



Den akutt sjuke
gamle

Kvifor er dette viktig?

Lite
fysiologiske
reserver

Komorbiditet

Polyfarmasi

Kognitiv svikt

Nedsatt
funksjonsnivå

Skrøpeligheit

Fare for
komplikasjonar

Clinical frailty scale

CLINICAL FRAILTY SCALE NORWEGIAN

	1	VELDIG SPREK	Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekeste i sin aldersgruppe.
	2	SPREK	Personer som ikke har aktive sykdomssymptomer , men er mindre spreke enn kategori 1. De kan ofte trene eller være veldig aktive av og til, f.eks. sesongbasert.
	3	KLARER SEG BRA	Personer med veikontrollerte medisinske problemer , selv om de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive utover vanlig gange.
	4	LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET	Tidligere «sårbar». Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvhjulpne. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktivitet . De klager ofte over at de er «langsomme» og/eller blir slitne/trøtte illa dagen.
	5	LEVER MED MILD SKRØPELIGHET	Disse er mer tydelig langsomme , og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet (personlig økonomi, transport, tungt husarbeid). Vanligvis vil mild skrapelighet i økende grad føre til problemer med å handle eller gå utenfor hjemmet alene, lage mat, håndtere medisiner, og begynner å begrense lett husarbeid.
	6	LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET	Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utendørs og med å stille hjemmet . Innendørs har de ofte problemer med trapper, trenger hjelp til bading/dusj og kan trenge litt hjelp til å kle på seg (veiledning, tilsyn).
	7	LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET	Helt avhengige av hjelp til personlig stell uansett årsak (fysisk eller kognitiv). Likevel fremstår de som stabile og uten høy risiko for å dø (innen ~6 måneder).
	8	LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET	Helt avhengige av hjelp til personlig stell og nærmer seg livets slutt. Vanligvis vil de ikke komme seg igjen selv etter mild sykdom.
	9	TERMINALT SYK	Nærmer seg livets slutt. I denne kategorien inngår personer med en forventet levetid <6 måneder uten at de lever med alvorlig skrapelighet . (Mange terminalt syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden).

SKÅRING AV SKRØPELIGHET HOS PERSONER MED DEMENS

Graden av skrapelighet tilsvarende vanligvis graden av demens (CFS 5, 6, 7 eller 8). Varige symptomer ved mild demens inkluderer det å glemme detaljer rundt en nylig hendelse, selv om man husker selve hendelsen, å glemme de samme spørsmålene/historiene og sosial tilbakeføring.

Ved moderat demens er kortidsminnet svært svekket, selv om de virker å huske hendelser fra tidligere i livet. De kan ivareta egenomsorg under veiledning.

Ved alvorlig demens må de ha hjelp til all egenomsorg.

Ved svært alvorlig demens er de ofte sørgeliggende. Mange har mistet all språk.

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (NO). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicine-research.ca

Translated with permission by Rostoff S, Engstad TT, Ijzema B, Flaxten H.

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





Pasientens navn:

(etikett)

Fødselsdato:

Pasientnummer:

Screening for delirium og kognitiv svikt

Dato:

Tidspunkt:

Testen er utført av:

[1] ÅRVÅKENHET (forholder seg normalt til omgivelsene)

Pasienten virker tydelig døsig (dvs. vanskelig å vekke og/ eller er åpenbart søvning ved undersøkelsen) eller motorisk urolig/hyperaktiv. Observer pasienten. Hvis pasienten sover, forsøk å vekke pasienten med vanlig stemme eller ved varsom berøring på skulderen. Be pasienten oppgi navn og adresse til hjelp med vurderingen.

Normal (helt årvåken, ikke urolig ved undersøkelse)	0
Lett søvning < 10 sekunder etter oppvåkning, deretter normal	0
Tydelig unormal(t)	4

[2] AMT4 (Forkortet mental vurdering)

Alder, fødselsdato, sted (navnet på sykehuset eller bygning), årstall

Ingen feil	0
1 feil	1
2 feil eller flere/ikke testbar	2

[3] OPPMERKSOMHET

Spør pasienten: "Kan du i baklengs rekkefølge nevne for meg årets måneder, begynn med desember" Å hjelpe pasienten med et innledende spørsmål «hva er måneden før desember?» er tillatt

Rekkefølgen av årets måneder baklengs	Oppgir 7 måneder eller flere korrekt	0
	Begynner, men klarer <7 måneder/ avslår å begynne	1
	Ikke testbar (er uvel, døsig, uoppmerksom)	2

[4] AKUTT ENDRING ELLER FLUKTUASJON I TILSTAND

Holdepunkter for betydelige endringer eller fluktuasjoner knyttet til: årvåkenhet, kognisjon, annen mental funksjon

(F.eks. paranoide symptomer, hallusinasjoner) oppstått i løpet av de siste to uker og fremdeles tilstede de siste 24 timer

Nei	0
Ja	4

≥4: mulig delirium og eller kognitiv svikt

1-3: mulig kognitiv svikt

0: delirium eller alvorlig kognitiv svikt usannsynlig (men fremdeles mulig delirium hvis informasjon under punkt [4] er ufullstendig)

4AT SKÅR

VEILEDNING

Versjon 1.2. Informasjon og nedlasting: www.the4AT.com

Instrumentet 4AT er utformet for en rask førstegangs vurdering av delirium og kognitiv svikt. En skår på 4 eller mer antyder delirium, men er ikke diagnostisk. En mer detaljert vurdering av mental status kan være aktuelt før en setter diagnosen. En skår på 1-3 antyder kognitiv svikt. Mer detaljert kognitiv testing og informasjon om pasienten er påkrevd. En skår på 0 ekskluderer ikke sikkert delirium eller kognitiv svikt. Mer detaljert testing kan være påkrevd, avhengig av den kliniske situasjonen. Vurderinger under punkt 1-3 er kun basert på observasjon av pasienten når undersøkelsen gjøres. Punkt 4 krever informasjon fra én eller flere kilder, som din egen kunnskap om pasienten, annet personell som kjenner pasienten, fastlege, dokumentasjon, pårørende. Den som utfører vurderingen bør ta hensyn til kommunikasjonsutfordringer (hørselsnedsettelse, dysfasi, mangel på språk) når vurderingen gjennomføres og resultatene tolkes.

Årvåkenhet: Endret nivå av årvåkenhet er sannsynligvis delirium i en generell sykehus-setting. Hvis pasienten viser betydelig endret årvåkenhet ved undersøkelsen, sett skår 4 på dette punktet.

AMT4 (Forkortet mental vurdering - 4): Denne skåren kan overføres fra AMT10 hvis denne er gjort rett før 4AT. **Akutt endring eller fluktuerende tilstand:** Fluktuerende tilstand kan oppstå uten delirium i noen tilfeller hos personer med demens, men tydelig fluktuerende tilstand indikerer delirium. For å avdekke hallusinasjoner og/ eller paranoide tanker, spør pasienten spørsmål som: "Er du bekymret for hva som skjer her?"; "Er du redd for noe eller noen?"; "Har du sett eller hørt noe uvanlig?". 2011-2014 MacLulich, Ryan, Cash; 2015 norsk versjon: Geir V. Berg (RN, MEd, D-Ph), Eath Roth Gjovig (RN, MEd, PhD), Arnt Ar-Fabian (MD), Cathrine de Groot (fysioterapeut, MSc) og Sigard Evensen (MD, PhD-student), Susan Juhl (RN) ansvarlig for lokale oversettelser.



4 AT

Screening for delir og kognitiv svikt

Kvifor er det utfordrande å vurdere?

- Kognitiv svikt
- Delir
- Hørsel
- Syn
- Medikament
- Ikkje-klassisk symptombilete
 - Funksjonssvikt

Funksjonssvikt

- Akutt funksjonssvikt: Tap av funksjon utvikles i løpet av 1 veke
- Subakutt funksjonssvikt: Tap av funksjon utvikles i løpet av 1 veke til 3 mnd
- Kronisk funksjonssvikt: Tap av funksjon strekker seg utover 3 mnd
- Akutt:
 - reduserte organreserver
 - Funksjonar som er svekka frå før blir ramma hardast
 - ØH

Infeksjoner	Urin, luftveger, hud, sepsis. Feber kan mangle
Hjerneslag	Ved atypiske hjerneslag, særlig i bakre skallegrop kan hemiparese mangle, og pasienten får balanseproblemer
Kardiologisk (infarkt, arytmi, svikt)	Brystsmerter kan mangle
Lungeemboli	Hypoksi/dyspné uten annen god forklaring
Nyresvikt	Ødemer, kløe, uttalt slapphet
Anemi	Blek, slapp. Blødning?
Metabolske forstyrrelser	Dehydrering, blodsukker, elektrolytter, syre-base, tyreideastatus
Skader	Bekkenbrudd, kompresjonsbrudd, innkitt lårhalsbrudd, subduralt hematom
Depresjon	Atypisk presentasjonsform hos eldre, næringsvegring.
Urinretensjon/obstipasjon	Blæreskanning, palpasjon av abdomen inkludert rektaleksplorasjon, avføringslister
Malignitet	Palpable tumores/lymfeknutesvulst, anemi, positiv hemofec etc.
Medikamentbivirkning eller alkoholbruk	Alkohol/medikamentanamnese

Symptombilete og funn

- Vanlegaste infeksjonar: UVI, luftvegsinfeksjonar og hud.
- Feber? 20-30% av eldre med infeksjon har ikkje feber
- Funn ved klinisk undersøking:
 - Ståande hudfold – dehydrering?
 - Knatring over lungene – teikn til infeksjon?
- Kan ha låggradig CRP. Potensielt utan klinisk relevans, og potensielt relatert til noko heilt anna enn infeksjon.
- Liggande rtg toraks utan funn – kva fortel det oss?
- Positiv ustix og urin dyrkning – klinisk relevant?

Sepsis?

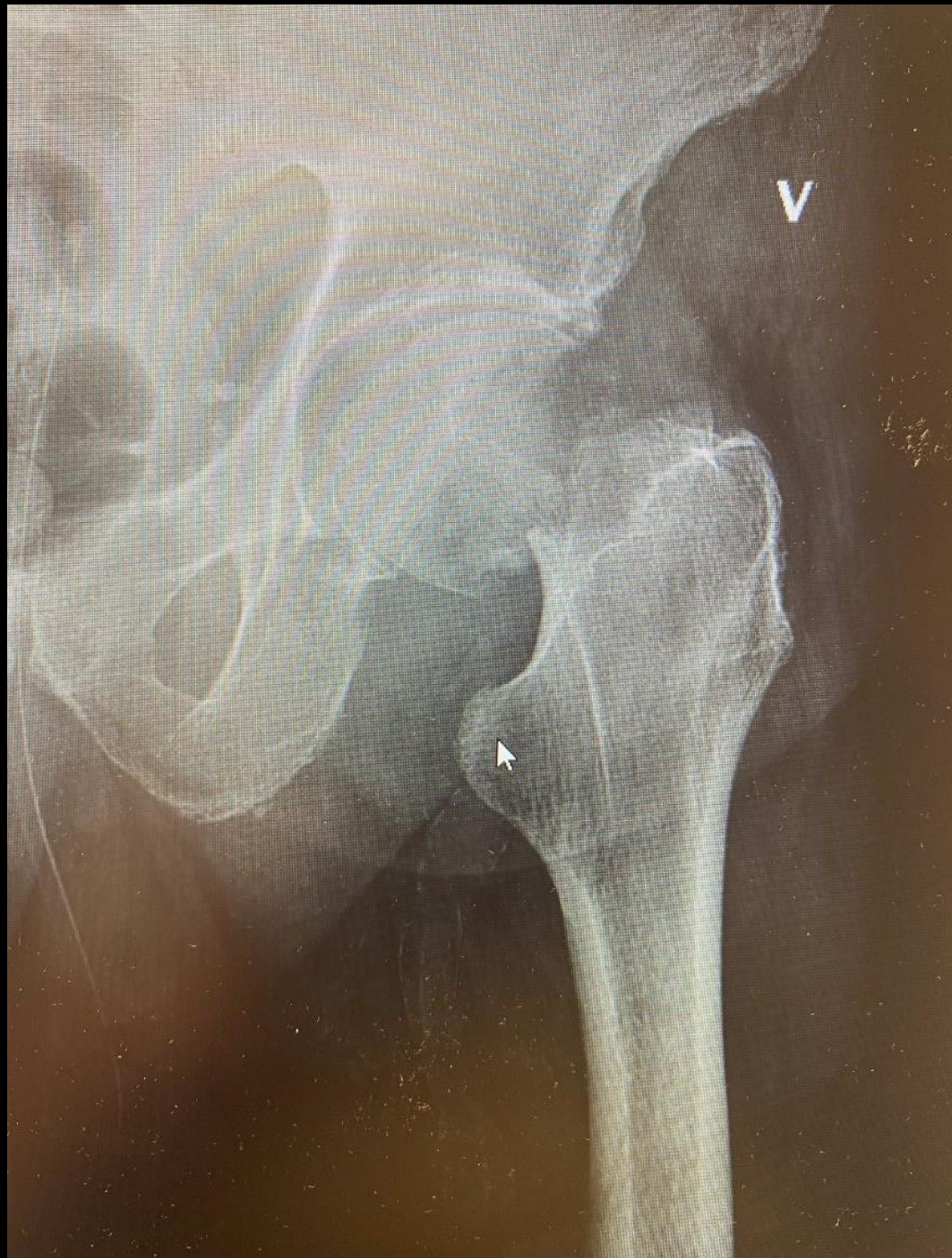
- Qsofa
 - SBT <100 mmHg, RF >22, Påverka mental status
- SIRS
 - Temp >38 el >36, P > 90spm, RF > 20 el pCO₂ < 4,3, LPK > 12 el <4

Kasuistikk

- 93 år gammel mann. Bur i omsorgsbustad saman med kona.
- Kognitivt svekka
- Svært dårleg syn
- Medikament: Timosan, simvastatin og tamsulosin fast.
- Plaga med blodtrykksfall og synkopetendens siste tida.
- Residiverande UVlar

- Gjentatte tilsyn av legevakt og fastlege grunna redusert AT.
 - Óg ein tur på sjukehus med brystmerter, men utan funn og vart sendt heim same dag.
 - Vurdert på sjukehus for smerter i kne
- Ynskja sjølv ikkje innleggelse
- Vurdert som samtykkekompetent både av fastlege og sjukehuslege.
- Nytt kontakt med fastlege som har vore på fleire heimebesøk. Forhøga infeksjonsprøver, men lite infeksjonsklinikk. Starta Bactrimkur.
- Kontrollbesøk: lett fallande CRP, men framstod uklar. Hadde då lagt i senga siste 2 dagar og ynskja ikkje stå opp.
- Innlagt for behandling av mistenkt infeksjon

Undersøking og diff.diagnosar?



Kasuistikk 2

- 80 år gammel mann
- Bur heime åleine.
- Middagslevering, ellers ingen offentleg hjelp
- Dia 2-insulinbehandla, hypertensjon, hjartefarkt i '10, ankyloserande spondylitt, hatt ERCP x 3 grunna gjentatte gallesteinsanfall, grå stær.
- Medisinar: Forxiga, TrioBe, Albyl-E og Insulatard

Aktuelt

- Var inne elektivt til operasjon for grå stær.
- Vart uklar, redd, forvirra og uroleg. Angiveleg forsøkt å reise seg fleire gongar under operasjonen.
 - Etter operasjonen er pasienten ustø, forvirra og har vanskar med å snakke, men klarar å seie at han ikkje kjenner seg bra.
- Sendt til AKM der han blir tilsett av medisin og nevro.
- Blir tatt blodprøvar, nevrologisk undersøking, og pasienten blir henvist til CT caput.

Blodprøver

Lpk 6,9

Hb 15,0

Na 144

K 3,7

Kreatinin 128

eGFR 45

Glukose 1,7

HbA1c 40

Konklusjon

- Utfordrande kommunikasjon.
- Utfordrande klinikk
- Påverknad av andre organsystem