

RASK Vestfold

Tønsberg 12.02.2019

Kjellaug Enoksen, spesialist i samfunnsmedisin, indremedisin,
infeksjonssykdommer.

Lege i sykehjem og leder av Norsk forening for alders- og
sykehjemsmedisin

Sykehjemspopulasjon

Beboere i langtidsplass

Pasienter i korttidsopphold (resultat av samhandlingsreformen og oppgaveoverføring fra sykehus til kommune)

- Etter innleggelse i sykehus
- Rehabilitering
 - Etter akutt sykdom
 - På grunn av kronisk lidelse
- Lindrende behandling (palliativ avdeling)
- Avlastning for omsorgsperson i hjemmet
- Utredning/vurdering initiert av fastlege
- Øyeblikkelig-hjelp pasienter >18 år

Pasienter i sykehjem

- Høy alder gjennomsnitt 86,5 år
- Fysisk svekket
- Kognitivt svekket
- Flere kroniske lidelser
- Mange legemidler

Kompetanse i sykehjem

- Fagarbeider og hjelpepleiere
- Assistenter
- Sykepleiere med ulik grad av spesialisering
- Vernepleier
- Fysio- og ergoterapeuter
- Leger med ulik erfaringsbakgrunn
- Tilsyn ved:
 - Farmasøyter, tannpleiere, tannleger

Diagnostikk og utredning

- ❑ Observasjoner gjort av pleiepersonalet er starten på den diagnostiske prosessen
- ❑ Sykehjemslegen har ansvaret for å styre diagnostikk og utredning
- ❑ Legen skal ta beslutning om prøvetaking og behandling
- ❑ Sykepleiere og omsorgspersonalet presenterer sine observasjoner/problemstillinger for legen.

Momenter ved akutt sykdom hos pasienter i sykehjem

- **Alvorlig sykdom kan bli oversett dersom det startes behandling på feil grunnlag.**
- Eldre har ofte vage symptomer og tegn ved akutt sykdom.
- Akutt forvirring, tretthet, uro og andre uspesifikke symptomer kan vær tegn på akutt sykdom hos eldre, **MEN** det kan være mange andre årsaker enn akutt infeksjon.
- Gode observasjoner etterfulgt av **klinisk undersøkelse** og **målrettet diagnostikk** er avgjørende for valget av riktig behandling.

Momenter ved akutt sykdom, forts.

- Det er vanlig at eldre har bakterier i urinen uten at dette er tegn på sykdom. Dette kalles asymptomatisk bakteriuri (ABU) og skal ikke behandles.
- Behandling av ABU gir økt risiko for at pasienten får urinveisinfeksjon med bakterier med utvidet resistens mot antibiotika.
- Urinstrimmelundersøkelse skal bare utføres når pasienten har symptomer fra urinveiene.

Momenter ved akutt sykdom, forts.

- Ikke alt som kan behandles skal behandles.
- Nytte av behandlingen må alltid veies opp mot de plager pasienten kan bli påført.
- Dersom det er diffuse symptomer og tilstanden tilsier det, kan observasjon over tid være en god tilnærming.

Diagnostiske utfordringer

- ❑ Retningslinjer for behandling av de enkelte sykdomstilstander passer ikke inn når det er flere sykdommer samtidig.
- ❑ Pasienter har nedsatt immunforsvar på grunn av:
 - ❑ legemidler som steroider og immunmodulerende midler
 - ❑ kroniske sykdommer som demens, diabetes, kreft, neurodegenerative og rheumatiske sykdommer

Diagnostiske utfordringer, forts.

Kronisk kolonisering

- koloniserte sår
- asymptomatisk bakteriuri (ABU)
- reistente mikrober MRSA, ESBL,

VRE

Undersøkelser og målinger

Klinisk undersøkelse!

Målinger

- Temperatur
- Puls
- Blodtrykk
- Respirasjonsfrekvens
- Surstoffmetning
- Urinvolum (blærescanning)

Diagnostisk verktøy

Anbefalt fra «Pasientsikkerhetsprogrammet»

NEWS 2 (national early warning score) 0 poeng ved

- Respirasjon 12 - 20/min
- SpO2 skala 1 ≥ 96 % (lungefrisk på romluft)
- Systolisk blodtrykk 111 – 219 mmHg
- Puls 51 – 90/min
- Bevissthetsnivå våken
- Temp 36,1 – 38,0

Diagnostisk verktøy, forts.

Ved pneumonie: CRB-65, hvert funn gir 1 poeng

- Alder over 65 år
- Konfusjon
- Respirasjon > 30
- Systolisk BT < 90 eller diastolisk < 60

Alvorlighetsgrad lungebetennelse

Alvorlighetsgrad av lungebetennelse hos pasient i sykehjem

- Respirasjon > 30 poeng 2
- Puls > 125/min poeng 1
- Endret mental status poeng 1
- Demens poeng 1

Dødelighet 7,4 % ved 0 poeng og 80 % ved 5 poeng, (funn i studie publisert 2000).

Prøver og undersøkelser

Blodprøver

- hemoglobin
- hvite med diff.
- CRP
- glucose
- utvidet prøvetaking

Prøver og undersøkelser, forts.

Urinundersøkelse

- urin-stix (urinstrimmel)
- urin til dyrkning
- blærescanning
- evt. kateterprøve på resturin
- pasienter med kateter inneliggende i > 2 uker
 - urin-stix (urinstrimmel) vil alltid være positiv på leucocytter og nitritt
 - urin-dyrkning – anbefales at inneliggende kateter fjernes
 - prøve tas fra nytt kateter som legges inn

Prøver og undersøkelser, forts.

Luftveier

- nasofarynxprøve
 - virus
 - bakteriologisk dyrkning

Hudsår

- bakteriologisk prøve etter vask med NaCl 0,9 %
- prøven tas fra sårkanten med pensel eller skarpskje

Avføring

- dyrkning på bakterier
- virus PCR
- clostridiumtoxin

Urinstrimmel (u-stix)

Urinstrimmelundersøkelse skal bare utføres når pasienten har symptomer fra urinveiene.

(Kasuistikk fra Noklus oktober 2015.)

Urin stix leucocytter og nitritt, **tolkning:**

- Prøve negativ på både leucocytter og nitritt gir overveiende sannsynlighet for at pasienten ikke har urinveisinfeksjon.
- Prøve positiv på leucocytter eller nitritt har begrenset verdi på grunn av høy forekomst av asymptomatisk bakteriuri

Urindiagnostikk

Urin bakteriologisk undersøkelse

- bør vurderes før oppstart med antibiotika
- og **skal alltid** tas ved residiverende urinveisinfeksjon, når pasienten har inneliggende kateter og ved behandlingssvikt

Urin skal ikke kontrolleres etter avsluttet

antibiotikabehandling dersom pasienten er symptomfri.

Utfordringer ved urindiagnostikk

Gullstandard for diagnostikk av UVI finnes ikke!

Forekomsten av asymptomatisk bakteriuri hos eldre øker med økende skrøpelighet,

- og når pasienten er i siste fase av livet!

Det er mange andre årsaker til vannlatingsplager og ubehag i underlivet hos eldre enn infeksjon!

Urinveisinfeksjon er langt på vei en klinisk diagnose.

De vanligste infeksjoner

- Urinveisinfeksjon
- Luftveisinfeksjon
- Hudinfeksjon
- Mage-tarm (akutt gastroenteritt)

www.sykehjemshandboka.no

www.antibiotikasenteret.no

www.antibiotika.no

Oppsummering

Forutsetning for valg av riktig behandling er:

- **anamnese/bakgrunnsopplysninger**
- **god klinisk undersøkelse**
- **målrettet diagnostikk**

Risiko for overbehandling ved diagnostikk uten at det er klinisk grunnlag for dette.

Risiko for underbehandling ved mangelfull diagnostikk



**Det hjelper ikke å velge riktig antibiotikum
dersom diagnosen er feil!**

