



Fastlegens rolle ved skrøpelighet hos hjemmeboende eldre personer

KRONIKK

INGEBJØRG LAVRANTSDATTER KYRDALEN*

Ingebjørg Lavrantsdatter Kyrdaalen er M.Sc. i geriatrisk helsearbeid og spesialist i fysioterapi for eldre ved Universitetet i Sørøst-Norge og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

INGERID LAUKLI*

E-post: ingeridl@gmail.com

Ingerid Laukli er M.Sc. i geriatrisk helsearbeid fra Universitetet i Sørøst-Norge og jobber som fysioterapeut i Drammen kommune. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

GEIR DUNSETH

Geir Dunseth er spesialist i allmenntilleggsmedisin i Holmestrand kommune og leder for praksiskonsulentordningen ved Sykehuset i Vestfold. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANETTE HYLEN RANHOFF

Anette Hylene Ranhoff er spesialist i indremedisin og i geriatri ved Medisinsk avdeling, Diakonhjemmet Sykehus og Avdeling for kroniske sykdommer og aldring, Folkehelseinstituttet, og professor i geriatri ved Universitetet i Bergen. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BJØRN HEINE STRAND

Bjørn Heine Strand er ph.d., biostatistiker og seniorforsker ved Avdeling for kroniske sykdommer og aldring, Folkehelseinstituttet og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HEIDI ORMSTAD

Heidi Ormstad er professor i biomedisin ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge og Fakultet for helsevitenskap, OsloMet – storbyuniversitetet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

* Ingebjørg Lavrantsdatter Kyrdaalen og Ingerid Laukli har bidratt i like stor grad til denne artikkelen.

Ved å måle ganghastighet hos eldre personer som kommer til ordinære konsultasjoner, kan fastlegen identifisere risiko for funksjonssvikt og skrøpelighet på et tidlig tidspunkt og differensiere videre oppfølging.



Illustrasjon: Itziar Barrios

Det er viktig å vite om risiko for funksjonssvikt. Da kan det settes i gang tiltak som opprettholder funksjon og dermed utsetter hjelpebehov. Måling av ganghastighet er et enkelt screeningverktøy for å avdekke skrøpelighet, inkludert fallrisiko og funksjonssvikt. Slik måling kan gjennomføres på legekantoret eller hjemme. Fastlegen forventes å ha en sentral rolle i det forebyggende arbeidet blant eldre personer. Fastlegens totale arbeidsbelastning, manglende strukturer for samarbeid med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester samt et takstsystem som ikke gir refusjon for forebyggende arbeid, kan imidlertid begrense legen i å fylle denne rollen.

Skrøpelighet – en folkehelseutfordring

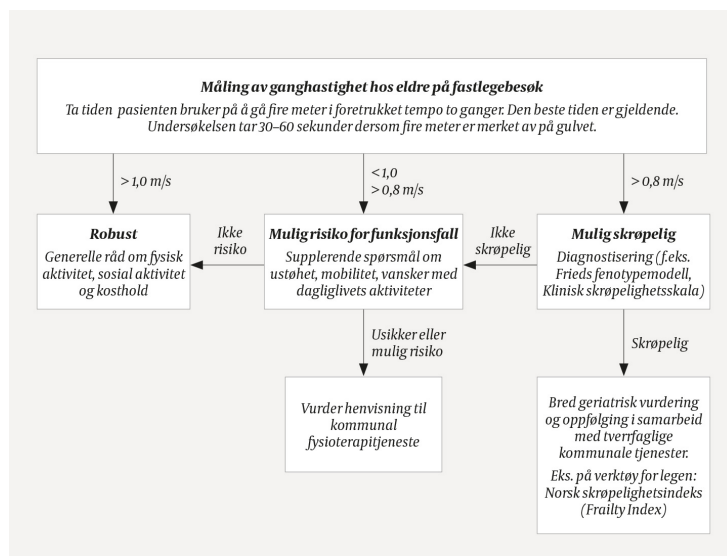
Skrøpelighet (*frailty*) er en påvisbar reduksjon av kroppens fysiologiske reservekapasitet som gir økt risiko for komplikasjoner og varig funksjonsfall ved skader og akutte sykdommer, eksempelvis ved mindre infeksjoner (1, 2). Omfanget av tilstanden utgjør store offentlige kostnader og er en folkehelseutfordring (3). Skrøpelighet er en overgangsfase i eldre år fra en tilstand med god helse og egenmestring til en tilstand med varig funksjonstap og hjelpebehov (4). Symptombildet kan være stille og til stede lenge før sykdom og funksjonssvikt manifesteres. Med forebygging og oppfølging kan man hindre eller utsette mange av de store helseutfordringene forbundet med aldring (2). Tilpasset fysisk trening, ernæringsintervensjon og optimalisert medisinsk behandling kan ha stor effekt (5).

Det er internasjonal konsensus for at det foreligger tilstrekkelig kunnskap til å anbefale screening for skrøpelighet for personer over 70 år (6). Skrøpelighet kan avdekkes med ulike måleverktøy, og det finnes flere raske og validerte screeningverktøy (1). I fravær av en gullstandard anbefales det å velge verktøy basert på populasjon og gjennomførbarhet (4). Måling av ganghastighet er et kjent verktøy i kommunal rehabilitering i Norge (7), og metoden kan gjennomføres i kontorlokaler eller i hjemmet. Ganghastighet under 0,8 m/s kan avdekke mulig skrøpelighet (8), og ganghastighet under 1,0 m/s kan avdekke risiko for fall hos hjemmeboende eldre (9). Ganghastighet er foreslått som et robust kjennetegn på biologisk alder, men det anbefales å benytte et supplerende testverktøy for å påvise skrøpelighet (6).

Tretrinnsmodell

I den europeiske handlingsplanen mot skrøpelighet (AdvantAge) er det beskrevet en tretrinns tilnærming for identifisering og oppfølging av skrøpelighet (6). Trinn 1 representerer screening for å skille mellom robuste personer og personer med mulig skrøpelighet, trinn 2 beskriver påvisning eller avkreftelse av skrøpelighet og trinn 3 en mer omfattende og gjerne tverrfaglig vurdering og oppfølgingsplan (Bred geriatrisk vurdering (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA)). Inspirert av handlingsplanen foreslår vi en

modell for identifisering og oppfølging av skrøpelighet og risiko for funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre personer, der trinn 1 er bruk av ganghastighet som screeninginstrument (figur 1). Vi vil også beskrive differensiert oppfølging etter kunnskapsbaserte grenseverdier for ganghastighet målt i meter per sekund (m/s).



Figur 1 Modell for å avdekke, påvise og følge opp skrøpelighet og risiko for funksjonssvikt hos hjemmeboende eldre personer, inspirert av den europeiske handlingsplanen mot skrøpelighet (AdvanTage).

Eldre personer som går raskere enn 1,0 m/s, vil med stor sannsynlighet ha god motstandskraft i møte med sykdom og belastninger. Disse kan ha nytte av generelle helsefremmende råd om ernæring og fysisk og sosial aktivitet.

Med forebygging og oppfølging kan man hindre eller utsette mange av de store helseutfordringene forbundet med aldring

Ganghastighet i intervallet 0,80–0,99 m/s indikerer redusert motstandskraft og økt risiko for fall og funksjonssvikt (9). Personen bør bli spurt om ustøhet, redusert mobilitet ute og om det er andre oppgaver i dagliglivet som oppleves som vanskelige. Tilpasset styrke- og balansetrening, gjerne i grupper, øker reservekapasiteten og forebygger fall og funksjonssvikt (5, 10). Å kontakte kommunens fysioterapitjeneste for å få utfyllende funksjonsvurdering og diskutere mulig deltagelse i tilrettelagte treningstilbud kan være nyttig.

Eldre personer som går saktere enn 0,8 m/s, bør undersøkes videre for å vurdere skrøpelighet. Dersom skrøpelighet påvises, bør bred geriatrisk vurdering tilbys (6). Bred geriatrisk vurdering er en tverrfaglig vurdering av fysisk, psykisk, kognitiv og sosial funksjon. Vurderingen danner grunnlag for skreddersydde intervensjoner som kan utsette hjelpebehov og bidra til flere gode leveår (1, 6). Da det er få geriatere i kommunehelsetjenesten, anbefales det som hovedregel at fastlegen i samarbeid med øvrig kommunehelsetjeneste identifiserer og følger opp personer som er i risiko for alvorlige helseutfordringer (6, 11). Eldre personer med komplekse medisinske problemer og skrøpelighet foreslås henvist til en geriatrisk poliklinikk.

Når bør eldre personer screenes?

Å sette et tidspunkt eller en aldersgrense for når screening for skrøpelighet er nyttig og meningsfullt, er utfordrende. Noen europeiske land praktiserer screening i ordinære møter med lege og annet helsepersonell fra 70 år (6). Skrøpelighet forekommer imidlertid også hos voksne under 70 år, og lav sosioøkonomisk status er forbundet med høyere prevalens av skrøpelighet ved lavere alder (1).

En norsk studie har vist at eldre personer som for første gang søker helsetjenester i hjemmet

i stor grad har skrøpeligheit (12). Den høye forekomsten av skrøpeligheit i denne pasientgruppen synleggjør behovet for å avdekke risiko for funksjonssvikt og påvise skrøpeligheit på et tidlig tidspunkt. I en norsk tverrsnittsstudie fant man signifikante sammenhenger mellom lav ganghastighet og modifiserbare risikofaktorer for fall og funksjonssvikt blant hjemmeboende personer i slutten av 70-årene som mottok forebyggende hjemmebesøk (13). Disse studiene støtter opp om screening for skrøpeligheit på et tidlig tidspunkt, og vi foreslår 70 år som en naturlig alder.

Organisering av screening

Fastlegene følger opp sine pasienter over tid. Derfor er det i den europeiske handlingsplanen mot skrøpeligheit foreslått at fastlegen får en nøkkelrolle i forebygging, påvisning og behandling av skrøpeligheit hos hjemmeboende eldre personer (6). Hvorvidt dette er en riktig prioritering, må sees i sammenheng med utviklingen av fastlegeordningen, som er under press (11, 14). I regjeringens handlingsplan for allmennlegetjenesten er det skissert at man skal sørge for å avlaste fastlegene og samtidig legge til rette for at de kan møte innbyggernes behov (14). Takstsystemet skal også gjennomgå for å understøtte faglig riktig praksis.

Det er uetisk både for den eldre personen og for fastlegen å kartlegge risikofaktorer der det ikke eksisterer oppfølgingstilbud (11). Til tross for at forebyggende tjenester er en hovedstrategi for å møte den forventede økningen av eldre personer i befolkningen, opplever både fastlegene og øvrige kommunehelsetjenester vanskeligheter med å oppfylle kravene om å tilby sammenhengende, tverrfaglige og forebyggende tjenester (11, 15). Det er opprettet flere kunnskapsbaserte forebyggende oppfølgingstilbud av kommunale fysioterapitjenester, og noen kommuner har tverrfaglige team for eldre personer med skrøpeligheit. Det skal legges til rette både for et kompetanseløft og for tjenesteutvikling av kommunehelsetjenesten (16).

Utprøving av modellen

Med bakgrunn i betydningen av å oppdage skrøpeligheit på et tidlig stadium, har vi beskrevet en modell for hvordan dette kan gjennomføres i praksis. Personer over 70 år som kommer til ordinære konsultasjoner hos sin fastlege, får målt ganghastighet og tilbys oppfølging i henhold til modellen. Som diagnoseinstrument er validerte verktøy oversatt til norsk det mest aktuelle, eksempelvis Frieds fenotypemodell (Fried's Frailty phenotype) og Klinisk skrøpeligheitsskala (Clinical Frailty Scale). Det anbefales at en screeningstest for kognitiv svikt, for eksempel Mini-Cog, også inngår (17). Norsk skrøpeligheitsindeks (Frailty Index) er et omfattende verktøy basert på en bred geriatrisk vurdering. Denne egner seg best i trinn 3. Hvis modellen skal prøves ut, vil det kreve samarbeid mellom noen fastlegepraksiser og lokal kommunehelsetjeneste. Spesialisthelsetjenesten med geriatrisk kompetanse bør også involveres.

Studier støtter opp om screening for skrøpeligheit på et tidlig tidspunkt, og vi foreslår 70 år som en naturlig alder

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–23 beskriver opprettelse av helsefelleskap som en metode for å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte (18). I planen er det også foreslått å opprette egne faglige samarbeidsutvalg, og eldre personer med skrøpeligheit er en av fire prioriterte grupper for slike samarbeidsutvalg. Vår foreslåtte modell passer godt med målene i denne planen, og kanskje kan faglige samarbeidsutvalg for eldre med skrøpeligheit være en arena for utvikling av modellen.

For en vellykket nasjonal implementering av den europeiske handlingsplanen mot skrøpeligheit, mener vi bedre rammevilkår for fastlegene og et reelt kompetanseløft for samtlige helseprofesjoner i kommunen er en forutsetning. Strukturer for tverrfaglig dialog og bred geriatrisk vurdering i kommunene må utvikles, og tilbudet av styrkende lavterskelaktiviteter som bidrar til egenmestring i alderdommen, må utvides.

LITTERATUR:

1. Hoogendijk EO, Afilalo J, Ensrud KE et al. Frailty: implications for clinical practice and public health. *Lancet* 2019; 394: 1365–75. [PubMed][CrossRef]
2. World Report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization, 2015. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463;jsessionid=A17A30C688334C7BADB3A8B2951AAD59?sequence=1> Lest 22.12.2020.
3. Dent E, Martin FC, Bergman H et al. Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. *Lancet* 2019; 394: 1376–86. [PubMed][CrossRef]
4. Cesari M, Prince M, Thyagarajan JA et al. Frailty: An emerging public health priority. *J Am Med Dir Assoc* 2016; 17: 188–92. [PubMed][CrossRef]
5. Apóstolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E et al. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. *JBIM Database Syst Rev Implement Reports* 2018; 16: 140–232. [PubMed][CrossRef]
6. Rodríguez-Laso Á, Mora MÁC, Sánchez IG et al. State of the art report on the prevention and management of frailty. *ADVANTAGE/Managing frailty/EU*, 2018. https://www.advantageja.eu/images/SoAR-AdvantageJA_Fulltext.pdf Lest 22.12.2020.
7. Vabø M, Vik K. Sammen for en aktiv hverdag. Hverdagsrehabilitering i Eigersund og Karmøy kommune – erfaringer og refleksjoner fra et forskningssamarbeid. NOVA-rapport 17/2017. Oslo: NOVA, 2017. <https://fagarkivet.oslomet.no/bitstream/handle/20.500.12199/5121/Nettversj-Sammen-om-en-aktiv-hverdag-NOVA-Rapport-17-17-bokmerk.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Lest 22.12.2020.
8. Clegg A, Rogers L, Young J. Diagnostic test accuracy of simple instruments for identifying frailty in community-dwelling older people: a systematic review. *Age Ageing* 2015; 44: 148–52. [PubMed][CrossRef]
9. Middleton A, Fritz SL, Lusardi M. Walking speed: the functional vital sign. *J Aging Phys Act* 2015; 23: 314–22. [PubMed][CrossRef]
10. Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 1: CD012424. [PubMed][CrossRef]
11. Rønnevik DH, Pettersen B, Grimsø A. Fastlegenes rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid – som utøver og lyttepost. Haugesund/Trondheim: NTNU, 2020. <https://www.ks.no/globalassets/Allmennlegenes-rolle-i-helsefremming-og-forebygging-endelig-nett.pdf> Lest 22.12.2020.
12. Laukli I, Sandvik L, Ormstad H. Frailty assessment of older adults, first-time applicants of public home care service in Norway. *Scand J Prim Health Care* 2021; 38: 1–7. [PubMed][CrossRef]
13. Kyrødalen IL, Thingstad P, Sandvik L et al. Associations between gait speed and well-known fall risk factors among community-dwelling older adults. *Physiother Res Int* 2019; 24: e1743. [PubMed][CrossRef]
14. Handlingsplan for allmennlegetjenesten, Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert, 2020–2024. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2020. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten/id2701926/> Lest 22.12.2020.
15. Dale B, Folkestad B, Førland O et al. Er tjenestene fortsatt «på strekk»? – Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003 til 2015. Senter for omsorgsforskning, 2015. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2375414> Lest 22.12.2020.
16. Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/> Lest 22.12.2020.
17. Rostoft S, Skaar E. Er pasienten min skrøpelig? *Indremedisinen* 2016, nr. 4: 26–9. <https://indremedisinen.no/2017/01/er-pasienten-min-skrøpelig/> Lest 22.12.2020.
18. Meld. St. 7 (2019–2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/> Lest 22.12.2020.

Publisert: 8. mars 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0582
Mottatt 7.6.2020, første revisjon innsendt 13.10.2020, godkjent 22.12.2020.
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no