Multimorbiditet og polyfarmasi hos eldre er en utfordring.
Spesialiserte fallpoliklinikker kan være viktige tilbud, men fastlegene har også et stort ansvar

Falltendens hos eldre

Ustøhet er et stort problem som påvirker livskvaliteten i negativ retning hos mange av våre eldre pasienter. De fleste med slike plager behandles av fastlegen. Fastlegene har mange eldre multimorbide og multimedisinerte pasienter. Krav til optimal blodtrykkskontroll, hjertesviktkontroll og diabeteskontroll samt bruk av antidepressiver, beroligende midler og sovemidler øker faren for bivirkninger i form av ortostatisme, ledningsforstyrrelser og akkumulering av psykofarmaka. Faren for overbehandling er stor i en pasientpopulasjon som i utgangspunktet er sårbar – vi vet at evnen til postural kontroll avtar med økende alder i et komplisert samspill mellom sensoriske signaler, sentral prosessering og muskelaktivitet (1).

I dette nummer av Tidsskriftet er det en kasuistikk (2) og en deskriptiv undersøkelse (3) av de 111 første pasientene ved en tverrfaglig fallpoliklinikk ved Oslo universitetssykehus – fra oppstarten i 2008 til 2011. Undersøkelsen omfatter hjemmeboende pasienter med falltendens, henvist fra fastlege, legevakt og andre sykehusavdelinger. Hjemmeforhold som bolig, trapper, møblering, tepper mv. er ikke undersøkt. Pasientene hadde en gjennomsnittsalder på 82 år. Flertallet var kvinner med stor sykdomsbelastning og redusert gangfunksjon, nesten tre firedeler brukte ganghjelpemidler utendørs. Alle hadde minst én kjent kronisk sykdom, mer enn hver tredje hadde tre eller flere. Polyfarmasi var utbredt, halvparten brukte psykofarmaka og 70 % brukte midler mot hjerte- og karsykdom.

Ikke uventet fant man ortostatisme, D-vitaminmangel og carotishypersensitivitet som hyppige årsaker til ustøheten. Sjeldne funn som tykktarmskreft, subduralt hematom og normaltrykkshydrocephalus ble også gjort. De vanligste tiltakene var trening, medikamentendringer og pacemakerimplantasjon. Undersøkelsen er deskriptiv, effekten av tiltakene er ikke undersøkt.

Artiklene aktualiserer grenseoppgangen mellom falltendensutredning i fastlegepraksis og i spesialisthelsetjeneste. Det er prisverdig at artikkelforfatterne som de første presenterer pasientpopulasjon og funn ved en slik fallpoliklinikk. Det gir ny innsikt i problemet omkring ustøhet blant de eldste. Funnene er gjort i en henvist og selektert pasientgruppe, men er likevel relevante også i allmennpraksis. Fenomenene vil være mye de samme, men prevalensen vil være en annen.

Fastlegene er i fastlegeforskriftens § 25 (4) gitt ansvar for å koordinere legemiddelbehandlingen til innbyggerne på listen. Forskriften beskriver ganske detaljert hvordan fastlegene skal utføre dette arbeidet. Det er et naturlig og viktig ansvar. Innføring av elektronisk resept har gjort at fastlegen på en annen måte enn tidligere får oversikt over hvilke legemidler som er i bruk. Men det er en utfordring å holde oversikt og kontinuerlig oppdatere listen over legemidler i bruk samt gi pasient, kommunale samarbeidspartnere og multidoseapotek den til enhver tid gyldige listen. Fastlegene tar i økende grad i bruk et elektronisk verktøy for legemiddelsamstemming (5), utviklet av Norsk forening for allmennmedisin i samarbeid med sentrale helsemyndigheter. Verktøyet gjør det på en oversiktlig måte mulig å samstemme legemidler i bruk når f.eks. pasienten skrives ut fra sykehus og det er gjort endringer i medikasjonen. Men erfaring viser at dette nødvendige og viktige arbeidet tar mye tid.

Det er og blir en helt sentral oppgave for fastlegene kontinuerlig å vurdere legemiddelbruken hos sine pasienter. Når det kommer for en dag at den eldre er ustø, føler seg svimmel eller liknende, er det fastlegens ansvar å gjøre en bred klinisk vurdering av hva som kan være årsaken. Det betyr å vurdere medisiner, kartlegge blodtrykk liggende og stående, vurdere kardiologisk, nevrologisk, hematologisk og biokjemisk status (herunder vitamin D-status), syn, kognitiv funksjon mv. I tillegg bør fastlegene samarbeide med den kommunale hjemmesykepleien, ergoterapi- og fysioterapitjenesten når det gjelder symptomregistrering og iverksetting av eventuelle tiltak i hjemmet.

Hvordan spesialisthelsetjenesten så bør innrette sine tjenester med eventuelle spesialpoliklinikker som Fallpoliklinikken ved Oslo universitetssykehus, vil det nok være delte meninger om. Vi trenger selvfølgelig en spesialisert helsetjeneste for å ta hånd om pasientene med de vanskeligste, mest komplekse og sjeldne tilstandene og når behandlingen av ulike grunner svikter i primærhelsetjenesten. Men en stadig mer fragmentert spesialisthelsetjeneste er en utfordring, spesielt når det gjelder å møte de multimorbide eldre. Geriatriske avdelinger og poliklinikker er viktige breddetilbud som ikke er tilfredsstillende utbygd. Slik arbeidet ved Fallpoliklinikken er beskrevet, synes man også her å ha en mer helhetlig tilnærming enn det man ser ved andre spesialpoliklinikker.

Forfatterne avslutter med at det ikke er noen grunn til å vente med å tilby fallutredning ved geriatriske poliklinikker og henvise til styrke- og balansetrening hos eldre som faller. Det lyder fornuftig.

Men for egen del er det mer naturlig å komme med en oppfordring til fastlegene og kommunene: Fastlegene må stadig og kontinuerlig kritisk vurdere medikasjonen hos de eldste på sin pasientliste, herunder behandlingsmål for ulike risikotilstander og kroniske sykdommer. Det gjelder også mål som settes og medikasjon som iverksettes under sykehusopphold. Nytteverdien av ulike forebyggende medikamenter er dårlig dokumentert for de eldste. Samtidig må det utvikles gode samarbeidsrutiner mellom fastlegene og den øvrige kommunale helsetjenesten. Aktivitets- og treningstilbudene til de eldste må videreutvikles, og den enkelte eldre bør blant annet få konkrete råd om aktiviteter og trening. Sist, men ikke minst trenger vi mer kunnskap om falltendens i den populasjonen der disse pasientene hyppigst forefinnes, nemlig i allmennpraksis.

Polyfarmasi og passivitet er en risikosport. Fallhøyden er ikke stor, men likevel farlig.

Gisle Roksund
gisle.roksund@gmail.com

Gisle Roksund (f. 1951) er fastlege ved Klosterhagen legesenter i Skien, spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin og leder i Nordic Federation of General Practice.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Pettersen R. Falltendens hos gamle. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 631–4.
2. Mellingsæter M, Wyller TB, Steen T. Eldre kvinne med uforklarte fall og ilinger gjennom hodet. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 717–20.
3. Smebye KL, Granum S, Wyller TB et al. Medisinske funn i en tverrfaglig geriatrisk fallpoliklinikk. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 705–9.
4. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842 (20.3.2014).
5. Samstemming av medisinlister – bruksanvisninger. http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk forening for allmennmedisin/EPJ loftet (20.3.2014).

Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no