

Lægefaglig indsats i plejeboliger

Carsten Hendriksen

STATUSARTIKEL

Tværasektoriel
Forskningsenhed,
Bispebjerg Hospital

Ugeskr Læger
2015;177:V09140518

Beboere i plejeboliger er ligestillede med andre pensionister. Boligen er en selvstændig bolig med huslejekontrakt, hvor der betales indskud og husleje. Ønske om indflytning kan støttes af en læge, men beslutning om godkendelse til indflytning varetages af den kommunale visitation, uanset om det er en kommunal eller selvejende plejebolig – sidstnævnte med driftsoverenskomst med kommunen.

De eksisterende plejehjem er under udfasning. I stedet etableres der plejeboliger (moderne plejehjem). Omkring 42.000 (ca. 4%) ældre > 65 år bor i plejeboliger og på plejehjem, langt størsteparten i plejeboliger [1]. I denne artikel benyttes derfor betegnelsen plejeboliger, idet såvel visitationsreglerne som tilbud om hjælp er de samme i plejeboliger og på plejehjem.

Plejeboliger giver permanent ophold til mennesker, der trods forskellige hjælpeforanstaltninger ikke kan klare sig i deres hidtidige bolig. I plejeboligerne skal der tilbydes omfattende personlig og praktisk hjælp samt vedligeholdelsesaktivitet, hvori der indgår tilsyn fra en læge samt fysisk og psykisk stimulation.

Formålet med denne artikel er at beskrive de særlige helbredsmæssige problemer, som kræver lægefaglig indsats til beboere i plejeboliger.

HVORFOR SPECIELLE ARTIKLER OM BORGERE I PLEJEBOLIGER?

Ældre i plejeboliger er nogle af de mest svækkede mennesker i Danmark. De har ofte flere kroniske sygdomme med betydelig påvirkning af funktionsevnen – såvel fysisk som psykisk. Den hyppigste helbredsmæssige årsag til indflytning i en plejebolig er demens. Det skønnes, at mindst to tredjedele af beboerne – formentlig flere – har symptomer på demens [1]. Med andre ord er ældre med mange fysiske og psykiske sygdomme samlet på et mindre areal i tæt kontakt til plejepersonale og har ved behov ofte svært ved at komme til den praktiserende læges konsultation.

Indflytningsalderen er fortsat stigende til nu i gennemsnit 84 år; 69% er kvinder. Den gennemsnitlige levetid i plejeboliger er 32 måneder for kvinder og 25 måneder for mænd. En fjerdedel af alle danskere dør i en plejebolig [1].

Således er nogle af de mest funktionsmæssigt svækkede mennesker med forventet kort levetid samlet i plejeboliger. Det kræver en speciel opmærksomhed og indsats fra sundhedsvæsenet – ikke mindst mht. den lægefaglige ekspertise.

Således er nogle af de mest funktionsmæssigt svækkede mennesker med forventet kort levetid samlet i plejeboliger. Det kræver en speciel opmærksomhed og indsats fra sundhedsvæsenet – ikke mindst mht. den lægefaglige ekspertise.

SPECIELLE HELBREDSPROBLEMER

De helbredsmæssige problemer hos mennesker i plejeboliger er oftest led i multimorbiditet med betydelig påvirkning af funktionsevnen. Svækkelse er en tilstand, hvor flere organsystemer gradvist mister deres reservekapacitet, hvilket medfører øget risiko for pludselig forværring i organfunktionen og dermed også i den samlede funktionsevne – fysisk og kognitiv [2]. Forværring i svækkelse kan forebygges ved passende fysisk aktivitet og sufficient ernæring [3]. I sig selv beskedne hændelser, f.eks. en urinvejsinfektion eller diarré, kan medføre betydelig påvirkning af funktionsevnen og kræver hurtig udredning og relevant behandling. Ændret funktionsevne er således centralt, herunder vurderes ganghastighed, muskelstyrke (rejse sig, sætte sig-test) og kognition som relateres til »klinisk blik« og relevant objektiv undersøgelse [4].

Det er en lægelig opgave – sammen med plejepersonalet – at kunne monitorere funktionsevne for at kunne vurdere behov for såvel udredning, ændret behandling som ændret pleje, herunder rehabilitering. Samarbejde med det lokale hospitals geriatriske team giver mulighed for at gennemføre *comprehensive geriatric assessment* i et tværfagligt og tværasektorielt samarbejde mhp. at forebygge yderligere funktionsnedsættelse og hospitalsindlæggelser [5, 6].



Plejeboliger er selvstændige boliger.
Foto: Henrik Laursen.

Den lægelige indsats kræver ud over akut/subakut vurdering ved behov speciel opmærksomhed på ændret funktionsevne, som bør give anledning til overvejelser om årsag og forebyggelse og nødvendigvis en bred lægelig vurdering. Drejer det sig om forværring i kronisk sygdom, inkontinens, obstipation, decubitus, dehydrering? Nedenfor gives eksempler på specifikke områder, som læger specielt bør være opmærksomme på, da det er hyppige og væsentlige problemer, der kan få store konsekvenser for beboernes funktionsevne.

Kognition

Som beskrevet har en stor del af ældre i plejeboliger symptomer på demens. Behandling af patienter med demens ligger uden for denne artikels fokus. Men det er vigtigt at være opmærksom på, at kognitive ændringer ikke altid er udtryk for demens, og at demente helbredsmæssigt er mere følsomme over for forandringer f.eks. i den medikamentelle behandling og i de ydre omgivelser. Tænk på de fem D'er som årsag ved ændret kognition: delirium, demens, depression, druk og droger [4].

Medikamentel behandling

Inden for det seneste år er der set eksempler på demente patienter, der er blevet indlagt fra en plejebolig på et hospital med et dagligt forbrug på 12-14 forskellige receptpligtige præparater – potentielt toksiske – er blevet tilset af speciallæger og hjemsendt, uden at det har udløst overvejelser over det rimelige i behandlingen – hverken i almen praksis eller på hospitalet.

Der gives for meget medicin til beboere i plejeboliger, og det er måske den væsentligste lægelige udfordring. Nye symptomer hos svækkede ældre, der er i medikamentel behandling, bør altid give overvejelser over, om årsagen er behandlingen frem for en ny sygdom. Medikamenter til behandling af bivirkninger fra andre medikamenter bør stort set aldrig gives. Forebyggende medikamenter til mennesker i sidste livsfase bør nøje overvejes – f.eks. acetylsalicylsyre og statiner til svært demente. Forsøg med udtrapning/seponering er også en lægelig kerneydelse [4].

Behandling af demente med antipsykotika bør som udgangspunkt undgås. I sjældne situationer, hvor det er nødvendigt f.eks. pga. aggression eller voldelig adfærd, skal der være lagt en plan for ansvar, opfølgning og seponering [7]. I 2014 er der ved de uanmeldte tilsyn fra embedslægerne sat fokus på benyttelsen/relevansen af antipsykotika.

Læger er de eneste, der har ordinationsret. Retten giver også pligt til, at denne kerneydelse håndteres fagligt professionelt, ikke mindst over for svæk-



FAKTABOKS

Funktionsmæssigt svækkede ældre med en forventet levetid på ca. 30 måneder er samlet i plejeboliger.

Vurdering af fysisk og psykisk funktionsevne – specielt ændringer – er et kerneområde for stillingen til udredning og behandling.

Den lægelige indsats kræver, ud over akut/subakut vurdering ved behov, speciel opmærksomhed på demens, fald og medikamentel behandling.

Lægeligt gennemført årlig medicingennemgang bør være et krav.

Lægen bør inddrages i overvejelser i terminalfasen – ikke mindst ved evt. fravalg af livsforlængende behandling.

kede ældre i plejeboliger. Medicingennemgang ved en læge bør foretages årligt hos beboere i plejeboliger.

Fald

Risikoen for fald øges ved nedsat muskelfunktion, gang- og balanceproblemer, demens, nedsat syn samt indtagelse af diverse medikamenter, f.eks. antihypertensiva, sedativa/hypnotika, antipsykotika, antidepressiva m.m. Det er symptomer, som beboere i plejeboliger ofte oplever enkeltvis eller i kombination. Det er derfor ikke mærkeligt, at disse mennesker har flere fald end ældre uden for plejeboligerne [8]. God lægefaglig indsats bør medføre vurdering af årsag til fald – specielt ved mere end ét fald. Synkope skal nøje vurderes mht. henvisning til udredning på et hospital evt. i en geriatrisk faldklinik.

Selv om evidensen for effekt af forebyggende intervention hos beboere i plejeboliger er sparsom og inkonklusiv – bortset fra D-vitamintilskud – er fald en så alvorlig hændelse, at sundhedspersonalet i samarbejde med en læge bør kunne vurdere og tage handling f.eks. ved mistanke om overmedicinering [9].

ORGANISERING AF DEN LÆGEFAGLIGE INDSATS

Da de praktiserende læger kan have patienter i flere plejeboliger, og de enkelte plejeboliger har kontakt til et (større) antal praktiserende læger, har der i de seneste år været overvejelser/forsøg med en mere forenklet lægedækning, f.eks. fastlægeordning [10, 11].

SAMARBEJDE MELLEMLÆGE OG PLEJEPERSONALE

Lægekontakt til beboeren vil typisk være forårsaget af et konkret helbredsproblem, uanset om den ældre har ændret funktionsevne eller ej. Ikke alle beboere er i stand til at kommunikere om symptomer, og plejepersonalet er værdifulde informationsgivere.

Som hos andre svækkede mennesker er det vigtigt, at lægen er opmærksom på forebyggelse og reha-

bilitering på individniveau. Svækket syn og/eller hørelse i kombination med demens kan forværre de kognitive problemer med øget risiko for forvirring og evt. delirium. Dårlig tandstatus øger risikoen for ernæringsmæssige problemer og obstipation – husk muligheden for omsorgstandpleje. Immobilisation øger risikoen for fald, decubitus og urinvejsinfektion. Fodproblemer medfører let immobilisation. Alle de anførte eksempler kan forebygges ved opmærksomhed, empati og tværfagligt samarbejde.

I den ændrede kommende lov om social service fremgår det vedr. rehabiliteringsforløb og hjemmehjælp, at det er en forudsætning for tildelingen, at beboere i plejeboliger kan have gavn af et korterevarende og tidsafgrænset rehabiliteringsforløb; det gælder f.eks. for borgere med en demensdiagnose. Indsatsen kan være led i opnåelse af delvis selvhjulpethed i forhold til varetagelse af dele af opgaverne i dagligdagen [12]. At arbejde med rehabilitering hos mennesker med forventet kort livshorizont er en balancegang mellem over- og underbehandling. Det er åbenlyst nødvendigt med tilbud om rehabilitering efter nylig sygdom og forværret funktionsevne f.eks. efter et lårbenshalsbrud, men når det drejer sig om mennesker med betydelig nedsat funktionsevne og evt. kognitive problemer, kræver behandlingen en særlig faglig indsigt og menneskelige/etiske afvejringer [13]. Pårørende kan evt. være til hjælp med baggrund i deres kendskab til borgerens ønsker.

Det ville være optimalt, hvis lægen ligeledes kunne rådgive om generelle problemstillinger i plejeboliger mht. behandling i bred betydning. Med den nuværende organisering af den lægelige indsats er det ikke realistisk, at lægen ud over den individuelle behandling giver mere generel rådgivning. Måske ændrer det sig med ændret organisering [11].

TERMINALE FORLØB, HERUNDER FRAVALG AF LIVSFORLÆNGENDE BEHANDLING

I de fleste tilfælde forudgås døden af større eller mindre ændringer i funktionsevnen. Det tætte kendskab, som plejepersonalet har, giver umiddelbart god mulighed for at sikre en værdig afsked med livet i trygge omgivelser og evt. sammen med pårørende.

Den praktiserende læges palliative indsats hos ældre i plejeboliger adskiller sig ikke principielt fra indsatsen til døende i egen bolig. Lægen er en central aktør i tæt samarbejde med borgeren, plejepersonale og evt. pårørende. Det er vigtigt, at lægen i god tid er med til at drøfte behandlingsaktiviteter i relation til forværring i tilstanden, herunder overvejelser om hospitalsbehandling, genoplivningsforsøg og forebyggende medikamenter – helst sammen med borgeren. Ved inhabilitet foretages drøftelserne med de pårø-

rende og plejepersonalet. En behandlingsplan skal ikke sættes i et fast skema, men bør kunne revideres.

I forbindelse med forventet død er der en række dilemmaer ikke mindst i forbindelse med evt. fravalg af livsforlængende behandling. Der findes efterhånden hjertestartere i mange plejeboliger. Plejepersonalet står i en vanskelig situation ved f.eks. hjertestop. Sundhedsfagligt fravalg af livsforlængende behandling er en lægelig beslutning »på baggrund af en aktuel og dækkende undersøgelse« [14]. Hvad det vil sige i den praktiske hverdag, er omfattende – og ikke særlig klart – beskrevet i [15].

KONKLUSION

Nogle af de mest helbredsmæssigt svækkede mennesker har behov for tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med fokus på lægefaglig indsats. Multimorbiditet med konsekvenser for fysisk og psykisk funktionsevne er en udfordring. Funktionsevnen – specielt mobilitet og kognition – er markør for underliggende helbredsproblemer. Ikke alle symptomer kan/skal behandles, men påvirket funktionsevne må skærpe opmærksomheden på evt. intervention. Samarbejde med plejepersonale og evt. pårørende letter muligheden for en kvalificeret vurdering, specielt i relation til demens.

Den medikamentelle behandling er en udfordring. Der gives generelt for mange forskellige receptpligtige medikamenter. Regelmæssig medicin gennemgang med evt. efterfølgende nedsættelse/seponering bør være et krav.

Ca. hver fjerde dansker dør i en plejebolig, og også her er den lægefaglige indsats central ikke mindst i forbindelse med en evt. beslutning om sundhedsfagligt fravalg af livsforlængende behandling.

Nye tværsektorielle samarbejdsaftaler mellem plejecentre og praktiserende læger kan formentlig være med til at give beboerne en forbedret mulighed for en værdig afsked med livet.

KORRESPONDANCE: Carsten Hendriksen, Tværsektoriel Forskningsenhed, Bispebjerg Hospital, Bispebjerg Bakke, 2400 København NV. E-mail: carsten.hendriksen@regionh.dk

ANTAGET: 10. december 2014

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Ældrekommissionen – Kommission om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem. Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem. København: Social- og Integrationsministeriet, 2012.
2. Turner G, Clegg A. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *Age Ageing* 2014;43:744-7.
3. Clegg A, Young J, Illife S et al. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013;868:752-62.
4. Den ældre patient. København: Dansk Selskab for Almen Medicin, 2012.
5. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2011;343:d6553.
6. Dwyer R, Gabbe B, Stoelwinder JU et al. A systematic review of outcomes fol-

- lowing emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. *Age Ageing* 2014;43:759-6.
7. Forskel i dødelighed for antipsykotika til plejehjemspatienter. København: Institut for Rationel Farmakoterapi, 2012.
 8. Faldpatienter i den kliniske hverdag – rådgivning fra Sundhedsstyrelsen. København: Sundhedsstyrelsen, 2006.
 9. Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC et al. Intervention for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 12:CD005465.
 10. Rytter L, Hellebek T, Mink A et al. Lægebetjening af plejecentre ved praktiserende læger. *Ugeskr Læger* 2015;177:V09140517.
 11. Weatherall CD, Lauritzen HH, Hansen AT et al. Evaluering af »Fast tilknyttede læger på plejecentre«. København: SFI, 2014.
 12. Lov om ændring af social service (Rehabiliteringsforløb og hjemmehjælp). København: Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold, 2014.
 13. Hendriksen C, Lyngbye PW. Rehabilitering af ældre mennesker. *Ugeskr Læger* 2014;176:925-8.
 14. Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling, uden for sygehus. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014.
 15. Plejehjemstilsynet 2013. København: Sundhedsstyrelsen, 2014.

Urinvejsinfektion hos ikkeindlagte plejehjemsbeboere

Mette Stærkind, Michael Dalager-Pedersen & Henrik Nielsen

Ældre på plejehjem er i øget risiko for at få infektions sygdomme pga. aldersbetingede fysiologiske ændringer, komorbiditeter og ophold i institutionaliserede miljøer [1]. Urinvejsinfektion (UVI) er den hyppigst forekommende bakterielle infektion hos plejehjemsbeboere i Danmark og den hyppigste årsag til antibiotisk behandling på danske plejehjem. Symptomgivende UVI spænder bredt fra cystitis med irritative blæresymptomer over pyelonefritis med udtalte systemiske symptomer til septisk shock. Diagnostisering og behandling af UVI hos plejehjemsbeboere er ofte vanskelig og kræver særlige overvejelser. I det følgende gennemgås risikofaktorer, diagnose, behandling og forebyggelse af UVI med fokus på plejehjemsbeboere.

EPIDEMIOLOGI OG RISIKOFAKTORER

Prævalensen af bakteriuri er 25-50% blandt ældre over 80 år og nærved 100% blandt brugere af kateter *à demeure* (KAD) [2-4]. Heraf er en stor andel asymptomatisk bakteriuri, hvilket defineres ved signifikante mængder af bakterier ($\geq 10^5$ cfu/ml) ved dyrkning af urin fra en patient uden kliniske tegn til infektion. Ved KAD-brug < 30 dage vil bakteriuri typisk opstå efter få dage, bestå af en enkelt mikroorganisme og være asymptomatisk. Ved KAD-brug > 30 dage tilkommer der flere mikroorganismer, og varigheden af kateterisationen er den største risikofaktor for udvikling af symptomatisk UVI [5]. Ved fjernelse af kateteret vil mellem en tredjedel og halvdelen af tilfældene med bakteriuri spontant forsvinde, men dette sker i mindre grad hos ældre kvinder (> 65 år) end hos øvrige patienter [6]. En særlig risiko ved brug af kateter er dannelsen af biofilm, hvor antibiotika ikke kan trænge ind og virke aktivt på bakterierne.

I nyligt publicerede prævalensundersøgelser på skandinaviske plejehjem fandt man, at 3-4% af beboere havde symptomatisk UVI [7, 8]. I Danmark fik > 5% af plejehjemsbeboerne antibiotikaproylaxse mod UVI, og ca. 10% havde KAD [9, 10]. Selv om anvendelse af uroproylaxse er endnu højere i andre europæiske lande [9], er det medvirkende til et stort forbrug af antibiotika hos ældre i Danmark. Erfaringer fra Finland viser, at forbruget på denne indikation kan nedsættes uden negative konsekvenser [11].

Fysiologisk er plejehjemsbeboere i høj risiko for at få UVI som følge af aldersbetinget immunsvækkelse lokalt og systemisk [1]. Hos plejehjemsbeboere ses der ofte komorbide tilstande, der giver øget risiko for urinretention og residualurin, f.eks. cystocele og prostatahyperplasi (obstruktiv retention) samt diabetes mellitus og apoplexia cerebri (neurogen retention). Urinretention er desuden en bivirkning af flere medikamenter, herunder antidepressiva og antiparkinsonismemidler. Nedsat østrogenproduktion hos postmenopausale kvinder kan medføre svækkelse af



STATUSARTIKEL

Infektionsmedicinsk
Afdeling,
Aalborg
Universitetshospital

Ugeskr Læger
2015;177:V09140494

Positiv urinstiks hos plejehjemsbeboere har sjældent klinisk betydning. Her fra en 93-årig kvinde med asymptomatisk bakteriuri.