

Klinisk vejledning for almen praksis

Den ældre skrøbelige patient

Den ældre skrøbelige patient

Copyright © Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)

2. udgave, 1. oplag 2023

ISBN (trykt): 978-87-91244-32-2

ISBN (elektronisk): 978-87-91244-31-5

Arbejdsgruppens medlemmer

Marianne Dam Lentz, praktiserende læge i Aarhus (formand for arbejdsgruppen)

Anne Holm, praktiserende læge og adjunkt ved Københavns Universitet

Anne Søndergaard, praktiserende læge i Aarhus

Karen-Dorthe Bach Nielsen, praktiserende læge i Ebeltøft

Janne Unkerskov, praktiserende læge i Albertslund

Karolina Lewandowska, praktiserende læge i Viby, Sjælland

Marie Balsløv Lillevang, hoveduddannelseslæge i almen medicin, Region Syddanmark

Merete Mølberg, praktiserende læge i Skævinge

Tak til Mikkel Vass for inspiration og hjælp til særligt begrebet frailty og Clinical Frailty Score.

Tak til cheflæge Catherine Foss fra afdelingen Ældrepsykiatri, Aarhus Universitetshospital.

Tak til Anton Pottegård og resten af ODIN-gruppen (Odense Deprescribing INitiative) for input.

Sekretariatsbistand

Anders Beich, vejledningsredaktør

Annette Gehrs, webmedarbejder

Sanne Bernard, sekretær

Anette Sonne Nielsen, chefkonsulent

Forlagsredaktion

Lone Niedziella, LingoLab Translation

Grafisk tilrettelæggelse og illustrationer

Jannerup Grafisk

Trykkeri

Scandinavian Print Group

Finansiering

Vejledninger i regi af DSAM udarbejdes for midler, som er afsat via "Overenskomst om almen praksis".

Denne vejledning kan bestilles hos:

Månedsskrift for almen praksis (MPL), mpl@mpl.dk

En elektronisk udgave kan hentes på DSAM's hjemmeside, www.dsam.dk

Forord

Arbejdsgruppens opgave har været at revidere og forkorte vejledningen fra 2012, som vi har taget udgangspunkt i. Siden 2012 har vi fået bl.a. kommunale akutfunktioner, Fælles Medicin Kort (FMK), videokonsultationer og korrespondancemodul. Det har givet almen praksis et bedre overblik og skabt bedre kvalitet i arbejdet med den ældre patient.

Vejledningen fra 2012 har et kort afsnit om *frailty*. I denne opdaterede vejledning udfolder vi begrebet *frailty*, som vinder indpas i mange medicinske specialer. Vi mener, at en udvidet brug af begrebet kan hjælpe praktiserende læger til at give ældre skrøbelige patienter bedre og mere kvalificeret lægehjælp.

Vi mener også, at det kan medvirke til at finde den del af de ældre, der har størst behov for støtte.

Frailty benævnes også skrøbelighed. I denne vejledning bruger vi *frailty* og skrøbelighed synonymt.

Videnskabelige studier viser, at visse områder kan optimeres i forhold til den ældre patient i Danmark:

- Danmark er et af de lande i Europa, der udskriver mest medicin mod urinvejsinfektion (UVI) på plejehjem.
- Vores ældste patienter får ofte meget medicin – helt op til deres død.
- Nogle af vores patienter får for meget, for lidt eller forkert medicin.
- Hos plejehjemspatienter tages der for sjældent stilling til evt. fravalg af genoplivning ved hjertestop.

Denne vejledning adresserer ovenstående problemstillinger.

De mest sårbare ældre patienter får ikke altid organspecifikke symptomer, f.eks. giver en lungebetændelse ikke nødvendigvis hoste eller åndenød. Derfor kan det være sværere at stille den korrekte diagnose hos de skrøbelige patienter, og herved adskiller denne gruppe sig fra vanlig diagnostik.

Vejledningen indeholder **ikke** afsnit om organspecifikke sygdomme eller behandlinger, som er beskrevet i opslagsværker, som vi i forvejen bruger i dagligdagen i almen praksis (f.eks. DSAM's vejledninger, Lægehåndbogen og forløbsbeskrivelser). Vejledningsgruppen har diskuteret dette emne intenst og har opvejet fordele og ulemper. Vi konkluderede, at det er sygdomspræsentationen hos den ældre patient, der er særlig for aldersgruppen. Derfor har vi valgt at fokusere på det, mens behandlingen af de enkelte sygdomme fremgår af andre opslagsværker).

Vi håber, at vores kolleger vil finde vejledningen brugbar. Vi håber også, at *frailty*-begrebet kan vinde indpas i almen praksis som et redskab til at være proaktiv og herigennem skabe endnu større kvalitet i behandlingen af den ældre skrøbelige patient.

Den elektroniske udgave vil inkludere diverse links.

Venlig hilsen

Marianne Dam Lentz, praktiserende læge i Aarhus (formand for arbejdsgruppen)

Anne Holm, praktiserende læge og adjunkt ved Københavns Universitet

Anne Søndergaard, praktiserende læge i Aarhus

Karen-Dorthe Bach Nielsen, praktiserende læge i Ebeltoft

Karolina Lewandowska, praktiserende læge i Viby, Sjælland

Marie Balsløv Lillevang, hoveduddannelseslæge i almen medicin,
Region Syddanmark

Merete Mølberg, praktiserende læge i Skævinge

Janne Unkerskov, praktiserende læge i Albertslund

Generelt om DSAM's kliniske vejledninger

De faglige vejledninger fra DSAM behandler udvalgte aspekter af forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering for specifikke patientgrupper, hvor der er fundet særlig anledning til at afdække evidensen i forhold til, om en behandling er gavnlig, skadelig eller måske bare utilstrækkeligt undersøgt.

DSAM's kliniske vejledninger er det almenmedicinske fags bedste bud på systematisk udarbejdede faglige anbefalinger, der kan bruges til at understøtte de sundhedsfaglige skøn, som udøves af læger og andet sundhedspersonale i almen praksis. Vejledningerne indeholder faglige vurderinger og anbefalinger, som er udarbejdet på baggrund af såvel evidens som erfaringer med god klinisk praksis. De er ment som inspiration til det daglige virke – ikke som påbud eller forpligtende krav. Sprogligt er dette understreget med brug af ordet *kan*, fremfor *skal* eller *bør*.

Det stigende antal faglige guidelines fra forskellige kilder gør, at det i mange situationer kan være flertydigt, hvad der repræsenterer god praksis. En del patienter har flere sygdomme. Derfor bliver opgaven for lægen ofte at prioritere, hvilke elementer af evidens, faglige guidelines og medicinsk behandling der er relevante at inddrage for den enkelte. Denne prioritering sker på baggrund af kendskab til patienten og med inddragelse af dennes situation, ønsker og præferencer. Som følge heraf kan det variere betydeligt, hvad der i den konkrete situation kan opfattes som den bedst mulige behandling for den enkelte patient.

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

Indhold

Forord	3
Generelt om DSAM's kliniske vejledninger	5
Indledning	8
Etiske overvejelser	8
Den aldrende krop	9
Sygdomspræsentation hos den ældre patient	10
Homøostase	12
Frailty	13
Skrøbelighed i almen praksis	14
Identifikation af den skrøbelige patient	14
Måleredskaber til identifikation og graduering af skrøbelighed	16
Rejse-sætte-sig-test	19
Håndtering af den skrøbelige patient	19
Behandling af skrøbelighed og forebyggelse af tab af funktionsevne	20
Det kommunalt-lægelige samarbejde om rehabilitering	21
Medicin	22
Lægemidler hos ældre	22
Antikolinerge lægemidler	23
Afmedicinering	23
Medicinanamnese, medicingennemgang og ajourføring af FMK	24
Medicinadministration og dosisdispensering (DD)	25
Behandling af akut sygdom	26
Symptomer ved akut sygdomspræsentation	26
Diagnostisk tilgang ved akut sygdom	26
Det kommunalt-lægelige samarbejde om akutte symptomer	27
Indledende vurdering	28

Den skrøbelige hjerne	29
Delir – det akutte hjernesvigt	29
Symptomer ved delir	30
Udredning ved delir	30
Forebyggelse af delir	30
Håndtering af delir	31
Medicinsk behandling af delir	31
Kørselsforbud - midlertidigt eller varigt	32
Journalføring af kørselsforbud	32
Samtale om kørselsforbud	32
Opsøgende hjemmebesøg	33
Målgruppe	33
Formål	33
Opfølgende hjemmebesøg	34
Årsstatus og behandling af kronisk sygdom	34
Overblikstatus	35
Døden	36
Genoplivning	36
Behandlingsniveau	38
Referencer	39
Bilagsoversigt	44
Bilag 1. Baggrund for valg af Clinical Frailty Scale	45
Bilag 2. UVI og ældre	46
Bilag 3. Centrale punkter ved opsøgende hjemmebesøg	46
Bilag 4. Rejse-sætte-sig-test (RSS)	47
Bilag 5. Clinical Frailty Scale (CFS)	50
Bilag 6. Relevant lovgivning	51

Indledning

Denne vejledning har til formål at opdatere speciallæger i almen medicin, uddannelseslæger og andre sundhedsfaglige med ny viden om, hvordan man kan vurdere, udrede og behandle den ældre patient fra en almenmedicinsk vinkel.

Som udgangspunkt omfattes alle skrøbelige ældre patienter – uden skarpe alderskriterier – af vejledningen.

Gennem den største del af livet og alderdommen er almen medicin det medicinske speciale, der repræsenterer nærhed, kontinuitet og overblik for de fleste. Almen medicin er et speciale, der kan rumme såvel en enkelt sygdom som flere samtidige sygdomme hos den ældre patient. Specialet er indlejret i en bio-psyko-social tilgang med fokus på det hele menneske. Blandt andet derfor er den personcentrerede tilgang vigtig for vi praktiserende læger.

Det er almen praksis, der kan identificere og handle på nedsættelse af funktionsevne hos den ældre i dagligdagen. Det er også den praktiserende læge, der vurderer, hvornår andre specialer skal inddrages i vurderingen af patienten – særligt, hvornår gerontologien som helhed bør sættes ind.

Det er intentionen med vejledningen, at vi praktiserende læger kan få ny viden om og inspiration til, hvordan den ældre patient kan vurderes og behandles. Dermed kan vi bedre sikre, at også den ældre patient får så relevant en behandling som overhovedet muligt.

Etiske overvejelser

Når praktiserende læger rådfører sig med vagthavende geriater, er årsagen ofte dilemmaer om, hvorvidt man kan **undlade** at følge vejledninger og forløbsbeskrivelser.

Der kan være behov for sparring om udredning og behandling – både hastighed og omfang.

Den praktiserende læge arbejder så vidt muligt ud fra den tilgængelige viden og evidens. Men arbejdet med den ældre patient er udfordret af den begrænsede evidens, der findes om både udredning og behandling – ikke mindst medicinsk behandling. Mange videnskabelige studier er udført på yngre raske, og meget medicin er afprøvet på en anden patientgruppe end den ældre skrøbelige patient med flere sygdomme.

Den skrøbelige ældre har en høj risiko for død og medicinske bivirkninger. Det kan være nødvendigt at træffe beslutninger og vurderinger på et mere spinkelt evidensbaseret grundlag end hos yngre raske.

De mange vejledninger i enkeltsygdomme anbefaler medicin til hver enkelt sygdom. Hos den komplekst syge og skrøbelige ældre er det dog ofte hverken muligt eller rationelt at sigte efter en medicinsk optimal behandling for hver enkelt sygdom. Denne udfordring og mulighederne for afmedicinering (se side 23) er på nuværende tidspunkt kun meget begrænset beskrevet i mange af de gældende danske vejledninger.

Mange udredninger og undersøgelser er forbundet med bivirkninger og gener, som skal stå i rimeligt forhold til de gener, man påfører patienten. Er patienten kognitivt påvirket ved f.eks. demens, stiger kompleksiteten, og fælles beslutningstagning bliver svær. Denne uoverensstemmelse mellem guidelines og klinisk virkelighed gør den praktiserende læges arbejde komplekst, udfordrende og spændende.

Det vil under alle omstændigheder være relevant at indlægge de ældre skrøbelige patienter på sygehuset, når tilstanden er berettiget.

Den aldrende krop

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

Ældre er altså en langt mere heterogen gruppe patienter end yngre. Derfor har ældre behov for en mere individualiseret tilgang i behandlingen.

Eksempler på aldersrelaterede tab:

- Nyrefunktionen halveres fra 30- til 80-årsalderen
- Muskelmassen halveres fra 20- til 80-årsalderen
- Hjertets minutvolumen falder med 40 % fra 20- til 80-årsalderen
- Lungefunktionen falder med 50-60 % fra 30- til 80-årsalderen
- Leverfunktionen falder med 10-30 % fra 20- til 80-årsalderen

Men det aldersrelaterede tab varierer fra person til person.

Sygdomspræsentation hos den ældre patient

Når sygdom stiller øgede krav til organerne, bliver det tydeligt, at der er lav reservekapacitet. Hvis reservekapaciteten i et organ er nedsat, kan dette organ give symptomer, før der er egentlige specifikke symptomer på den akutte sygdom. Atypisk sygdomspræsentation betyder således, at symptomatologien kan domineres af symptomer, der ikke stammer fra det syge organ. På grund af den atypiske sygdomspræsentation er diagnostikken ofte kompleks. En bred tilgang med grundig anamneseoptagelse og objektiv undersøgelse er essentiel for at afdække årsagen til patientens symptomer.

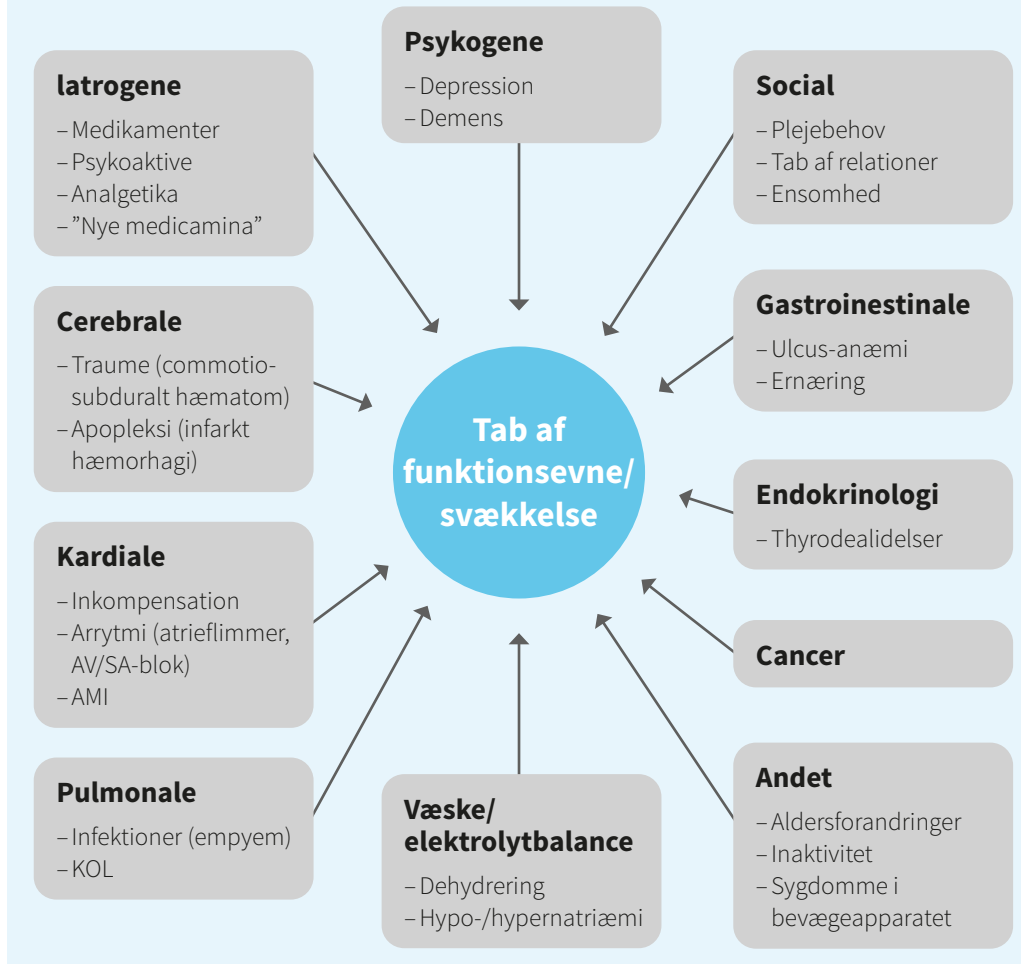
Ændringer i den habituelle fysiske eller kognitive funktionsevne er hos mange ældre de første tegn på bagvedliggende sygdom. Ændringerne kan opstå pludseligt (f.eks. hoftefraktur). Andre udvikler sig gradvist over tid (f.eks. anæmi eller medicinbivirkninger). Da symptomerne ikke altid følger lærebogs-beskrivelsen, er der risiko for, at de mistolkes, eller at de ses som en forværring af allerede kendt sygdom eller som symptomer på almindelig aldring.

Det er derfor vigtigt, at den praktiserende læge er særligt opmærksom på funktionsevnenedsættelse og atypiske symptomer hos de ældre patienter.

Nedsat funktionsevne kan skyldes påvirkning af alle organsystemer, men kan også skyldes mange andre faktorer, f.eks. sociale omstændigheder eller inaktivitet (se figur 1).

FIGUR 1 Tab af funktionsevne/svækkelse

Tab af funktionsevne eller svækkelse kan have flere årsager. Systematisk vurdering er nødvendig.



Figur 1 er tilpasset fra Andersen-Ranberg K og Matzen LE, "Den geriatriske patient" i: Holm EA og Rønholt F (red.). Geriatri. Forlaget Munksgaard: 2016. s.48 [1]. Figuren er gengivet med tilladelse fra forfatterne.

Homøostase

Begrebet homøostase kan defineres som evnen til at opretholde ligevægt i en organisme under skiftende ydre påvirkninger. Som ung har man oftest stor fysisk, psykisk og social reservekapacitet. Man kan tåle stor belastning, før man får symptomer eller sygdom (dvs. inden man når ind i den grå zone), se figur 2.

Jo ældre man bliver, jo større del af ens fysiske kapacitet er i brug. Dermed har man færre fysiske reserver. Generelt er det sådan, at jo ældre man bliver, jo mere skrøbelig bliver man. Det øger risikoen for, at selv mindre belastning kan føre til symptomer eller sygdom.

FIGUR 2 Homøostase

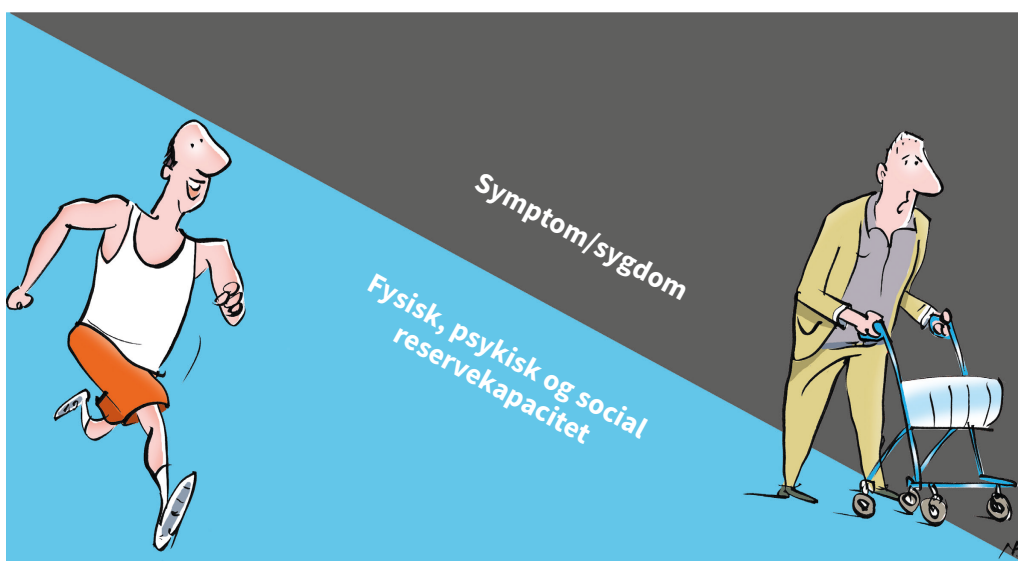


Illustration: Niels Poulsen

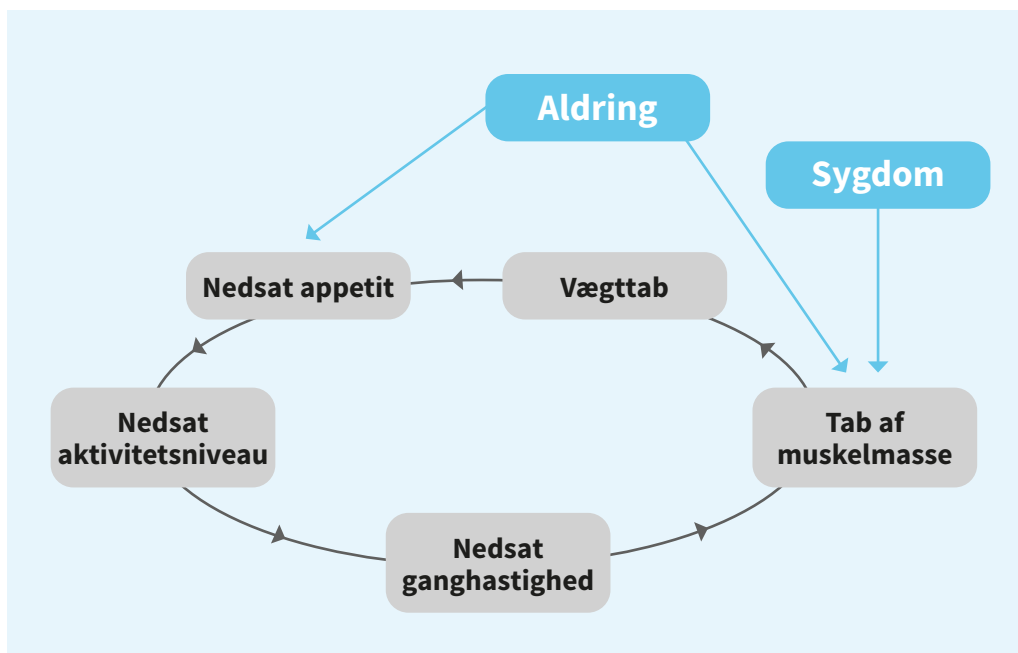
Frailty

Det engelske begreb *frailty* bruges ofte i et forsøg på at objektivisere den tabte reserverkapacitet hos den enkelte. Det kan ses som et syndrom, hvor kroppens evne til at modstå belastninger er nedsat, så små påvirkninger (f.eks. en mindre operation eller ny medicin) kan få store helbredsmæssige konsekvenser [2].

Selvom *frailty*-syndromet oprindeligt var et rent fysisk mål, spiller det tæt sammen med patientens psykiske og kognitive funktioner og med patientens sociale situation. For eksempel kan nedsat mobilitet føre til isolation og afhængighed af andre. Gode sociale relationer kan være med til at bryde den nedadgående spiral efter sygdom, f.eks. gennem hjælp til indkøb og motivation til genoptræning.

Aldring kan i sig selv føre til nedsat muskelmasse og appetit. Sygdom kan fremskynde denne proces. Således kan et fald eller en akut sygdom skabe en nedadgående spiral (se figur 3).

FIGUR 3 Sammenhængen mellem muskelmasse, aktivitetsniveau, appetit og vægttab



Figuren viser, hvordan muskelmasse, aktivitetsniveau, appetit og vægttab spiller sammen og kan skabe en nedadgående spiral af skrøbelighed, f.eks. efter akut sygdom.

Skrøbelighed i almen praksis

Denne vejledning bruger begreberne *frailty* og skrøbelighed synonymt. Den ældre vil på et tidspunkt blive mere skrøbelig. I praksis bemærker lægen, at patienten går langsommere, pludselig har pårørende med i konsultationen eller bliver indlagt gentagne gange, f.eks. på grund af fald. På dette tidspunkt kan lægen rådgive den ældre om, hvordan vedkommende kan prøve at opnå sin tidligere funktionsevne. Nogle gange er et tab af funktionsevne irreversibelt. Så skal patienten lære at leve med en tilstand af øget skrøbelighed. Her er det vigtigt, at lægen observerer den nye situation, justerer behandlingen og vejleder patienten derefter.

Den skrøbelige patient har større risiko for hospitalskomplikationer og større risiko for at få bivirkninger af medicin. Den skrøbelige patient vil derfor have gavn af en helhedsorienteret tilgang [3].

Da skrøbelighed er en klinisk identificerbar tilstand, er det vigtigt, at lægen er opmærksom på skrøbelige patienter, så der er mulighed for at forebygge reversible funktionsnedsættelser i denne patientgruppe [4].

Identifikation af den skrøbelige patient

For at identificere den skrøbelige patient i almen praksis, kan lægen i første omgang overveje, om man mistænker skrøbelighed:

Klinisk mistanke (når patienten kommer i praksis)

Fysisk

- Klager over træthed
- Bevæger sig langsomt
- Rejser sig langsomt eller besværet fra stolen
- Går usikkert
- Bruger ganghjælpemiddel
- Oplever vægttab

Kognitivt/psykisk/socialt

- Synes selv, det går dårligere end vanligt
- Glemmer tider
- Husker ikke, hvad I talte om sidst
- Ved ikke, hvad en bestilt konsultation skal handle om
- Kredser om samme emne ved hver konsultation
- Møder op med børn/pårørende – de fører ordet
- Møder op på forkert dag
- Har rod i medicinen
- Har dårligere digitale færdigheder end tidligere

Ændret personlighed

- Pårørende oplyser, at patienten ikke kan komme i klinikken, men har behov for sygebesøg, selvom patienten plejer at komme selv

Administrativt (særligt for dem, man ikke ser så tit)

- Hjemmeplejen alarmerer – mange korrespondancer
- Har mange epikriser (særligt opmærksomhed på delir, fald og uspecifikke diagnoser)
- Plejer at komme jævnligt i praksis, men nu er der gået flere år
- Får meget medicin (polyfarmaci)
- Kommer ikke længere til kontrol af kronisk sygdom
- Har mistet sin ægtefælle

Hvis lægen kender patienten, kan man spørge sig selv:

”Ville du betragte denne patient som skrøbelig, hvis skrøbelighed er defineret som et tab af funktion inden for flere områder (fysisk, psykisk og socialt) med øget risiko for plejehjemsanbringelse og død?”

Dette spørgsmål har vist sig at være mindst lige så godt som diverse måleredskaber til at forudsige uhensigtsmæssige hændelser som f.eks. fald, dehydrering og infektioner [5].

Måleredskaber til identifikation og graduering af skrøbelighed

Hvis lægen ikke kender patienten på forhånd eller har brug for en mere objektiv vurdering, er der udviklet forskellige vurderingsredskaber til identifikation og graduering af skrøbelighed. Arbejdsgruppen anbefaler *Clinical Frailty Scale* (CFS), da den er let at håndtere i praksis, nem at kommunikere til andre sektorer og opleves som minimalt stigmatiserende for patienten (se figur 4).

Skalaen er oversat til dansk og er afprøvet i forskellige medicinske specialer, herunder almen praksis. Den opleves som meningsfuld og vurderes ens på tværs af specialer [6]. Bilag 1 redegør for valg af redskab.

Måling af *frailty* i almen praksis kan bruges ved klinisk mistanke, i stabil fase og i samråd med patienten. CFS og lignende værktøjer er **ikke** velegnede til screening. Derfor bør de ikke indføres systematisk, f.eks. ved en given alder [7].

CFS findes som app, der kan downloades gratis.












CFS er vedlagt som lamineret ark (bilag 5).

Det er vigtigt at identificere skrøbelighed og måle graden af den, fordi graden påvirker omfanget af nedsat funktionsevne, prognose og overlevelse.

CFS-scoren spiller sammen med sandsynligheden for at overleve og undgå institutionel pleje (se figur 5). Figuren illustrerer sammenhængen mellem CFS-score hos en gruppe af ældre canadiere, og hvordan de klarer sig over 5-6 år [8]. Vi vurderer, at den danske og den canadiske befolkning er nogenlunde sammenlignelige, og at resultaterne derfor kan overføres på en dansk population.

Gruppe 4 har kun ganske let funktionsevnenedsættelse (f.eks. træthed og langsomhed), men de har en væsentligt dårligere prognose end gruppe 1-3. Forventet restlevetid har en vis betydning for, hvordan lægen håndterer udredning, medicin og rehabilitering. Derfor kræver det særlig opmærksomhed fra lægens side at individualisere behandlingen for patienter i gruppe 4 og 5 i samråd med patienten.

FIGUR 4 Clinical Frailty Scale

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

BEDØMMEELSE AF SKRØBELIGHED HOS MENNESKER MED DEMENS

Mennesker med demens er oftest skrøbelige (scorer oftest minimum 5) og graden af skrøbelighed svarer som regel til graden af demens. Typiske **symptomer ved mild demens** er at glemme detaljer om en nylig begivenhed, selvom man kan huske selve begivenheden og at gentage det samme spørgsmål/historie og social tilbagetrækning. Ved **moderat demens** er hukommelsen for nylige begivenheder svært nedsat, selvom man kan huske gamle minder tydeligt. Man kan udføre personlig pleje med vejledning.

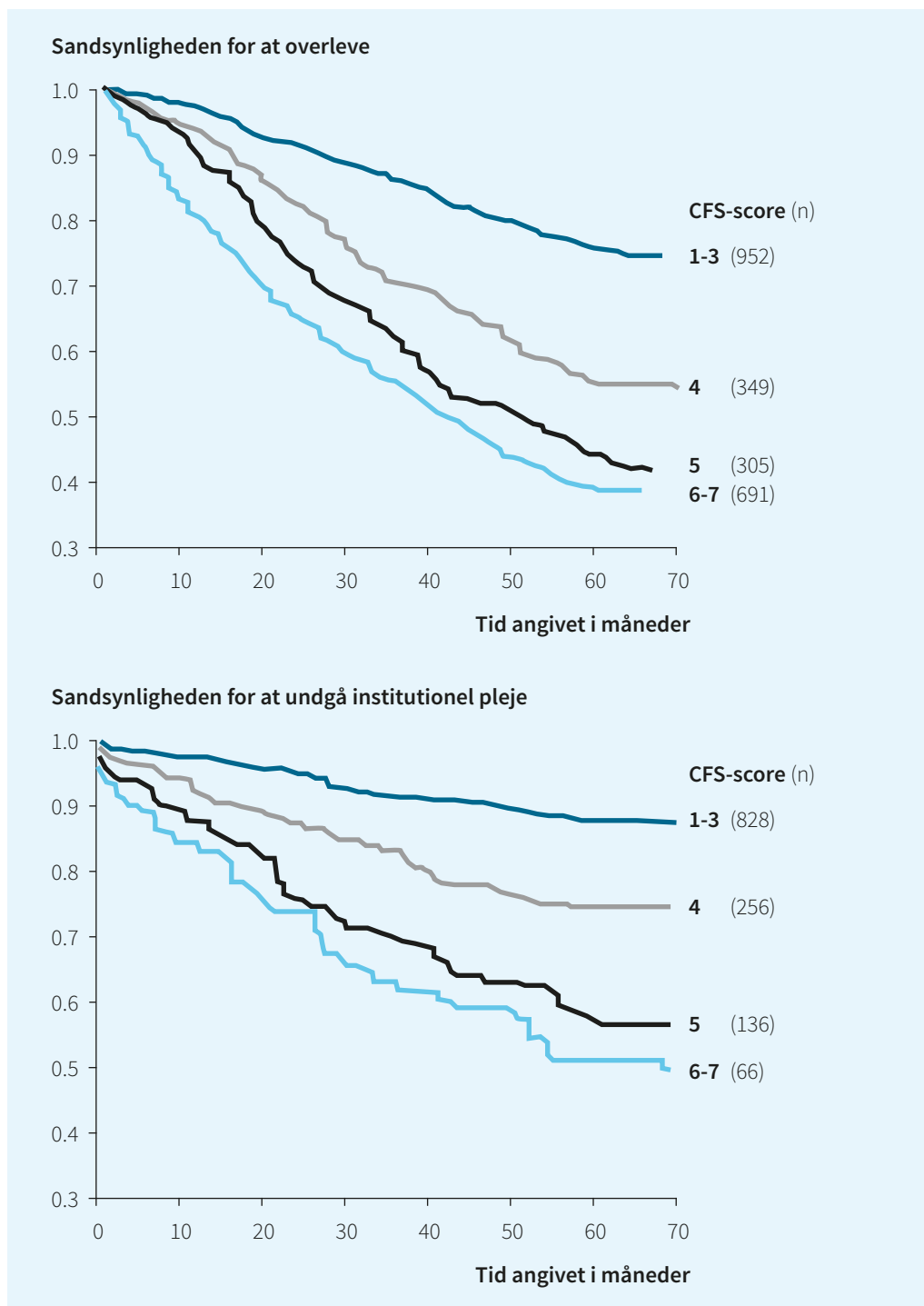
Ved **svær demens** kan man ikke udføre personlig pleje uden hjælp.

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

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicine-research.ca
 Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.
 Danish Version 2.0, 2020, translated by Anders Fournaise and Søren Kabbell Nissen, University of Southern Denmark.

Figuren viser den danske version af Clinical Frailty Scale, version 2.0. Genoptrykt med tilladelse fra udgiver og de danske oversættere.

FIGUR 5 CFS-scorens størrelse og sandsynlighed for at overleve og undgå institutionel pleje



Figur 5 er oversat og gengivet med tilladelse fra udgiver af Rockwood K., Song X., MacKnight C., Bergman H., Hogan D.B., McDowell I., Mitnitski A. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ. 2005 Aug 30;173(5):489-95 [8].

Rejse-sætte-sig-test

Rejse-sætte-sig-testen er implementeret i mange praksis. Det er en udmærket test til at vurdere muskelstyrke og dermed et mål for fysisk skrøbelighed. Testen udføres i Danmark ved at tælle antal gange, man kan rejse sig fra en stol uden brug af hjælpemidler eller armlæn på 30 sekunder.

Bilag 4 gør rede for korrekt udførelse og fortolkning af testen.

Håndtering af den skrøbelige patient

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

Behandling af skrøbelighed og forebyggelse af tab af funktionsevne

Skrøbelighed og tab af funktionsevne er relateret til naturlig aldring. Det er ikke hos alle, hvor det giver mening at forsøge at genvinde den tidligere funktionsevne. Dog vil der være situationer, f.eks. ved et pludseligt fald i funktionsevne, hvor patienten kan forsøge at genvinde sin tidligere funktionsevne.

En række interventioner er afprøvet. Der er evidens for, at træning af muskelstyrke og muskelkraft har en positiv effekt på mobilitet og funktionsevne hos skrøbelige patienter, men træningen skal opbygges gradvist og foregå over længere tid. Kommunens fysioterapeuter kan være behjælpelige med denne træning.

Styrketræning under supervision af en person med træningsfaglig baggrund har vist sig mest egnet til ældre med geriatriske problemstillinger [9]. Det anbefales, at træningen varer over 8 uger, ligesom man kan overveje at tilbyde en kombination af balance- og styrketræning til faldtruede ældre.

Forringet ernæringstilstand kan have betydning for den ældres sundhedstilstand. Målrættede ernæringsindsatser forbedrer det kliniske forløb. Med den rette ernæring genvinder og bevarer den ældre en højere grad af funktionsevne og livskvalitet. Det vurderes, at langvarig ernæringsindsats (>3 mdr.) har bedst effekt.

Opmærksomhedspunkter om ernæring ved utilsigtet vægttab hos ældre

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

Læs også *Oplæg om ernæringsindsatser for den ældre medicinske patient af Sundhedsstyrelsen.*

Det er ofte mest effektivt at sætte ind på flere fronter (f.eks. både kost og træning).

Der mangler god evidens på patient-relevante outcomes som livskvalitet og overlevelse, ligesom det har vist sig lettere at ændre på patientens fysiske skrøbelighed end den psykiske, sociale og kognitive [4,10,11].

Det kommunalt-lægelige samarbejde om rehabilitering

Sundhedsstyrelsen definerer rehabilitering bredt som:

Rehabilitering er målrettet personer, som oplever eller er i risiko for at opleve begrænsninger i deres fysiske, psykiske, kognitive og/eller sociale funktionsevne og dermed i hverdagslivet. Formålet med rehabilitering er at muliggøre et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet. Rehabilitering er en samarbejdsproces mellem en person, pårørende, professionelle og andre relevante parter. Rehabiliteringsindsatser er målrettede, sammenhængende og vidensbaserede med udgangspunkt i personens perspektiver og hele livssituation (Rehabiliteringsforum Danmark 2022: 22) [12].

Hvis patienten udelukkende har behov for genoptræning eller vedligeholdende træning, men ikke en bred rehabiliteringsindsats, kan man henvise direkte til træning i kommunen iht. servicelovens § 86. Det kan for eksempel være patienter, der har haft en funktionsevnenedsættelse uden indlæggelse. Egen læge henviser via en ”kommunepakke” i henvisningssystemet eller skriver blot en korrespondance.

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

Rehabiliteringen kan indeholde tidsbegrænset hjælp til instruktion, træning, madservice eller et hjælpemiddel, som kan forbedre patientens funktionsevne.

Hvis patienten har kronisk sygdom eller er i risiko for at udvikle det, kan den praktiserende læge henvise til en afklarende samtale i kommunen [12]. Denne samtale er indgangen til kommunens forebyggelses- og rehabiliteringstilbud til personer med eller i risiko for kronisk sygdom (sundhedsloven §119).

Sundheds- og forebyggelsestilbud (SOFT)

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

Sundhed må ikke reduceres til et spørgsmål om KRAM-faktorerne og livsstil. Andre vigtige prædiktorer for, hvor længe man holder sig frisk, er social integration, velfungerende eller støttende netværk og mental træning. Det er dog stadig vigtigt at forholde sig til KRAM-faktorerne, uanset patientens alder.

Seks funktioner er afgørende for at bevare autonomi: ernæring, hørelse, hukommelse, mental sundhed, mobilitet og syn.

Kost, rygning, alkohol og motion (KRAM)

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

Medicin

Lægemiddelbehandling medfører i mange tilfælde uomtvisteligt bedre livskvalitet, faldende morbiditet og reduceret mortalitet. Men der er også risiko for bivirkninger, interaktion og toksicitet – jo flere præparater, desto større er risikoen. Risikoen for sådanne negative effekter er øget hos ældre. Derudover kan et stort lægemiddelforbrug være forbundet med en række praktiske udfordringer, f.eks. kan det være en betydelig belastning for mange skrøbelige ældre at skulle indtage et stort antal tabletter hver dag. I videnskabelige undersøgelser er lægemidler ofte afprøvet på yngre mennesker, så studierne er ikke repræsentative for den ældre population.

Lægemidler hos ældre

Ældre er heterogene med hensyn til farmakokinetik og farmakodynamik.

Den faldende nyrefunktion er den vigtigste faktor at tage højde for, når lægemidler gives til ældre. Nyrefunktionen skal løbende revurderes, især ved akut sygdom. Derimod spiller den faldende leverfunktion ikke den store rolle. Generelt har ældre en øget følsomhed for både effekt og bivirkninger, især for benzodiazepiner, psykofarmaka, opioider og warfarin.

Lægemidler til ældre skal bruges rationelt. Det er vigtigt at begynde med lav dosis og øge langsomt. Man skal især være opmærksom på at vælge formuleringer, der kan doseres så enkelt som muligt og sørge for, at der ikke sker overdosering.

Hyppige bivirkninger hos ældre

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

Antikolinerge lægemidler

Antikolinerge bivirkninger er især problematiske for ældre, særligt personer med demens og andre skrøbelige patientgrupper. Observationsstudier viser, at brug af antikolinerge lægemidler er forbundet med uhensigtsmæssige kognitive og funktionelle ændringer samt øget risiko for indlæggelse i nogle grupper af ældre patienter [13]. Brugen af antikolinerge lægemidler er desuden associeret med øget mortalitet blandt ældre, omend evidensen for denne sammenhæng ikke er entydig [14]. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en liste over vigtige lægemidler med antikolinerge egenskaber og behandlingsalternativer. Her er også anvisning til, hvordan den samlede belastning kan beregnes. Antikolinerge bivirkninger kan være både centrale og perifere. De centrale bivirkninger omfatter svimmelhed, faldtendens, hukommelsesbesvær, konfusion, sedation og delirsymptomer. De perifere bivirkninger omfatter gastrointestinale bivirkninger, f.eks. mundtørhed, kvalme, opkastning og obstipation, urologiske bivirkninger (primært urinretention), kardiovaskulære bivirkninger (f.eks. palpitationer og evt. arrytmie), ortostatisk hypotension og oftalmologiske bivirkninger (f.eks. uskarpt syn og forstørrede pupiller).

Afmedicinering

Afmedicinering (engelsk: *deprescribing*) har til formål – via dosisreduktion eller seponering – at sikre, at patienter kun anvender den medicin, der er nødvendig, effektiv og sikker, og som stemmer overens med den enkeltes behandlingsmål og -ønsker [15].

Mange ældre udtrykker selv, at de gerne vil tale med deres egen læge om muligheden for at tage mindre medicin. De sætter dog sjældent selv spørgsmålstejn ved egen behandling. Afmedicinering i almen praksis kan besværliggøres af en række praktiske og strukturelle barrierer. En klassisk barriere kan være lægens frygt for, at en samtale om ophør af f.eks. forebyggende medicin kan få patienten til at føle sig opgivet. Men denne barriere genfindes ikke hos patienterne.

Forslag til samtale om reduktion af medicin:

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

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

Medicinanamnese, medicinggennemgang og ajourføring af FMK

Medicinanamnese er udarbejdelse af en liste over en patients aktuelle lægemiddelbehandling. Det foregår ved at sammenholde oplysninger fra FMK, patient og evt. pårørende/plejepersonale. Den praktiserende læge kan evt. uddelegere medicinanamnese til andet personale.

Medicingennemgang er en proces, hvor alle lægemidler gennemgås og knyttes til en aktuel sygdom eller symptom. Overvej, hvilken medicin patienten har brug for i den aktuelle situation. Overvej også, om forebyggende medicin kan pauseres/seponeres, da det sjældent er gavnligt hos den ældre skrøbelige patient. Man kan finde hjælp i Dansk Geriatrisk Selskabs screeningsværktøj STOPP/START listen (sundhed.dk).

Ajourføring er en funktionalitet i FMK og signalerer til den næste bruger, at FMK afspejler patientens aktuelle lægemiddelbehandling.

Det er ofte en stor hjælp at lave et resumé af journalen (herunder medicinordinationer, overblikstatus og evt. opsøgende hjemmebesøg) for at forberede medicinggennemgang.

Medicingennemgang og ajourføring er hensigtsmæssig ved flytning til plejehjem.

Læs evt. Sundhedsstyrelsens pjeces *Medicingennemgang i praksis-i-praksis*.

Medicingennemgang og ajourføring af FMK foretages til årsstatus eller ved opsøgende hjemmebesøg og inden elektive henvisninger. Man bør jævnligt revurdere patientens medicin, særligt ved forværring af eksisterende sygdom eller ved indlæggelser. Ved enhver opstart af medicin bør der sættes en slutdato, og det bør overvejes, om noget af den aktuelle medicin bør seponeres. Jo oftere vi tjekker FMK, jo færre uoverensstemmelser er der mellem det, som patienten tager, og det, som vi tror, patienten tager.

Fremgangsmåde ved medicingennemgang:

- Vurdér om lægemidlets indikation er **livsvigtig, symptomlindrende eller forebyggende**.
- Er **indikationen** stadig til stede for det givne lægemiddel? Hvis ikke: Seponer eller trap ud.
- Vurdér **graden af skrøbelighed/restlevetid** vs. nødvendig tid til at virke for rimeligt udbytte af forebyggende medicin.
- Er evt. nedsat nyre- og leverfunktion **kontraindikation**, eller er det nødvendigt med dosisreduktion?
- Er der oplagte skadelige **interaktioner** eller præparater, der forstærker hinandens bivirkninger?
Benyt gerne interaktionsdatabasen.dk.
- Er der tale om **rationelle præparatvalg**? Er forholdet mellem pris og effekt rimeligt?
- Er **behandlingsmål** nået?
- Står **behandlingsgevinsten** i rimelig proportion til risikoen for alvorlige bivirkninger?
- Er der **underbehandling**? Mangler der præparater?

Sparring og rådgivning

Hvis den praktiserende læge har brug for sparring om medicin, er der hjælp at hente hos medicin-konsulenter i regionen, hos klinisk-farmakologiske afdelinger eller ved rådgivning hos hospitals-kolleger, f.eks. Specialisttelefonen. Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF) i Sundhedsstyrelsen opdaterer og udgiver årligt seponeringsliste i samarbejde med Danske Regioner, DSAM og andre relevante aktører [16].

Medicinadministration og dosisdispensering (DD)

Patienten kan muligvis få hjælp af kommunen til både medicindispensering og medicinadministration. Medicindispensering består i optælling eller tilberedning af den ordinerede medicin, f.eks. at hjemmesygeplejersken lægger tabletter i doseringsæsker. Medicinadministration omfatter udlevering af medicin og hjælp til at administrere indtagelse.

Dosisdispenseret medicin er pakket i doser til den enkelte borger. Dosisdispensering foregår på apoteket. De dosispakkede lægemidler bliver typisk pakket i små plastposer og udleveres for 14 dage ad gangen.

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

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

Behandling af akut sygdom

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

Sygdomspræsentationen er ofte atypisk, og oplysningerne kommer tit via et mellemlid.

God udredning, behandling og opfølgning **kræver inddragelse af omsorgspersoner** omkring patienten.

Det kan godt være den rigtige beslutning at **se tiden an**. Det kan være vanskeligt, fordi denne patientgruppe ofte har en høj mortalitet – uanset håndtering. Det kan presse lægen til at være unødigt proaktiv. Det er vigtigt at huske, at enhver behandling også har mulige skadevirkninger.

Symptomer ved akut sygdomspræsentation

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

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

Se også afsnittet om delir på side 29.

Diagnostisk tilgang ved akut sygdom

En grundig anamnese er vigtig for at afdække patientens, de pårørendes eller personalets bekymringer.

Den er også vigtig for at få beskrevet, hvordan den nuværende tilstand afviger fra habitustilstanden, og om der er taget stilling til behandlingsniveau.

Vigtige oplysninger i anamnesen:

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

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

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

Det anbefales **ikke** at anvende urinstiks i den indledende diagnostik, medmindre der er symptomer (f.eks. smerter fra urinvejene eller tegn på systemisk infektion med feber). Skrøbelige ældre patienter har ofte asymptomatisk bakteriuri. Systematisk urinundersøgelse medfører ofte, at unødvendig antibiotikabehandling iværksættes pga. positive urinstiks og urindyrkning, mens andre lidelser overses (se bilag 2).

Det kommunalt-lægelige samarbejde om akutte symptomer

Samarbejdet mellem den kommunale sektor og almen praksis er særligt vigtigt omkring den ældre skrøbelige patient med akut opstået sygdom. Samarbejdet er organiseret forskelligt landet over.

Ved akutte symptomer hos den ældre patient henvender den kommunalt ansatte sygeplejerske sig telefonisk. Korrespondancer er ikke beregnet til akutte henvendelser, da lægens svartid er 3 hverdage.

Reglerne for lægelig delegation gælder, når man benytter sig af kommunale akutfunktioner. Det vil sige, at man som læge beder en anden sundhedsprofessionel udføre en konkret opgave i en konkret situation vedrørende en konkret patient. Kommunen afgør, om personalet har de relevante kompetencer til at varetage opgaven.

Læs også <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2009/115>, (konkret delegation stk. 2.1).

De opgaver, som alle akutfunktioner forventes at kunne varetage, er beskrevet i Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmeplejen (side 18) fra 2017 [17].

Vær opmærksom på, at sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder udkommer i revideret version i 2023.

Indledende vurdering

Ikke akut sygdom: Kræver ofte øget observation i hjemmet/plejehjemmet. Man kan benytte sig af søvnregistrering, væskeskema, optimering af sanser (briller/høreapparat).

Akut sygdom med behov for lægelig behandling: Kræver også ofte øget observation og samme tiltag som ovenfor. Den tætte observation kan evt. være på en kommunal akutplads eller en indlæggelse på hospital afhængig af den kliniske situation og patientens ønsker. Husk klinisk opfølgning, eventuelt som opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse.

Casen nedenfor beskriver et tilfælde, hvor den objektive vurdering hjælper til at differentiere mellem ikke-behandlingskrævende symptomer og akut sygdom. Usikkerhed om diagnosen kan føre til overbehandling eller unødvendig indlæggelse. Hos skrøbelige ældre er der altid usikkerhed pga. en stor kompleksitet.

Case: Personalet fra plejehjemmet ringer om Arne på 82 år. I tre dage har han været tiltagende konfus og lettere aggressiv, hvilket han ikke plejer at være. Han har Alzheimers. Han har spist mindre end normalt, men drukket fint. De vurderer hans almentilstand som forværret. BT 110/85, p 95, RF 22, temp. 37.2.

Scenarie 1: Objektiv vurdering (af lægen selv eller kommunal akutfunktion): vågen og klar, varm og tør, ingen dyspnø, men vredladen. Sat. 98%, CRP 20. Lægen vurderer, at Arne ikke er akut syg og ordinerer øget observation fra plejepersonalet med obs. på væskeindtag og ny henvendelse ved forværring i tilstanden. Arne blev sig selv igen i løbet af tre dage.

Scenarie 2: Objektiv vurdering (af lægen selv eller kommunal akutfunktion): vågen, men let rodende, varm med let taledyspnø, vredladen. Sat. 90%, CRP 90. Lægen vurderer, at Arne er akut syg, formentlig lungebetændelse. Han blev indlagt på hospital med væske- og antibiotikabehandling og fik det bedre i løbet af en uge.

Det er behandlende læges vurdering, om Arne kunne have været behandlet på kommunal akutplads i stedet for.

Den skrøbelige hjerne

Grundig anamnese og objektiv undersøgelse er nødvendig i differential diagnostisk øjemed.

Andenhandsudsagn om, at patienten er konfus eller delirøs er vigtige, men ikke tilstrækkelige som beslutningsgrundlag.

Organisk delirium (ved somatisk sygdom) er en **akut** og alvorlig tilstand, der kan udvikle sig over timer til få dage.

En hyppig kontaktårsag fra pårørende, hjemmeplejen eller plejehjems personale til den praktiserende læge er, at patienten er mere konfus eller forvirret end normalt. Hos den ældre patient med en kognitiv ændring vil man ofte stå med en svær differential diagnostisk problemstilling: Drejer det sig om delir, demens eller depression – eller flere tilstande i kombination? Er det et udsving i en allerede kendt demens? Er patienten blevet overdoseret med morfin?

Den brede tilgang med grundig anamneseoptagelse og objektiv undersøgelse er nødvendig.

5 x D ved kognitivt svigt

Delir: Hovedparten skyldes somatisk problematik, der viser sig med akut, fluktuerende og svækket kognitiv funktion (se afsnit om delir herunder).

Demens: Permanent kognitiv svækkelse (se DSAM's vejledning om udredning og behandling af demens).

Depression: Symptomerne kan være anderledes hos ældre (se DSAM's vejledning om udredning og behandling af depression).

Droger: Mange typer medicin kan udløse eller forværre kognitivt svigt.

Druk: Stigende (over)forbrug. Ældre med nedsat kognitiv funktion tåler alkohol dårligt.

De vil pga. alder også være dårligere til at nedbryde alkohol metabolisk.

Delir – det akutte hjernesvigt

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

Risikoen for delir er større hos dem, som i forvejen har nedsat reservekapacitet i hjernen, dårlig ernæringstilstand, polyfarmaci, lav funktionsevne og/eller tidligere delir – de skrøbelige patienter.

Patienter med demenssygdom har øget risiko for at udvikle delir, og delir hos patienter med demens giver risiko for yderligere fald i kognitive funktioner, funktionsevnenedsættelse og øget dødelighed. Det er derfor vigtigt at undgå delir [18].

Symptomer ved delir

Delir viser sig ved påvirket kognitiv funktion med nedsat hukommelse og opmærksomhed, desorientering og påvirket bevidsthedstilstand. Ved delir indsætter bevidsthedspåvirkningen akut eller sub-akut, mens den ved demens er kronisk ændret. Der kan være ledsagende hallucinationer, angst, vrede og motorisk uro. Døgnrytmen er ofte forstyrret. Tilstanden er svingende, og der kan være klare perioder indimellem.

Udredning ved delir

Grundig anamnese og objektiv undersøgelse (evt. med parakliniske undersøgelser) foretages som ved håndtering af akut sygdom (se side 26).

Forebyggelse af delir

Følgende tiltag bør overvejes ved forebyggelse af delir [1,19]:

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

Håndtering af delir

Sådan håndteres delir

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

Medicinsk behandling af delir

Det afgørende er altid behandling af tilgrundliggende årsag og non-farmakologiske tiltag.

Gennemgang, justering og evt. seponering af patientens aktuelle medicin er det vigtigste.

I følgende tilfælde kan antipsykotisk behandling overvejes, når non-farmakologisk behandling ikke er nok:

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

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

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

Kørselsforbud - midlertidigt eller varigt

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

Lægen skal ifølge autorisationslovens § 44 søge faren afbødet ved at henvende sig til patienten og nedlægge kørselsforbud.

Det lægelige kørselsforbud er en aftale mellem læge og patient og er ikke juridisk bindende. Det er vigtigt, at patienten får tydelig besked – gerne ved at medgive skriftlig information om kørselsforbuddet.

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

Hvis lægen vurderer, at akut indgriben er påkrævet, skal lægen kontakte politiet.

Journalføring af kørselsforbud

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

Samtale om kørselsforbud

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

Forslag til indledning af samtale om kørselsforbud

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

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

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

Læs også:

- Vejledning om helbredskrav til kørekort, Retsinformation
- Kørselsforbud, Lægehåndbogen

Opsøgende hjemmebesøg

Målgruppe

Opsøgende hjemmebesøg er målrettet skrøbelige ældre (normalt over 75 år). Aldersangivelsen er kun vejledende. Det afgørende er, at det drejer sig om en skrøbelig ældre patient med behov for hjemmebesøg. [20].

Opsøgende hjemmebesøg kan f.eks. anvendes til borgeren, der ikke selv opsøger lægen, da det kan være tegn på begyndende eller forværring af skrøbelighed. Opsøgende hjemmebesøg kan også anvendes, hvis lægen er ved at miste overblikket eller fornemmer, at patienten er det. Hjemmebesøg er generelt en god mulighed for at holde kontakt og få overblik en gang årligt.

Formål

Opsøgende hjemmebesøg organiseres optimalt som et fælles besøg mellem patienten, den praktiserende læge, en sundhedsfaglig kommunal medarbejder og gerne pårørende, hvis patienten ønsker det. Besøget er en samtale om patientens situation – ikke en lægelig kontrol eller fokus på en specifik sygdom eller lidelse.

Formålet med besøget er at vurdere den ældres ressourcer, funktionsevne og livssituation, at forebygge/håndtere begyndende sundhedsproblemer, at iagttage og evt. revidere patientens medicinforbrug efter medicingennemgang og at ajourføre FMK.

Et opsøgende hjemmebesøg skal udføres af lægen, men sygeplejerske/praksispersonale kan forberede besøget med relevante kliniske og parakliniske undersøgelser.

Enhver praktiserende læge, der har udført opsøgende hjemmebesøg, ved, at det giver et værdifuldt indblik i den ældres samlede sygdomshistorie og skaber et godt overblik over den ældres aktuelle situation.

Skabelon til et opsøgende besøg (lamineret ark) findes i bilag 3.

Opfølgende hjemmebesøg

Opfølgende hjemmebesøg er besøg af den praktiserende læge i patientens hjem efter et sygehusophold. Det er en relevant ordning for skrøbelige ældre borgere. Den tilbydes i alle regioner efter lokal aftale mellem regionen og PLO regionalt, men ordningen har forskellig målgruppe, udformning og honorering.

For yderligere information anbefales det at undersøge de lokale aftaler på læger.dk.

Årsstatus og behandling af kronisk sygdom

Ældre mennesker uden skrøbelighed kan som udgangspunkt behandles i henhold til gældende vejledninger. Den skrøbelige patient vil ofte have flere samtidige kroniske lidelser. En individualiseret tilgang vil som regel være at foretrække på grund af øget risiko for bivirkninger af behandlingen og mangelfuld evidens om effekt af behandling i denne gruppe.

Så længe den skrøbelige ældre møder op i den praktiserende læges konsultation til årsstatus er der et godt grundlag for at følge helbredstilstand og funktionsevne. Mange praksis udsteder reitererede recepter, som rækker indtil næste årsstatus. Ved receptfornyelse er det oplagt at bemærke, om der er bestilt en ny tid.

Når patienten får svært ved at komme i praksis, bliver det mere vanskeligt at udføre årsstatus. Nogle stopper helt med at komme til kontrol af kronisk sygdom. Lægen skal være specielt årvågen, hvis den ældre patient ikke får bestilt tid til en ny årsstatus eller ikke får fornyet sine recepter. Er det glemt? Er tidsbestilling eller transport blevet for svært at håndtere? Skyldes det andre livsomvæltende ændringer i hverdagen? Når man bliver opmærksom på disse patienter i praksis, er det vigtigt at overveje på dette tidspunkt, om der har været en funktionsevnenedsættelse, der eventuelt skal udredes eller behandles.

Det er vanskeligt at identificere nedsættelse af funktionsevne, hvis den ældre ikke er i behandling for kronisk sygdom og ikke regelmæssigt henvender sig i almen praksis. Lægen må her sætte sin lid til, at den ældre selv, dennes pårørende eller hjemmeplejen henvender sig.

Hvis funktionsevnen er permanent nedsat, kan patienten betragtes som skrøbelig, og behandlingsplanen bør individualiseres. En patient med en CFS-score > 3 betragtes som skrøbelig.

Overblikstatus

Overblikstatus er ikke aktuelt understøttet af overenskomsten.

For ældre skrøbelige patienter med mange samtidige sygdomme, hvor graden af skrøbelighed ikke berettiger til et opsøgende hjemmebesøg, vil denne konsultationsform give god mening rent fagligt. Den personcentrerede tilgang, hvor mennesket kommer før diagnoserne, er meget vigtig – især hos ældre skrøbelige patienter med mange samtidige sygdomme.

Overblikstatus giver læge og patient mulighed for at undersøge, hvilke sygdomme patienten har. Samtidig giver det mulighed for at udfolde, hvilke symptomer, problemer og barrierer patienten har i forhold til helbredet. Hvis der f.eks. er store socioøkonomiske problemer, kan det være svært at få overskud til sundhedsfaglige behandlinger. Overblikstatus giver lægen mulighed for at få et samlet overblik over alle sygdomme hos den skrøbelige ældre patient med multimorbiditet (inkl. kommunal rehabilitering) og at fastsætte realistiske og ønskelige behandlingsmål i samarbejde med patienten. En overblikstatus handler **ikke** om at gøre detaljeret status på en række kroniske sygdomme på én gang.

Vi henviser til DSAM's redskabsark om "Overblikstatus og årsstatus".

Døden

Det kan være svært for både patient og læge at indlede en samtale om den sidste tid, hvor patienten bliver dårligere og mere sengeliggende.

Undersøgelser viser, at det er godt at tage emnet op i god tid – måske allerede ved lægens opsøgende hjemmebesøg [21–24]. For både patient og pårørende kan det lindre at tale om, hvordan livet kan leves så godt som muligt i den sidste tid. Det kan bidrage med ro og afklaring for både patienten og de pårørende.

Mennesker, som dør af alderdom, kan ofte afslutte livet uden lindrende medicin. Symptomer, der kræver lindring, kan som oftest lindres tilstrækkeligt med ganske små mængder medicin. Hjemmesygeplejersken har relevante remedier. Lægen kan ordinere relevant medicin i doser, som er tilpasset den enkelte patient. Se DSAM's vejledning om palliation for yderligere information om medicinsk behandling i den sidste tid.

Det kan være en stor hjælp for lægen at kende den ældres holdning og ønsker – velvidende, at holdningen kan ændre sig i takt med sygdomsudvikling. I mange forskellige situationer kan det være relevant at spørge til patientens tanker om død: efter en indlæggelse med alvorlig sygdom, ved tiltagende skrøbelighed hos patienten, ved store livsændringer (f.eks. når patienten er flyttet på plejehjem). Samtalen kan tages, hvis patienten ønsker det, eller når lægen finder det relevant at tale med patienten om fravalg af fremtidig behandling (herunder genoplivning). Ønsker patienten ikke denne samtale, skal det respekteres.

Forslag til indledning af samtale om død:

"Du blev heldigvis rask efter din indlæggelse og dit langvarige hospitalsophold. Men har du – under din indlæggelse – tænkt på, at livet en dag rinder ud/den sidste tid/døden?"

"Du har efterhånden stor erfaring med sygdom. Har du også tænkt på, hvilke ønsker og tanker du har om din sidste tid og døden?"

Genoplivning

Overlevelse efter forsøg på genoplivning på plejehjem efter hjertestop er < 2 % efter 30 dage [25]. Som læger ønsker vi et fokus på, at det meget sjældent går godt med genoplivning.

Ansatte i sundhedsvæsenet, herunder i hjemmeplejen og på plejehjem, er forpligtiget til at yde behandling af hjertestop, medmindre andet er aftalt. Behandling bør ikke gives, hvis den er imod patientens ønske, er nytteløs eller i værste fald kan skade. Derfor er det vigtigt at tage stilling til, om behandling skal fravælges.

Ved indflytning i plejebolig kan patienten blive informeret om, at personalet vil forsøge genoplivning ved hjertestop, medmindre det er fravalgt på forhånd. Personalet skal in-

formere lægen, hvis patienten ikke ønsker genoplivning. Lægen vurderer, om patienten er habil. Medmindre patienten selv har taget initiativ til samtalen med lægen om genoplivning, er det ønskeligt, at patienten er forberedt af enten familien eller plejepersonalet. Det er en fordel at pårørende er med til samtalen.

En læge kan beslutte, at der ikke skal forsøges genoplivning ved hjertestop, hvis patienten er alvorligt syg eller døende, og videre behandling vurderes udsigtsløs. Beslutningen kan træffes forudgående eller ved et aktuelt hjertestop.

Genoplivningsforsøg kan vurderes at være udsigtsløs, når:

- patienten er uafvendeligt døende
- patienten er så svært invalideret, at patienten varigt er ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og mentalt og er afskåret fra enhver form for meningsfuld menneskelig kontakt
- forsøg på genoplivning af en ikke-uafvendeligt døende patient måske kan føre til overlevelse, men de fysiske konsekvenser af sygdommen eller behandlingen vurderes at være meget alvorlige og lidelsesfulde.

Hvis den skrøbelige ældre patient har en livstruende sygdom og er habil, har patienten ret til selv at frabede sig genoplivningsforsøg ved hjertestop. Hvis helbredstilstanden bedres, skal beslutningen revurderes.

Når der er taget beslutning om fravalg, skal det meddeles i en korrespondance til plejepersonalet og ved eventuel indlæggelse til ambulancepersonale og i henvisning til sygehuset. Teksten må ikke indeholde forkortelser.

Lægen kan fravælge genoplivning ved hjertestop hos følgende patienter:

- uafvendeligt døende
- svært invalideret eller permanent vegetativ
- de fysiske konsekvenser vurderes at være meget alvorlige og lidelsesfulde.

Forslag til indledning af samtale om fravalg af genoplivning:

”Hvis du skulle blive meget syg, vil jeg som din læge hjælpe dig med behandling og lindring af dine symptomer. Hvis du bliver fundet død i din seng, altså har fået hjertestop, er kommunens personale forpligtiget til at starte genoplivning, hvis ikke andet er aftalt. Det vil sige, at de skal ringe 112 og give hjertemassage. Derfor er det vigtigt, vi får talt om det allerede nu, så genoplivning ikke forsøges, hvis det ikke er det rigtige at gøre for dig.”

Forslag til fraser ved fravalg af genoplivning:

- Forsøg på genoplivning ved hjertestop kan undlades, idet patienten er uafvendeligt døende.
- Forsøg på genoplivning ved hjertestop kan undlades, idet patienten er svært invalideret eller permanent vegetativ.
- Forsøg på genoplivning ved hjertestop kan undlades. Patienten er ikke uafvendeligt døende, og behandling kan måske føre til overlevelse, men de fysiske konsekvenser af sygdommen eller behandlingen vurderes at være meget alvorlige og lidelsesfulde.

Ovenstående sendes ved kontakt til hjemmeplejen som korrespondance.

Vær opmærksom på, at gældende lovgivning om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg muligvis ændres fra 2024.

Læs Vejledning nr. 9934 af 29/10/2019 om genoplivning og fravalg af genoplivningsforsøg på Retsinformation.

Behandlingsniveau

Ud over fravalg af genoplivning kan det være vigtigt at tale om behandlingsniveau. Hvis funktionsevnen nedsættes hos en allerede skrøbelig patient, kan det være relevant at tale med patient, pårørende og evt. personalet på plejehjemmet, så indlæggelser kan undgås, hvis det ikke er til patientens fordel eller er mod patientens ønske.

Det er altid en lægelig opgave at vurdere behandlingsniveau og journalføre det.

Forslag til indledning af samtale om behandlingsniveau:

”Nu sætter vi dig i behandling for lungebetændelse. Med både medicin, mobilisering og PEP-fløjte. Vi håber, det virker. Men vi skal have talt om, hvad der skal ske, hvis det ikke går bedre i morgen:

Skal du indlægges på sygehuset? Eller vil du hellere blive hjemme?”

Ved at være proaktiv i forbindelse med akut sygdom eller forværring af kronisk sygdom vil antallet af utilsigtede indlæggelser eller behandlinger kunne reduceres. For eksempel har en skrøbelig plejehjemsbeboer en risiko på ca. 30 % for at dø i forbindelse med en lungebetændelse, der kræver indlæggelse [26].

Referencer

1. Rønholt F, Holm EA. *Geriatrici*, Forlaget Munksgaard. 2016.
2. Clegg A, Young J, Iliffe S, *et al.* Frailty in elderly people. *Lancet* 2013;381:752–62. doi:10.1016/S0140-6736(12)62167-9.
3. Hanlon P, Nicholl BI, Jani BD, *et al.* Frailty and pre-frailty in middle-aged and older adults and its association with multimorbidity and mortality: a prospective analysis of 493 737 UK Biobank participants. *Lancet Public Heal* 2018;3:e323–32.
4. Puts MTE, Toubasi S, Andrew MK, *et al.* Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: A scoping review of the literature and international policies. *Age Ageing* 2017;46:383–92. doi:10.1093/ageing/afw247.
5. Sutorius FL, Hoogendijk EO, Prins BAH, *et al.* Comparison of 10 single and stepped methods to identify frail older persons in primary care: Diagnostic and prognostic accuracy. *BMC Fam Pract* 2016;17:1–12. doi:10.1186/s12875-016-0487-y.
6. Fournaise A, Nissen SK, Lauridsen JT, *et al.* Translation of the updated clinical frailty scale 2.0 into Danish and implications for cross-sectoral reliability. *BMC Geriatr* 2021;21:1–3. doi:10.1186/s12877-021-02222-w.
7. Ambagtsheer RC, Beilby JJ, Visvanathan R, *et al.* Should we screen for frailty in primary care settings? A fresh perspective on the frailty evidence base: A narrative review. *Prev Med (Baltim)* 2019;119:63–9. doi:10.1016/j.ypmed.2018.12.020.
8. Rockwood K, Song X, MacKnight C, *et al.* A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Cmaj* 2005;173:489–95. doi:10.1503/cmaj.050051.
9. Sundhedsstyrelsen. *National klinisk retningslinje for ernærings- og træningsindsatser til ældre med geriatriske problemstillinger*. Sundhedsstyrelsen. Lokaliseret 22. maj 2023 på: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/~-/media/316C3E23E56D4F2DB7BF9C14A70F364D.ashx>.
10. Travers J, Romero-Ortuno R, Bailey J, *et al.* Delaying and reversing frailty: A systematic review of primary care interventions. *Br J Gen Pract* 2019;69:E61–9. doi:10.3399/bjgp18X700241.
11. Dedeyne L, Deschodt M, Verschueren S, *et al.* Effects of multi-domain interventions in (pre)frail elderly on frailty, functional, and cognitive status: A systematic review. *Clin Interv Aging* 2017;12:873–96. doi:10.2147/CIA.S130794.
12. Sundhedsstyrelsen. *Rehabilitering for ældre*. Sundhedsstyrelsen. 2022. Lokaliseret 22. maj 2023 på: <https://www.sst.dk/da/viden/aeldre/rehabilitering-af-aeldre>.

13. Salahudeen MS, Duffull SB, Nishtala PS. Anticholinergic burden quantified by anticholinergic risk scales and adverse outcomes in older people: A systematic review. *BMC Geriatr* 2015;15. doi:10.1186/s12877-015-0029-9.
14. Collamati A, Martone AM, Poscia A, *et al.* Anticholinergic drugs and negative outcomes in the older population: from biological plausibility to clinical evidence. *Aging Clin Exp Res* 2016;28:25–35. doi:10.1007/s40520-015-0359-7.
15. Reeve E, Gnjidic D, Long J, *et al.* A systematic review of the emerging definition of ‘deprescribing’ with network analysis: Implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol* 2015;80:1254–68. doi:10.1111/bcp.12732.
16. Sundhedsstyrelsen. *Seponeringslisten*. Lokaliseret 22. maj 2023 på: <https://www.sst.dk/da/viden/laegemidler/medicingennemgang/seponeringslisten>.
17. Sundhedsstyrelsen. *Kvalitetsstandarder for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen*. 2017. Lokaliseret 22. maj 2023 på: <https://www.sst.dk/da/udgivelses/2017/kvalitetsstandarder-for-kommunale-akutfunktioner-i-hjemmesygeplejen>.
18. Krogseth M, Watne LO, Juliebø V *et al.* Delirium is a risk factor for further cognitive decline in cognitively impaired hip fracture patients. *Arch Gerontol Geriatr* 2016;64:38–44.
19. Sundhedsstyrelsen. *National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af organisk delirium*. 2021. Lokaliseret 22. maj 2023 på: <https://www.sst.dk/da/udgivelses/2016/~media/2CEF8027049549D8AFE638651CAC9B49.ashx>.
20. RTLN, PLO. *Vejledning i overenskomstens anvendelse*: Udarbejdet af RTLN og PLO i henhold til § 69 i Overenskomst om almen praksis. 2022.
21. Neergaard MA, Skorstengaard MH, Brogaard T, *et al.* Advance care planning and longer survival in the terminally ill: a randomised controlled trial unexpected finding. *BMJ Support Palliat Care* 2020;10:221–2. doi:10.1136/bmjspcare-2019-001906.
22. Cardona-Morrell M, Lewis E, Suman S, *et al.* Recognising older frail patients near the end of life: What next? *Eur J Intern Med* 2017;45:84–90. doi:10.1016/j.ejim.2017.09.026.
23. Glaudemans JJ, Van Charante EPM, Willems DL. Advance care planning in primary care, only for severely ill patients? A structured review. *Fam Pract* 2015;32:16–26. doi:10.1093/fampra/cmu074.
24. Zwakman M, Jabbarian LJ, van Delden JJM, *et al.* Advance care planning: A systematic review about experiences of patients with a life-threatening or life-limiting illness. *Palliat Med* 2018;32:1305–21. doi:10.1177/0269216318784474.
25. Pape M, Rajan S, Hansen SM, *et al.* Survival after out-of-hospital cardiac arrest in nursing homes – A nationwide study. *Resuscitation* 2018;125:90–8. doi:10.1016/j.resuscitation.2018.02.004.

26. Thomsen RW, Riis A, Nørgaard M, *et al.* Rising incidence and persistently high mortality of hospitalized pneumonia: A 10-year population-based study in Denmark. *J Intern Med* 2006;259:410–7. doi:10.1111/j.1365-2796.2006.01629.x.
27. Faller JW, do Nascimento Pereira D, de Souza S, *et al.* Instruments for the detection of frailty syndrome in older adults: A systematic review. *PLoS One* 2019;14:1–23. doi:10.1371/journal.pone.0216166.
28. Pialoux T, Goyard J, Lesourd B. Screening tools for frailty in primary health care: A systematic review. *Geriatr Gerontol Int* 2012;12:189–97. doi:10.1111/j.1447-0594.2011.00797.x.
29. Fried LP, Tangen CM, Walston J, *et al.* Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci* 2001;56:146–57. doi:10.1093/gerona/56.3.m146.
30. Thompson MQ, Theou O, Tucker GR, *et al.* FRAIL scale: Predictive validity and diagnostic test accuracy. *Australas J Ageing* 2020;39:e529–36. doi:10.1111/ajag.12829.
31. Ensrud KE, Ewing SK, Taylor BC, *et al.* Frailty and risk of falls, fracture, and mortality in older women: The study of osteoporotic fractures. *Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci* 2007;62:744–51. doi:10.1093/gerona/62.7.744.
32. Romero-Ortuno R, Soraghan C. A Frailty Instrument for primary care for those aged 75 years or more: Findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, a longitudinal population-based cohort study (SHARE-FI75+). *BMJ Open* 2014;4. doi:10.1136/bmjopen-2014-006645.
33. Gobbens RJJ, van Assen MALM, Augustijn H, *et al.* Prediction of Mortality by the Tilburg Frailty Indicator (TFI). *J Am Med Dir Assoc* 2021;22:607.e1-607.e6. doi:10.1016/j.jamda.2020.07.033.
34. Petty DR, House A, Knapp P, *et al.* Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing* 2006;35:526–9.
35. Hoffmann S, Wiben A, Kruse M, *et al.* Predictive validity of PRISMA-7 as a screening instrument for frailty in a hospital setting. *BMJ Open* 2020;10:1–7. doi:10.1136/bmjopen-2020-038768.
36. Lawless MT, Archibald MM, Ambagtsheer RC, *et al.* Factors influencing communication about frailty in primary care: A scoping review. *Patient Educ Couns* 2020;103:436–50. doi:10.1016/j.pec.2019.09.014.
37. Jadczyk AD, Dollard J, Mahajan N, *et al.* The perspectives of pre-frail and frail older people on being advised about exercise: A qualitative study. *Fam Pract* 2018;35:330–5. doi:10.1093/fampra/cmz108.
38. Andreasen J, Sørensen EE, Gobbens RJJ, *et al.* Danish version of the Tilburg Frailty Indicator - Translation, cross-cultural adaptation and validity pretest by cognitive interviewing. *Arch Gerontol Geriatr* 2014;59:32–8. doi:10.1016/j.archger.2014.02.007.

39. Church S, Rogers E, Rockwood K, *et al.* A scoping review of the Clinical Frailty Scale. *BMC Geriatr* 2020;20:1–18. doi:10.1186/s12877-020-01801-7.
40. Nissen SK, Fournaise A, Lauridsen JT, *et al.* Cross-sectoral inter-rater reliability of the clinical frailty scale – a Danish translation and validation study. *BMC Geriatr* 2020;20:1–8. doi:10.1186/s12877-020-01850-y.
41. Ricchizzi E, Latour K, Kärki T, *et al.* Antimicrobial use in european long-term care facilities: Results from the third point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use, 2016 to 2017. *Eurosurveillance* 2018;23. doi:10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800394.
42. Sloane PD, Kistler CE, Reed D, *et al.* Urine Culture Testing in Community Nursing Homes: Gateway to Antibiotic Overprescribing. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2017;38:524–31. doi:10.1017/ice.2016.326.
43. Kistler CE, Zimmerman S, Scales K, *et al.* The Antibiotic Prescribing Pathway for Presumed Urinary Tract Infections in Nursing Home Residents. *J Am Geriatr Soc* 2017;65. doi:10.1111/jgs.14857.
44. Daneman N, Bronskill SE, Gruneir A, *et al.* Variability in Antibiotic Use Across Nursing Homes and the Risk of Antibiotic-Related Adverse Outcomes for Individual Residents. *JAMA Intern Med* 2015;175:1331–9. doi:10.1001/jamainternmed.2015.2770 [doi].
45. Nicolle LE, Gupta K, Bradley SF, *et al.* Clinical practice guideline for the management of asymptomatic bacteriuria: 2019 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin. Infect. Dis.* 2019;68:E83–E75.
46. Zalmanovici Trestioreanu A, Lador A, Sauerbrun-Cutler MT, *et al.* Antibiotics for asymptomatic bacteriuria. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015;2015:CD009534. doi:10.1002/14651858.CD009534.pub2.
47. Sundhedsstyrelsen. *National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens.* 2019. Lokaliseret 22. maj 2023 på: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/nkr-forebyggelse-og-behandling-af-adfaerdsmaessige-og-psykiske-symptomer-hos-personer-med-demens>.
48. Mayne S, Bowden A, Sundvall P, *et al.* The scientific evidence for a potential link between confusion and urinary tract infection in the elderly is still confusing - a systematic literature review. *BMC Geriatr* 2019;19:1–15.
49. Sundvall PD, Ulleryd P, Gunnarsson RK. Urine culture doubtful in determining etiology of diffuse symptoms among elderly individuals: A cross-sectional study of 32 nursing homes. *BMC Fam Pract* 2011;12:36. doi:10.1186/1471-2296-12-36.
50. Brown KA, Daneman N, Schwartz KL, *et al.* The Urine-culturing Cascade: Variation in Nursing Home Urine Culturing and Association With Antibiotic Use and Clostridium difficile Infection. *Clin Infect Dis* 2020;70:1620–7. doi:10.1093/cid/ciz482.

51. Arnold SH, Nygaard Jensen J, Bjerrum L, *et al.* Effectiveness of a tailored intervention to reduce antibiotics for urinary tract infections in nursing home residents: a cluster, randomised controlled trial. *Lancet Infect Dis* 2021;3099:1–3.
52. Loeb M. Effect of a multifaceted intervention on number of antimicrobial prescriptions for suspected urinary tract infections in residents of nursing homes: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2005;331:669.

Bilagsoversigt

Bilag 1. Baggrund for valg af Clinical Frailty Scale

Bilag 2. UVI og ældre

Bilag 3. Centrale punkter ved opsøgende hjemmebesøg

Bilag 4. Rejse-sætte-sig-test (RSS)

Bilag 5. Clinical Frailty Scale (CFS)

Bilag 6. Relevant lovgivning

Bilag 1. Baggrund for valg af Clinical Frailty Scale

Arbejdsgruppen havde oprindeligt planlagt at følge en enkel og reproducerbar tilgang til valg af frailty-værktøj. Men efterhånden som gruppen fik mere indsigt i, hvad værktøjet skulle bruges til, blev processen mere iterativ. Arbejdsgruppen stillede følgende fire væsentlige spørgsmål:

- Hvilke værktøjer er nemme at bruge?
- Hvilke værktøjer er gode til at forudsige for eksempel død?
- Hvilke værktøjer opleves som meningsfulde af patienterne?
- Hvilke værktøjer opleves som meningsfulde af læger og personale i praksis?

Arbejdsgruppen tog udgangspunkt i to systematiske reviews [27,28]. Gruppen identificerede værktøjer med højst 5 spørgsmål (*items*), der kunne forudsige død, og som var valideret uden for hospitalsregi. De skulle også kunne opdele patienterne i mindst tre grupper, da en binær opdeling (*frail/ikke-frail*) ville være for simpel til patientpopulationen i almen praksis og til opfølgning over tid. Gruppen fik også anbefalet værktøjer fra kolleger i almen praksis og sekundærsektoren.

De udvalgte værktøjer blev fremskaffet på engelsk og diskuteret i gruppen. Nogle rummede kun et domæne om fysisk *frailty* [29–32]. Nogle indeholdt både fysiske, psykiske/kognitive og sociale domæner [33,34]. Nogle var mere tværgående uden at lægge sig fast på domæner [8,35]. Vi ville gerne have et værktøj, der var helhedsorienteret, så vi udelukkede dem, der primært fokuserede på det fysiske domæne.

Nogle studier pegede på, at det at få målt ”*frailty*” og at blive vurderet som ”*frail*” kan være stødende for nogle patienter, men at mange er åbne for diskussionen [36, 37]. Derfor var det vigtigt, at værktøjet blev opfattet som minimalt stigmatiserende, men der var ikke meget sammenlignende evidens på området.

Nogle få værktøjer var blevet undersøgt for deres evne til at forudsige død og plejehjemsanbringelse i almen praksis, men de kunne ikke overgå den praktiserende læges kliniske skøn [5]. Vi fandt validerede oversættelser af to værktøjer: the Clinical Frailty Scale og the Tilburg Frailty Indicator [6, 38].

Efter gennemgang af de forskellige værktøjer blev *Clinical Frailty Scale* (CFS) bedømt som den bedste til brug i almen praksis [8]. Den er ikke helt ny og er blevet afprøvet i mange forskellige populationer [39].

Den er oversat til dansk og afprøvet af blandt andet danske praktiserende læger, der fandt den brugbar. Den blev også vurderet ens på tværs af faggrupper og specialer og kunne dermed potentielt være et godt kommunikationsværktøj på tværs af specialer [40]. Visuelt er den designet, så man hurtigt kan identificere, hvilket trin patienten er på – frem for en tjekliste eller en fysisk test. Arbejdsgruppen vurderede dette som praksisnært og minimalt stigmatiserende for patienten.

Desuden valgte vi at oversætte spørgsmålet (til dansk) fra det studie, der fandt, at praktiserende læger var gode til at forudsige plejehjemsanbringelse og død, hvis de svarede ja til spørgsmålet. Se afsnittet om identifikation af den skrøbelige patient (side 14-15), hvor spørgsmålet fremstår som et alternativ til CFS [5].

Bilag 2. UVI og ældre

- Danmark har Europas næsthøjeste forbrug af antibiotika på plejehjem. Det kan ikke forklares udelukkende ud fra, at borgerne generelt er sygere, når de kommer på plejehjem i Danmark [41].
- Plejehjem med et højt forbrug af urindyrkning har også et højt forbrug af antibiotika [42,43].
- Når forbruget på et plejehjem er højt, betyder det mere resistens og flere antibiotikarelaterede bivirkninger – ikke kun hos dem, der får antibiotika, men også hos de andre beboere [44].
- Cirka 50 % af ældre kvinder på plejehjem har signifikant (asymptomatisk) bakteriuri [45].
- Det gør ingen forskel for symptomer, risiko for pyelonefritis eller risiko for død at behandle asymptomatisk bakteriuri – heller ikke hos ældre [46].
- Næsten alle ældre med demens bliver konfuse ind imellem [47].
- Ingen entydig sammenhæng er fundet mellem UVI og delir på hospital [48].
- Der er ingen prædiktiv værdi af personalevurderet konfusion og positiv urindyrkning [49].
- Hvis urinen dyrkes hver gang, der er atypiske symptomer, øger det risikoen for antibiotikarelaterede bivirkninger [50].
- Forbruget af antibiotika til UVI kan halveres på plejehjem uden at øge dødeligheden, bl.a. ved at uddanne personalet i asymptomatisk bakteriuri og opfordre dem til at se tiden an frem for at mistænke UVI ved atypiske symptomer [51,52].

Bilag 3. Centrale punkter ved opsøgende hjemmebesøg

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

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

Under besøget af lægen:

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

Bilag 4. Rejse-sætte-sig-test (RSS)

Budskaber

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

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

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

RSS har desuden en række sidegevinster. Hos stærke ældre vil den også vise elementer af balanceevne og et kardiovaskulært element. Den er enkel at anvende som hjemmetræning. Undersøgeren skal være opmærksom på, at resultatet kan være påvirket af andre faktorer, f.eks. smerter og vejrtrækningsbesvær.

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

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

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

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

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

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

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

FIGUR 6 Danske referenceværdier for 30-sekunders rejse-sætte-sig-test

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

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










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

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

Figur 6 er et udsnit af den oprindelige Figur 1 i artiklen af Kristensen MT, Dall CH, Aadahl M, Suetta C. Systematisk måling af fysisk funktion hos voksne patienter på tværs af diagnoser. Ugeskr Laeger. 2022;184:V02220134. Figur 6 er gengivet med tilladelse fra Ugeskrift for Læger og forfatterne.

Bilag 5. Clinical Frailty Scale (CFS)

FIGUR 4 Clinical Frailty Scale

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

BEDØMMEELSE AF SKRØBELIGHED HOS MENNESKER MED DEMENS

Mennesker med demens er oftest skrøbelige (scorer oftest minimum 5) og graden af skrøbelighed svarer som regel til graden af demens. Typiske symptomer ved mild demens er at glemme detaljer om en nylig begivenhed, selvom man kan huske selve begivenheden og at gentage det samme spørgsmål/historie og social tilbagetrækning. Ved moderat demens er hukommelsen for nylige begivenheder svært nedsat, selvom man kan huske gamle minder tydeligt. Man kan udføre personlig pleje med vejledning.

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

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

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission:

www.geriatricmedicineresearch.ca

Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

Danish Version 2.0, 2020, translated by Anders Fournaise and Søren Kabell Nissen, University of Southern Denmark.

Figuren viser den danske version af Clinical Frailty Scale, version 2.0. Genoptrykt med tilladelse fra udgiver og de danske oversættere.

Bilag 6. Relevant lovgivning

Fire juridiske tiltag er relevante for den ældre patient og dennes praktiserende læge.

Alle er juridisk bindende.

1. Fremtidsfuldmagt

En fremtidsfuldmagt laves af patient (og evt. pårørende), mens patienten er rask. Den aktiveres af patient eller pårørende, når lægen har attesteret, at patienten nu er inhabil. Den omhandler økonomiske og/eller personlige forhold.

Fremtidsfuldmagt kan oprettes via borger.dk, Ældresagen, Digitaliseringsstyrelsen eller Familieretshuset.

Den kan laves digitalt og skal tinglyses. Den kan ikke tilgås via f.eks. FMK-online.

Egen læge kan tage et privathonorar for attesten, der aktiverer fremtidsfuldmagten.

2. Behandlingstestamente

Patienten kan her fravælge livsforlængende behandling (også genoplivning ved hjerte-stop), hvis:

- Patienten ligger for døden, og behandlingen kun forlænger dennes liv, men ikke medfører, at patienten får det bedre, eller at dennes smerter bliver lindret.
- Patienten er så svækket af sygdom, ulykke eller alder, at han/hun aldrig kommer til at kunne tage vare på sig selv fysisk og mentalt.
- Lægen vurderer, at de fysiske konsekvenser af sygdommen eller af selve behandlingen vil være meget alvorlige og lidelsesfulde, selvom patienten overlever behandlingen.

I behandlingstestamentet kan patienten også angive, at han/hun ikke ønsker at modtage behandling med brug af tvang, hvis han/hun ikke længere er i stand til at tage vare på sig selv. Det gælder f.eks. ved demens.

Det er også muligt at bestemme, at de pårørende har det sidste ord i forhold til fravalg af behandling.

De pårørende får kun det sidste ord, hvis patienten udtrykkeligt har skrevet det i behandlingstestamentet.

Behandlingstestamentet er gyldigt fra det tidspunkt, hvor patienten er varigt inhabil.

Behandlingstestamente kan oprettes på sundhed.dk med MitID og kan findes via FMK-online. Læs evt. Bekendtgørelse nr. 1345 af 16/11/2018 om behandlingstestamenter på Retsinformation.

3. Anvendelse af tvang af varigt inhabile

Anvendelsen af tvang skal ses som en sidste udvej og begrænses til det absolut nødvendige. De anvendte tvangstiltag skal være rimelige i forhold til behovet for behandling. Inden du som læge beslutter at anvende tvang, skal du forsøge at opnå patientens frivillige medvirken til behandling. Det betyder, at patienten skal inddrages mest muligt, og at alle tillidsskabende tiltag først skal være afprøvet.

Eksempler på somatisk behandling, som kan udføres ved tvang, hvis ikke et frivilligt samtykke kan opnås: øjendrypning, behandling af fodsår hos diabetikere, anlæggelse af urinkateter, bedøvelse og kirurgiske indgreb (f.eks. amputation ved koldbrand).

For at gennemføre tvangsbehandlingen kan det være nødvendigt at anvende tvangsindgreb som f.eks. fysisk fastholdelse eller beroligende medicin.

Læs også om Tvang ved somatisk behandling på hjemmesiden for Styrelsen for Patient-sikkerhed.

Læs også styrelsens pjeces Anvendelse af tvang ved somatisk behandling med vigtig information til læger.

En anden type tvangsbehandling er tvang i forhold til personlig hygiejne. Vær opmærksom på, at du som læge ikke skal involveres i servicelovens § 126a vedr. personlig hygiejne.

Anvendelse af fysisk magt for at fastholde en person i en personlig hygiejnesituation kan undtagelsesvis tillades, hvis det er absolut nødvendigt for at udøve omsorgsplikten. Det er kommunens afgørelse. Det betyder, at personalet skal henvende sig til den kommunale forvaltning, hvis der er problemer med at udføre den daglige hygiejne på en person med demens, og der er fare for omsorgssvigt. Kommunen skal præcisere i sin afgørelse, i hvilke konkrete situationer der gives tilladelse til magtanvendelse. Tilladelsen kan gives for en periode på tre måneder og om nødvendigt forlænges med yderligere tre måneder.

4. Tolkegebyr

Den 1. juli 2018 fastlagde en bekendtgørelse nye retningslinjer for tolkegebyr. Som udgangspunkt skal man have lært dansk efter 3 års ophold i Danmark. Har man brug for tolk herefter, skal man som udgangspunkt selv betale for det (egenbetaling). Der er dog en række undtagelser til egenbetaling.

Da det er kendt, at ældre fremmedsprogede patienter kan miste danskkundskaber, og at flere er analfabeter, rummer tolkeloven flere muligheder for dispensation fra kravet om tolkegebyr.

Læs evt. Bekendtgørelse nr. 855 af 23/06/2018 om tolkebistand efter sundhedsloven på Retsinformation.