



## RÅD OG PRIORITERINGER FRA NORSK FORENING FOR GERIATRI OG DET GERIATRISKE FAGMILJØETI FORBINDELSE MED COVID-19 PANDEMIEN

En geriatrisk pasient er en person over 70 år, med en eller flere betydelige sykdomstilstander og samtidig aldersforandringer, som gir redusert funksjon på et eller flere livsområder. Mange har et sammensatt og komplekst sykdomsbilde, med multifarmasi, høy alder og generell funksjonssvikt. Dette defineres ofte som skrøpelig, og pasientene er svært utsatt ved akutt sykdom, som Covid-19 representerer.

En del av pasientene har en progredierende hovedsykdom, som medfører stor funksjonssvikt. Den største sykdomsgruppen er demens, men andre nevrodegenerative og cerebrovaskulære sykdommer må også nevnes. Disse pasientene er ofte noe yngre, men sykdommene kan også debutere i høyere alder og har stor konsekvens for funksjon og livsprognose.

Ved en pandemi må tidligere sykdomsbyrde, livsfunksjon, alder og antatt forventet levetid, vurderes så godt man klarer. Dette er spesielt viktig når man skal prioritere hvem som skal ha intensivbehandling, som ventilasjonsstøtte og respirator, dersom kapasiteten blir overskredet under pandemien. Generelt har en eldre pasient med stor funksjonssvikt begrenset nytte av intensivbehandling ved alvorlig og livstruende sykdom. Ved begrenset kapasitet kan ikke skrøpelige pasienter, som beskrevet ovenfor, komme foran pasienter med bedre livsfunksjon, lavere alder og vesentlig lengre forventet levetid.

Det er desto viktigere med et palliativt fokus hvis infeksjonen utvikler seg i en livstruende retning og se til at pasientene ivaretas og får best mulig lindrende behandling.

Samtidig er det viktig at de eldre pasientene som trenger og har nytte av det, innlegges hvis det er behov for det. De fleste mellom 70 og 80 år er friske og velfungerende og det gjelder også mange over 80 år. Dette er mennesker med relativt lang gjenstående levetid, for eksempel kan en frisk 80 åring forvente å leve 13 år til.

### Prioritering i forhold til sentrale sykdommer og tilstander i geriatrien under pandemien:

Generelt skal den eldre pasienten som før, innlegges ved tilstander som medfører potensielt alvorlig konsekvens og/eller stor funksjonssvikt. Ev. prioritering med tanke på behandlingsnivå og kapasitet må vurderes på det enkelte sykehus under pandemien.

- **Rask og uavklart funksjonssvikt:**  
Bør innlegges, ev. vurderes ved en øh poliklinisk time, når funksjonssvikten er betydelig og medfører at man ikke kan klare seg hjemme. Kan dreie seg om underliggende alvorlig somatisk sykdom, også Covid-19.



- **Delirium:**  
Akutt forvirring kan være det eneste symptom ved alvorlig akutt sykdom og skade hos gamle. Ved uavklart årsak, og der deliriumet ikke kan behandles på annet omsorgsnivå, må pasienten innlegges sykehus for rask utredning og behandling. Covid-19 kan være årsak til delirium, bla ved stille hypoksi.
- **Ved raskt innsettende og alvorlig ernæringssvikt** må innleggelse vurderes.
- **Hjerneslag:**  
Pasienter med symptomer på akutt hjerneslag skal innlegges for akutt slagbehandling på sykehus som før. Man kan vurdere om innleggelse fra sykehjem er hensiktsmessig, da en større andel ikke er aktuelle for trombolyse eller trombektomi, enn de hjemmeboende.
- **Hoftebrudd:**  
Eldre med hoftebrudd eller andre falltraumer, som krever operasjon, skal innlegges som før. Obs Covid-19 som årsak til fall!
- **Andre indremedisinske, kirurgiske og nevrologiske akutte tilstander** som også oppstår hos eldre, forutsettes beskrevet i de aktuelle fagmedisinske foreningers prioriteringsdokumenter.
- **Demens:**  
De fleste demensforløp utvikler seg gradvis. Demens utredes primært poliklinisk. Behovet for prioritert vurdering under pandemien, bør vurderes opp mot at man må redusere poliklinisk virksomhet. Dette både av smittehensyn og pga omfordeling av personalressurser. Ved rask utvikling av kognitiv svikt, kritisk hjemmesituasjon, ved mye adferdsutfordringer og/eller ved stor pårørendebelastning, må man prioriteres for snarlig utredning.

For prioritering av behandlingsnivå, og nytte av intensivbehandling, bør skrøpeligheit vurderes med utgangspunkt i ernæringsstatus og graden av fysisk, praktisk og kognitiv svikt. Vi foreslår i tillegg å bruke Clinical Frailty Scale (CFS) (vedlagt). Erfaring tilsier at svært få med en skår på 5 og over på denne skalaen, har nytte av intensivbehandling. Pasienter i området 2-4 kan i en normal klinisk situasjon vurderes, men i en pandemi med begrenset kapasitet vil det trolig være antallet pasienter som vil definere prioriteringen.

Det understrekes at skalaen er en vurdering av pasientens funksjonsnivå 14 dager før akutt sykdom. Aller helst bruker man skalaen i samråd med geriater, eller andre faggrupper som har erfaring med vurdering av skrøpeligheit. Skalaen kan også brukes i kommunikasjon med



pasienten hvis mulig, og/eller de pårørende, som trenger tydelig informasjon når beslutninger må tas. Denne dialogen må startes tidligst mulig i sykdomsforløpet, for avklaring av alvorlighetsgrad og behandlingsmuligheter.

Vi anbefaler generelt at leger utenfor sykehus tar kontakt med geriater i sin region for konferering og beslutningsstøtte dersom de har behov og vi ønsker også å bidra inn mot de andre fagmiljøene på sykehusene.

Det må påpekes at den geriatrike pasienten ofte presenterer seg ved akutt sykdom med atypiske symptomer. Under pandemien så langt har flere pasienter blitt innlagt med akutt funksjonssvikt, med for eksempel delir og falltendens, uten feber og luftveissymptomer. Det har gjort at viruset oppdages sent i forløpet, og det øker smittefaren, ved at pasientene ikke smitteisolerers primært. Vårt råd er at man er liberal med testing av disse pasientene og vurderer isolasjon til prøvesvar foreligger, hvis man har kapasitet. Akutt hypoksi, uten annen årsak, og uten samtidige luftveissymptomer, kan også være et symptom på virusinfeksjon hos geriatrike pasienter.

Beboere på sykehjem, eller andre døgnbemannede botilbud, er spesielt utsatt ved en pandemi, og har stor risiko for et komplisert sykdomsforløp og dårlig prognose. De har liten nytte av sykehusinnleggelse og vil ikke prioriteres for intensivbehandling. En person som har fast plass på sykehjem bør i prinsippet bli værende på sykehjemmet under pandemien. Det kan gis støttebehandling med iv væske, oksygen, og ev. antibiotika ed tilleggsmisinfeksjon, samtidig som man vurderer behovet for lindrende behandling.

Pasienter med korttidsplass som er under aktiv rehabilitering, hvor målet er bedret funksjon etter gjennomgått sykdom som hoftebrudd eller hjerneslag, må vurderes særskilt med tanke på innleggelse da de kan ha stor nytte av det. For pasienter med lavt funksjonsnivå, der plassen er et rent pleie- og omsorgstilbud, noen ganger i påvente av fast plass, gjelder det som oftest at de primært bør behandles i sykehjem og ikke innlegges.

Mange eldre som bor hjemme har et redusert funksjonsnivå, og er skrøpelige på linje med sykehjemsbeboere. Her vil det være vanskelig mange steder ikke å legge inn på sykehus, ved alvorlig virussykdom. Behovet til pasienten må da defineres, om det er palliativt, støttende eller begge deler og om det kan løses på et lavere omsorgsnivå enn i sykehus. Noen steder har man forsterket sykehjemsfunksjon, det er på flere steder ØHD- og KAD- enheter som bør benyttes hvis mulig. Flere steder forberedes nå disse tilbudene til å ta imot pasienter med Covid19.

Overordnet mener det geriatrike fagmiljøet at videre prioriteringer under pandemien må gjøres ut fra tidligere sykdomsbyrde, funksjonsnivå, alder og forventet gjenstående levetid.

Vi ønsker å bidra med vurderinger og beslutningsstøtte for våre kolleger, både i og utenfor sykehus!



**DEN NORSKE  
LEGEFORENING**



**Norsk forening for geriatri**

*Tillegg:* Når det gjelder pasientpopulasjonen som er på sykehjem eller andre botilbud med døgnbemanning, anbefales også i tillegg en uttalelse fra Kompetanseområdet for Alders- og Sykehjemsmedisin, og fra det allmenmedisinske miljøet.

Paal Naalsund, leder Norsk Forening for Geriatri,  
i samarbeid med styret, og sentrale personer i det geriatrisk fagmiljøet.  
18/3-2020, revidert 30/3-2020.

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Se vedlegg Clinical Frailty Scale på neste side.

## Clinical Frailty Scale

## Norsk versjon



**1. Veldig sprekt.** Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener vanligvis regelmessig, og er blant de mest spreke i aldergruppen.



**2. Sprekt.** Personer som ikke har aktive sykdomssymptomer, men er mindre spreke enn kategori 1. De kan trene og være veldig aktive av og til, eks sesongpreget.



**3. Klarer seg bra.** Personer hvis medisinske problemer er godt kontrollert, men er ikke regelmessig aktive foruten vanlige ganger.



**4. Sårbar.** Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktiviteter. De klager ofte over at de «svekkes» og blir fort slitne og trøtte ildagen.



**5. Lett skrøpelig.** Disse er klart langsomme, og trenger hjelp til mer komplekse daglige aktiviteter (finansier, transport, vask og rengjøring, medikamenter). Vanligvis vil gruppen i økende grad ha problemer med å handle eller gå utenfor huset alene, lage måltider og ordne i hjemmet.



**6. Moderat skrøpelig.** Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utenfor hjemmet og med å stelle hjemmet. De har problemer med trapper, trenger hjelp til bading og kan trenge litt hjelp til å kle seg.



**7. Alvorlig skrøpelig.** Disse personer er helt avhengig av hjelp til personlig pleie både av fysiske eller kognitive årsaker. De er ellers stabile, og har ikke stor risiko for å dø ild en 6 måneders periode.



**8. Svært alvorlig skrøpelig.** Held avhengig til alle gjøremål, nærmer seg livets slutt. Typisk er at de ikke kommer seg selv etter mindre akutte hendelser.



**9. Terminalt syk.** I livets slutfase. Kategorien kan brukes der leveysiktene med stor grad av sikkerhet er < 6 mnd. Selv om de ikke kan kalles «frail» (skrøpelig).

### Vurdering av skrøpeligheit hos mennesker med demens.

Grad av skrøpeligheit sammenfaller med grad av demens. Vanlige **symptom på mild demens** omfatter det å glemme detaljer rundt en nylig hendelse, men fremdeles evne å kunne huske selve hendelsen, å gjenta de samme spørsmålene / hendelsene og sosial tilbaketrekking.

I **moderat demens** er korttidsminnet svært svekket, selv om de tilsynelatende kan huske hendelser fra tidligere i livet. De kan ivareta egenomsorgen under veiledning.

Ved **alvorlig demens** må de ha hjelp til all egenomsorg.

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

Oversatt til norsk januar 2018 av Hans Flaatten (dr.med) og Britt Sjøbø (MSc), Intensivmedisinsk seksjon, Kirurgisk serviceklinikk, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen, Norge.