

Rådgivende medisinskfaglig utvalg (RMU) for Lokalt Samarbeidsutvalg Drammen (LSU Drammen)

Anbefalinger pasientforløp skrøpelige eldre

Godkjent LSU Drammen november 2024

1. Bakgrunn

Gode rutiner for kartlegging, utredning, behandling, oppfølging og rehabilitering av skrøpelige eldre vil kunne forbedre pasientbehandlingen, bedre pasientsikkerheten og spare de samlede ressursene. Felles rutiner kan bidra til at tiltak innsettes til riktig tid, samtidig som det foreligger en plan ved forverring av tilstander. Formålet med denne anbefalingen er også å forhindre uhensiktsmessig overbehandling.

2. Kartlegging av skrøpelighet

Skåringsverktøyet Clinical Frailty Scale (CFS) - heretter omtalt som skrøpelighetsskalaen - bør benyttes som kartleggingsverktøy av skrøpelighet. Skrøpelighetsskalaen kan anvendes både av fastleger, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kartleggingen bør gjøres ut ifra pasientens habituelle tilstand, ikke tilstanden ved en akutt forverring. Bruk av et felles skåringsverktøy vil kunne danne grunnlaget for felles kommunikasjon i pasientforløpene. Det er spesielt viktig å utføre skåringen hos pasienter som trenger hjelp til daglige funksjoner. [cfs_norsk_horisontal_2021.pdf \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no/cfs-norsk-horisontal-2021.pdf)

3. Oppfølging og rehabilitering

Pasienter med mild til moderat skrøpelighetsgrad (score på skrøpelighetsskalaen (CSF) 4-6) har et rehabiliteringspotensiale. Dette er vist i flere studier. Det anbefales en rask identifisering av denne pasientgruppen, tilbud om tilpasset rehabilitering og en plan ved nye forverringer. Tiltak som har dokumentert effekt, er blant annet økt fysisk aktivitet, hjelp til bedret ernæringsstatus, økt sosial kontakt, fallforebygging, medikament-gjennomgang, smittevern og ev. vaksiner.

Ved utskrivelse etter sykehusinnleggelse bør skrøpelighetsgraden dokumenteres og behov for oppfølging og rehabilitering bør formidles i epikrise både til kommunale tjenester og fastlege. I tillegg vil en melding fra fysioterapeut på sykehuset til fysioterapeut-tjenesten i kommunen kunne bidra til at pasienten raskt får et egnet tilbud.

Det finnes en rekke tilbud i kommunene slik som seniorsenter, trenings og aktiviseringstilbud, gruppetilbud, dagsenter, rehabilitering i hjemmet, rehabiliteringsavdelinger etc. Det bør foreligge oversiktlig informasjon på kommunenes nettsider om rehabiliteringstilbud, og en felles kontaktadresse der pasienter, sykepleietjeneste og fastleger kan melde behov for å få et tilpasset tilbud.

4. Behandlingsavklaring/forhåndssamtale

Pasienter med alvorlig og svært alvorlig skrøpelighetsgrad (score på skrøpelighetskalaen (CFS) 7-9) har ofte et lite rehabiliteringspotensial. For disse pasientene bør behandlingsavklaring utføres og inkludere en dialog med pasient og evt. pårørende i en forhåndssamtale. Målsetningen er å involvere pasient og pårørende i valg om fremtidig helsehjelp ved alvorlige endringer i funksjonsnivå og sykkelighet i livets sluttfase.

Forhåndssamtaler bør forstås og håndteres som en kommunikasjonsprosess med oppfølgende samtaler ved vendepunkter i sykdomsforløpet eller skifte av omsorgsnivå. Både kommunens helse- og omsorgstjeneste, fastleger, sykehjem og sykehus bør ha et system for gjennomføring av forhåndssamtaler.

Livskvalitet

Behandlingsavklaring og forhåndssamtaler kan bidra til å sette realistiske forventninger til videre forventede pasientforløp. Ved å anerkjenne at pasienten er i en fase hvor kurativ behandling ikke lenger er et realistisk mål, kan helsetilbudet skifte fokus fra forebyggende og livsforlengende behandlinger, til tiltak som kan bidra til å bevare pasientens livskvalitet.

Behandlingstilnærmingen bør ta utgangspunkt i det som oppleves som viktig for den enkelte pasient. I stedet for å legge opp til aggressive behandlinger som kan ha betydelige bivirkninger, kan samtaler lede til en plan som prioriterer lindring av symptomer, slik som smerte, kvalme, åndenød og andre plagsomme symptomer. I tillegg blir det mulig å diskutere og dokumentere pasientens ønsker for livets slutfase, inkludert beslutninger rundt livsforlengende tiltak, hvor pasienten ønsker å tilbringe sine siste dager, og eventuelle spesifikke ønsker for palliativ omsorg.

Notat i journal og kjernejournal

Alle beslutninger om behandling i livets slutfase bør journalføres av behandlingsansvarlig lege og formidles i henvisninger og epikriser, samt noteres i kjernejournal under fanen «Kritisk informasjon». Notatene bør ha en tydelig og fast plass i journalene både i hjemmesykepleie, sykehjem og sykehus, og slik at de er tilgjengelige for skiftende helsepersonell.

Dette er viktig for å legge til rette for at alle som er involvert i behandlingen, får tilgang til nødvendig informasjon, for eksempel for legevakt, ambulanspersonell og andre som jobber i den akuttmedisinske kjeden. God dokumentasjon i kjernejournal og sykehjemets journaler kan forebygge ressurskrevende overbehandling som ikke gir helsegevinst og/eller strider mot pasientens ønsker.

Anbefalt innhold journalnotat om behandlingsavklaring:

- Begrunnelse for begrensning av behandlingen (diagnose, vurdering av utsikt til bedring, vurdering av livskvalitet).
- Hvilke former for behandling som er diskutert og ikke skal benyttes (f.eks. HLR, respirator, sykehusinnleggelse, intravenøst, operative behandlinger, sonde, dialyse, antibiotika og oppfølging ved hodeskade).
- Dato for siste vurdering og hva pasienten selv har uttrykt av ønsker.
- Beskrivelse av informasjon til pasient og pårørende og hvordan denne er mottatt.

5. Videre oppfølging etter behandlingsavklaring

Sykehusinnleggelser

Skrøpelige eldre er i stor grad utsatt for utvikling av delir ved akutt skifte av miljø. Det bør derfor være høy terskel for sykehusinnleggelse, dersom dette ikke er nødvendig for umiddelbar behandling ved akutte hendelser. Tilstander som hoftebrudd og ileus er eksempler på lidelser som bør innlegges på tross av høy grad av skrøpelighet.

Hodeskader

Hodeskader med nevrologiske symptomer skal vanligvis innlegges sykehus for vurdering av hjerneblødning, jfr. retningslinjer. Alder over 65 år og antikoagulasjonsbehandling anses som risikofaktorer. Behandlingen ved traumatisk hjerneblødning er noen ganger kirurgisk evakuering av blødningen. Skrøpelige eldre med score på skrøpelighetskalaen (CSF) 7-9 vil i svært liten grad være aktuelle kandidater for et så omfattende inngrep, og innleggelser bør derfor i mange tilfeller unngås. Det bør konfereres med sykehuslege for å avklare behovet for innleggelse av pasienter i sykehjem ved mistanke om traumatisk hjerneblødning, dersom dette ikke allerede er avklart i pasientens plan for behandlingsnivå.

[Inndeling av hodeskader og tiltak - Hodeskader - Hode-, nakke- og ryggskader - Legevakthåndboken \(lvh.no\)](#)

Sepsis og eller sirkulasjonssvikt

Skåringsystemer som NEWS eller ProACT benyttes av helsepersonell for å registrere mulig utvikling av akutt alvorlig sykdom. Høy skår medfører generell anbefaling om igangsetting av tiltak, blant annet innleggelse med mistanke om sepsis ved NEWS2 > 5. Skrøpelige pasienter har ofte høy skår i utgangspunktet, samt at den generelle anbefalingen ikke tar høyde for at behandlingsfokus er skiftet fra livsforlengende til bevaring av livskvalitet. Vurdering av NEWS-score må derfor vurderes individuelt i den aktuelle situasjon.

Dokumentasjon ved begrunnet avvik fra retningslinjer

I den grad leger unngår å følge anbefalte tiltak i generelle retningslinjer, bør det dokumenteres i journal at dette er gjort av hensyn til at tiltaket ikke vil være til nytte for pasienten, ikke får behandlingsmessig konsekvenser og/eller vil kunne medføre en unødvendig belastning med fare for forverring av grunntilstanden. En slik dokumentasjon vil kunne medvirke til at blant annet tilsynsmyndigheter aksepterer at generelle retningslinjer ikke er fulgt.

Medikamenter

StoppFrail-2 er en liste over potensiell uhensiktsmessig legemiddelbruk til skrøpelige eldre med begrenset gjestående levetid.

[G24.1.4 STOPPFrail-2 | Legemiddelhåndboka \(legemiddelhandboka.no\)](#)

6. Skrøpelige hjemmeboende eldre

Hjemmeboende med høy risiko for alvorlige sykdomsepisoder på grunn av høy alder og betydelig fysisk svekkelse, bør også få tilbud om forhåndssamtaler der det gjennomføres en behandlingsavklaring. Det anbefales at det etableres rutiner for samhandling mellom hjemmebaserte tjenester og fastlege for å legge til rette for dette. Rutinen kan inneholde skjema med klinisk informasjon som hjemmetjenesten fyller ut i forkant av konsultasjon hos fastlegen. Relevante tilleggs-takster for fastleger knyttet til dette arbeidet kan være; årlig fullstendig undersøkelse, legemiddelgjennomgang, pårørendesamtale, utvidet tidsbruk og tverrfaglig samarbeidsmøte.

Hjemmesykepleien har en viktig rolle i oppfølgingen etter behandlingsavklaring. Det bør være klare beskrivelser i journalen som er lett tilgjengelig for personalet.

Kommunene bør vurdere faste legestillinger for å følge opp skrøpelige hjemmeboende eldre. Dette er i dag en pasientgruppe som får lite ressurser. Hjemmeboende skrøpelige eldre vil kunne være ekskludert fra innleggelse på KAD-plass, fordi de ikke er avklart tilstrekkelig ved forverring av tilstander.

7. Pasienter i institusjoner

Behandlingsavklaring bør i prinsippet gjøres for alle pasienter på langtids plass i sykehjem, helst kort tid etter innleggelsen. Hver kommune bør etablere en fast rutine og mal for dette, og et system for hvordan gjennomført behandlingsavklaring journalføres. Journal med notat om behandlingsavklaring bør refereres ved forespørsel om ekstern vurdering eller sykebesøk fra legevakt eller innleggelse på sykehus.

8. Hjemmedød

Hjemmedød bør være et tilbud for pasienter som ønsker dette, både ved terminal kreft og annen alvorlig uhelbredelig sykdom. Prosedyren for «Livets siste dager» bør benyttes og tilpasses i hver kommune:

["Livets siste dager - plan for lindring i livets slutfase" - en modul i e-kurs på Kompetansebroen](#)

Informasjonsmateriell og maler for behandlingsavklaring og forhåndssamtaler:
[Beslutningsprosesser ved begrenning av livsforlengende behandling – Veileder.pdf](#)
(helsedirektoratet.no)

[Forhåndssamtaler og planlegging ved begrenset forventet levetid - Helsedirektoratet](#)

[Forhåndssamtaler - Institutt for helse og samfunn \(uio.no\)](#)

[RMU - Anbefalinger om samarbeid ved-begrensning av livsforlengende-behandling](#)

[Hjelpeskjema for vurdering av behandlingsnivå v2 040122 \(stolav.no\)](#)

Vedlegg: Forslag til disposisjon forhåndssamtale – se neste side.

Vedlegg: Forslag til disposisjon forhåndssamtale

Forhåndssamtale: Forslag til disposisjon

Det fins flere forslag til maler for forhåndssamtale. Viser til Helsedirektoratets nasjonale råd:
[Forhåndssamtaler og planlegging ved begrenset forventet levetid - Helsedirektoratet](#)

Følgende punkter egner seg for kartlegging i en forhåndssamtale:

Overordnet tema

Hva betyr mest for deg og hva er dine ønsker og verdier med tanke på framtida og slutten av livet?

Generelt om din helsetilstand

Hva vet du om tilstanden din, hva vet du om det som ligger foran deg?

Vil du vite alt eller ønsker du at vi skal være tilbakeholdne med alvorlige budskap?

Har du frykt eller engstelse for noe av det som måtte komme?

Medbestemmelse

Er det viktig for deg at du selv er med å bestemme hva slags behandling du skal få?

Ønsker du at legene alltid skal kjempe for å forlenge livet, eller kan det være situasjoner der livsforlengende behandling har liten verdi for deg? Er det andre verdier, slik som å være hjemme eller på sykehjem, som kan ha større betydning for deg enn medisinsk behandling?

Er det noen spesiell behandling du ikke ønsker å få?

Hjerte-Lunge-redning ved hjertestans.

Respiratorbehandling ved alvorlig hjertestans eller lungesvikt.

Sykehusinnleggelse ved redusert allmenntilstand - utredninger, slange-undersøkelser som gastroskopi eller koloskopi.

Sykehusinnleggelser ved infeksjoner som må behandles med intravenøs antibiotika.

(Alle pasienter vil alltid få tilbud om lindring når det er behov for det ved alvorlig sykdom, slik som behandling for smerter, tung pust, kvalme, angst og uro. Det gjelder uansett om man er hjemme, på sykehjem eller på sykehus.)

Kan jeg som lege, eller den legen som leser dette, vurdere situasjoner som oppstår når det gjelder hvor stor belastning det vil være å bli utredet eller behandlet på sykehus, og velge hva som er best for deg?

Dokumentasjon

Er det i orden at vi lager et notat i journalen din og i kjernejournal om det som har kommet fram i samtalen?

Er det er noen i familien du ønsker legene skal rådføre seg med?

Hvis du ønsker får du en kopi av dette notatet. Dersom det står noe der som du ønsker å endre på, gjør vi det.