nedsat funktionsevne. Stigende restlevetid fra 1987-2005, men aftagende periode med nedsat funktionsevne (mænd: 3,9 til 2,7 år, kvinder 7,0 til 5,8 år). Jeune et al. Eur J Ageing (2008) 5:279–285.



Svækkelse i alderdommen er udtryk for, at aldersforandringerne reducerer funktionsevnen, og dette provokeres eller forværres af eventuel sygdom. Herved opstår der manglende overensstemmelse mellem krav og funktion.

Svækkelsesprocessen starter med aldersbetinget celleskade. Funktionen af det enkelte organ nedsættes med ca. 1 % om året fra vækstens ophør. Tilstødende sygdom provokerer yderligere patologisk celleskade, medførende symptomer og tegn på organskade, der igen udløser funktionsbegrænsninger. Resultatet er tab af færdigheder og dermed aktivitetsindskrænkninger. Sygdom i ét organsystem kan udløse en kaskadereaktion med belastning af de øvrige organer. Det mest sårbare organ afficeres først. Funktionsbegrænsninger i syge organer kan lede til reduceret funktion i raske organer, som derefter medfører sygdom i et tredje.

Samlet set medfører akut eller kronisk sygdom hos en ældre patient et sekundært funktionstab. Således er mobilitetsproblemer ikke nødvendigvis forårsaget af sygdom i bevægeapparatet, inkontinens forårsaget af blæresygdomme eller forvirringstilstand forårsaget af hjernesygdom. De symptomer, de ældre patienter præsenterer, kan derfor ikke

altid bidrage til at identificere sygdommens udgangspunkt. Dette er modsat biologisk yngre patienter, hvor en sygdom i ét organ giver veldefinerede symptomer svarende til det konkrete organ.

Det bringer os frem til følgende karakteristika for de ældre patienter:

- De bliver hurtigere syge.
- De er længere tid om at restituere sig.
- De har væsentlig større risiko for tab af funktionsevne end yngre.
- De skal have hurtig hjælp, hvis vi skal opnå et godt resultat.
- De har ofte en atypisk sygdomspræsentation.

Oven i disse biomedicinske betragtninger kommer 'den sociale aldring', hvor den funktionssvækkede ældre patient løber en risiko for social og mental isolation.

Organisatoriske problemstillinger

Differentieret tilgang til ældre i almen praksis



Hvilken systematik og hvilken indsats kan forventes af almen praksis?

Systematisk kan de ældre i praksis opdeles i følgende grupper med henblik på en individualiseret, proaktiv indsats :

- 1. Ældre uden kroniske sygdomme.** Det er en stor gruppe, som ikke er kendt som skrøbelige eller med kronisk sygdom og er uden et aktuelt behov for konkret opfølgning. Almen praksis skal løbende være opmærksom på, om ældre skal flytte fra denne gruppe til en gruppe med fast proaktiv indsats. Det bør ske i forbindelse med løbende kontakter uden specifik screening. Pop-up i forbindelse med Datafangst kan understøtte opmærksomheden på denne problemstilling.
- 2. Ikke-skrøbelige ældre, men dog kendt med en eller flere kroniske sygdomme.** Mestringsevnen er intakt, men gruppen har behov for systematisk kontrol med en eller flere årskontroller inklusive medicingennemgang.
- 3. Identificerede skrøbelige ældre.** Denne gruppe er præget af skrøbelighed og nedsat mestringsevne. Ud over planlagte kontroller har patienter i denne gruppe behov for opsøgende hjemmebesøg hvert år.

Principielt kan en patient bedres og flytte til gruppe 1 fra gruppe 2 eller 3 (fx ved forbigående sårbarhed grundet tab).



Hvad ved vi?

En række forskellige tilstande² kan påvirke patienternes livskvalitet, sygelighed og risiko for indlæggelser:

- Nedsat fysisk aktivitet, inaktivitet
- Faldtendens forårsaget af nedsat muskelstyrke, medicin m.v.
- Påvirket ernæringstilstand, evt. i form af underernæring
- Ensomhed, isolation
- Sygdomstegn forårsaget af begyndende sygdom eller forværring af kendt sygdom
- Medicinbivirkninger, fx svimmelhed, kvalme, obstipation, sedation m.v.
- Mange sygdomme, som skal kontrolleres – evt. flere steder

- Mange indlæggelser
- Ændring i funktionsniveau
- Besvær med at holde rede på egne forhold
- Sansedefekter.



Hvilken opsporende indsats kan forventes af almen praksis?

De ovennævnte tilstande bør vække den praktiserende læges opmærksomhed, og lægen bør overveje indplacering i ovennævnte systematik for at sikre relevante initiativer i egen klinik. Lægen bør samtidig overveje, om der er behov for henvisning til relevante kommunale eller hospitalsbaserede tilbud, fx geriatrisk team eller faldklinik.

Samfundets systematiske, forebyggende indsats rettet mod raske ældre ligger i kommunernes forebyggende besøg hos +75-årige. Der er et forbedringspotentiale i samarbejdet mellem kommunens medarbejdere og almen praksis. Det er vigtigt, at oplysninger om betydende nye fund kommunikeres videre til almen praksis.

Visse akutte somatiske diagnoser som obstipation, dehydrering, urinvejsinfektion og lungebetændelse fører ofte til indlæggelser, som af hospitaler og kommuner tolkes som forebyggelige indlæggelser². Det er ofte kommunale medarbejdere, der opdager symptomer på disse sygdomme. Almen praksis bør være tilgængelig for råd og vurdering ved disse observationer, som indimellem kan være udtryk for medicinbivirkninger.

Indlæggelser er en højrisikosituation for ældre, bl.a. fordi der efter udskrivning er en væsentlig øget risiko for fornyet indlæggelse. I samarbejde med hjemmeplejen bør almen praksis forholde sig til, hvilken risikogruppe en given borger tilhører, se kapitlet "Den gode udskrivning" side 23.

Muligheden for at arbejde proaktivt understøttes evt. med UTH-rapporter og relevante datafangstrapporter, som fx den generelle rapport for skøbelige ældre inkl. polyfarmaci, samt diagnosespecifikke rapporter, se kapitlet "Datafangst" side 63.

Arbejdet med ældre i almen praksis beror på tre særlige kontakter – ud over den almindelige konsultation:

1. Årskontrol for en eller flere kroniske sygdomme
2. Opsøgende hjemmebesøg, se side 15
3. Opfølgende hjemmebesøg efter udskrivning, se side 23.

Opsøgende hjemmebesøg



Hvad er forventningerne til indsatsen i almen praksis ved opsøgende hjemmebesøg?



Formål med opsøgende hjemmebesøg

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

Organisering af opsøgende hjemmebesøg

Optimalt er der tale om fælles besøg med den praktiserende læge, den ansvarlige kommunale sundhedsfaglige medarbejder og gerne pårørende. Besøget skal aftales på forhånd.



Hvem har behov? Hvordan kan praksispersonalet inddrages?

Målgruppen er de skrøbelige patienter, som fx kan identificeres via datafangstrapporten *Den skrøbelige patient* inkl. polyfarmacirapport.

Planlægning af det enkelte besøg – tænk inddragelse af praksispersonale/hjemmepleje, fx:

- Etablering af aftaler med kommunale sundhedsfaglige medarbejdere og pårørende
- Evt. forberedelse af besøget, hvor praksispersonalet kan udfylde de faste elementer i besøget (evt. frase): vægt og højde (BMI), BT, evt. MMSE, rejse-sætte-sig-test
- Medicinafstemning (medicingennemgang, inklusive prioritering, er en lægeopgave).

Blodprøver tages ikke rutinemæssigt, kun ved specifik indikation.

Besøgsguide med eksempler på spørgsmål til hverdagen

Samtalen kan fx indledes med: "Er der noget særligt, du synes, vi skal tale om i dag?"

- Hvilken *hjælp* får du fra professionelle eller privat netværk? Får du hjælp til transport, indkøb m.m.?
- Hvilke *interesser* har du? Kontakt med andre, familie, venner, naboer?
- Hvordan er den *fysiske funktion* i dagligdagen? Har du brug for hjælp? Hvilken?
- Kan du gå ½-1 time udendørs i dårligt vejr eller gå til 2. sal?

Helbred

- Kan du *se*? (Er brillerne o.k.?)
- Kan du *høre*? (Er høreapparat intakt og anvendes?)
- Kan du *tygge*?
- Kan du *gå*? (Rejse-sætte-sig-test og spørgsmål til funktion)
- Vandladning/ kontinens?

Mental status

- Hvordan synes du, det går med din hukommelse?
- Holder du hovedet i gang med fx kortspil, krydsord eller diskussioner med andre?

Vurder den kognitive funktion fx med de 5 D'er

(se kapitlet "Den sårbare hjerne" side 38).

Funktionstest, fx

- MMSE
- Rejse-sætte-sig-test (RSS)

Medicिंगennemgang

- Herunder prioritering på baggrund af en medicinafstemning
- Vurdering af compliance, spørg og observer

Andet patienten eller pårørende ønsker at tale om?

Er der noget, vi har glemt?

Konklusion

Konkluder sammen med patient, evt. pårørende og kommunens sundhedsfaglige medarbejdere.

Journalisering

Det opsøgende hjemmebesøg kan journaliseres med vanlig fritekst i patientens journal. Gruppen foreslår en mere systematisk registrering af besøget med nedenstående frase til journalføring inkl. evt. registrering i laboratoriekort. Husk ICPC-kodning.

Journalisering

Kontaktpersoner

Til stede: xx

Patientens prioriterede emne/ problemer som kræver opfølgning efter indlæggelse:

Helbred

- Fald inden for ½ år:
- Syn:
- Hørelse eventuelt HA:
- Fysisk aktivitet:
- Rejse-sætte-sig-test (RSS):
- Inkontinens:

Psykisk tilstand

- Evt. MMSE:
- Humør/depression:

Netværk

- Nærmeste pårørende/kontaktperson (tlf.):
- Hjælp udefra:

Kost

- D-vitamin og calcium:
- Ernæring:

Alkohol/rygning

Objektive fund

- Højde/vægt/BMI:
- Ændringer i medicin:

Konklusion og plan (inklusive kontrol andetsteds)

.....

.....

.....

Case

86-årig mand med atrieflimmer, T2DM, urininkontinens – fast kateterbærer, kronisk nyreinsufficiens.

Kontaktpersoner i klinik: læge: xx, praksissygeplejerske: yy

Til stede: social og sundhedsassistent zz

Patientens prioriterede emner/problemer, som kræver opfølgning efter indlæggelse

- Vægttab, ellers ingen klager.

Helbred

- Fald: 0.
- Syn: O.k., har læsebriller, men bruger dem ikke.
- Hørelse evt. HA: Har HA, men bruger det ikke. Otoscopi: rigelig cerumen.
- Fysisk aktivitet: Kommer næsten ikke på gaden. Har rollator og kørestol, men kommer rundt i lejligheden uden.
- Rejse-sætte-sig-test (RSS): 6-7.
- Inkontinens: Fast kateterbærer.

Psykisk tilstand

- MMSE: 28.
- Humør/depression: I fint humør. Sover godt.

Netværk

- Ser mest steddatter, sjældent sine sønner.
- Nærmeste pårørende (tlf.): xx.
- Hjælp udefra: Hjælp × 3 dgl. til mad, rengøring, kateterpasning m.m.

Kost

- Tabt 3 kg på 12 mdr., spiser sparsomt. Får 5-8 glas mælk dagl., slik og en ristet krydderbolle om morgenen. Har prøvet energidrik, men det ønskes ikke.
- D-vitamin og calcium: Etalpha 0,25 microg dagl. Får rigeligt med kalk.

Alkohol/rygning: 0+0

Objektive fund

- Åbner døren kun iført undertrøje. Gider ikke tage tøj på i dag.
- Højde 176 cm. V: 61 kg. BMI 21. Puls 80, let uregelmæssig.

Ændringer i medicin

- Aldrig iskæmisk event. Muskeltræthed: sep. Simvastatin.
- Cont. Furix 20 mg mane.
- Cont. Digoxin 62,5 microg (atrieflimmer).
- Dim. Pantoprazole fra 40 mg × 2 til 40 mg × 1

→ Case (fortsætter side 19)

Konklusion og plan (inkl. kontrol andetsteds):

- Går stadig til kontrol på nefrologisk afd. (GFR: 14).
- Tabt sig uden mistanke om sygdom. Elendig kost, som han ikke ønsker at ændre på.
- Snak om dagl. RSS 7 x morgen og aften. SOSU vil hjælpe.
- Klarer MMSE overraskende godt.
- Husk Hb v. næste diabeteskontrol.
- Kontrol af dyspepsi om 4 uger jf. dim. Pantoprazol.
- Aftale om øreskylning.

Eksternt samarbejde



Hvordan kan samarbejdet mellem almen praksis og hjemmeplejen/plejehjem organiseres?

Et velfungerende samarbejde mellem almen praksis og kommunernes sundhedsfaglige medarbejdere er afgørende for at forebygge indlæggelser. Samarbejdet beskrives via en række konkrete eksempler fra hverdagen. En generel forudsætning for udveksling af oplysninger er et indhentet mundtligt samtykke.

Nyindflyttet på plejehjem³

Når en borger, som er kendt i hjemmeplejen, kommer på plejehjem, vil det være hensigtsmæssigt, hvis kendt viden genanvendes. Hvis en ny plejeboligpatient kommer fra en anden kommune eller er ukendt i hjemmeplejen, har plejehjemmet behov for kendskab til helbredsforhold fx kontrolplaner for kroniske sygdomme og evt. medicinsk behandling. En indledende status kan med fordel afklares med et opsøgende hjemmebesøg.

Løbende medicinafstemning

Da mange ældre patienter modtager en ret omfattende medicinsk behandling, opstår der erfaringsmæssigt usikkerhed omkring den helt aktuelle medicinske behandling inkl. dosering. Spørgsmål om enkelte præparater, hhv. en fuld afstemt medicinliste, bør altid kunne fremsendes med en korrespondancemeddelelse. På sigt må FMK forventes at løse dette problem.

Akutte problemer

Akutte problemer drøftes telefonisk for at afklare den optimale løsning: indlæggelse, besøg eller anden løsning. Tænk på elementerne ISBAR for sikker kommunikation.

ISBAR (Dansk selskab for patientsikkerhed)⁴ – sikker mundtlig kommunikation

I – IDENTIFIKATION	Sig dit navn, din funktion og din gruppe/distrikt. Sig borgerens navn, cpr.nr. og adresse.
S – SITUATION	“Jeg ringer fordi ... (beskriv).”Jeg har observeret følgende ændringer i funktionsniveau (mobilitet, fødeindtagelse) eller ændringer i helbredstilstand (BT, puls, temp, vejrtrækning, mentale tilstand).”
B – BAGGRUND	Kort præsentation af borgerens situation (tiltag indtil nu, sygdomshistorie).
A – ANALYSE	“Jeg er usikker på, hvad problemet er,” eller “Jeg mener, at problemet er ... (beskriv). Borgerens situation er ændret. Vi må gøre noget.”
R – RÅD	“Skal vi ikke ... (beskriv)? Hvad synes du, jeg skal gøre? Hvilke tiltag vil du foreslå? Hvad skal jeg observere og vurdere? Hvem gør hvad? Hvornår tales vi ved igen?”

Almindelig kommunikation

Telefon. Kommunens personale bør have adgang til de direkte telefonnumre til alle praksis i kommunen. Ved fravær henvises til anden navngiven kollega med angivelse af telefonnummer. Tilsvarende bør almen praksis have adgang til de direkte telefonnumre til relevante kommunale sundhedsfaglige medarbejdere. Disse gensidige lister kan vises på sundhed.dk eller formidles af KLU (Kommunalt Lægeligt Udvalg). Da almindelige borgerhenvendelser ønskes på klinikkernes hovednummer, kan disse direkte telefonnumre ikke være offentligt tilgængelige.

Inden man ringer, skal man som hovedregel søge at finde en løsning i egen organisation, før andre instanser kontaktes.

Korrespondancemodul. Som hovedregel benyttes elektronisk korrespondance i stedet for telefonisk med undtagelse af akutte henvendelser. Indholdet skal være entydigt og spørgsmålene specifikke, fx anmodning om opdateret medicinliste. Der tilstræbes en gensidig maks. responstid på tre dage. I praksis besvares henvendelserne oftest én gang dagligt.

Dosisdispensering. Se kapitel herom side 51.

Den gode indlæggelse



Hvilken organisation er en forudsætning for, at indlæggelser er hensigtsmæssige og relevante? Hvilken rolle har den praktiserende læge?

Dette kapitel beskriver udviklingsmuligheder for den komplekse, tværsektorielle organisation, som almen praksis er del af. Emnerne nedenfor er i høj grad udviklingsideer og kan bl.a. tages op af praksiskonsulentordningen.

Der findes relevante, nødvendige indlæggelser og forebyggelige indlæggelser, også benævnt uhensigtsmæssige. I den konkrete situation opleves langt de fleste akutte indlæggelser som uundgåelige. Forebyggelse af indlæggelser kræver vidtgående udbyggede aftaler om et bedre organisatorisk tilbud end en akut seng her og nu.

Emnet er relevant i forhold til sundhedsaftalerne, som bl.a. har fokus på de ældre medicinske patienter inklusive aftaler om indlæggelses- og udskrivningsforløb samt utilsigtede hændelser i overgangen.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man følger LEON-princippet og finder en løsning på det mest simple organisatoriske niveau².

Ældre tilbydes samme udredning og observation som yngre. Komplexiteten grundet de ældres større antal kroniske sygdomme suppleret med vanskelig transport kan være hæmmende for ambulante løsninger. En planlagt dag med et aftalt program i ambulatoriet, fx faldudredning, eller en kort indlæggelse med planlagte undersøgelser kan være hensigtsmæssige løsninger.

Telefonisk kontakt mellem sundhedsfaglige. Arbejdsgruppen anbefaler at sikre telefonisk kontakt i dagarbejdstiden. Dette gælder almen praksis, hjemmeplejen og relevante speciallæger – begge veje. Manglende tilgængelighed kan medføre overflødige indlæggelser grundet manglende mulighed for løsning på laveste organisatoriske niveau, fx simple råd. Hjemmeplejen bør være tilgængelig i vagttid for lægevagten.

Adgang til kompetent rådgivning. Arbejdsgruppen anbefaler, at der skal være mulighed for telefonisk rådgivning i presserende situationer. Mindre akutte problematikker bør kunne løses ved fremsendelse af sygehistorie til lokale specialister, inkl. geriatrisk eller klinisk farmaceutisk ekspertise. Dette ville støtte den praktiserende læge i at løse problemerne i egen praksis, alternativt at sikre relevante henvisninger. En sådan dialog vil blive meget lettere efter implementering af Medcoms "korrespondancemeddelelse" mellem almen praksis og hospitalerne.

Sundheds-it udvikles løbende og giver nye muligheder. Telemedicin og videokonference vil kunne sikre mere nuanceret dialog, understøtte patientinddragelse og sikre løsninger uden (dyre) belastende transporter og indlæggelser af ældre patienter. Konference, som kræver tidstro aftaler, er dog altid en udfordring. Videokonsultation på bærbare pc'er i hjemmet åbner nye muligheder.

Adgang til relevant billeddiagnostik og andre undersøgelser. Efter lokale aftaler evt. efter forudgående lægefaglig dialog.

Adgang til subakut ambulant vurdering^{5,6} inden for 1-3 dage kan flytte indlæggelser fra akutte sengebærende til ambulante.

Let adgang til standardiserede henvisningsoplysninger ved indlæggelse (jf. igangværende aggregeret kerneårsagsanalyse om den skrøbelige patient over sektorgrænser. Region Hovedstadens enhed for patientsikkerhed).

Henvisning til second opinion – evt. kort observation i fælles akut modtagelse – gerne med adgang til geriatrisk ekspertise afhængigt af lokal organisation. Specielt ansatte i lægevagten arbejder med patienter, der er ukendte for dem, og hvor der er krav om løsning inden for en begrænset tidsramme. Enkelte patienter bør ganske simpelt observeres i en kortere periode, og der bør evt. suppleres med akutte parakliniske undersøgelser, som afklarer behovet for indlæggelse. Sådanne korte observationer bør vidtgående betragtes som hensigtsmæssige.

Vurdering i hjemmet af geriatrisk eller gerontopsykiatrisk udgående team for udvalgte patienter. De to specialer har forskellige målgrupper:

- Geriatriens målgruppe er primært den komplekse skrøbelige patient med udtalt funktionsevnetab og hyppigt multimediceret.
- Gerontopsykiatriens fokus er den kognitivt svækkede evt. urolige patient.

Der er stor regional variation i udbredelsen af geriatri og gerontopsykiatri.

Relevante kommunale akutte tilbud. Mange kommuner har oprettet midlertidige pladser (akutpladser), aflastningspladser eller akut-teams, som giver mulighed for øget eller hurtig hjælp i eget hjem i en situation, som ikke fordrer hospitalets tilbud, fx tilbud til en skrøbelig ældre, der bor i eget hjem, men hvis ægtefælle er indlagt.

Let adgang til oversigt over kommunernes tilbud, fx via sundhed.dk eller hjemmesider.

Den gode udskrivning



Hvorledes sikres overdragelse af ansvar for ældre, som udskrives?

-
- B** Sikker ansvarsoverdragelse efter udskrivning starter med en epikrise til tiden med en opdateret, gennemgået medicinliste og en fremadrettet plan for samlet opfølgning i primærsektoren, inkl. evt. medicinjustering.
-
- C** Vigtige beskeder i epikriser skal samtidig følges op af fx telefonisk henvendelse eller anden sikker kontakt.
-
- C** Der anbefales en individualiseret indsats efter udskrivning af de ældre patienter, som også i denne situation er en gruppe med behov for *differentieret indsats*:
- Gruppe A Selvhjulpne ældre*
En stor gruppe forventes at kunne tage vare på deres situation.
▶ Personer i denne gruppe kan tage vare på deres situation. Inddrag evt. pårørende.
-
- Gruppe B Ældre med behov for en vis hjælp*
▶ Der anbefales en individualiseret plan, som bl.a. kan omfatte booking af konsultation hos egen læge med henblik på sikker opfølgning. Der kan evt. være behov for at blive fulgt hjem af sygehuspersonale.
-
- Gruppe C Sårbare ældre med behov for en sammenhængende koordineret indsats fra kommunen og almen praksis*
▶ Der anbefales opfølgende fælles hjemmebesøg med den praktiserende læge, hjemmeplejen og evt. pårørende^a
Se tekstboks med forslag til indsats side 25.
-



Hvad ved vi?

Uhensigtsmæssige eller overflødige indlæggelser har været et tilbagevendende tema i årtier^{7,8}. En del af problemstillingen er uhensigtsmæssige udskrivinger⁹. Patienterne efterlades i et tomrum, 'Left in limbo'¹⁰, uden sikker ansvarsplacering blandt det sundhedsfaglige personale. Det giver risiko for, at patienterne ved efterfølgende pludselig begivenhed indlægges akut, hvor en proaktiv løsning efter seneste indlæggelse var at foretrække.

En struktureret udskrivningsplan for den enkelte patient kan formentlig afkorte indlæggelsens varighed og give færre genindlæggelser i henhold til Cochrane review¹¹. Interna-

tionalt er der positive erfaringer med, at ældre patienters forløb koordineres og følges af en bestemt sundhedsfaglig person^{2,12}. Det svarer til den praktiserende læges rolle i Danmark.

Opfølgende hjemmebesøg

Fælles opfølgende hjemmebesøg efter udskrivning med almen praksis og hjemmeplejen har i et dansk randomiseret studie vist signifikant reduktion i antallet af genindlæggelser og potentiale til sundhedsøkonomisk besparelse³. DSI har på opdrag fra KL lavet en rapport¹⁴ om erfaringer og udfordringer ved implementering af denne indsats i 11 kommuner. I rapporten konkluderes det bl.a.:

- "Klinikerne er begejstrede".
- "Det er organisatorisk komplekst og tager tid".
- "Lokal tilpasning er nødvendig".

En omkostningsanalyse fra vestjyske kommuner¹⁵ viser en signifikant samfundsøkonomisk besparelse på 12.375,- kr. pr. patient ved at indføre ordningen. Besparelsen skyldes primært reduktion af kommunale ydelser.

Det er *helt afgørende at finde de rette patienter* til den rette indsats. Nedenstående kriterier kan bidrage til at sikre dette¹⁴.

Kriterier for opfølgende hjemmebesøg

Helbredsmæssige forhold

- Patienter med nedsat funktion eller helbredsstatus i perioden før indlæggelsen
- Behov for stillingtagen til medicinændringer
- Kronisk og alvorligt syge
- Tiltagende demens
- Terminale patienter.

Organisatoriske problemstillinger

- Patienter med genindlæggelser
- Lang indlæggelsestid
- Større koordinationsbehov.

Sociale kriterier

- Skrøbelige og usikre patienter
- Patienter med svagt eller intet netværk
- Enlige, hvor ægtefælle nyligt er død.

En regional analyse har vist, at en rutineret klinikers skøn er lige så godt som skemaer og tjeklister for skrøbelighed¹⁶.

Forslag til indhold i opfølgende hjemmebesøg

Både læge, hjemmesygeplejerske og gerne pårørende er til stede, og indholdet afpasses efter situationen.

- Gennemgang af plan i epikrisen inkl. medicinændringer og specifikt opfølgingsbehov, paraklinisk m.m.
- Generel helbredsbedømmelse inkl. funktionsevne fx rejse-sætte-sig-test
- Bedømmelse af behov for personlig og praktisk hjælp samt hjælpemidler
- Medicinbedømmelse inkl. gennemgang af medicinskab
- Fælles fremadrettet plan. Hvem gør hvad, herunder fortsat ansvar for opfølgning?

Specifikke kliniske problemstillinger

Fald



Hvad kan den praktiserende læge tilbyde i forbindelse med fald eller risiko for fald?

Spørgsmål til initial vurdering af fald eller risiko for fald

- Var patienten bevidstløs i forbindelse med faldet?
- Oplever patienten til daglig gang- eller balanceproblemer?
- Har der været flere fald inden for det seneste år?
- Lider patienten af svimmelhed?
- Er patienten bange for at falde igen?
- Får patienten medicin, som kan indebære øget faldrisiko? (Ortostatisk hypotension, sedation, svimmelhed m.m.).

Forslag til objektiv undersøgelse

– afhængigt af, hvad anamnesen har afdækket:

- Almentilstand, evt. BMI
- Puls/BT/ortostatisk BT, hjertestetoskopi
- Bevægeapparat, herunder smerter, muskelstyrke i underekstremiteter og ledbevægelighed
- Simpel funktionstest: rejse-sætte-tid-testen, se side 28. Bemærk koordinationsproblemer under testens udførelse.

Afhængigt af klinisk mistanke kan der suppleres med vurdering af syn, kognitiv vurdering, evt. MMSE og målrettet neurologisk undersøgelse.

Laboratorieundersøgelser

– overvej følgende:

- Hæmoglobin
- Trombocytter
- Leukocytter
- Kalium
- Natrium
- Kreatinin
- Blodsukker
- Albumin

- ALAT
- Basisk fosfatase
- Calcium
- CRP
- TSH
- Vitamin D
- EKG.

Hvis tilstanden herefter er diagnostisk afklaret, handles i henhold til fund, fx justering af medicin eller henvisning til gangtræning i kommunen. Hvis tilstanden er diagnostisk uafklaret, overvej henvisning til tværfaglig undersøgelse, fx i faldklinik.

Almen praksis kan med fordel samarbejde lokalt med kommunens sundhedsfaglige medarbejdere med henblik på standardiseret registrering af deres observationer i hjemmet i forbindelse med faldepisode.



Hvad ved vi om fald?

Omkring hver tredje ældre over 65 år og hver anden over 80 år oplever mindst et fald om året¹⁷. Efter første fald er der 2-3 gange øget risiko for fornyet fald. Over halvdelen af faldene sker i eget hjem. 10-20 % resulterer i alvorlige skader, hvoraf ca. 5 % er knoglebrud, heraf 1 % hoftebrud¹⁸. Omkring 20 % med fald og hoftebrud dør inden for et år efter faldet¹⁹.

Oplevelsen af et fald er meget voldsom. Den er forbundet med følelsen af kontroltab og kan være stærkt angstskabende, herunder også frygten for at ligge hjælpeløs i eget hjem uden at kunne rejse sig. Et fald kan efterfølgende medføre, at den ældre mere eller mindre bevidst begrænser sine aktiviteter i og uden for hjemmet.

Årsager til fald kan almindeligvis opdeles i to grupper²⁰:

- **Ydre årsager**, fx løse tæpper, dårlig belysning eller dårligt fodtøj
- **Indre årsager**, fx sygdomme, dehydrering, faldende fysisk aktivitetsniveau, som medfører nedsat muskelstyrke og balanceevne. Nedsat styrke kan også hænge sammen med underernæring. Dårligt syn og manglende brillekorrektur. Medicinbivirkninger er en vigtig årsag.

Cochrane²¹ og et review fra 2011²² konkluderer, at der er god dokumentation for, at fysisk træning nedsætter hyppighed og risiko for fald, samt at systematisk multifaktoriel faldforebyggelse kan reducere forekomsten af faldulykker og faldskader, men indhold og organisation kræver yderligere viden. Medicingennemgang må antages at nedsætte risikoen for fald. Korrektur af dårligt syn, fx kataraktoperation, eller pacemaker til personer med fald grundet bradykardi er veldokumenterede indsatser. Bortset fra patienter med meget høj risiko, er der begrænset evidens for indsats i forhold til sikkerhed i hjemmet – selv om det i den konkrete situation er logisk.

Træning af ældre



Hvad ved vi om træning af ældre? Hjælper det noget?

-
- A** Muskelstyrken kan forbedres i alle aldre.

 - B** Immobilisering har stor betydning i alle aldre. Gamle tåler det endnu dårligere end yngre.
Hurtig indsats – inklusive mobilisering eller rehabilitering – er særlig vigtig.

 - D** Hverdagsrehabilitering med fastholdelse af fysiske, sociale og kognitive evner udskyder den aldersbetingede svækkelse og giver øget livskvalitet.

 - HUSK opfølgning! Det er vigtigt at sundhedsfaglige medarbejdere, der kommer i en borgers hjem følger op på de aktiverende øvelser.
-

Immobilitet:²³ Muskelstyrke og kraft nedsættes allerede efter 1-2 ugers immobilisering. Der er tale om drastiske fald, som er størst for den posturale muskulatur (muskler, vi rejser og sætter os med), hvor muskelatrofi er dobbelt så stor som i fleksorerne. Der kommer også atrofi af interkostal- og diaphragmamuskulatur, som er af betydning for respiration og hoste. Svækkelse af postural muskulatur kan vise sig som svimmelhed og manglende koordination ved mobilisering. Det tager 2-4 gange så lang tid at genopbygge musklerne, som den tid, man har været immobiliseret.

Træning:²⁴ "Et betydeligt antal undersøgelser blandt 70-90-årige mænd og kvinder bekræfter, at muskelstyrken kan forbedres i alle aldre". "Træningen skal være med høj belastning i korte, intensive serier, samt tidsmæssigt af kort varighed og gentaget på mindst tre af ugens dage" (Sundhedsstyrelsen: *Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling*. 2003).

Konditionstræning med gentagne øvelser med lav belastning har vist sig uvirksom. Træning før et forløb med immobilisering, fx før planlagt operation, har vist en gavnlige effekt.

Hos en skrøbelig ældre vil der ofte være tale om et meget beskedent ambitionsniveau: at komme ud af sengen, at komme i tøjet og op i en stol – frem for bare at ligge i sengen.

Fredericia-modellen: *Længst muligt i eget liv*²⁵ har vist, "at vedligehold af fysiske, sociale og kognitive evner udskyder den aldersbetingede svækkelse og giver forøget livskvalitet". Efter et intensivt rehabiliteringsprogram på 6-8 uger falder borgernes behov for hjælp markant, og flere behøver slet ikke hjælp. Der er lignende eksempler fra andre kommuner. En veltrænet borger er mindre afhængig af andres hjælp.

HUSK opfølgning! Det er væsentligt, at eventuelle sundhedsfaglige medarbejdere, der kommer i en borgers hjem, følger op på de aktiverende øvelser m.v. med støtte og opmuntring.

Funktionstest



**Hvad er "rejse-sætte-sig-test" (RSS)?
Hvordan skal den udføres og tolkes?
Hvad er "Timed Up and Go Test" (TUG)?**

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) ²⁶.
- Funktionstab kan forebygges på alle niveauer ^{27,28}.
- Funktionstab er potentielt reversible ved hurtig og effektiv indsats ^{27,28}.

Rejse-sætte-sig-test (RSS)

Hjørnestenen i sund aldring er gode muskler, især i underekstremiteterne. Til vurdering af funktion i underekstremiteterne er rejse-sætte-sig-testen (eng.: Chair Stand Test) velegnet til almen praksis, fordi den er:

- enkel at udføre – kræver kun en stol og et ur, og kan derfor udføres overalt
- velegnet til monitorering ²⁹
- anvendt på hospitaler og i kommuner, så data kan udveksles ved sektorskift
- 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 som fx smerter og vejtrækningsbesvær.

Instruktion i rejse-sætte-sig-test (RSS)

Der benyttes en almindelig fast stol uden armlæn. 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 og 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 helt oprejst stilling og sætte dig helt ned så mange gange, du kan nå på 30 sekunder.

Modificeret test: Hvis patienten er ude af stand til at rejse sig op en enkelt gang uden at bruge hænderne til hjælp, kan der udføres en modificeret test fra en stol med armlæn, hvor armene tages i brug.

Resultat

Scoren er det totale antal 'oprejsninger', der gennemføres i løbet af 30 sekunder. Hvis deltageren har rejst sig mere end halvvejs op ved 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 kan noteres i journalen med angivelse af antallet suppleret med "+armlæn" eller noteres som "modificeret test". I Datafangst kan resultatet kun noteres som 0.

Tolkning

B En score for RSS under 8 er patologisk i alle aldre.

Den aldersafhængige score fremgår af nedenstående tabel.

Referenceværdier for rejse-sætte-sig-test i amerikansk befolkning: Antal gange

Alder	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
Kvinder	12-17	11-16	10-15	10-15	9-14	8-13
Mænd	14-19	12-18	12-17	11-17	10-15	8-14

Timed Up and Go Test

Timed Up and Go Test er en mere udbygget test, som anvendes på hospitaler og i en del kommuner, og derfor omtales i epikriser og genoptræningsplaner. Testen er mindre anvendelig i almen praksis og omtales kun, fordi den kan blive anført i epikriser.

Udstyr	En 46 cm høj stol, evt. med armlæn, og en genstand (fx sko eller bog) 3 meter fra stolen.
Instruktion	Rejs dig fra stolen, gå 3 meter, vend dig om, sæt dig igen.
Resultat	Tiden for den samlede gennemførelse af testen.
Tolkning	Tid > 30 sekunder: Foreneligt med lav funktionsevne. Tid < 20 sekunder: Foreneligt med god funktionsevne.

Testens mere komplekse opbygning end RSS giver oplysninger om mobilitet, kooperation, holdning og psykomotorik. Observation af udførelsen kan give værdifuld klinisk information.

Ernæring hos skrøbelige ældre



Hvad er vigtigt at være opmærksom på?

-
- B** Vægttab på mere end 2-3 kg over ca. tre måneder bør følges op. Ældre anbefales D-vitamin: 20 µg dagl. og sikring af calciumindtag.

 - C** Småtspisende ældre tilrådes multivitamin-mineral-tablet samt D-vitamin. Der er ikke indikation for at screene for D-vitaminstatus med blodprøver.

 - D** Ældre bør en gang årligt have målt BMI.

 - Ældre på plejecentre bør vejes en gang månedligt

Viden om kroppens sammensætning hos ældre

Forekomsten af dårlig ernæringstilstand blandt ældre er højest blandt de skrøbelige ældre. Der er i denne gruppe en særlig risiko for underernæring, som giver risiko for bl.a. infektioner grundet nedsat immunforsvar²⁶.

Kropsvægten topper for mænd omkring 50-60-årsalderen – for kvinder ca. 10 år senere²⁷. Derefter stagnerer vægten for senere at vise en faldende tendens. Dette er den normale udvikling. Et utilsigtet vægttab på mere end 2-3 kg inden for ca. tre måneder bør dog altid følges op.

Højden begynder at aftage fra omkring 40-årsalderen, mest udtalt hos kvinder og høje personer. Tabet skyldes primært sammenfald i ryghvirvlerne.

Med alderen ændrer kroppens sammensætning sig. Knogle-, væske- og muskelmasse falder, mens fedtmassen stiger. BMI er det bedste mål for ernæringstilstanden. Generelt betragtes et BMI på 18,5-25 som normalvægt, også for ældre. Risikoen ved at være overvægtig reduceres dog med alderen. I en dansk undersøgelse fandt man, at for ældre i hjemmeplejen og på plejecentre var et BMI på 24-29 fordelagtigt²⁸. Forklaringen kan være, at det lidt højere BMI afspejler en relativ højere muskelmasse, samt at personer med sygdomsforvoldende fedme er døde i en yngre alder²⁹.



Hvad ved vi om ernæringen hos ældre?

Generelt adskiller raske ældres kost sig ikke fra den øvrige befolknings. Der er intet, der tyder på, at aldring i sig selv ændrer behovet for livsvigtige næringsstoffer.

De ældre spiser mindre, da energibehovet og appetitten falder med alderen, hvilket indebærer en øget risiko for utilstrækkelig indtag af særlige stoffer. De ældre bør derfor være mere bevidste om sammensætning og kvalitet af kosten. Der er usikker evidens for ernæringsindsats i form af energirige drikketilskud.

Rammerne for måltidet har ligeledes væsentlig betydning, som beskrevet af Servicestyrelsen i *God mad – et godt liv*³⁰.

En dansk ph.d.-afhandling³¹ tyder på, at brugere af kosttilskud i forvejen generelt har gode kostvaner, så tilskud bliver en del af en sundhedsbevidst adfærd. Ud over D-vitamin er der ikke grundlag for at anbefale generelle kosttilskud, medmindre appetitten er meget lille, og i så fald anbefales en multivitamin-mineral-tablet.

Viden om D-vitamin

Den anbefalede indtagelse af D-vitamin til ældre over 70 år er den eneste, som adskiller sig markant fra anbefaling til andre raske voksne, idet ældre anbefales at indtage mere D-vitamin end yngre. Baggrunden er, at omdannelsen af D-vitamin i huden, under påvirkning af sollys, nedsættes med alderen, samt at højere D-vitaminindtag kan forebygge osteoporose.

Sundhedsstyrelsens anbefaling af D-vitamin:

- < 70 år: 400IE/10 µg D-vitamin dagl.
- > 70 år, samt beboere på plejecentre og personer i øget risiko for osteoporose (uanset alder): 800IE/20 µg D-vitamin dagl. kombineret med 1000-1500 mg calcium (husk justering af calciumtilskud i forhold til mælkeindtag).

For patienter med diagnosticeret osteoporose henvises til næste kapitel.

Osteoporose



Hvad er strategien ved vurdering af behandlingsvarighed/seponering af medicinsk behandling af osteoporose?

Hvad er strategien ved D-vitaminmangel og osteoporose?

-
- Patienter med osteoporose skal have målt D-vitamin inden behandlingsstart.
- Ved lavt D-vitamin kan man med fordel alene behandle med calcium og D-vitamin i op til et år, før man iværksætter medicinsk behandling.
 - Dosis af D-vitamin titreres afhængigt af plasmaniveau – ofte med højere dosis (op til 50 µg) end de profylaktisk udmeldte doser.
 - Husk non-farmakologisk behandling.
 - Patienter i systemisk steroidbehandling skal fortsætte med bisfosfonat

B

Indikationen for fortsat behandling med bisfosfonater bør genovervejes efter 5 års behandling.

C

Patienter, som under bisfosfonatbehandling udvikler uforklarede smerter i lår eller hofte, evt. bilateralt, bør henvises til røntgen eller relevant specialist (risiko for atypisk femurfraktur).

Lidt praktiske råd

- Patienter *med* osteoporose – mål: 25OH-D-vitamin > 70 nmol/l før behandlingsstart med bisfosfonat.
- Tag tidligst blodprøve efter 3 måneder. Som hovedregel monitoreres *alene* med D-vitamin.
- BMD-måling kan med fordel gentages efter 1 år med sufficient D-vitamin- og calciumindtag med henblik på, om osteoporose-diagnosen kan opretholdes.
- Patienter *uden* osteoporose – mål: 25OH-D-vitamin > 50 nmol/l.
- OBS: cave bisfosfonat ved GFR < 35.
- Sund mad med masser af fisk og grøntsager er også sundt for knoglerne. Lavpraktisk: Daglig gåtur på ½-1 time giver vægtbærende motion og UV-lys. Rygestop anbefales.
- Revurdering af behandling med bisfosfonater bør ske efter 5 års behandling.
 - Hos patienter med relativt lav frakturrisiko – fx opnået T-score i lårbenshalsen over 2,5 efter 5 års behandling og fravær af tidligere lavenergifraktur – kan bisfosfonatbehandling formentlig seponeres under observation af udviklingen i BMD.

- Den generelle anbefaling er initialt DEXA-scanning hvert andet år efter seponering af bisfosfonat. Der må anlægges et individuelt skøn for de skrøbelige patienter. Der kan være lokale aftaler om anden plan for kontrol.
- Skal man have trukket tænder ud eller lavet implantater, anbefales pause med bisfosfonater, til der er sikker heling (grundet supprimeret knogleomsætning).
- Hyppigste bivirkning til peroral bisfosfonat er øvre dyspepsi. Der er flere alternativer – vurderes evt. ved specialist iht. lokale aftaler.



Hvad ved vi?

Der henvises generelt til DSAM's kommende vejledning om osteoporose (2013) og IRF-artikel februar 2012³². Cirka 85.000 danskere var i 2010 i medicinsk behandling for osteoporose.

Ved osteomalaci – dvs. lavt vitamin D, højt PTH og forhøjet basisk phosphatase – mangler knoglerne mineralisering. Ved at give calcium og vitamin D vil BMD stige i op til flere år. Herved opnås en større stigning end under behandling med bisfosfonater. Efterfølgende kan flere patienter ikke længere klassificeres som osteoporose-patienter og skal derfor ikke sættes i behandling³³.

Den optimale behandlingsvarighed for bisfosfonat er ikke kendt. Spørgsmålet om varighed af antiresorptiv behandling er kun belyst for alendronat og alene i en post-hoc-analyse. Bisfosfonater har en høj affinitet til deponering i knoglevævet. Det skønnes, at der hos patienter efter 10 års behandling med alendronat frisættes medicin i måneder til år efter seponering svarende til ¼ af den normale behandlingsdosis. For strontiumranelat gør det samme sig formentlig gældende. For de øvrige antiresorptive lægemidler, raloxifin og denosumab, finder ingen deponering sted, og behandlingsvarighed er ikke afklaret.

Langvarig bisfosfonat-behandling giver (lav) risiko for alvorlige bivirkninger. Det frygtes, at lang tids reduktion af knogleomsætningen kan medføre risiko for spontane atypiske træthedsbrud i femur. Desuden lav risiko for kæbeosteonekrose (ONJ: ostenonecrosis of the jaw). Mistanke om begge tilstande bør umiddelbart medføre henvisning til relevant specialist.

Knogleanabol-behandling af osteoporose med teriparatide og PTH kan anvendes i op til 24 måneder. Behandlingen skal være iværksat af en speciallæge i endokrinologi, reumatologi, geriatri og/eller intern medicin.

Obstipation



Hvad er anbefalingerne for diagnostik og behandling af obstipation?

Budskaber

- Obstipation er et overset og væsentligt problem af stor betydning – tænk fx på manglende behandling med laksantia i forbindelse med morfikabehandling.
- Der er ikke belæg for påstand om, at langvarigt forbrug af laksantia er skadeligt.

Symptomer

- Udspilet eller spændt abdomen
- Afføring i rectum
- Inspektion med henblik på fissur, prolaps m.m.
- Kvalme og madlede
- Paradoks diarre med eller uden inkontinens
- Urinretention
- Delir.

Disponerende faktorer

- Immobilisering
- Dehydrering
- U hensigtsmæssige toiletforhold*
- Depression
- Diabetes
- Hypothyreose
- Smerter
- Operationer
- Medicin.

* Med uhensigtsmæssige toiletforhold menes: Manglende adgang til at komme på toiletet, når trangen er der, mangel på privatliv ved toiletbesøg, manglende mulighed for at følge egne vaner i forbindelse med toiletbesøg, så som læsestof m.m. Manglende mulighed for at have 'fast grund under fødderne', så bugpres kan aktiveres, samt brug

af bækken i seng uden at hovedgærdet løftes, så borgeren sidder så komfortabelt og oprettsiddende som muligt.

Opmærksomhed omkring bivirkning til medicin

I svær grad (> 10 %): Stærke opioider (skal altid følges af laksantiaordination), jerntilskud, blærespasmolytika og andre midler med udtalt antikolinerg effekt.

Moderat grad (1-10 %): Tramadol, visse antidepressiva (fx SSRI, men ikke mirtazepin) og antipsykotika, calciumtilskud, diuretika, visse calciumantagonister, antiparkinsonmidler, langvarig anvendelse af peristaltikfremmende afføringsmidler, bisfosfonater.

Den kliniske undersøgelse

- Palpation af abdomen inkl. rektal eksploration med henblik på faeces i ampullen
- Vurdering af, om der er tale om 'akut' eller 'kronisk' obstipation.

Behandling

Den primære behandling er information om:

- regelmæssige toiletvaner
- betydningen af motion og fysisk aktivitet
- kostomlægning til mere slagterig kost, mere frugt gerne svesker og figensaft, men ikke banan – evt. tilskud med loppefrøskaller (HUSK) alternativt hvedeklid
- tilstrækkeligt væskeindtag.

Dernæst overvej laksantia. Der er overordnet tre virkningsmekanismer:

1. Primær effekt på tarmindehold og volumen (blødgørende)

Disse præparater er ligeværdige og bør være første valg ved længerevarende obstipation:

- Magnesiumoxid: 500-1500 mg × 1-2 dagl. oralt (kræver normalt væskeindtag).
- Norgine (Movicol, Moviprep): 1-6 breve dagl. oralt. (*Skal* indtages med et stort glas vand).
- Laktulose: 5-30 ml × 1-2 dagl. oralt. (Giver hyppigere luft i maven ved fast behandling > 10 %).

Rumopfyldende laksantia kræver stor væskeindtagelse, og er derfor ikke egnet til alvorligt syge, døende eller småtdrikkende. Manglende væskeindtag kan i forbindelse med rumopfyldende laksantia føre til en forværring af obstipationen³⁴.

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

Anvendes især ved akut obstipation, men også som primær behandling ved forebyggende behandling i forbindelse med behandling med morfina. Ved akut obstipation anvendes fuld dosis.

Generelt frarådes langvarig brug af denne stofgruppe – med mindre patienten får opioider – pga. risiko for tilvænnning. Hvis man trods dette, anvender disse præparater langvarigt, bør behandles med mindre doser hen over døgnet. Virkningen aftager over tid.

Præparater:

- Bisacodyl (fx Dulcolax, Toilax): oralt 5-10 mg, aften, eller rektalt: 5-10 mg om aftenen eller kort tid før der ønskes afføring
- Natriumpicosulfat (fx Actilax, Laxoberal, Picolon): 5-10 mg (10-20 dråber) 1 gang dagl.

3. Midler med lokal akut virkning i rectum

Til akut brug. Blødgør ophobede og indtørrede fækalier og fremkalder defækationsrefleks.

Præparater:

- Fx Microlax, Glyoktyl, Klyx. 1 tube ad gangen.

Ensomhed



Hvad kan den praktiserende læge bidrage med?

-
- Vær opmærksom på isolation og ensomhed ved kontakt med ældre – i særlig grad i forbindelse med samtaler ved opsøgende hjemmebesøg.
-
- Gør opmærksom på kommunale og private tilbud fx dagcenter, besøgsvenner, pårørendetilbud i patientforeninger, ældreidræt, ældreklubber, frivillige organisationer, kommunale kurser i "Lær at leve med kronisk sygdom".
-
- Den praktiserende læge kan formidle kontakt til kommunens medarbejdere, som er ansvarlige for forebyggende hjemmebesøg med henblik på grundigere orientering om disse tilbud.
-



Hvad betyder ensomhed og svage relationer for den ældre? Hvad ved vi?

Kontakt med familie og venner er af vital betydning for de ældre – og det er et stort problem, når kontakten mangler.

Omkring 80 % i alle aldersgrupper har været sammen med et af deres børn inden for én uge. Vennekredsen reduceres med alderen, men selv blandt +80-årige har mere end 90 % stadig venner, og halvdelen har de kendt siden ungdommen.

I modsætning til dette brede billede findes en gruppe socialt svage, der inden for én uge, hverken har kontakt til børn eller venner. Det gælder 11 % af 62-77-årige og 15 % af +82-årige^{35,36}. Ensomme Gamles Værn oplyser i overensstemmelse med dette, at 65.000 ældre føler sig helt eller periodevist ensomme.

Ensomhed og isolation har sundhedsmæssige konsekvenser. Statens Institut for Folkesundhed (SIF) har lavet en række analyser³⁷ af den gruppe, de kalder personer med svage sociale relationer. SIF konkluderer bl.a.: 10 % af de adspurgte har ikke kontakt til familie, 6 % kan ikke få hjælp ved sygdom. Gruppen har færre år uden belastende sygdom og er ansvarlige for 10.000 hospitalsindlæggelser og ca. 200.000 konsultationer i almen praksis.

En amerikansk undersøgelse³⁸ har vist, at ældre kvinder uden kontakt til deres børn har en tre gange højere dødelighed end en tilsvarende gruppe med regelmæssig kontakt. En rapport³⁹ fra SIF viste, at i gruppen af ældre over 65 år brugte 25 % høreapparat og godt 4 % ganghjælpemidler. Der er ikke en overhyppighed af personer med svage sociale relationer i disse grupper, men de udgør pga. deres handicap en udfordring for både almen praksis og kommuner i forbindelse med kommunikation og tilgængelighed.

Vi vil i de kommende år se en voksende gruppe af skrøbelige ældre med anden etnisk baggrund. De har typisk et stærkt familienetværk, men til gengæld store sprogvanskeligheder, som giver udfordringer i primærsektoren.

Det er uklart, hvordan årsagssammenhængen mellem helbred og sociale relationer er. Der er flere hypoteser^{40,41}.

Opmærksomhed og målrettet handling over for ældre med svagt netværk må antages at medføre øget livskvalitet hos den enkelte, men må også forventes at reducere forbruget af sundhedsvæsenet².

Kursus med fokus på netværksdannelse og hjælp til selvhjælp

De fleste kommuner landet over udbyder kurset *Lær at leve med kronisk sygdom* til deres borgere. Kurset har fokus på netværksdannelse, kommunikation, sund levevis og hjælp til selvhjælp. Kurset kan være relevant for den ensomme ældre patient, der har kronisk sygdom, og som har brug for fællesskab og hjælp til en bedre hverdag. Læs hvilke kommuner, der tilbyder kurset på www.patientuddannelse.info

Den sårbare hjerne



Du er i kontakt med en patient, som fremtræder kognitivt svækket. Hvad kan forklaringen være?

- Pludselige kognitive ændringer hos en ældre patient er delir, indtil dette er udelukket.
- Husk de 5 D'er i alle kontakter med ældre med kognitivt svigt – her findes forklaringen.
- Lav konkrete aftaler med de kommunale sundhedsfaglige medarbejdere omkring observationer og udredning for delir, eventuelt koordineret af den kommunale praksiskonsulent.

Svækkelse af kognitionen er en af de faktorer, der gør patienter sårbare. Stringent diagnostik er en afgørende faktor for relevant indsats både farmakologisk (husk medicinoprydning) og non-farmakologisk.

HUSK de 5 D'er ved kognitivt svigt

Delir	Hovedparten skyldes somatisk problematik, der viser sig med akut, fluktuerende, svækket kognitiv funktion, se side 39.
Demens	Foretag en systematisk udredning iht. DSAM's vejledning.
Depression	Husk, at der ofte er ændret symptomatologi hos ældre (se DSAM's vejledning).
Druk	Stigende (over)forbrug. Ældre med nedsat kognitiv funktion tåler alkohol dårligt.
Droger	En lang række medikamina kan udløse eller forværre kognitive problemer, se under medicin afsnittet.
Det 6. D	= defekte sanser. Alle skal være opmærksomme på dette.



Hvad er delir?

Delir er en overset og underdiagnosticeret tilstand i praksis og ved indlæggelser.

Symptomer

Delir udvikler sig over timer/dage. Der er desorientering, tankeforstyrrelser og nedsat opmærksomhed. Der kan være ledsagende hallucinationer, angst, vrede og motorisk uro. Døgnrytmen er ofte forstyrret. Tilstanden er svingende, og der kan være klare perioder indimellem.

Udredning af delir

Udredning kræver et tæt samarbejde mellem almen praksis, kommunens sundhedsfaglige medarbejdere og eventuelle pårørende med henblik på tidlig diagnose. Oftest er det nødvendigt med sygebesøg eller vurdering ved en konsultation.

Det kan være en hjælp at indgå aftaler med de kommunale sundhedsfaglige medarbejdere om at foretage systematiske observationer i hjemmet. Et muligt screeningsredskab er CAM-skema (Confusion Assessment Method).

Ved mere komplicerede forløb kan man rådføre sig med geriatrisk afdeling afhængigt af lokale forhold.

Behandling

1. Den tilgrundliggende årsag – som oftest en somatisk lidelse – skal om muligt behandles.
2. Husk medicinsanering.
3. Såfremt der er betydelig agitation, angst eller uro, dæmpes denne ved non-farmakologisk indsats (pårørende, fast vagt, rolige omgivelser, lys osv.).
4. Antipsykotika og sedativa bør generelt undgås grundet risiko for alvorlige bivirkninger.
5. I sjældne tilfælde – først og fremmest ved agiteret delir – kan man være nødt til at anvende medikamentel intervention. Behandlingen skal være kortvarig.
6. Førstevalget er: tabl. risperidon 0,5 mg × 2, som evt. kan øges til maks. 1 mg × 2.
7. Dette iværksættes typisk i samarbejde med geriatri eller gerontopsykiatri. Husk tæt opfølgning og seponering samt aftale om, hvem der er ansvarlig herfor.
8. E-learning: Find flere oplysninger om emnet i det nye e-learningprogram på:
www.dsam.dk > DSAM-vejl.

Her præsenteres bl.a. CAM-screeningsredskabet i skemaform til at printe og forslag til en systematisk arbejdsdeling imellem de kommunale sundhedsfaglige medarbejdere og almen praksis.

Urinvejsinfektion (UVI) hos ældre

? Hvordan præsenterer en urinvejsinfektion sig hos ældre?

- UVI hos ældre kan præsentere sig med de klassiske symptomer som pollakisuri og dysuri – eventuelt som en kompliceret urinvejsinfektion i form af pyelonefrit⁴².
- Hos ældre kan en urinvejsinfektion endvidere præsentere sig med mere ukarakteristiske symptomer som konfusion, tab af færdigheder (delir) eller nytilkommen inkontinens.
- Vær opmærksom på en høj frekvens af ikke-behandlingskrævende asymptomatisk bakteriuri i denne aldersgruppe.
- Diagnosen stilles med stiks, mikroskopi eller dyrkning⁴³. Bemærk, at ældre med UVI generelt regnes for kompliceret UVI, hvorfor der bør udføres resistensundersøgelse.
- Lokale aftaler med hjemmesygeplejen om diagnostik og behandling af UVI optimerer effekten af indsatsen og reducerer over- og underbehandling.

? Hvad ved vi om urinvejsproblemer hos ældre?

Urinvejslidelser er særdeles hyppige blandt ældre. Blandt de 'tungeste', de geriatriske patienter, lider omkring halvdelen af inkontinens⁴⁴. I denne aldersgrupper er problemet ligeligt fordelt på begge køn, mens det hos yngre er langt hyppigere hos kvinder. Et udredningsprogram for urininkontinens ligger uden for denne vejlednings rammer, men bør bl.a. rumme urinundersøgelse med henblik på UVI. Derimod vil vi gennemgå diagnosticering af urinvejsinfektion⁴⁵ – da denne problemstilling også anføres som en af årsagerne til 'forebyggelige' indlæggelser.

? Hvordan stiller man diagnosen urinvejsinfektion?

Undersøgelse af urin skal – hvis det er muligt – foretages på midtstråleurin, hvilket kan være svært hos ældre.

Urinstiks

Er en hurtig og let metode, men med visse begrænsninger. De to felter, som har interesse, er leukocyt- og nitritfelterne. Leukocytfeltet har en høj sensitivitet 0,72 til 0,84^{46,47,48}, så stort set alle patienter med UVI har en positiv urinleukocytreaktion. Leucocytter kan forekomme i urinen ved andre betændelsestilstande end en urinvejsinfektion – især hos ældre. I disse tilfælde er der tale om en falsk positiv reaktion, idet specificiteten er lav, fra 0,35 til 0,59.

Omvendt har nitritfeltet en lav sensitivitet (0,41 til 0,62), men en høj specificitet (0,89 til 0,97), idet nitritfeltet kun reagerer med farveskift ved tilstedeværelse af bakterier, som er i stand til at omdanne nitrat til nitrit. Et negativt svar udelukker ikke en urinvejsinfektion. En forudsætning for, at bakterier kan omdanne nitrat til nitrit er, at urinen har været i blæren i mindst 4 timer. Der mangler generelt et kvalitetssikringsprogram for de forskellige stiks.

Konklusion om stiksundersøgelse:

- Hvis begge felter er positive, foreligger med stor sandsynlighed en UVI.
- Omvendt udelukker 2 negative felter med stor sandsynlighed en UVI.
- Er kun det ene felt positivt – er stiksfundet ikke til megen hjælp.

Det er vigtigt at overholde tiden til aflæsning:

Nitritreaktionen: 1 minut.

Leukocytreaktionen: 2 minutter, ved for sen aflæsning ændrer alle stiks farve.

Urinmikroskopi

Urinmikroskopi er en bedre undersøgelse end stiks. Den kræver en frisk midtstråleurin og bør udføres på et fasekontrastmikroskop. Den rutinerede undersøger kan give svar på, om det er bakterier, der er årsag til symptomerne. For skrøbelige ældre er det svært at opnå frisk midtstråleurin.

Fordele: Hurtigt svar (straks efter mikroskopien) i modsætning til dyrkninger.

Ulemper: Svært at skaffe friskladet urin hos denne gruppe patienter. Sikker tolkning forudsætter oplæring og rutine. Mikroskopi kan ikke påvise bakterier i små mængder – under 100.000 bakterier pr. ml (i disse tilfælde anbefales dyrkning) og kan ikke vurdere art og resistens. Mikroskopi spiller derfor en mindre rolle over for denne patientkategori.

Urindyrkning

Fordele: De ældre patienter tilhører gruppen med kompliceret UVI. Disse tilrådes altid udredt med dyrkning og resistensundersøgelse. Dyrkning er generelt den mest valide metode til at stille diagnosen UVI. Urindyrkninger kan give oplysninger om antal bakterier. Ved indsendelse af urin til dyrkning kan det med fordel gøres i borsyre, som hindrer vækst under transport. HUSK at fylde glasset helt, ellers bliver borsyrekoncentrationen for høj, og alle bakterier dør.

Ulemper: Kræver oplæring og rutine for at sikre kvalitet i tolkning. Svar fra dag til dag frem for straks som ved mikroskopi eller stiks. Patienter med kronisk kateter har altid signifikant bakteriuri. Bakteriurien kan kun elimineres ved, at katetret fjernes helt.

Hypertensionsbehandling af ældre



**Hvornår er hypertensionsbehandling af ældre indiceret?
Hvad er behandlingsmålet?**

A

Behandling af hypertension hos ældre har en betydelig effekt på kliniske endepunkter, specielt mht. apopleksi.

A

Evidensen peger på en J-kurve med god effekt for ældre med højt blodtryk, men tilsyneladende en risiko for øget dødelighed, hvis blodtrykket behandles for langt ned, især for patienter med kendt hjerte-kar-sygdom.

A

Hvis der ordineres to eller flere præparater: Overvej et præparat om aftenen.

B

Hos patienter i langvarig antihypertensiv behandling med kun ét præparat kan seponering under kontrol overvejes. En del har ikke behov for fortsat behandling⁴⁹.

Praktiske råd

- Raske ældre søges behandlet ned til det generelle behandlingsmål: 140/90. Men det kan være vanskeligt at nå – også af hensyn til bivirkninger – og så vil et højere blodtryk være tilfredsstillende.
- Heartscore kan ikke bruges ved +65 år. Hypertension er den vigtigste risikofaktor for apopleksi ud over rygning. Opstart skal baseres på selve blodtrykket, men hav andre risikofaktorer for øje.
- Optitrering bør ske langsommere end hos yngre, fx hver 4. uge mellem ændringer.
- Husk blodtryksforhøjelse hos ældre kan skyldes smerter og brug af NSAID.
- Husk vurdering af ortostatisme.



Hvad ved vi om hypertensionsbehandling af ældre?

Hypertension er den hyppigste kroniske diagnose hos ældre.

Viden om samlet effekt: Et stort randomiseret studie (HYVET)⁵⁰ med behandling af +80-årige viste, at blodtryksbehandling er særdeles virksomt, også hos denne aldersgruppe. Behandlingsmålet var 150/80, og der blev fundet følgende absolutte risikoreduktion:

- Død af enhver årsag: 2,5 %
- Hjerteinsufficiens: 1,1 %
- Enhver kardiovaskulær hændelse: 6,7 %.

Viden om BT's mål: Tre studier^{51,52,53} af +80-årige med hypertension og kendt koronar arteriosklerose konkluderer, at der er en stigende risiko for kardiovaskulære events med lavere systolisk blodtryksmål, tolket som en J-kurve. Der tegner sig et behandlingsmål omkring 140/70. Endelig fastlæggelse af behandlingsmål kræver yderligere undersøgelser.



Hvor intensivt skal vi behandle blodtrykket hos gamle, og hvor hurtigt opnås effekten?

En metaanalyse⁵⁴ af hypertensionsstudier hos gamle konkluderer igen, at selve behandlingen er virkningsfuld med reduktion af strokes og risiko for hjertesvigt, men uden effekt på samlet overlevelse. En ny analyse fra HYVET-gruppen⁵⁵ konkluderer, at gevinsten ved BT-behandling af ældre indtræder inden for det første års behandling.

Viden om BT-medicin både morgen og aften

Et spansk randomiseret studie⁵⁶ har fundet en bemærkelsesværdig gevinst i kardiovaskulære komplikationer, dog ikke signifikant ændret mortalitet. Resultaterne er opnået i en ublindt undersøgelse og bør efterprøves. IRF og en leder i Ugeskrift for Læger⁵⁷ anbefaler, at mindst én af BT-tabletterne tages til natten.

Medicin

Lægemedielbehandling medfører i mange tilfælde uomtvistelig bedre livskvalitet, faldende morbiditet og mortalitet. På den anden side medfører lægemiddelbehandling risiko for bivirkninger, interaktion og toksicitet. Risikoen for alle disse negative effekter er forøget hos ældre.

Budskaber

- Mange ældre får for meget, for lidt og forkert medicin.
- Compliance forringes med stigende antal lægemidler, om end compliance generelt er rimelig hos ældre⁵⁸.
- Start low – go slow.
- Indfør kun én ændring ad gangen.
- Patienter med fast medicinering bør min. 1 gang årligt tilbydes en medicingennemgang af deres praktiserende læge.
- Vellykket seponering af medicin forudsætter en god plan og opfølgning.
- Betydende lægemiddelinteraktioner i almen praksis er relativt sjældne.

Biokemiske forhold hos ældre – som påvirker lægemiddelbehandlingen

Genetiske forhold, livsforhold og miljøpåvirkninger gør, at ældre er heterogene med hensyn til farmakokinetik og farmakodynamik. Derved øges risikoen for bivirkninger, toksicitet og lægemiddelinteraktioner. For nogle lægemidler medfører stigende patientalder ændret respons på samme serumkoncentration, fx warfarin og visse benzodiazepiner. Den ældre og/eller demente er tilsvarende særdeles påvirkelig af lægemidler med antikolinerg effekt med risiko for konfusion.

Optagelse og nedbrydning af lægemidler kan tage lidt længere tid

- Nedsat spyttproduktion eller nedsat mavesyreproduktion kan hæmme eller forsinke optagelse af nogle lægemidler.
- Nedsat sammentrækningshastighed i spiserøret gør det specielt vigtigt at drikke rigeligt i forbindelse med indtagelse af lægemidler, som kan give skader på spiserøret, fx kalium og bisfosfonater.
- Kropsvægten og især muskelmassen reduceres, fedtmassen øges, og væskeindholdet i kroppen reduceres. I praksis spiller disse forhold dog en mindre rolle i organismens samlede lægemiddelomsætning.

- Medicinens nedbrydning i lever og især udskillelse gennem nyrerne ændres betydeligt med alderen. Nyrefunktionen, vurderet ved GFR, reduceres således med ca. 50 % fra 25- til 85-årsalderen. Dette medfører hos den ældre relativt højere plasmakoncentrationer og længere eliminationstid, især for lægemidler som overvejende udskilles renalt, fx atenolol.

Lægemiddelinteraktioner

*Betydende lægemiddelinteraktioner i almen praksis er relativt sjældne*⁵⁹. Lægemiddelinteraktioner kan være farmakokinetiske eller farmakodynamiske.

De hyppigste farmakokinetiske interaktioner involverer hepatiske cytokromzymer, lægemiddeltransportører. Interaktioner med lægemidler kan tillige forårsages af fødemidler, alkohol og naturlægemidler. Farmakodynamiske interaktioner bliver let overset og kan være årsag til bivirkninger og lægemiddelrelaterede indlæggelser^{60,61}. Det gælder interaktioner ved behandling med flere lægemidler med sederende eller antikolinerg effekt eller lægemidler, som medfører QT-forlængelse.

Ved tillæg af hvert nyt lægemiddel bør man overveje risikoen for mulige interaktioner med de lægemidler, som patienten i forvejen behandles med, og mulige bivirkninger monitoreres. Se evt. www.medicinkombination.dk. Siden kan også bruges af patienterne.

Bivirkninger

Ved nyttilkomne symptomer hos ældre i lægemiddelbehandling bør det altid overvejes, om disse kan være forårsaget af lægemiddelbehandling frem for sygdom. Bivirkninger til medicinsk behandling bliver ofte overset og kan fejlagtigt blive opfattet som forværring af eksisterende sygdom, tegn på ny sygdom eller som udtryk for normal aldring. Bivirkninger hos ældre kan ofte være diskrete og uspecifikke og have andre symptomer end hos de yngre.

Såfremt der findes mulighed for monitorering af plasmakoncentrationer af lægemidlet, kan dette i særlige tilfælde overvejes. Det vil ofte være tilfælde, hvor der er et smalt terapeutisk interval, eller hvor der kan være væsentlige complianceproblemer. Det vil typisk dreje sig om lithium, visse antipsykotika og visse antiepileptika.

Hyppige bivirkninger hos ældre:

- **Obstipation:** Et hyppigt fænomen hos ældre, som bl.a. kan forværres af morfinholdig, smertestillende medicin, se kapitlet "Obstipation" side 34.
- **Fald:** Medicin kan være medvirkende til at øge risikoen for fald fx psykofarmaka, vanddrivende eller blodtryksænkende midler (ortostatisk blodtryksfald eller overbehandling). Beroligende midler formodes at have en stærkere effekt på ældre og kan føre til forvirring, muskelslaphed og dårlig kontrol over bevægelser.
- **Under- og fejlernæring:** Kvalme, opkastning og diaré kan som bivirkning til medicin føre til nedsat appetit og væggtab.

Organisatoriske forhold

I tillæg til de medicinske problemstillinger opstår der ofte organisatoriske vanskeligheder, bl.a. fordi der ofte er flere behandlere involveret i behandlingen, fx almen praksis, sygehus og speciallæge. Det giver indlysende problemer med at få det fulde overblik over, hvilken medicin der egentlig er ordineret, og hvad patienten indtager (medicinafstemning). Hvem tager stilling til, hvor længe medicinen skal fortsætte, og hvem har ansvaret for at seponere? FMK må forventes at hjælpe med overblikket over, hvad der rent faktisk er ordineret.

Medicinafstemning

Ofte er der også uoverensstemmelse mellem den medicin, som lægen har ordineret, og den medicin som patienten reelt indtager. De kommunale sundhedsfaglige medarbejders rolle i bestilling og administration af den ældres medicin eller dosisdispensering af medicin fra apoteket giver yderligere organisatoriske udfordringer med kommunikation og ansvarsfordeling mellem de kommunale sundhedsfaglige medarbejders og ordinerende læger. En konsekvens heraf er, at medicin, som for længst burde være seponeret, ofte fortsætter uden god indikation.

Medicinafstemning

Sundhedsstyrelsens definition: "Medicinafstemning er en procedure, der sikrer et samlet og tidstro overblik over den medicin, som patienten reelt anvender sammenholdt med den medicin, som er ordineret."

Formål: at sikre fuld overensstemmelse mellem det, patienten anvender, og det, som står på medicinlisten.

Medicinafstemning kan udføres af praksispersonale.

'Oprydning' i dubletter grundet generisk substitution med risiko for dobbeltmedicinering kræver særlig opmærksomhed.

Medicingennemgang

Som praktiserende læge bør man jævnligt – ved eksacerbationer, ny sygdom eller mindst én gang årligt – revurdere al patientens medicin uafhængigt af, hvem der har initieret behandlingen (medicingennemgang). Selv om behandlingen er startet på sygehus eller af speciallæge, bør den praktiserende læge jævnligt vurdere, om den skal ændres. I tvivlstilfælde må man konferere med speciallæge.

Medicingennemgang

Medicingennemgang er en struktureret og kritisk gennemgang af patientens medicin med det formål at optimere den medicinske behandling. Der skal tages stilling til, om der skal ske ændringer, fx seponering, og iværksættelse af dette.

Medicingennemgang udføres af læger.



Hvem skal tilbydes medicingennemgang og hvornår?

Som tommelfingerregel bør rutinemæssig medicingennemgang tilbydes de relevante målgrupper en gang årligt samt i udvalgte kritiske situationer, se boks.

Relevante patienter for medicingennemgang

Årlig medicingennemgang

- Som udgangspunkt bør alle patienter med fast medicin have en årlig medicingennemgang af deres praktiserende læge.
- Skrøbelige ældre gennemgås ved opsøgende hjemmebesøg, opfølgning efter udskrivning eller årskontrol af kronisk sygdom.
- OBS på patienter, som får meget medicin, men som sjældent eller aldrig kommer i konsultationen.
- OBS på patienter, som primært behandles af specialist, fx parkinson- eller epilepsipatienter. Her kan den praktiserende læge ikke lave samlet gennemgang uden oplysninger fra speciallæge.
- OBS på patienter, som får dosisdispenseret medicin. Bør som minimum opfanges ved årligt opsøgende besøg.
- TÆNK SYSTEMATISK: Er medicinen: Livsvigtig? Symptomatisk? Forebyggende?

Medicingennemgang i udvalgte kritiske situationer

- Overvejes, når en patient er flyttet på plejehjem
- Overvejes, når en patient er udskrevet fra hospital for nylig, se kapitlet om opfølgende hjemmebesøg side 23.

Den årlige gennemgang

Medicingennemgang indgår naturligt som en del af arbejdet i almen praksis. Dette kan eksempelvis ske ved det *opsøgende hjemmebesøg*, *årskontrollen* for patienter med kronisk sygdom eller *almindelig konsultation*, hvis det ikke er for komplekst i forhold til antal præparater. Diabetespatienten, som ofte får 8-10 forskellige lægemidler, er oplagt. Men husk, at en medicingennemgang gælder al medicin inkl. den, som andre behandlere har ordineret. Spørg også ind til patientens egne medicinindkøb.

Hjælp til medicingennemgang? Kontakt din regionale lægemiddelenhed for at høre om deres tilbud.



Hvordan gennemføres en medicingennemgang?

Tænk på

- Hvilke sygdomme har patienten?
- Hvad mener patienten selv – effekt og bivirkninger?
- Er der kendt nedsat nyre- eller leverfunktion?
- Hvilke medikamenter er:
Livsvigtige, fx insulin, eltroxin
Symptomatiske, fx for dyspnøe eller smerter
Forebyggende, fx statin, BT, osteoporose.

Brug huskereglen: De 5 F'er

– 5 spørgsmål til hvert lægemiddel

- **For - hvad?** Er der evidens for relevant effekt hos den ældre patient? Oplever patienten relevant effekt?
- **For - meget?** Er dosis for høj i forhold til patientens alder og nyrefunktion? Tager patienten mere end ordineret?
- **For - lidt?** Medicin mangler. For lav dosis. Patienter tager mindre end ordineret (bevidst eller glemsomhed).
- **For - kert?** Andet præparat mere rationelt. Medicin tages forkert (tidspunkt, ikke-fastende, depottabletter, tygges).
- **For - ever?** Indikation ikke mere aktuel. Obsolet behandling. Ikke længere relevant i forhold til forventet restlevetid. Se kapitel seponering.

Seponering



Når jeg har besluttet at seponere, hvordan gør jeg?

Budskaber

- Brug rød-gul-grøn-listen som støtte, se bilag 1.
- Ved tvivl om fortsat indikation eller effekt: Forsøg først dosisreduktion.

- Medicin med virkning på CNS skal altid aftrappes langsomt.
- Undgå at gøre for mange ting samtidigt.
- Vellykket seponering foregår i fælles forståelse med patient, evt. pårørende og kommunale sundhedsfaglige medarbejdere.
- En dårligt planlagt seponering kan medføre rebound, som bekræfter, at "dette præparat ikke kan undværes" – og så bliver der ikke gjort flere forsøg.

Seponering af medicin er sparsomt beskrevet i litteraturen. Anbefalingerne af hvordan man bedst seponerer i praksis bygger fortrinsvis på en kombination af erfaringer og teoretiske overvejelser.



Er der barrierer for seponering – hvordan overvindes de?

Eksempler på barrierer

Jeg vil ikke blande mig

Hyppigt møder man holdningen: "Jeg vil ikke vil 'blande mig' i andre lægers ordination, men alligevel fornyer jeg recepterne (pennefører)." Vær opmærksom på, at når man fortsætter en ordination fra sygehus eller speciallæge – skriver recepterne – er man også ansvarlig for opfølgningen. Der bør fx være klare aftaler (shared care) om plan for ny medicinsk behandling i epikriser – en opgave for praksiskonsulentordningen.

Hvor længe skal behandlingen fortsætte? Hvem tager stilling til, om behandlingen fortsat er relevant i forhold til indikation og ændret livssituation? Hvem vurderer, om effekten fortsat opvejer de potentielle bivirkninger hos den ældre? Uklare aftaler kan medføre, at den ældre fortsætter i årelang behandling, som burde være afsluttet for længst.

Jeg fortsætter for en sikkerheds skyld

En anden barriere opstår, når den oprindelige indikation for et givet præparat fortaber sig i det uvisse. Det kan medføre, at medicineringen fortsætter 'for en sikkerheds skyld'. Konsekvensen kan være, at den ældre ender i polyfarmaci med en række lægemidler, som i bedste fald er nyttesløse og i værste fald skadelige.

Der findes studier, som viser, at seponering oftest går godt⁶², også når det gælder psykofarmaka hos ældre⁶³. Patienter med mild hypertension, som er velbehandlede på et medikament gennem mindst et år, vil også tit kunne klare sig uden behandling⁶⁴.

Jeg møder modstand mod at seponere

Endelig kan det være patienten, pårørende eller sundhedsfagligt personale, som modsætter sig seponering⁶⁵. Fx er det vist, at sundhedsfaglige medarbejdere har en væsentlig indflydelse på beboere på plejecenters brug af psykofarmaka. Modstand hos patienten mod fx seponering af benzodiazepiner er velkendt, men i virkeligheden vil mange patienter helst have så lidt medicin som muligt, og patienter er ofte ikke skeptiske over for seponering⁶⁶.

Det er vigtigt at tage stilling til, hvornår man skal ophøre med forebyggende medicin, såsom statiner, blodtrykssænkende medicin eller midler mod osteoporose hos patienter med en kort forventet restlevetid (< 5 år), hvor de har marginal udsigt til gevinst, ligesom behandlingen skal sammenholdes med mulige bivirkninger (og pris).

Hos terminale patienter seponeres al forebyggende medicin. Symptomatisk behandling opretholdes/intensiveres.

IRF har udarbejdet en liste over de hyppigst anvendte *Lægemidler, hvor indikationen bør revurderes hos ældre* (bilag 1) med udgangspunkt i internationale redskaber på området: Beers⁶⁷, STOPP⁶⁸, NORGEP⁶⁹, indikatorer fra den svenske socialstyrelse⁷⁰ og ACB-list⁷¹. For hvert præparat er anført en kort begrundelse for at overveje seponering eller dosisjustering samt evt. forslag til relevant præparatskift.

Mange lægemidler kan forsøges seponeret under observation. *Er man i tvivl, om seponering er korrekt, kan reduktion af behandlingen forsøges i første omgang*⁷². Lægemidler med virkning på centralnervesystemet såsom benzodiazepiner, antipsykotika eller opioidanalgetika, skal aftrappes langsomt (over uger til måneder).

Det er som udgangspunkt ikke en fejl at have seponeret et lægemiddel, som siden må genopstartes – man må ofte forsøge sig frem. Undgå at seponere for mange præparater på én gang, det vil være svært at holde styr på effekten af de enkelte handlinger.

Forslag til aftrapning af hyppigt anvendte lægemidler	
Morfinpræparater	10 % pr. uge fx 40 mg, 35 mg, 30 mg osv.
Demensmidler fx kolinesterasehæmmere	Skal ikke aftrappes, men revurder efter 2-4 uger mhp. forværring i ADL-funktion. Ved markant ændring opstartes medicinen igen.
SSRI fx Citalopram	20-30 % hver 2. uge fx 20 mg, 15 mg, 10 mg, 5 mg.
Furosemid	Fordel evt. dosis på 2 x dagl. før reduktion. Vejning x 2 pr. uge giver vigtig information, om seponeringen er hensigtsmæssig.
Protonpumpeninhibitor (PPI)	Erstat fast behandling med symptomstyret behandling. Ved fast højdosisbehandling aftrappes over 4-12 uger.
Benzodiazepiner	Fx ¼-½ tablet dagl. med 1-2 ugers mellemrum. ⁷³
Tramadol	25 % af aktuel dosis pr. uge fx 200 mg, 150 mg, 100 mg, evt. 50 mg.

Dosisdispensering



**Hos hvilke patienter og i hvilke situationer kan dosisdispensering overvejes?
Hvordan organiseres det – rent praktisk?**

Forudsætninger for dosisdispensering

- Der er stabil medicinering, fx i mindst 3 måneder.
- Der er god kommunikation og koordination mellem almen praksis, hjemmepleje og plejecentre og ikke mindst apotek.
- Der er skabt fælles lokal forståelse for, hvilke patienter der er egnede, samt *hvornår dosisdispensering ikke er hensigtsmæssig*, fx:
 - Terminale patienter
 - Patienter med hyppige indlæggelser
 - Igangværende optitrering af nye lægemidler
 - Flere forskellige behandlere, som kan gøre det svært at bevare overblik
 - Særlige psykosociale forhold.
- Der er indgået en lokal aftale om håndtering af patienter, der *både* får dosisdispenseret medicin, og som desuden får medicin, der ikke kan eller ikke er egnet til dosisdispensering (= sidedoseret medicin), fx AK-behandling. Det gælder 89 % af patienterne⁷⁴.
- I praksis er den ordinerende læge en praktiserende læge.

Det er lægens opgave – i samråd med det kommunale sundhedsfaglige personale – at vurdere, om en given patient er egnet iht. ovenstående⁷⁵. En borger kan selv anmode apoteket om dosisdispensering, men får i så fald ikke tilskud til pakkegebyret.

Etabler aftale med apoteket om, hvor hurtigt akutte ændringer kan implementeres.

Før start

- Enhver dosisdispensering bør starte med en medicingennemgang.
- Mest mulig fast medicin i tablet- eller kapselform bør indgå i dosispakken. For medicin, som ikke kan dosisdispenseres – fx AK-præparater – overvejes skift til medicin, som kan dosisdispenseres. Spørg apoteket eller se www.laegemiddelstyrelsen.dk⁷⁶/www.medicinpriser.dk. Ved miksturer, smerteplastre og smeltetabletter bør det overvejes, om patienten kan tage tabletter i stedet.
- Tag stilling til, hvilke lægemidler der skal dosisdispenseres, og hvilke som skal sidedoseres, fx AK-behandling.
- Tag stilling til, hvorvidt man i tilfælde af optitrering skal vente til mere stabil fase er indtrådt.

- P.n.-medicin seponeres, hvis det ikke har været anvendt inden for de seneste 3 måneder.
- Antipsykotika *bør ikke* og benzodiazepiner og sovemedicin *må ikke* anvendes som 'stabil' medicinering hos ældre. I henhold til cirkulære fra Sundhedsstyrelsen bør de ikke dosispakkes. Seponering overvejes.

Rent praktisk⁷⁷

- Lægen ordinerer dosisdispensering ved at sende elektronisk recept som 'dosisdispensering'.
- Apoteket pakker sædvanligvis medicinen til 14 dage ad gangen – husk derfor fornyelse i god tid.
- Ordinationerne skal påføres indtagelsestidspunkter, da de skal fremgå af dosisposerne.
- Hvis dosis ændres eller præparatet seponeres, skal der udstedes en recept med påskriften "ændring" eller "seponering", hvilket er unikt for dosisdispensering, ellers fortsætter medicinen uændret. Ændringen effektueres fra førstkommande udlevering med mindre akut ændring aftales.
- Anfør "kopi ønskes", så fremsender apoteket en kopi af dosiskortet.
- En dosisdispenseret recept forløber som alle andre recepter, i 2 år med mindre andet markeres⁷⁸.

Sikre rutiner i egen klinik

- Udløb af en recept er traditionelt en reminder for aftalt kontrol. Denne kontrol risikerer at 'forsvinde', men bør sikres ved at begrænse varigheden af dosisdispensering:
 - Kortere intervaller på maks. 1 år eller til næste lægekontrol anbefales stærkt.
 - Alle med dosisdispenseret medicin bør som minimum gennemgås 1 × årligt, fx ved årskontrol af kronisk sygdom eller ved opsøgende hjemmebesøg.
- Ved ændring skal gøres opmærksom på, om ændringen skal ske AKUT eller ved næste dosisdispensering.
- Inddrag praksispersonalet i det organisatoriske arbejde med dosisdispensering, fx arkivering af doseringskort, receptfornyelse, opfølgning på patienten, pakkedatoer osv.
- Etabler et system i praksis, der sikrer, at information om anvendelse af dosispakket medicin følger sammen med medicinstatus ved alle indlæggelser.



Hvad ved vi?

Fordele og ulemper

I 2011 fik 61.249 personer dosisdispenserede lægemidler. Langt de fleste er over 75 år⁷⁹. Der er utilstrækkelig viden om ordningens samlede effekt på patientsikkerhed, økonomi og en evt. helbredsmæssig gevinst⁸⁰.

Der er to væsentlige fordele ved dosisdispensering:

- Forbedret sikkerhed ved ophældning (fejlfrekvens: 0,01-0,02 % pr. rulle) af medicinen sammenlignet med hjemmeplejens manuelle ophældning i doseringsæsker⁸¹.
- Frigørelse af plejemæssige ressourcer, idet maskinel dosisdispensering erstatter den ressourcekrævende manuelle ophældning.

Bemærk dog, at 89 % af patienterne stadig får sidedoseret et eller flere præparater. Udgifterne til medicin påvirkes ikke i væsentlig grad⁸². Compliance forbedres, uanset om ophældningen sker maskinelt eller manuelt⁸³.

Generelt beror problemerne på tre forhold:

- a) Det er besværligt og ressourcekrævende at gennemføre medicinændringer.
- b) Udskrivningssituationen er en særlig udfordring med veldokumenterede problemer med patientsikkerheden^{84,85,86} – se case side 54.
- c) Der er en væsentlig risiko for, at der ikke sker den nødvendige revurdering af den medicinske behandling⁸⁷. Dosisdispensering uden skærpet klinisk observans fra sundhedsfaglige medarbejdere og/eller egen læge kan meget let give falsk tryghed.

Dosisdispensering ved indlæggelse og udskrivning

- Det er meget vigtigt med gensidig orientering om evt. iværksat dosisdispensering, både ved indlæggelse og udskrivning. Ved udskrivning skal det fremgå af epikrisen.
- Der skal ved udskrivning tages stilling til, om dosisdispensering skal genoptages. Er der sket markante nyordinationer, som ikke er i overensstemmelse med ønsket om stabil medicinering i forbindelse med dosisdispensering?
- Husk risiko for dobbeltmedicinering ved udskrivning.
- Husk at sikre orientering af udleverings-apotek om indlæggelser.

Som illustration af problemerne ved sektorovergang se case fra patientsikkerhedsarbejdet.

Case – patientsikkerhed

Dobbelt medicinering med lithium

En kvinde, som fik dosispakket lithiumcarbonat (1 × 450 mg dagligt), blev indlagt tre gange på 4 måneder med lithiumforgiftning. Under hver indlæggelse blev lithiumcarbonatbehandlingen stoppet, P-lithium blev fulgt og lithiumcarbonatbehandlingen genstartet på reduceret dosis, dvs. 1 × 300 mg dagligt ved udskrivelsen.

Ved de to første indlæggelser blev det ikke opdaget, at patienten fik dosispakket medicin, og patienten fortsatte efter udskrivelsen med samme dosis, som gav forgiftninger. Hospitalslægen kontaktede ikke apoteket for at informere om nedsættelse af dosis. Ved tredje indlæggelse blev patientens gentagne forgiftningstilfælde opdaget i forbindelse med et auditprojekt.

Under- og overbehandling af gamle



Får den ældre for lidt eller for meget medicin?

A

Den bedste systematiske gennemgang af over- og underbehandling af ældre er den veldokumenterede metode fra Irland: STOPP-START⁷⁸ med IRF's tilpasning til danske forhold (bilag 1 og 2).

C

Prioriter symptombehandling over forebyggelse, fx dyspnø frem for forebyggelse for CVD, fx statin/magnyl.



Ved vurdering af indikation for forebyggende behandling: Tænk forventet restlevetid.

Følgende kan overvejes i forbindelse med prioritering af, hvilket lægemiddel patienten har *mindst* gavn af:

Viden om medicinsk behandling af gamle

Såfremt guidelines for hver enkelt sygdom bliver fulgt til punkt og prikke, medfører det, at et stort antal ældre med flere lidelser skal behandles med mange lægemidler samtidigt. Risikoen for bivirkninger og interaktioner stiger i takt med antallet af lægemidler⁸². Samtidig falder compliance, og forholdet mellem tilsigtede og utilsigtede effekter kan blive ugunstigt.

En patient med tre sygdomme (type 2-diabetes med senkomplikationer, hjerteinsufficiens og svær KOL) vil således blive behandlet med mindst 10 lægemidler ved blot at følge de enkelte guidelines. Se case side 56. Eksemplet er absolut ikke enestående.

I 2011 indløste ældre over 75 år i gennemsnit recept på 8,4 forskellige lægemidler (eksklusive deres antibiotikakure, hudmidler o.l. er tallet 6,4). Men hertil kommer diverse håndkøbspræparater og naturlægemidler. 37 % af de ældre anvendte 10 eller flere lægemidler, og 14 % anvendte min. 15 lægemidler!

Ofte er medicinen afprøvet på en anden gruppe patienter end gruppen af ældre. Det er problematisk at overføre viden om effekter og bivirkningen fra en gruppe af patienter til en anden gruppe, der på en række forhold er væsentligt anderledes. Fx kan det antal patienter, der skal behandles for at opnå gevinst (NNT) være væsentlig anderledes hos ældre end hos den gruppe, hvorpå lægemidlet er afprøvet. Tillige medfører den øgede risiko for bivirkninger og lægemiddelinteraktioner hos ældre, at forholdet mellem risici og gevinster ved en given medicinsk behandling kan være mindre gunstigt hos ældre. Det kan derfor være hensigtsmæssigt at være mere tilbageholdende med lægemiddelbehandling af ældre, ikke mindst inden for forebyggelsesområdet.

Trods et højt antal lægemidler hos den enkelte patient, hyppigt udskældt som polyfarmaci, forekommer underbehandling også. Reduktion i antallet af lægemidler er derfor ikke et mål i sig selv. Det handler om at prioritere netop de lægemidler, som gavner den enkelte patient mest. For enhver aldersgruppe – men især ældre – bør patienter behandles med den lavest mulige dosis af et lægemiddel, der er nødvendig for at nå et ønsket behandlingsrespons. *Start low – go slow*⁸⁸.



Forebyggende medicin – hvad er gevinsten?

Det vanskelige ved behandling med forebyggende medicin er, at en vellykket behandling udmærker sig ved det, der IKKE sker.

Punkter til overvejelse:

- Hvad er patientens udsigt til gevinst af den forebyggende medicin?
- Hvad er patientens udsigt til gevinst, når der tages højde for den forventede restlevetid?

En lang række lægemidler anvendes forebyggende til at nedsætte eller udskyde patientens risiko for en given hændelse, fx ved AMI eller apopleksi. Den gennemsnitlige effekt er oftest dokumenteret i studier af 3-5 års varighed i en population, hvor ældre og patienter med multiple sygdomme er ekskluderet. Til forskel herfra ser man i almen praksis patienterne livslangt, og man ser flere patienttyper, som ikke er den typiske 'projektpatient'.

Case		
77-årig patient med type 2-diabetes kompliceret med nylig AMI og diabetisk neuropati, hjertheinsufficiens (NYHA III) og svær KOL		
Guideline	Anbefalet behandling	Antal lægemidler
Type 2-diabetes med neuropati og iskæmisk hjertesygdom	<ul style="list-style-type: none"> • Metformin + evt. yderligere ét antidiabetikum. • Statin + evt. ezetimibe. • ACE-hæmmer + 1-2 yderligere blodtryksmidler. • Lavdosis ASA + clopidogrel i 12 mdr. • TCA + evt. gabapentin. 	5-11
Hjertheinsufficiens	<ul style="list-style-type: none"> • ACE-hæmmer • Betablokker (cardioselektiv) • Furosemid + evt. Kaleorid® • Spironolacton 	4-5
KOL	<ul style="list-style-type: none"> • Evt. korttidsvirkende beta-2-agonist • Tiotropium + evt. langtidsvirkende beta-2-agonist • Inhalationssteroid 	2-4
I alt	Forudsat at ACE-hæmmer og betablokker anvendes ved både type 2-diabetes og hjertheinsufficiens	10-18

Kommentar til case

Vi har at gøre med en patient med en kort forventet restlevetid pga. svær KOL og hjertheinsufficiens, som forringer patientens daglige funktionsniveau. Overskriften er derfor prioritering af symptomatisk frem for forebyggende behandling.

I den konkrete case bør den symptomatiske behandling af hjertheinsufficiens (furosemid) først og fremmest prioriteres. ACE-hæmmer og betablokkere har både en symptomatisk og markant prognoseforbedrende effekt, og seponering af denne behandling kan medføre symptomforværring. Dernæst prioriteres den symptomatiske behandling af patientens diabetiske neuropati og KOL. Ved KOL må man ofte prøve sig frem med hhv. tillæg/seponering af ét præparat ad gangen samt symptomvurdering.

Husk tjek af inhalationsteknik: Kan patienten overhovedet anvende inhalatoren? Den prognoseforbedrende effekt af KOL-medicin er meget beskedent.

Længere nede i prioriteringen kommer vi til den forebyggende medicin mod iskæmisk hjertesygdom. Igen tages qua patientens alder, sygdom og funktionsniveau først og fremmest stilling til, om der overhovedet er noget at forebygge. Hvis ja, er spørgsmålet, hvilken medicin – statin, magnyl, metformin m.v. – patienten får mest/mindst udbytte af at fortsætte med, vurderet ud fra såvel effekt som bivirkninger. Dette gennemgås i følgende afsnit.



Kan patienten nå at få glæde af forebyggende behandling?

Ved vurdering af indikation for forebyggende behandling indgår restlevetid, heri indgår:

1. absolut gennemsnitlig, forventet restlevetid for en given alder
2. et supplerende individuelt skøn.

Restlevetid – statistisk

Som udgangspunkt for skøn over restlevetid findes følgende tal for *gennemsnitlig* restlevetid for en 75-årig mand/kvinde: 8,9/11,4 år. For en 95-årig mand/kvinde: 2,4/2,9 år.

Restlevetid – individuelt skøn

Brug evt. følgende spørgsmål til at få et skøn over, om restlevetiden er reduceret i forhold til gennemsnittet (NHS⁸⁹):

- Er svaret "nej" på spørgsmålet: "Vil du blive overrasket, hvis den pågældende person dør inden for de kommende 6-12 måneder?"
- Har patienten fravalgt kurativ behandling?
- Har patienten en eller flere af følgende kliniske tilstande, som ofte medfører behov for hjælp eller hjælpemidler:
 - Fremskredent organsvigt
 - Multisygdom med udtalt reduktion af de daglige funktioner
 - Demens i fremskredent stadie.

Statinbehandling af ældre



Får den ældre for lidt eller for meget medicin?



Hos ældre, som har haft en kardiovaskulær event, vil der oftest være indikation for livslang behandling med statin.



Patienter med hjertesvigt skal kun have statin ved anden tilgrundliggende sygdom, som giver indikation for denne behandling, fx iskæmisk hjertesygdom eller diabetes.



Hos ældre med type 2-diabetes er der indikation for statinbehandling (A), såfremt man vælger at behandle blodsukker for at mindske risiko for komplikationer. Hvis målet er symptomkontrol, er der ikke indikation for statinbehandling.



Der er sjældent indikation for at starte statinbehandling af raske ældre og derfor også sjældent indikation for at måle kolesterol hos raske ældre. Dette bør dog vurderes ift. forventet restlevetid.



Hos raske ældre, som er sat i statinbehandling, skal man overveje at seponere behandlingen, når konkurrerende lidelser nedsætter restlevetiden i væsentlig grad.



Ved bivirkninger – fx svækket muskelstyrke eller muskelsmerter – skal man vurdere gevinsten i forhold til generne på samme måde som hos yngre – restlevetid, polyfarmaci etc. taget i betragtning. Almindeligvis anbefales dosisreduktion eller seponering.



Hvad ved vi om statinbehandling af ældre?

Med udgangspunkt i eksemplet i casen side 56 kan du gøre dig nogle overvejelser:

- Vil du blive overrasket, hvis denne patient er død inden for de næste 6-12 måneder?
- Hvad er patientens udsigt til gevinst af statinbehandlingen?

I HPS-studiet⁹⁰, med en højrisikopopulation af 20.000 patienter med kardiovaskulær sygdom eller diabetes, fandt man en absolut risikoreduktion (ARR) for død på 1,8 % efter 5 års behandling svarende til NNT på 56 pr. 5 år. Her tillader vi os den antagelse, at gamle har ligeså stor effekt som yngre.

Dette sammenholder vi med, at case-patienten har hjerteinsufficiens – hvor 1-års-mortaliteten er omkring 20 %⁹¹, efter diagnosen er stillet – og svær KOL – hvor den enkeltes restlevetid ligeledes er markant nedsat.

Herefter bliver det relevant at spørge, om denne patients chance for gevinst af behandlingen er marginal?

Det er oplagt, at den konkrete patients chance for at få gevinst af statinbehandling er væsentligt reduceret i forhold til ovennævnte population. Samtidig er risiko for bivirkninger ikke tilsvarende reduceret.

Magnylbehandling af ældre



Hvornår er acetylsalicylsyre-behandling af ældre indiceret?

A

Lavdosis acetylsalicylsyre (ASA) forebygger arterielle tromboser. Behandling er veldokumenteret som sekundær profylakse hos patienter med tidligere:

- manifest iskæmisk hjertesygdom (akut myokardieinfarkt, stabil og ustabil angina pectoris)
- perifer tromboembolisk sygdom (claudicatio intermittens).

Der er *ikke* indikation for magnylbehandling af personer alene med hypertension eller hyperlipidæmi uden kendt CVD, da risikoen for blødning (gastrointestinal og hæmorrhagisk apopleksi) overstiger risikoreduktionen i tromboemboliske hændelser.

D

Varighed af velindiceret behandling er livslang.



✓ Patienter med ASA-allergi – tidligere iskæmisk apopleksi eller TCI – skal behandles med clopidogrel 75 mg.

Behandlingsindikation skal afvejes over for blødningsrisiko. I givet fald anbefales fast forebyggende PPI i lav dosis, fx lansoprazol 15 mg/pantoprazol 20 mg.

Viden om forebyggende magnylbehandling

Seneste metaanalyse af studier⁹² med primær profylakse fandt en signifikant reduktion i det samlede antal kardiovaskulære tilfælde svarende til NNT på 120 efter 6 år, hvilket primært skyldtes en reduktion i ikke-letalt AMI. Der var således ingen reduktion i kardiovaskulær død, samlet død eller apopleksi ved primær profylakse. Til gengæld sås en signifikant øget risiko for blødning med "Number Needed to Harm" NNH på 73 efter 6 år.

Protonpump hæmmerbehandling af ældre (PPI)



I hvilke grupper er længerevarende fast behandling med PPI indiceret?

- Erosiv reflukssygdom
- Som profylakse mod ASA/NSAID-relaterede ulcuskomplikationer (det er specielt den sidste gruppe, der fylder blandt ældre patienter, se nedenfor).

Bemærk det store forbrug af Ibuprofen i håndkøb med risiko for bivirkninger.



Anbefales PPI som fast forebyggende behandling af ALLE ældre – når forebyggende ASA i øvrigt er velindiceret?

Mange ældre er endt i varig PPI-behandling efter tidligere indlæggelser eller foranlediget af stort forbrug af NSAID i håndkøb.

Der skal laves en risikovurdering med henblik på indikation, hvor alder er én risikofaktor blandt flere:

Risikofaktorer for GI-blødning/perforation*

- Høj alder (specielt > 60 år)
- Tidligere ulcus
- Anden behandling (steroid, SSRI, AK-behandling, NSAID)
- Svær system sygdom (diabetes, hjerte-kar-sygdom, svær reumatoid artrit).

* <http://irf.dk/download/pdf/rf/2002/NY%20RF%20nt%208.pdf>

Risiko for gastrointestinal blødning/perforation

Lav: ingen risikofaktorer

Moderat: 1-2 risikofaktorer

Høj: > 2 risikofaktorer og/eller tidligere ulcuskomplikation.



Når man ønsker at seponere – skal man i givet fald aftrappe?

Råd: Vores begrænsede viden om rebound-fænomenet stammer fra patienter i minimum 8 ugers kontinuerlig behandling. Her kan forventes symptomer i forbindelse med seponering.

Aftrapning kan formentlig både ske ved at vælge mindre styrke, men muligvis også ved at behandle som p.n., hvilket er indiceret ved lette refluksgener. Der findes ikke gode

seponeringsstudier, der kan danne basis for en algoritme. Man må ekstrapolere fra viden om andre lægemidler.

Prioritering ved multimedicingering

Når vi har vurderet over- og underbehandling af ældre patienter – med anvendelse af IRF's redskaber (bilag 1 og 2) – kan listen stadig være meget lang og prioritering være et relevant spørgsmål.

Spørgsmål, når over- og underbehandling af ældre patienter skal vurderes:



Hvilke lægemidler kan det bedst betale sig at behandle netop denne patient med?

Hvor meget får vi ud af at tillægge det 10. lægemiddel, fordi behandlingsmålet ikke er nået?

Patientens ønske: Hjælp mig, jeg vil ikke spise alle de piller. Hvilke er de vigtigste?

Denne yderst komplekse problemstilling har IRF beskrevet i september-oktober 2010 med hjælp fra en 'tværspesialegruppe' med deltagere fra Dansk Hypertensionsselskab, Dansk Knoglemedicinsk Selskab, Dansk Endokrinologisk Selskab og Dansk Lungemedicinsk Selskab. Problemstillingen er konkretiseret i fire cases⁹³, hvoraf vi bringer uddrag af den ene nedenfor. De øvrige tre inkl. tabel over NNT kan findes på IRF's hjemmeside

Endvidere har NHS fra England lavet en særdeles grundig gennemgang af denne problemstilling inkl. NNT for diverse lægemidler⁹⁴.

Der er dog sparsom viden på dette område, og planen for prioriteringen vil være individuel.

IRF-gruppens overordnede konklusioner

- Det ideelle er at behandle alle patienter optimalt og følge guidelines inden for alle sygdomme, og at patienten er fuldstændig compliant.
- Forebyggende indsatser, der har stor gavnlige effekt på populationen, tilbyder ikke altid enkeltindivider nogen sundhedsgevinst.
- Man kender ikke sandheden, når alle guidelines skal følges på tværs af sygdomme, og man kan ikke afvise, at de forskellige behandlingsregimer vil kunne påvirke hinanden på en ikke kendt måde.

Case

75-årig kvinde. Type 2-diabetes. Hypertension. Nedsat nyrefunktion.

For tre år siden en mindre apopleksi. Seq.: let styringsbesvær i de højresidige ekstremiteter. Blodtrykket umiddelbart efter apopleksien: 180/105 mmHg – nu 145/80 mmHg. FBG: 7 mmol/l, HbA1c: 6 %. S-kreatinin 150 mmol/l. Mikroalbuminuri: 300 mg/ døgn. LDL-kolesterol: 3 mmol/l. Ryger 3 cigaretter dagl.

Aktuel behandling: Metformin 1 g × 2 dagl. Simvastatin 40 mg. Centyl m. KCl 1 dagl., amlodipin 5 mg dagl., ramipril 5 mg × 1, dipyridamol + ASA 200+25 mg 1 × 2 dagl. og Cipralext 10 mg dagl. Zolpidem 5 mg.

Patienten fortæller, at de 10 tabletter, hun får dagligt, er alt for mange. Hun spiser dem rent faktisk ikke alle sammen.

- Hvilke piller er de vigtigste?
- Hvad tænker du?

Link til IRF's svar med reduktion fra 8 til 3 lægemidler inkl. grundig argumentation og referenceliste:

http://www.irf.dk/dk/publikationer/rationel_farmakoterapi/maanedsbld/2010/polyfarmaci_og_behandlingsprioritering_-_vovede_eksempler_1_del.htm

Datafangst – kvalitetssikring



Hvilken hjælp kan jeg få af datafangstrappen for den ældre patient?

- Alle ældre i en praksis er samlet i en rapport med mulighed for fokus på skrøbelige ældre hhv. demente. Rapporten giver oplysninger om dato for seneste årskontrol eller opsøgende besøg.
- Rapporten giver let adgang til gruppering med FM (fødselsdagsmåned), et muligt planlægningsværktøj for tilrettelæggelse af kontroller og besøg.
- To særlige faneblade "Demens" og "Medicin" giver mulighed for systematisk kvalitetsarbejde rettet mod disse to problemstillinger. Medicin markeret med rød, gul, grøn i henhold til IRF's rapporter (bilag 1 og 2).
- Rapporten giver overblik over ældre tilmeldt en praksis: på plejehjem, m. hjemmeplejen i eget hjem.



Hvem er med i rapporten?

I datafangstrappen indgår patienter indfanget via pop-up, se figuren på side 64.

1. > 75 år: Ved første kontakt med patienten udløses en pop-up for alle.
2. < 75 år og skrøbelig: Kan aktivt oprettes på listen ved at kode enten:
 - a. A28 Nedsat funktion/handicap
 - b. P70 Demens
 - c. P28 Nedsat funktion/handicap ved psykisk sygdom.

Herved udløses pop-up, og patienten kommer på listen over skrøbelige.

Patient: 0102031021 Test Testesen

Skrøbelige Patienter (75+) og Dementie Cpr-nr. 0102031021

Patienten er ikke skrøbelig

Årsstatus udføres nu? Ja Nej

RSS test (Ikke obligatorisk at udfylde)
Score i [Rejse-Sætte-Sig](#) test: 0

Plejestatus
 Selvhjælpen
 Plejet af ægtefælle/samlever
 Hjemmepleje i hjemmet
 Plejehjem


MMSE score (Ikke obligatorisk at udfylde)
Score i [MMSE](#) test: 0

Ansvar for kontrol - Egen læge?
 Ja Nej Ja, deles med anden specialist
 Speciallæge Geriater
 Neurolog Gerontopsykiater

Ægteskabelig Status
 Bor med rask ægtefælle
 Bor med ægtefælle, der får hjemmepleje
 Bor alene

Evt. [Bemærkning](#)
 Max 40 tegn

Lider patienten af kognitiv svækkelse?
 Ja Nej
 Alzheimer
 Vaskulær Demens
 Lewy-Body demens
 Anden demenstype / kognitiv svækkelse

 **Popup Irrelevant**
 Ja
 Hvorfor?

Udfyld senere OK

I pop-up'en gives to overordnede svarmuligheder:

- Ikke skrøbelig? Ved nej skærmes 12 måneder frem.
- Årskontrol nu? Ja/nej.

Ved nej lukker pop-up, men kommer igen ved de næste kontakter, indtil den udfyldes. Herefter skærmes den i 12 måneder.

I pop-up indgår RSS- og MMSE-test. Data 'importeres' automatisk fra eget laboratoriekort. På sigt vil data fra pop-up eksporteres til laboratoriekort.

Rapport "Skrøbelige patienter":

Sentinel Datafangst

Skrøbelige patienter	Medicin forbrug	Demens	
----------------------	-----------------	--------	--

Skrøbelige patienter. (Anonymiseret med opdigtede navne)

Udskriv denne side

289 patienter ud af 4504 patienter (6.4 %) Udtræk udført: Onsdag 6. juni 2012 12:49:57

Navn	Cnr	Alder	Plejestatus	Ætleskabelig status	Hoved diagnose	Andre kroniske diagnoser	RSS test	Dato	Status ydelse		
									Ydelse	Læge	FM
Aage Thorup	200523-xxxx	89	selvhjulpn	rask ægtef.		T90,K74,L90,K76		27-04-2012	0120	BL	5
Aase Kjærgaard	120331-xxxx	81	selvhjulpn	bor alene				06-03-2012	0120	BL	3
Aksel Elkjær	300649-xxxx	62			A28	T90,K90,K76,K74		07-11-2011	0120	BL	6
Alex Hjort	280131-xxxx	81	selvhjulpn	bor alene		T90,R95		29-03-2012	0107	JA	1
Alexander Smith	210421-xxxx	91	hjemmepl.	bor alene							4
Ali Karlsson	290331-xxxx	81									3
Alice Buch	170824-xxxx	87	selvhjulpn	bor alene		K90,K78,L89		09-08-2011	0120	JA	8
Allan Frandsen	050433-xxxx	79									4
Amalie Svane	310126-xxxx	86	selvhjulpn	bor alene		K78,T90		05-03-2012	0107	HM	1
Anders Olesen	030536-xxxx	76	hjemmepl.	bor alene							5
Andreas Hedegaard	101147-xxxx	64	pl. af ægtef.	rask ægtef.	P70			04-04-2012	0120	HM	11
Anette Danielsen	070332-xxxx	80	pl. af ægtef.	rask ægtef.	P70	R95,K78,K76,L90	8	16-05-2012	4230	BL	3
Anita Jansson	170955-xxxx	56			A28						9
Anja Vinther	140930-xxxx	81	selvhjulpn	rask ægtef.				17-10-2011	0120	BL	9
Anna Brix	281147-xxxx	64			A28	K90,R95		12-05-2011	0120	HM	11
Anna Klausen	100623-xxxx	88	selvhjulpn	bor alene		K78,R95					6
Anna Munch	181233-xxxx	78	selvhjulpn	rask ægtef.	A28	L89					12
Anne Abrahamson	270124-xxxx	88	selvhjulpn	bor alene							1
Anne Gregersen	060820-xxxx	91	plejehjem	bor alene	A28	K76		12-10-2007	2305	HM	8
Anne Johannsen	140343-xxxx	69	pl. af ægtef.	rask ægtef.	A28	K90,T90		27-03-2012	0107	BL	3
Anne-Marie Torp	240834-xxxx	77	selvhjulpn	rask ægtef.							8
Anne-Mette Ladefoged	270928-xxxx	83	hjemmepl.	bor alene	A28	T90,R95,K76,K74		04-05-2011	0107	HM	9
Annelise Andreassen	150635-xxxx	76	selvhjulpn	bor alene		K90		09-06-2011	0120	HM	6
Annette Bach	060617-xxxx	95	plejehjem	bor alene	P70,A28	L95					6
Anni Ahmed	150232-xxxx	80	selvhjulpn	rask ægtef.		K90,R95		10-02-2012	0120	JA	2

Person navnene er i denne demo version ikke de rigtige, men opdigtede navne

Rapporten viser patienter over 75 år og de patienter du i din praksis har givet diagnosen "A28 Nedsat Funktion /handicap" eller "P28 Nedsat Funktion /handicap ved psykisk sygdom" Du kan sortere på plejestatus og finde de patienter der har omsorgsbehov enten via hjemmepleje, rask ægtefælle eller hvor patienten bor på plejehjem. Du kan sortere på hoveddiagnose fx. Demens og se andre kroniske diagnoser. Endelig kan du se hvornår du sidst har haft personlig kontakt med patienten. Ved "status ydelse" kan du se om patienten har fået et opfølgende hjemmebesøg eller en § 2 ydelse og endelig kan du sortere patienterne på deres fødselsår måned hvis du vil følge op på de skrøbelige patienter jævnt over året. På fanebladet kan du vurdere patientens medicinstatus.

Status 0121/0120: Dato for senest udførte ydelse *samt* initialer på læge, der har udført 0121 (= identificerer kontaktlæge i flerlægepraksis).

Plejestatus: Overblik over ældre: på plejehjem, hjemmeplejen i eget hjem, selvhjulpn.

Medicin-rapporten: Er en udbygning af en allerede eksisterende rapport, med her kun for +75-årige. Medicin markeret med rød, gul, grøn iht. IRF's-rapporter.

Demens-rapporten: Giver oplysninger om demenstype, +/- behandling med demens-medicin, antitrombotisk medicin og simvastatin. MMSE og dato for seneste udførelse.

Hvem har ansvaret for en person med demens?

Rapporten giver overblik over, om ansvarlig er egen læge eller speciallæge.

Rapporterne giver anledning til en række 'kvalitetsspørgsmål', fx:

- Har klinikken plejehjemspatienter, hvor det er mere end 1-2 år siden, der er lavet statusydelse?
- Har klinikken patienter, der modtager hjemmepleje, som har kroniske diagnoser, hvor det er mere end 1 år siden, der er lavet statusydelse?
- Find de polyfarmacipatienter, hvor seneste konsultation ligger mere end 1 år tilbage?
- Find de 5 patienter, der får flest 'røde præparater' iht. IRF's-rapporter (bilag 1-2).

- Hvor mange demenspatienter har haft diagnosen > 1 år, uden der er lavet statusydelse?
- Hvor mange demenspatienter med diagnosen > 1 år har ikke fået lavet MMSE-test?

Bemærk

Forudsætningen for det beskrevne er 'sentinel status'.

Det forudsætter, at klinikken koder min. 70 % af kontakterne. Rapporten giver først rigtig mening, når man har været i gang med Datafangst i mere end 1 år.

BILAG 1

Lægemidler, hvor indikationen bør revideres hos ældre

Rød: Bør undgås medmindre særlige forhold foreligger

Orange: Følg op på korrekt og aktuel indikation

Grøn: Bør revideres pga. manglende evidens for langtidseffekt, bivirkninger eller andet

Lægemidler – mest anvendte > 65 år	Begrundelse for evt. seponering eller dosisjustering	Forslag til evt. alternativ
Fordøjelsessystem		
Primperan	<ul style="list-style-type: none"> Risiko for konfusion og ekstrapyrimidale bivirkninger (parkinsonsymptomer) 	Seponer lægemidler som hyppigt giver kvalme
Dulcolax Laxoberal Toilax	<ul style="list-style-type: none"> Langvarig brug frarådes pga. risiko for tilvænnning, med mindre patienten får opioider 	Magnesia, Movicol. Seponer om muligt medicin som giver obstipation
Buscopan Ercoril	<ul style="list-style-type: none"> Tvivlsom effekt og risiko for konfusion hos ældre pga. antikolinerg effekt 	Ingen
Antikoagulantia		
Asasantin Retard	<ul style="list-style-type: none"> Dosis af ASA (50 mg dgl.) er for lav 	Clopidogrel
Magnyl 150 mg	<ul style="list-style-type: none"> Dosis skal være 75 mg 	Dosisreduktion til 75 mg
Magnyl 75 mg	<ul style="list-style-type: none"> Ikke til primær profylakse Diabetes: Kun ved samtidig hjerte-kar-sygdom 	Ingen
Plavix + Magnyl	<ul style="list-style-type: none"> Efter AMI: Ikke evidens ud over 12 måneder 	Fortsæt med Magnyl

Lægemidler – mest anvendte > 65 år	Begrundelse for evt. seponering eller dosisjustering	Forslag til evt. alternativ
Hjerte-kar		
Furix	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hjerteinsufficiens</i>: Kun symptomatisk effekt • Får patienten ACE-hæmmer, beta-blokker og evt. Spironolacton? • Obs. dosis: Hyppig årsag til indlæggelse pga. fald, elektrolytforstyrrelser, dehydrering mm. • Ikke evidens ved hypertension 	<i>Hjerteinsufficiens</i> Ramipril, Carvedilol, Spirix 25 mg (NYHA III-IV) <i>Ødemer</i> : Mobilisering, støttestrømper
Digoxin	<ul style="list-style-type: none"> • Interaktioner og mulig konfusion hos ældre • Ikke 1. valg ved hjerteinsufficiens, men kan være indiceret ved samtidig atrieflimren 	<i>Hjerteinsufficiens</i> : Ramipril, Carvedilol, Spirix 25 mg (NYHA III-IV)
Urologiske midler		
Detrusitol Toviaz Vesicare	<ul style="list-style-type: none"> • Effekten er marginal • Risiko for konfusion hos ældre pga. antikolinerg effekt 	Ingen
Analgetika		
Ketogan OxyContin/Morfin	<ul style="list-style-type: none"> • Risiko for konfusion og fald hos ældre • Husk laxantia ved brug > 14 dage 	Tramadol el. depotmorfin i lavest mulige dosis
NSAID	<ul style="list-style-type: none"> • Risiko for mavesår, AMI, væskeretention • Interaktion med warfarin = blødningsrisiko 	1. Paracetamol 2. Ibuprofen + Lanzo 15 mg
Kinin	<ul style="list-style-type: none"> • Lægkræmper: Kun korttidsstudier. Lille effekt • Restless legs: Ingen evidens for effekt • Risiko for konfusion, tinnitus, interaktion 	<i>Lægkræmper</i> : Ingen <i>Restless legs</i> : Forsøg evt. Sifrol el. Requip

Lægemidler – mest anvendte > 65 år	Begrundelse for evt. seponering eller dosisjustering	Forslag til evt. alternativ
Søvn/angst		
Phenergan	<ul style="list-style-type: none"> Risiko for konfusion hos ældre pga. antikolinerg effekt 	<i>Hvis samtidig depression:</i> Mirtazepin. Ellers ingen
Sovemidler: Nitrazepam Imovane Stilnoct	<ul style="list-style-type: none"> Effekt på søvn ophører efter ca. 2 uger Risiko for "hang-over" effekt, dagsedation, fald, kognitiv svækkelse. Særligt for stoffer med lang halveringstid såsom nitrazepam 	Imovane – kun kortvarigt Phenergan – OBS! antikolinerg effekt
Angstdæmpende: Diazepam Oxazepam	<ul style="list-style-type: none"> Effekt på angst svinder efter 3-4 mdr. Stor risiko for afhængighed, fald og kognitiv svækkelse 	<i>Generaliseret angst:</i> Citalopram, sertraline
Demensmidler		
Arizept Exelon Reminyl Ebixa	<ul style="list-style-type: none"> Usikkerhed om klinisk relevant effekt og ingen dokumenteret effekt ud over ½ år. Effekt hos den enkelte bør derfor revurderes hvert ½-1 år. Ved tvivl om effekt kan foretages seponeringsforsøg. Følg op efter 2-4 uger 	Ikke grundlag for at skifte til andet alternativ eller kombinere

Lægemidler – mest anvendte > 65 år	Begrundelse for evt. seponering eller dosisjustering	Forslag til evt. alternativ
Antipsykotika		
Abilify Cisordinol Fluanxol Nozinan Risperidon Serenase Seroquel Truxal Zyprexa	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Adfærdsforstyrrelser</i>: Ingen effekt på rastløshed, flugttendens, natteuro, råben mv. • <i>Psykotiske symptomer</i> ved delir (fluktuerende, somatisk årsag). Usikker effekt <p>Bivirkninger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle stoffer: Parkinsonsymptomer, antikolinerge bivirkninger, hjertepåvirkning, sedation, fald, immobilitet, kognitiv forringelse, apopleksi og metaboliske bivirk. (især Zyprexa) • Truxal/Nozinan: Højere risiko for konfusion, urinretention, hjertepåvirkning pga. antikolinerg effekt, samt sedation • Serenase: Højere risiko for parkinson-symptomer og irreversible tardive dyskinesier 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen • Seponer! <p><i>Bivirkninger</i> Hvis forsat indikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forsøg dosisreduktion eller skift til risperidon <p>Ellers seponer</p>
Akineton Lysantin	<ul style="list-style-type: none"> • Risiko for konfusion pga. antikolinerg effekt 	Nyere antipsykotikum
Antidepressiva		
Amitriptylin Anafranil Imipramin Nortriptylin	<ul style="list-style-type: none"> • Risiko for konfusion og hjertepåvirkning pga. antikolinerg effekt. Øget risiko for død ved dosis på 100 mg og derover 	<p><i>Depression:</i> Dosisreduktion eller skift til Citalopram el. sertralin</p> <p><i>Bipolær depression:</i> Specialistopgave</p>

BILAG 2

God indikation for at opstarte behandling af ældre

Rød: Ringe sandsynlighed for forbedring af prognose eller livskvalitet

Gul: Nogen sandsynlighed for forbedring af prognose eller livskvalitet

Grøn: Stor sandsynlighed for forbedring af prognose eller livskvalitet

Indikation	START	Kommentar
Opioidinduceret obstipation	Laxoberal hver 2. dag. Laktulose	<ul style="list-style-type: none"> Osmotiske virkende midler er sjældent tilstrækkeligt Bulk laksantia (fx Husk) er kontraindiceret
Type-2 diabetes	Metformin Hvis GFR<30 ml/min: Glimepirid	<ul style="list-style-type: none"> Hvis HbA1c > 75 mmol/mol (9,0 %) og målet er symptomfrihed. Hvis HbA1c > 53-58 mmol/mol (7-7,5 %) og målet primært er forebyggelse af mikrovaskulære komplikationer
Hvis nefropati eller mikrolabuminuri	ACE-hæmmer eller losartan	<ul style="list-style-type: none"> Bør ikke kombineres (specialistopgave)
Hvis LDL-kolesterol > 2,5 mmol/l	Simvastatin 40 mg	<ul style="list-style-type: none"> hvis funktionsniveau er velbevaret og forventet restlevetid > 5 år Seponer hvis bivirkninger
Hvis hypertension eller hjertesygdom	Se de respektive indikationer	

Indikation	START	Kommentar
Hypertension BT > 160/90	ACE-hæmmer eller Losartan Hvis mål ikke nås: Komb. med thiazid. el. amlodipin.	<ul style="list-style-type: none"> Bivirkninger af antihypertensiva er hyppig årsag til lægemiddelrelateret indlæggelse hos ældre Thiazid kun hvis GFR>30 ml/min: OBS! Delir pga. Hyponatræmi Amlodipin: OBS! Ankelødemer
Iskæmisk hjertesygdom, angina pectoris	Betablokker (bisoprolol, carvedilol, metoprolol)	<ul style="list-style-type: none"> Alternativt verapamil, hvis betablokkere ikke tåles. OBS! Obstipation.
	Magnyl 75 mg.	<ul style="list-style-type: none"> Hvis intolerans. Clopidogrel 75 mg Ved dyspepsi el. tidligere ulcus: Tillæg PPI fx Lansoprazol 15 mg.
	Simvastatin 40 mg	<ul style="list-style-type: none"> Hvis funktionsniveau er velbevaret og forventet restlevetid > 5 år Ved muskelsmerter forsøg dosisreduktion til 20 mg eller seponer
Post AMI	Betablokker (Carvedilol, metoprolol). Magnyl + clopidogrel	<ul style="list-style-type: none"> Seponer betablokker efter 2 år med mindre der er anden indikation herfor Seponer clopidogrel efter 1 år
Apopleksi og TCI	Clopidogrel 75 mg	<ul style="list-style-type: none"> Erstatter Asasantin Retard eller Persantin Retard + Magnyl
Hjerteinsufficiens	ACE-hæmmer (losartan hvis hoste) Betablokker (bisoprolol, carvedilol eller metoprolol) Spirolacton 25 mg	<ul style="list-style-type: none"> Har både symptomatisk og prognoseforbedrende effekt Spirolacton ved NYHA (II) III-IV Furix og Digoxin har symptomatisk effekt

Indikation	START	Kommentar
Atrieflimren	Marevan Som supplement til frekvensregulerende medicin	<ul style="list-style-type: none"> • Overvej Pradaxa el.lign. præparat, hvis patienten er vanskelig at monitorere • Ved faldtendens anbefales grundig udredning heraf mht. risiko for at slå hovedet (intrakraniel blødning)
Osteoporose	Calcium 800-1.000 mg D-vitamin 20 µg Alendronat ugetablet	<ul style="list-style-type: none"> • Personer med utilstrækkeligt indtag gennem kosten og/eller øget risiko for osteoporose fx plejehjemsbeboere og ældre > 70 år • Alendronat ved behandling med prednisolon i dosis ≥ 5 mg per døgn i ≥ 3 mdr. hvis T-score er mindre end -1 eller • Kvinder med lavenergi frakturer i hofte eller ryg og T-score mindre end $-2,5$ og forventet restlevetid over 5 år • Ved alder over 75 år kan bestemmelse af T-score evt. fravælges • Overvej seponering efter 5 års behandling
Depression/symptomer > 3 måneders varighed	Citalopram maks. 20 mg eller sertralin 50-100 mg Mirtazepin 15 mg ved søvnbesvær.	<ul style="list-style-type: none"> • Seponer, hvis tvivl om diagnosen og manglende effekt efter 3 måneder. • SSRI: OBS! Risiko for hyponatræmi • Mirtazepin giver øget appetit = vægtøgning

Indikation	START	Kommentar
KOL – lungesygdom	Rygestop Langtidsvirkende bronkodilator: Formo Easyhaler, Spiriva, Serevent, Oxis Inhalationssteroid: Giona Easyhaler, Spirocort, Flixotide hvis FEV1 < 50 % og ≥ 2 exacerbationer per år	<ul style="list-style-type: none"> • Kun rygestop bremser sygdomsprogression. • Kan patienten anvende inhalatorerne korrekt? • Medicinen har beskedent effekt på åndenød og forebyggelse af exacerbationer • Medicinen har ingen dokumenteret effekt på overlevelse eller sygdomsprogression
Smerter non-maligne fx <ul style="list-style-type: none"> • osteoarthrose • osteoporose 	Pamol/Pinex 1 g × maks. 4 Tramadol 50-100 mg × maks. 3 Contalgin 5-10 mg × 2	<ul style="list-style-type: none"> • Hvis manglende effekt af paracetamol i <i>fast</i> dosering i min. 14 dage: • Tillæg tramadol. Optitrer med 50 mg hver 3. dag for at min. bivirkninger til maks. 300 mg • Ved manglende effekt eller bivirkninger: Skift til Contalgin (depotmorfin)

Referencer

- 1 <http://www.gp2009cph.com/files/10/bs.ppt>
- 2 Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan. 2011
- 3 KL, PLO, SST notat af 31. marts 2010. Lægeoplysninger om beboere på plejehjem. Se <http://www.kl.dk/Sundhed/Lageoplysninger-om-beboere-pa-plejecentre-id97071/>
- 4 <http://patientsikkerhed.dk/index.php?id=793>
- 5 Matzen LE, Foged L, Pedersen P et al. Primær visitation af elektive geriatriske patienter. En randomiseret undersøgelse af hjemmebesøg kontra ambulantebesøg. 2007;169(22):2009.
- 6 Tang Friberg J, Taastupn A, Bak Andersen I. Kan akutte indlæggelser konverteres til planlagte indlæggelser på medicinske afdelinger? Ugeskr Læger 2002;164(40):4627.
- 7 Vinge S, Sandberg Buch M. U hensigtsmæssige indlæggelser – muligheder og perspektiver for kommunerne. 2007.
- 8 Ishøy T, Qvist P, Rasmussen L et al. U hensigtsmæssige indlæggelser på medicinske afdelinger. Appropriateness evaluation protocol. 2005;167:2057-2060.
- 9 Holm E. U hensigtsmæssige indlæggelser eller u hensigtsmæssige udskrivelser? Ugeskr Læger 2007;169:1597.
- 10 Preston C. Left in limbo: patients views on care across the primary/secondary interface. Quality in Health Care. 1999;8:16-21.
- 11 Shepperd S, McClaran J, Philips CO et al. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database Syst Rev 2010 jan 20;(1):CD000313
- 12 Naylor MD, Broton DA, Campell RL et al. Transitional care and older adults hospitalized with heart failure: a RCT study. J Am Geriatric Soc. 2004;52(5):675-684.
- 13 Rytter L, Jakobsen HN, Rønholt F et al. Comprehensive Discharge Follow-up in Patient's Homes by GPs and District Nurses of Elderly Patients. A Randomized Controlled Trial. SJPHC. 2010;28:146-153.
- 14 [www.dsi](http://www.dsi.dk). Implementering af opfølgende hjemmebesøg. Hvad kan andre lære af 11 kommuners foreløbige erfaringer? Voss H. Dansk Sundhedsinstitut December 2009
- 15 [www.dsi](http://www.dsi.dk). Erfaringer med opfølgende hjemmebesøg. Omkostningsanalyse med særlig fokus på de kommunaløkonomiske omkostninger. Oxholm AS, Kjellberg J. Dansk Sundhedsinstitut Maj 2011
- 16 http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/5E25AE7B-8C2F-42AD-B9E6-5254CEF97E25/0/B_4_Tine_Jerris.pdf
- 17 O Loughlin JL, Robitaille Y, Boivin JF, Suissa S. Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly. Am J Epidemiol 1993;137:342-354.
- 18 Møller H, Laursen B. Forebyggelse af ulykker. Notat til forebyggelseskommissionen, 2008.
- 19 Larsen ER. Falls and fractures among elderly community residents: Risk factors and prevention. University of Aarhus: Institute of Epidemiology and Social medicine; Rapport no 39,2002.
- 20 Backe H, Larsen LB. Geriatri – en tværfaglig udfordring. Kapitel 6. Munksgaard.2004.

- 21 Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD007146. DOI: 10.1002/14651858.CD007146.pub2
- 22 C Sherrington et al. Exercise to prevent fall. Review. *NSW Public Health bulletin* 2011.
- 23 Hesselboe B, Maaloe L. Kapitel 7. Immobilitet. *Geriatrici – en tværfaglig udfordring*. 2004. Munksgaard.
- 24 Sundhedsstyrelsen. *Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling*. 2003.
- 25 www.kl.dk/raaderumsportalen/Hverdagsrehabilitering-nedsatter-eftersporgslen-efter-praktisk-og-personlig-hjalp-i-Fredericia-Kommune-id68746/
- 26 Medicinske patienters Ernæringspleje. MTV. Sundhedsstyrelsen. 2005.
- 27 Pedersen AN, Beck AM. Kapitel 14. God ernæring. *Gerontologi. Livet som gammel*. 2007. Munksgaard.
- 28 Beck AM, Pedersen AN, Schroll M. Underweight and unintentional Weight loss among elderly in nursing homes and in home care problems requiring intervention. *Ugeskf Laeger* 2005;167(3):272-274.
- 29 Pedersen AN, Beck AM. Kapitel 14. God ernæring. *Gerontologi. Livet som gammel*. 2007. Munksgaard.
- 30 God mad – godt liv. Mad- og måltidspolitik på ældreområdet. *Servicestyrelsen*. 2011.
- 31 80 åriges ernæringsstatus – og relationer til fysisk funktionsevne. Ph.d. København: Fødevaredirektoratet. 2001.
- 32 Osteoporose. IRF. 2:2012.
- 33 Lips P, van Schoor NM. The effect of vitamin D on bone and osteoporosis. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 25;585–591. 2011.
- 34 Nielsen BK (red.). *Sygeplejebogen, Klinisk sygepleje, 2. Del*, Gads Forlag, 2. Udgave, 2008:522.
- 35 Kjøller M, Ramussen NK. *Sundhed og sygelighed*. Statens Institut for Folkesundhed. 2002.
- 36 Platz M. Et ældreliv i ensomhed? *Socialforskning* 2003; 2:12-13. Gerontologisk institut. 2005.
- 37 Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed. 2006.
- 38 Yasuda N et al. Relations of social network, *Am J of epidemiol.* 1997;145:516-523
- 39 *Sundhed og sygelighed i Danmark*. Statens Institut for Folkesundhed. 2006
- 40 Swane CE. *Gamle menneskers hverdagsliv*. Gerontologi. Livet som gammel. Munksgaard. 2007.
- 41 Holstein B. Sociale relationer og helbred. I: Avlund K et al.(red). *Forebyggelse i alderdommen*. Dansk gerontologisk selskab (2000).
- 42 Medina-Bombardo D, Segui-Diaz M, Roca-Fusalba C et al. What is the predictive value of urinary symptoms for diagnosing urinary tract infection in women? *Fam Pract* 2003 Apr;20(2):103-7.
- 43 Little P, Moore MV, Turner S et al. Effectiveness of five different approaches in management of urinary tract infection: randomised controlled trial. *BMJ* 2010;340:c199.
- 44 Kirchoff M, Damkjær K. Urininkontinens og andre vandladningsproblemer. *Geriatrici – en tværfaglig udfordring*. Kapitel 6. 2004. Munksgaard.
- 45 Bjerrum L, Grinsted P, Højbjerg T. Diagnostik af urinvejsinfektion i almen praksis *Månedsskift for Praktisk Lægegering*. 2012;2. 134.

- 46 Lammers RL, Gibson S, Kovacs D et al. Comparison of test characteristics of urine dipstick and urinalysis at various test cutoff points. *Ann Emerg Med* 2001 Nov;38(5):505-12.
- 47 Deville WL, Yzermans JC, van Duijn NP et al. The urine dipstick test useful to rule out infections. A meta-analysis of the accuracy. *BMC Urol* 2004 Jun 2;4:4.
- 48 St JA, Boyd JC, Lowes AJ et al. The use of urinary dipstick tests to exclude urinary tract infection: a systematic review of the literature. *Am J Clin Pathol* 2006 Sep;126(3):428-36.
- 49 Kostis JB, Espeland MA, Appel L et al. Does withdrawal of antihypertensive medications increase the risk of cardiovascular events? *The American Journal of Cardiology* 1998;82:1501-8.
- 50 Beckett NS, Peters R, Fletcher AE et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008;358:1887-98.
- 51 Scott J, Denardo, MD, Gong Y et al. Blood Pressure and Outcomes in Very Old Hypertensive Coronary Artery Disease Patients: An INVEST Substudy, *The American Journal of Medicine* (2010) 123, 719-726.
- 52 Ogiwara T, Matsuoka H, Rakugi H. Practitioner's Trial on the Efficacy of Antihypertensive Treatment in Elderly Patients with Hypertension II (PATE- Hypertension II study). *Geriatr Gerontol Int* 2011;11: 414-421.
- 53 Saito I, Suzuki H, Kageyama S et al. *Clinical and Experimental Hypertension*, 33(5):275–280, (2011).
- 54 Bejan-Angoulvanta T, Saadatian-Elahia M, Wright JM et al. *Journal of Hypertension* 2010, 28:1366–1372.
- 55 Beckett N, Peters R, Tuomilehto J et al. People aged 80 or more with sustained systolic blood pressures of 160 mm Hg or more benefit from blood pressure lowering treatment. *BMJ* 2012;344.
- 56 Hermida RC, Ayala DE, Mojon A. Decreasing sleep-time blood pressure determined by ambulatory monitoring reduces cardiovascular risk. *J Am Coll Cardiol* 2011;58:1165-73.
- 57 Ibsen H. Natblodtryk som nyt behandlingsmål. *Ugeskr Læger* 2012;174(3):109.
- 58 <http://diss.kib.ki.se/2007/978-91-7357-166-1/thesis.pdf>
- 59 Bjerrum L, Andersen M, Petersen G et al. *Scand J Prim Health Care*. 2003;21(3):153-8.
- 60 Fox C, Richardson K, Maidment ID et al. Anticholinergic medication use and cognitive impairment in the older population: The medical research council cognitive function and ageing study. *Journal of the American Geriatrics Society* 2011; 1-7.
- 61 Gillespie U, Alasaad A, Henrohn D et al. A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older. *Arch intern med* 2009; 169: 894-900.
- 62 Graves T, Hanlon JT, Schmader KE et al. Adverse events after discontinuing medications in elderly outpatients. *Arch Intern Med* 1997;157:2205-10.
- 63 Cohen-Mansfield J, Lipson S, Werner P et al. Withdrawal of haloperidol, thioridazine, and lorazepam in the nursing home: a controlled, double-blind study. *Arch Intern Med*. 1999;159:1733-40.
- 64 Kostis JB, Espeland MA, Appel L et al. Does withdrawal of antihypertensive medications increase the risk of cardiovascular events? *The American Journal of Cardiology* 1998;82:1501-8.
- 65 Kroenke LTCK, Pinholt EM. Reducing polypharmacy in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:31-36.
- 66 Straand J, Sandvik H. Stopping long-term drug therapy in general practice. How well do physicians and patients agree? *Family Practice* 2001;18:597-601.
- 67 Fick DM, Cooper JW, Wade WE et al. Updating the Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Arch Intern Med* 2003; 2716-24.

- 68 Gallagher P, Ryan C, Byrne C et al. STOPP (Screening Tool of Older Persons Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008; feb; 46(2): 72-83.
- 69 NORGEP: Rognstad S, Brekke M, Fetveit A et al. The Norwegian General Practice (NORGEP) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. *Scan J Primary Health Care* 2009; 27: 153-9.
- 70 Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi. Socialstyrelsen 2003. Opdateret 2010. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18085/2010-6-29.pdf>
- 71 ACB-list: Boustani MA, Campbell NL, Munger S, Maidment I, Fox GC. Impact of anticholinergics on the aging brain: a review and practical application. *Aging Health*. 2008;4(3):311-20.
- 72 Hallas J, Harvald B, Worm J et al. Drug related hospital admissions. Results from an intervention program. *Eur J Clin Pharmacol*. 1993;45:199-203.
- 73 se forslag på http://irf.dk/dk/publikationer/vejledninger/nedtrapning_af_benzodiazepiner_og_benzodiazepin-lignende_stoffer
- 74 Salg af dosisdispenseret medicin i den primære sundhedssektor 2004-2008. København: Lægemiddelstyrelsen 2009.
- 75 Sundhedsstyrelsens regler om dokumentation i forbindelse med dosisdispensering <http://www.sst.dk/~media/338C94F1FE6A44D68FE894969F469B4B.ashx>
- 76 <http://laegemiddelstyrelsen.dk/da/topics/detail-og-nethandel/apoteker/dosisdispensering/liste-over-dosisdispenserede-laegemidler>
- 77 Bekendtgørelse om recepter. BEK nr. 1221 af 07/12/2005. Lægemiddelstyrelsen 2005.
- 78 Bekendtgørelse om dosisdispensering af lægemidler BEK nr. 80 af 05/02/2003 <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=9526>
- 79 Antal personer der får dosisdispenserede lægemidler. Lægemiddelstyrelsen.dk, 30. januar 2012. <http://laegemiddelstyrelsen.dk/da/topics/detail-og-nethandel/apoteker/dosisdispensering/antal-personer-der-faar-dosisdispenseret-laegemidler>.
- 80 Hellebek A, Fonnesbæk L. Dosisdispensering synliggør polyfarmacipatientens problemer (Leder). *Ugeskr Læger* 2011;173:1940.
- 81 Thomsen LA, Christensen KH, Herborg H et al. Medicineringsfejl og utilsigtede hændelser ved dosispakket medicin. Et delstudie til projektet "Fra maskine til mund: Hvordan kan dosisdispensering føre til øget sikkerhed og øget effektivitet?". Arbejdsrapport Pharmakon og Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2011.
- 82 Maskinel dosisdispensering i primærsektoren: Elementer af en medicinsk teknologivurdering. Sammenfattende rapport. Maj 2005.
- 83 Brug medicinen bedre. Lægemiddelstyrelsen 2004.
- 84 DOPAK rapporten. Dosis pakning af medicin. Ringkøbing Amt. November 2006.
- 85 Midlöv P, Bahrani L, Seufali M et al. The effect of medication reconciliation in elderly patients at hospital discharge. *Int J Clin Pharm* 2012;34:113-19.
- 86 Reuther LØ, Lysen C, Faxholm M et al. Dosisdispensering er en kilde til medicineringsfejl ved sektorskift. *Ugeskr Læger* 2012; 3.

- 87 Lægemiddelrelaterede problemer hos +65 årige brugere af antipsykotika på plejehjem eller i hjemmeplejen. Rapport. Frederiksborg amt december 2006.
- 88 Mallet L, Spinewine A, Houang A. The Challenge of managing drug interaction in elderly people. *Lancet* 2007; 370: 185–91.
- 89 http://www.goldstandardsframework.nhs.uk/Resources/Gold%20Standards%20Framework/PIG_Paper_Final_revised_v5_Sept08.pdf
- 90 Heart Protection Study Collaborative Group. Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2002 Jul 6;360(9326):7-22.
- 91 Hjerteinsufficiens. Vejledning fra Dansk Cardiologisk Selskab <http://cardio.dk/rapporter/kliniske>
- 92 Seshasai SR, Wijesuriya S, Sivakumaran R et al. Effect of Aspirin on Vascular and Nonvascular Outcomes: Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Arch Intern Med*. 2012;172:209-16.
- 93 Reuther L, Kampmann JP, Christensen HR et al. Polyfarmaci og behandlingsprioritering - "Vovede eksempler". *IRF* 9,10;2010.
- 94 http://www.goldstandardsframework.nhs.uk/Resources/Gold%20Standards%20Framework/PIG_Paper_Final_revised_v5_Sept08.pdf

Generelt om DSAM's kliniske vejledninger

DSAM har udgivet kliniske vejledninger siden 1999. Vejledningerne er tænkt som en hjælp fra praktiserende kolleger til praktiserende kolleger.

Formålet med vejledningerne er at indsamle og gennemgå aktuel viden på et givet område, og ud fra en almenmedicinsk synsvinkel at skaffe et overblik over denne. Vejledningerne opstiller relevante forslag til, hvordan læge og patient i fællesskab – ud fra individuelle og lokale forhold – kan imødekomme en given problemstilling. De kliniske vejledninger angiver således generelle retningslinjer for god klinisk adfærd, men vil altid kun være en del af det samlede grundlag, der indgår i en beslutningsproces. Vejledningen er et værktøj til prioritering af undersøgelse, behandling og pleje ud fra behandlingseffekt, omkostninger og risikovurderinger, således at lægen og patienten i fællesskab kan træffe beslutning ud fra patientens eget værdigrundlag. En klinisk vejledning er således én måde at håndtere en klinisk problemstilling på – ikke en juridisk bindende instruks.

DSAM's håb er, at de kliniske vejledninger kan bidrage til kvalitetsudvikling af og efteruddannelse inden for faget. Vejledningerne skal derfor omhandle relevante og hyppigt forekommende kliniske problemstillinger, hvor der råder usikkerhed. Emner for vejledningerne udvælges af DSAM's Koordinationsgruppe for kliniske vejledninger og godkendes af DSAM's bestyrelse. Vejledningerne udarbejdes af praktiserende læger i samarbejde med relevante samarbejdspartnere. DSAM tilstræber, at vejledningerne er evidensbase-rede, handlingsorienterede, forståelige og fleksible i forhold til den praktiserende læges hverdag. I forbindelse med udgivelse af nye vejledninger tilstræber DSAM i videst muligt omfang at stimulere implementeringsaktiviteter, men omsætningen af vejledningernes ord til handling vil i altovervejende grad afhænge af lokale aktiviteter og tiltag. Vejledningerne både kan og bør tilpasses lokale forhold.

Yderligere information om DSAM's kliniske vejledninger kan findes på www.dsam.dk

Den ældre patient

I 2010 blev det fra politisk side besluttet, at der skulle være fokus på den ældre medicinske patient. Denne komplekse patient-gruppe var ofte henvist til at ligge på hospitalsgangene, og mange var druknet i pakkeforløb for andre sygdomme. I 2011 var DSAM repræsenteret i Sundhedsstyrelsens arbejdsgrupper om den ældre medicinske patient. Da arbejdet var slut, stod det klart for DSAM's repræsentanter, at der var områder inden for varetagelsen af ældres helbredsproblemer i almen praksis, der kunne forbedres.

DSAM's koordinationsgruppe for kliniske vejledninger iværksatte derfor i maj 2011 dette arbejde som fagligt input til den ventede nationale handlingsplan *Styrket indsats for den ældre medicinske patient*. Handlingsplanen blev vedtaget i Folketinget den 22. december 2011.