

Förslag på arbetssätt för distriktsläkare vid vårdnivåbedömning inför pandemi covid-19 Region Örebro län Region Örebro län

Bakgrund

Kommunsköterskorna är ombedda att till rond presentera de patienter som sköts inom äldreomsorgen. Fokus ligger på de allra sköraste. Övriga hinns med i mån av tid. Syftet är att säkerställa att det finns en vårdplan och palliativt beslut där det behövs så att god vård kan ges i händelse av akut sjukdom såsom covid-19 eller försämring i nuvarande tillstånd.

Använd rondtiden till att tillsammans med kommunsjuksköterska gå igenom patienterna. Prioritera de sköraste först.

Rond

- Försök om möjligt skatta enligt den bifogade modifierade ”frailty-scale”, om 65år och äldre. Vid nivå 7-9 behöver du göra ett **ställningstagande** till palliativt beslut och fundera över följande:

- Behöver palliativt beslut fattas?
- Behövs anhörigsamtal?
- Är brytpunktssamtal gjort? Kan detta göras av sjuksköterska?
- Är ”brevmall” Palliativa vårdordinationer ifyllt?
- Behövs läkemedelsordinationer?
- Behövs HLR-beslut?

- Dokumentera i löpande text –anteckning/mottagning i journalen (syns via NPÖ samt Klinisk Portal). Ställ diagnosen ”Palliativ vård” om det behövs. (kronisk). Försök göra en bedömning om patienten är i tidig palliativ fas eller sen fas.

- Självklart gör vi en bedömning utifrån patientens situation vid varje ny kontakt.

Clinical Frailty Scale* (CFS)

CFS 9 Terminalt sjuk – närmar sig livets slut

CFS 8 Mycket allvarligt skör – helt beroende, närmar sig livets slut. De kan i allmänhet inte tillfriskna ens från en lindrig sjukdom.

CFS 7 Allvarligt skör – är helt beroende av andra för personlig egenvård oavsett orsak (fysisk eller kognitiv). Trots det framstår de som stabila och utan hög risk för att dö (inom ungefär 6 månader)

CFS 6 Måttligt skör – individer som behöver hjälp med alla utomhusaktiviteter och hushållsarbete. Inomhus har de ofta problem med trappor, behöver hjälp med att tvätta sig, och kan behöva minimal hjälp (uppmaning, stöd) med att klä på sig.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495. © 2009. Version 1.2_EN. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.

Översatt till svenska av Niklas Ekerstad, Trollhättan 2017.

Vägledning, samsjuklighet se nästa sida

Vägledning, samsjuklighet

- Patienter med måttlig till svår demens får i regel bäst vård där de befinner sig och känner sig hemma (MMT- Mild demens: 25 – 20, Medelsvår demens: 19 – 10, Svår demens: 9 – 0). Patienter med demens försämras i regel av förflyttningar då de har svårt att förstå nya sammanhang. De har ofta också svårt att kunna samverka till avancerad sjukvård, vilket kan leda till att nålar rycks bort och KAD dras ut, liksom andra infarter avlägsnas.
- Patienter med hjärtsviktklass 3–4, KOL stadium 3, avancerad angina med lättutlösta symtom, njursvikt med eGFR <30 har sämre möjligheter att klara en pneumoni med Covid-19 jämfört med andra patienter med samma diagnoser men med mindre avancerad sjukdom. Patienter med förekomst av både kronisk hjärtsjukdom och kronisk lungsjukdom har sämre möjlighet att klara en pneumoni med Covid-19 jämfört med patienter som enbart har endera diagnosen. Sannolikt har multisjuka med flera kroniska avancerade sjukdomar svårare att överleva pneumoni med Covid-19 även om de får adekvat behandling i respirator.

Fördjupad instruktion för distriktsläkare vid vårdnivåbedömning

Från original av chefläkare dr Pawel Haczkiwicz med tillägg om brevmall ”Palliativa ordinationer” av dr Björn Strandell, medicinsk rådgivare Hälsoval

Bedömning

Bedömning görs i samråd med annan legitimerad vårdpersonal/kommun sjuksköterska (SSK) Samtidigt bör ställningstagande till HLR ske, för att undvika att HLR utförs när det inte gagnar patienten eller bedöms som utsiktslöst att återfå hjärtverksamhet. HLR skall inte utföras om patienten ej önskar.

Utgå från Clinical Frailty Scale (CFS) för de som är 65 år och äldre. (börja med de sköraste):

CFS 9 Terminalt sjuk – närmar sig livets slut.

- kontrollera att brytpunktssamtal är genomfört samt **inskrivning i sen palliativ fas*** finns.

CFS 8 Mycket allvarligt skör – helt beroende, närmar sig livets slut. De kan i allmänhet inte tillfriskna ens från en lindrig sjukdom.

– dokumentera sammanfattande anamnes** därefter (om inte gjort) individuell bedömning, brytpunktssamtal med patienten och/eller anhöriga med **beslut om tidig palliativ fas*****.

Brevmall: Palliativa vårdordinationer bör användas och man kan förbereda läkemedelsordination som får administreras endast om patienten bedöms vara i sen palliativ fas- SSK-Läkarkontakt.

CFS 7 Allvarligt skör – är helt beroende av andra för personlig egenvård oavsett orsak (fysisk eller kognitiv). Trots det framstår de som stabila och utan hög risk för att dö (inom ungefär 6 månader).

-enligt CFS 8 men mer individuell bedömning. Brevmall Palliativ vårdordination kan användas men i normalfallet alltid läkarkontakt innan man får aktivera ordination, för samråd om patienten är i sen palliativ fas eller har nytta av eventuell behandling.

CFS 6 Måttligt skör – individer som behöver hjälp med alla utomhusaktiviteter och hushållsarbete.

Inomhus har de ofta problem med trappor, behöver hjälp med att tvätta sig, och kan behöva minimal hjälp (uppmaning, stöd) med att klä på sig.

CFS 5 Lindrigt skör - dessa individer är ofta uppenbart långsammare, och behöver hjälp med komplexa IADL -aktiviteter (ekonomi, transporter, tungt hushållsarbete, medicinering). Lindrig skörhet försämrar i allmänhet förmågan att handla och gå ut på egen hand, laga mat och utföra hushållsarbete.

För patienter CFS 6 och CFS 5 – dokumentera sammanfattande anamnes** därefter (om inte gjort) individuell bedömning, **vid behov** brytpunktssamtal med patienten och/eller anhöriga med beslut/uppdatering av tidig palliativ fas*** med överenskommen vårdplan.

Dokumentation: dokumentera i **löpande text** – som en anteckning eller mottagning (syns via NPÖ samt Klinisk Portal). Vid sen palliativ fas ställ diagnosen ”Palliativ vård”. Vid tidig palliativ fas ställ diagnosen ”Palliativ vård” med tillägg ”tidig fas” (kronisk).

* **Sen palliativ fas- Diagnos Palliativ vård (kronisk)** – brytpunktssamtal , information om att KAD kan sättas in vid behov av ssk, beslut om att läkaren kan konstatera dödsfall på sjuksköterskans undersökning; diagnos; beslut om 0-HLR. Brevmallen ”Palliativ vårdordination” används med läkemedelsordination (giltig 4v) Om brevet inte kan lämnas till HSV/VOBO skriv istället allt i en anteckning (syns via NPÖ och KP) och signera.

**** sammanfattande anamnes** – bedömning av CFS nivå om aktuellt viktiga medicinska parametrar - resultat MMSE, stadium hjärtsvikt (NYHA), stadium njursvikt, stadium KOL samt andra sjukdomar av betydelse – t ex övrig hjärt-kärlsjuklighet, diabetes, cerebrovasculära sjukdomar, cancer mm.

***** tidig palliativ fas** – Diagnos Palliativ vårdanteckning ska innehålla a) kort sammanfattning av hälsotillståndet. b) förankring hos patienten/anhöriga c) vårdplan - patientens och/eller anhörigas synpunkter samt sammanfattande bedömning av tänkta vårdformer vid försämring. d) ställningstagande till beslut om 0-HLR e) beslut om att läkaren kan konstatera dödsfall på sjuksköterskans undersökning; OBS Behöver patienten palliativa läkemedel nu skrivs patienten in i sen palliativ fas-se även nedan-närtid. Anteckning kan läsas i NPÖ/KP.

Brevmall Palliativa vårdordinationer kan användas om man vill förbereda för sen palliativ fas i närtid. Om läkemedel ordinerar i denna brevmall gäller. **OBS! Får endast administreras om patienten är i sen palliativ fas**- SSK-läkarkontakt för samsyn och då dokumenteras sen palliativ fas.. Beslut om tidig palliativ fas ska uppdateras varje år.

Exempel: anteckning vid tidig palliativ fas – ”Patient med CFS 8, Demens med MMSE 9, Stroke med vä sidig pares -16; Pat kan inte uttrycka sin vilja. Brytpunktsamtal med anhöriga 200301. Önskemål om omvårdnad på plats vid försämring vilket är medicinskt motiverat. Tidig palliativ fas beslutas. Beslut om 0-HLR. Beslut om att läkaren kan konstatera dödsfall på sjuksköterskans undersökning.” Diagnos : ”Palliativ vård tidig fas”

Varför och hur använder vi CFS?

CFS är ett verktyg att hjälpa kliniker (läkare/sjuksköterska/undersköterska) att skatta skörheten hos patienter 65 år och äldre. CFS vilar på kunskapen att det finns en stark korrelation mellan CFS och dålig utgång för patienten trots sjukhusvård.

Patienter som har CFS 7-9 bör i görligaste mån vårdas i hemmet/boendet men CFS kan inte ”stå för sig själv” dvs den kopplas ihop med samsjuklighet och ett samtal med patienten/anhörig om vad hen har för tankar och önskemål för fortsatt vård.

Den svenska versionen av Clinical Frailty Scale* (CFS)

1. **Mycket vital** – individer som är starka, aktiva, energiska och motiverade. De brukar ofta träna regelbundet. De tillhör de som är i bäst skick för sin ålder.
2. **Vital** – individer som **inte har några sjukdomssymtom** men som är i sämre skick än individer i kategori 1. De tränar ofta eller är emellanåt mycket aktiva, t.ex. beroende på årstid.
3. **Klarar sig bra** – individer vars **medicinska problem är väl kontrollerade**, men som **inte regelbundet är aktiva** utöver vanliga promenader.
4. **Sårbar** – är **inte beroende** av andras hjälp i vardagen, men har ofta **symtom som begränsar deras aktiviteter**. Ett vanligt klagomål är att de begränsas ("saktas ned") och/eller blir trötta under dagen.
5. **Lindrigt skör** – dessa individer är ofta **uppenbart långsammare**, och behöver hjälp med **komplexa IADL (Instrumental Activities of Daily Living)-aktiviteter** (ekonomi, transporter, tungt hushållsarbete, medicinering). Lindrig skörhet försämrar i allmänhet förmågan att handla och gå ut på egen hand, laga mat och utföra hushållsarbete.
6. **Måttligt skör** – individer som behöver hjälp med **alla utomhusaktiviteter och hushållsarbete**. Inomhus har de ofta problem med trappor, behöver **hjälp med att tvätta sig**, och kan behöva minimal hjälp (uppmaning, stöd) med att klä på sig.
7. **Allvarligt skör** – är **helt beroende av andra för personlig egenvård** oavsett orsak (fysisk eller kognitiv). Trots det framstår de som stabila och utan hög risk för att dö (inom ungefär 6 månader).
8. **Mycket allvarligt skör** – helt beroende, närmar sig livets slut. De kan i allmänhet inte tillfriskna ens från en lindrig sjukdom.

Terminalt sjuk – närmar sig livets slut. I den här kategorin ingår individer med en **förväntad återstående livslängd på mindre än 6 månader utan övriga uppenbara tecken på skörhet**.

Att skatta skörhet hos individer med demens

Skörhetsgraden motsvarar demensgraden. Vanliga symtom vid lindrig demens är att glömma bort detaljer om en nyligen inträffad händelse, men minnas själva händelsen, att upprepa samma fråga/berättelse och att dra sig undan socialt.

Vid måttlig demens är närminnet mycket försämrat, samtidigt som individen tycks ha god förmåga att minnas tidigare händelser i livet. De kan utföra sin personliga egenvård på uppmaning.

Vid svår demens kan de inte utföra personlig egenvård utan hjälp.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

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

© 2009. Version 1.2_EN. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada.

Översättning till svenska av Niklas Ekerstad och medarbetare, Trollhättan 2017. Översättningen är antagen och anslagen av instrumentägaren, och den skedde i nära samarbete med Linköpings universitet, enligt ISPOR-inspirerad metodik (1, 2)

1. Ekerstad N, Swahn E, Janzon M, Alfredsson J, Löfmark R, Lindenberg M, Carlsson P. Frailty Is Independently Associated With Short-Term Outcomes for Elderly Patients With Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. Circulation, 2011;124:2397-2404.

2. Wild D, Grove A, Martin M, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research 2005; 8(2): 94-104.