



Akutt syke eldre i koronaens tid

DEBATT

MARIUS MYRSTAD

Marius Myrstad er ph.d., spesialist i indremedisin og i geriatri og overlege ved Seksjon for geriatri, slag og rehabilitering, Bærum sykehus, Vestre Viken.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen interessekonflikter.

ANETTE HYLEN RANHOFF

E-post: anette.ranhoff@uib.no

Anette Hylene Ranhoff er spesialist i indremedisin og i geriatri, professor i geriatri ved Universitetet i Bergen og overlege ved Medisinsk avdeling, Diakonhjemmet Sykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Covid-19-pandemien vil ramme eldre og sette helsepersonell på prøve. Vi vil minne om noen hovedprinsipper i akuttgeriatrisk medisin.

Erfaringene fra Kina og Nord-Italia viser at mange av de eldste blant oss vil oppleve alvorlig sykdom som følge av covid-19, og at dødeligheten er høyest blant pasienter over 80 år (1). Blant de eldste er andelen med komorbiditet høyere enn i yngre aldersgrupper. Flere eldre er underernærte og har redusert reservekapasitet eller de har kronisk svikt i ett eller flere organsystemer. Både kronisk sykdom og fysiologiske aldringsforandringer bidrar til at eldre og skrøpelige er mer utsatte for å bli alvorlig syke av både influensa, covid-19 og andre infeksjoner. Ved influensa, pneumonier og sepsis er dødeligheten høyere hos eldre enn hos yngre. Derfor er det ikke uventet at dødeligheten er høy også blant eldre med covid-19.

Eldre har ofte atypiske symptomer

Hos eldre har akutt sykdom, særlig infeksjoner, ofte diskrete og diffuse symptomer. Vanlige innleggelsesdiagnoser i denne pasientgruppen er akutt funksjonssvikt, fall og delirium. Dehydrering og ernæringssvikt kan dominere symptom bildet, men er ofte forårsaket av mangelfullt væske- og næringsinntak på grunn av en akutt underliggende sykdom. I et kvalitetsforbedringsprosjekt blant pasienter innlagt på akuttgeriatrisk avdeling fant vi at én av tre hadde delirium og at én av fire hadde falt siste døgn før innleggelse (2). Disse symptomene er svært hyppige blant akutt syke gamle og vil trolig også være dominerende ved covid-19. Feber og hoste kan mangle eller være mindre fremtredende. Et viktig klinisk tegn ved covid-19 er imidlertid hypoksemi, som kan være mekanismen bak både delirium og annen akutt funksjonssvikt (3).

Diffuse symptomer hos eldre vil utfordre våre diagnostiske vurderinger. Hvem skal testes for covid-19, og hvem skal ikke testes? Vårt råd er at indikasjonene for prøvetaking bør være svært liberale for eldre med akutt funksjonssvikt, også når feber mangler. Sikker diagnostikk vil gjøre oss best mulig rustet til å ta beslutninger om behandling.

Vårt råd er at indikasjonene for prøvetaking bør være svært liberale for eldre med akutt funksjonssvikt, også når feber mangler

Alder skal ikke være eneste kriterium

Prioriteringer i helsevesenet er blitt kraftig aktualisert av covid-19-pandemien. Vi mener at alder som eneste kriterium for prioritering er lite hensiktsmessig. Gamle som tilhører den sprekeste undergruppen i sin alder, kan ha like lang forventet levetid som en syk og sårbar yngre person. Det er derfor viktig å vurdere skrøpeligheit og komorbiditet hos akutt syke for å avgjøre behandlingsnivå. Vanligvis har vi i geriatrien både tid og ressurser til å gjøre slike prioriteringer ved hjelp av en bred og tverrfaglig geriatriisk vurdering (4). Det vil vi trolig ikke ha mulighet til dersom svært mange eldre blir syke samtidig.

Typiske kjennetegn hos skrøpelige pasienter er vekttap, kognitiv svikt, redusert mobilitet og svikt i dagliglivets funksjoner. Som hjelp til å vurdere skrøpeligheit foreslår vi å bruke et strukturert instrument. Clinical Frailty Scale (CFS) finnes på norsk (5), tar kort tid å gjennomføre og brukes allerede noe i akutt- og intensivmedisinen. Det har vist seg nyttig både som hjelpemiddel ved behandlingsbeslutninger (6) og til vurdering av prognose i akuttmottak (7).

Behandlingsbeslutninger må gjøres både i sykehjem, på legevakt og på sykehusavdelinger, uten tilgang på spesialkompetanse i geriatri eller et geriatriisk team. Noen vil nok hevde at sykehjempasienter med covid-19 ikke skal innlegges i sykehus. Det er imidlertid stor heterogenitet blant sykehjemsbeboere. Enkelte er relativt spreke eldre som er på korttidsplass til opptrening, andre har alvorlig demenssykdom og behov for hjelp i alle dagliglivets aktiviteter. Det er også lokale forskjeller i sykehjemmenes kapasitet til å behandle alvorlig syke. Det kan derfor være gode grunner til å legge akutt syke skrøpelige pasienter, både med og uten covid-19, inn på sykehus, selv om de ikke skal behandles på intensivavdeling. Derfor bør det gjøres individuelle vurderinger, og vi anbefaler at det nå gjennomføres forhåndssamtaler om behandlingsnivå for alle pasienter i sykehjem.

Livets slutfase

En bestemmelse om å ikke legge pasienten inn på sykehus eller å ikke gi intensivbehandling må ikke frata pasienten tilbud om god lindrende behandling og omsorg. Ved covid-19 er respirasjonssvikt og dyspné beskrevet som de alvorligste symptomene. Nasjonal veileder for lindrende behandling i livets slutfase inneholder konkrete og gode anbefalinger om symptomatisk behandling hos døende pasienter. For pasienter med dyspné i livets slutfase bør man alltid vurdere legemiddelbehandling med opioider, eventuelt med tillegg av et benzodiazepin ved samtidig angst og uro. Veilederen gir også nyttige innspill om kommunikasjon, samvalg og beslutningsprosesser (8).

Det finnes geriater i de fleste sykehus og vi ønsker å bidra med vurdering og beslutningsstøtte for våre kolleger, både i og utenfor sykehus.

LITTERATUR:

1. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* 2020 doi: 10.1001/jama.2020.2648. [PubMed][CrossRef]
2. Myrstad M, Watne LO, Johnsen NT et al. Delirium screening in an acute geriatric ward by nurses using 4AT: results from a quality improvement project. *Eur Ger Med* 2019; 10: 667–71. [CrossRef]
3. Rubin EJ, Baden LR, Morrissey S. Audio Interview: Making Decisions about Covid-19 Testing and Treatment for Your Patients. *N Engl J Med* 2020; 382: e25. [PubMed][CrossRef]
4. Parker SG, McCue P, Phelps K et al. What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. *Age Ageing* 2018; 47: 149–55. [PubMed][CrossRef]

5. Clinical Frailty Scale. Norsk versjon.
https://www.legeforeningen.no/contentassets/21ef25cf569d44749573de21a8d6bo43/clinical-frailty-scale-norsk_.pdf Lest 20.3.2020.
 6. Guidet B, de Lange DW, Boumendil A et al. The contribution of frailty, cognition, activity of daily life and comorbidities on outcome in acutely admitted patients over 80 years in European ICUs: the VIP2 study. *Intensive Care Med* 2020; 46: 57–69. [PubMed][CrossRef]
 7. O’Caoimh R, Costello M, Small C et al. Comparison of Frailty Screening Instruments in the Emergency Department. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16: 3626. [PubMed][CrossRef]
 8. Nasjonal veileder for lindrende behandling i livets slutfase.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase> Lest 20.3.2020.
-

Publisert: 25. mars 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0227

Mottatt 17.3.2020, godkjent 20.3.2020.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no