

Lindrende behandling av pasienter med COVID-19

Bakgrunn

Den pågående Covid -19 epidemien aktualiserer behovet for en **individualisert avklaring** av behandlingsnivå hos den enkelte pasient så tidlig som mulig. Pasienter som ikke vil ha nytte av intensiv støttebehandling eller respirator, og med en symptombyrde som kan håndteres i primærhelsetjenesten (sykehjem), bør ivaretas på kommunalt nivå. Det er laget hjelpeskjema for vurdering av behandlingsnivå for pasienter på kommunale insitusjoner i Trondheim kommune (vedlegg 1).

Pasienter som legges inn på St. Olavs hospital bør allerede ved innkomst kartlegges, og det må planlegges behandlingsbegrensninger og behandlingsnivå (vedlegg 2).

Erfaringsmessig kan tilstanden hos pasienter med Covid-19 endre seg fort, fra stabil til terminal fase. Symptomtrykket vil da kunne øke betydelig over kort tid. Symptomer og kliniske problemstillinger vil blant annet være betydelig dyspne, angst, respirasjonssvikt, surkling, generelle ødemer og sirkulasjonsforstyrrelser. Opplevelse av kvelning i våken tilstand er fra andre land en gjentagende beskrivelse av den siste fasen.

Dette aktualiserer behovet for en veiledning for lindrende behandling av Covid -19 pasienter.

Igjen vil individuelle vurderinger av hver enkelt pasient, observasjon av symptomer og effekt av behandlingen bli viktig. Man må **vurdere titrering av medikamenter** ut i fra hver enkelt pasients symptombyrde.

Det palliative fagmiljøet representert ved Avdeling for geriatri, Seksjon lindrende behandling St. Olavs Hospital, samt Avdeling lindrende behandling (ALB) ved Øya helsehus, Trondheim kommune vil anbefale følgende algoritmer:

Aktuelle symptomer som bør lindres og behandles:

1. Dyspne
2. Hoste
3. Feber
4. Smerter
5. Kvalme
6. Uro og angst
7. Delirium og Agitasjon
8. Forebygge forstoppelse

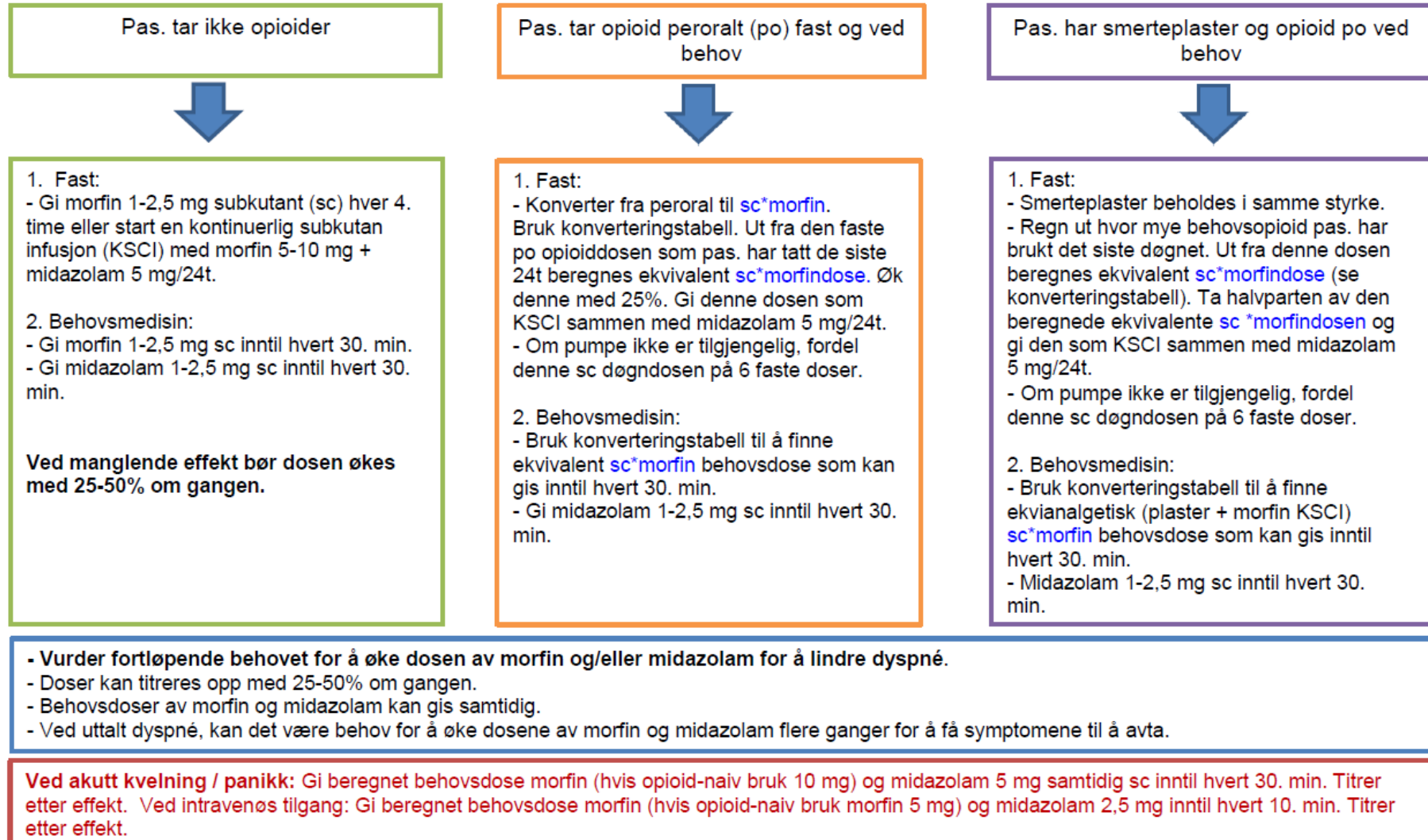
1. Dyspne

- a) Ikke-medikamentelle tiltak;
 - a. Leie/stilling
 - b. Kald klut
 - c. Åpent vindu
 - b) Slimmobilisering (husk smittevern)
 - c) O2 på maske/reservoar (hos våken pasient, tilstrebe SaO2 >90% der mulig. Individuell vurdering hos pasienter som ikke er våkne)
 - d) Behandle andre bakenforliggende og bidragende årsaker
 - a. Lungeødem/ stuvning:
 - Nitroglyserin spray 0,4-0,8 mg sublingualt
 - Morfin 2,5-5 mg i.v. Doser kan gjentas.
 - Furosemid 10-40 mg i.v.
 - Obs! blodtrykk. Se ellers prosedyrer for lungeødem, f.eks [Norsk legemiddelhåndbok](#)
 - b. Inhalasjonspreparater på inhalasjonskammer (ved underliggende KOLS, evt bronkiolytika).
 - Ikke forstøver pga fare for smittsomme aerosoler
 - c. Vurder antibiotika ved tegn til bakteriell infeksjon
 - e) Morfin har best effekt mot dyspne, men om pasienten i tillegg har angst og uro anbefaler man å legge til midazolam etter algoritme på neste side (Kompetansesenter lindrende behandling i Vest).
NB! Vurder reduserte doser til eldre og skrøpelige pasienter. Husk forsiktig oppstart og titrering opp imot symptomer og etter nøye pasientobservasjon.

Behandling med opioider ved nyresvikt, se vedlegg 1.

Konverteringstabell for opioider finnes som vedlegg 2.
- a) Robinul (ved surkling i øvre luftveier) 0,2 mg sc inntil 1x/time og inntil 6 doser/24 timer.

Lindring av dyspné ved livets slutt



2. Hoste

- a) Hostedempende tbl/mixtur
 - Noskapin mixt 20 ml x 3 eller tabl 50 mg x 3
 - Cosylan mixt 5-10 ml x 3-4
 - Solvipect comp 5-10 ml x 3-4
- b) Morfin; sc 2,5-5 mg/time

3. Feber

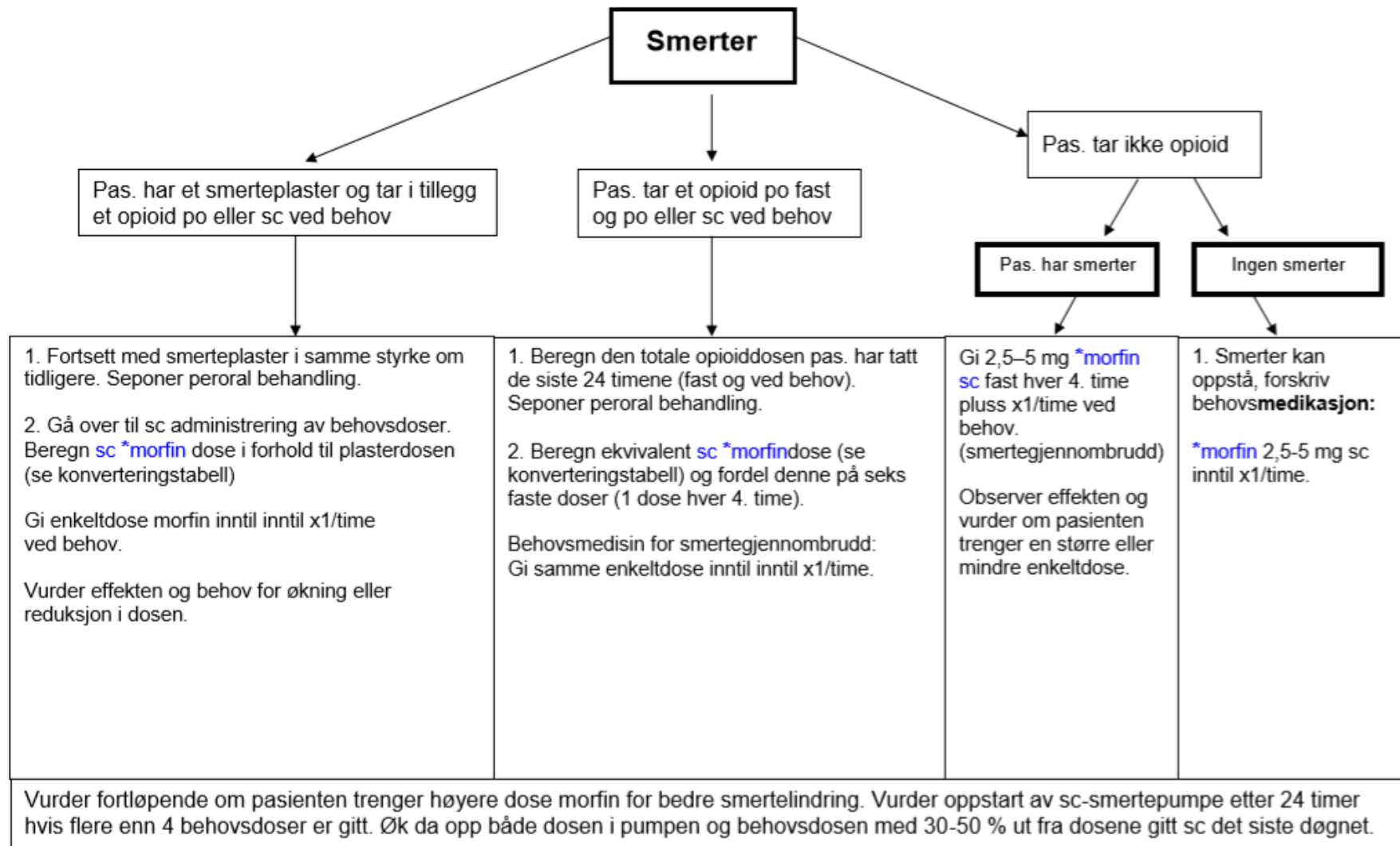
- a) Ikke-farmakologiske tiltak (kjøle rom, kjøle pasient)
- b) Medikamenter:
 - Paracetamol 500mg- 1g inntil x 4.
 - NSAIDs kontraindisert ved COVID-19!

4. Smerter

- a) Paracetamol ved milde smerter, 1g x 4, vurder dosereduksjon hos skrøpelige eller lav vekt (< 50 kg). Tilstrebe fast dosering.
- b) Opioider etter følgende prosedyre:

Veilederne har ulik startdose for morfin mot smerte og dyspne. Dersom pasienten er titrert til en definert morfin-dose mot smerter, kan samme dose også gis mot dyspne.

Ved nyresvikt, vurder å erstatte morfin med oksykodon.



5. Kvalme

- a) Haldol 0,5 mg sc x 2
- b) Metoclopramid 10 mg tabl/sc inntil 3 ganger daglig
- c) Ondansetron tabl/smeltetbl/mixt/iv 4 mg 1-2 inntil x 4

6. Uro og angst

- a) Midazolam 1-2 mg (lavere startdose for de gamle skrøpelige) sc opptil 2 ganger/time
- b) Vurder om det er indikasjon for smertelindring!
- c) Ved økt behov, vurder kontinuerlig sc infusjon eller iv ved behov for rask doseøkning

7. Delirium og agitasjon

- a) Haldol 0,5-1 mg s.c inntil 6 ganger daglig.
- b) Midazolam 1-2 mg s.c. (lavere startdose for de gamle skrøpelige) inntil 2 ganger/time
- c) Ved økt behov, vurder kontinuerlig sc infusjon eller iv ved behov for rask doseøkning

8. Forebygge forstoppelse

- a) Movicol 1-2 doseposer p.o. daglig
- b) Toilax 5-10 mg p.o. vesp
- c) Dulcolax supp eller Microlax supp

Generelle kommentarer:

1. Angitte doseringer i retningslinjene er forslag til oppstartsdoser. Dersom pasienten har uttalte symptomer, må det påregnes rask økning av dosen. Mange har rapportert høyere dosering av morfin og midazolam hos pasienter med COVID-19 enn vi er vant til å bruke ved palliasjon av langkomne syke kreftpasienter. Man må gi doser som sikrer symptomkontroll ved uttalte symptomer, og dosene i disse situasjonene også kan medføre redusert bevissthetsnivå
2. Det kan bli nødvendig å konvertere til iv behandling (samme doser som sc) dersom situasjonen tilsier det (raskere titrering og sikrere effekt, spesielt ved ødemer).

Ved behov for å konferere om symptomlindring og livets siste dager:

St.Olavs hospital

- Bakvakt geriatri kan nås på telefon 911 55 150 døgnet rundt for rådføring om problemstillinger som kan være relatert til behandlingsintensitet, vurderinger rundt innleggelser i sykehus og hvordan støttende og lindrende behandling bør gis til geriatriske pasienter.
- Ved symptomlindring i livets siste dager
 - Intern henvisning til Palliativt team hos inneliggende pasienter på St Olavs hospital
 - Overlege i Palliativt team (Seksjon lindrende behandling) kan kontaktes på tlf. 91148452 i tidsrommet kl. 8-16. Resten av døgnet kan bakvakt Kreftklinikken tlf. 97713636 benyttes.

Trondheim kommune (Gjelder sykepleiere i hjemmesykepleien, ved Helse- og omsorgssentre og Helsehus. Sykehjemsleger, Helsehusleger, fastleger og legevaktsleger):

- Ring Øya Helsehus ALB 72547284. Avdelingen er tilgjengelig for rådgiving hele døgnet. Man kan bli satt i kontakt med avdelingens leger alle dager dag og kveld.

Utarbeidet av:

- Peder Broen, Overlege Øya Helsehus
- Anne Kvikstad, Overlege, Seksjon lindrende behandling, Kreftklinikken St Olavs hospital
- Ingrid Wiig, Overlege ved Avdeling for Geriatri, St. Olavs hospital.

Kilder:

- Kunz-2020: COVID-19 pandemic: palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes
- Northern Care Alliance NHS Group and the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland: COVID-19 and Palliative, End of Life, and Bereavement Care in Secondary Care
- Center to Advance Palliative Care; Toolkit
- Kompetansesenter Lindring i Vest; <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/palliasjon-verktoy-for-helsepersonell/behandlingsalgoritmar-for-vanlege-symptom-hos-doyande-vaksne-dei-fire-viktigaste-medikamenta>

Vedlegg:

#Vedlegg 1. Opioider ved samtidig nyresvikt

Vedlegg 2. konverteringstabell opioider

Vedlegg 3. Hjelpeskjema for vurdering av behandlingsnivå i kommunal institusjon

Vedlegg 4. Hjelpeskjema for vurdering av behandlingsintensitet ved innleggelse på St Olav

Vedlegg 1.

Opioider som lindrende behandling ved dyspne hos pasienter med COVID-19 og samtidig nyresvikt.

Dosering ved nedsatt nyrefunksjon:

- 1) Morfin må doseres med forsiktighet ved nyresvikt, pga. fare for akkumulering av den farmakologisk aktive metabolitten M6G. Ut i fra internasjonale veiledere og norsk praksis blir anbefalingen slik:
eGFR > 60 ml/min: Normal dosering
eGFR 30 – 60 ml/min: Reduser til 75 % av dosen
eGFR 10 – 30 ml/min: Reduser til halv dose og forleng doseringsintervallene, titrer forsiktig i henhold til respons/ effekt
eGFR < 10 ml/min: Reduser til kvart dose og forleng doseringsintervallene ytterligere, titrer forsiktig i henhold til respons/ effekt

For alle nivåer vil det være aktuelt å måle s-morfin (med metabolitter) hvis behov for behandling over flere dager

- 2) Oksykodon er generelt mindre avhengig av nyrefunksjonen, det er ingen aktiv metabolitt som akkumuleres. Det anbefales likevel å starte med 75 % av dosen og titrere til standard dose dersom pasienten har nyresvikt. Ved eGFR < 10 ml/min anbefales reduksjon til halv dose.

Oksykodon kan også måles i serumprøver.

Vedlegg 2.

EKVIVALENTE DOSER – KONVERTERINGSTABELL

Tabellen må kun brukes for konverteringer til morfin / oksykodon sc (ved feil bruk: fare for overdosering!)

Fentanyl depotplaster (transdermalt TD)	Morfin po		*Morfin / oksykodon sc		Oksykodon po		Kodein + paracetamol (Paralgin Forte®)
	µg/t	mg/24t	ved behov mg inntil x 1/time	mg/24t	ved behov mg inntil hvert 30. min	mg/24t	
12	30	5	10-15	2-2,5	20	5	5 tabl / 24 t (kodein 150 / paracetamol 2000 mg)
25	60	10	20-30	3-5	40	10	10 tabl / 24 t (kodein 300 / paracetamol 4000 mg)
50	120	20	40-60	7-10	80	15	
75	180	30	60-90	10-15	120	20	
100	240	40	80-120	15-20	160	25	
150	360	60	120-180	20-30	240	40	

Buprenorfin plaster (TD)	*Morfin / oksykodon sc	
	µg/t	mg/24t
5	6	1
10	12	2,5
20	24	5
40	48	10

*Morfin / oksykodon sc er ekvipotente og anses som ekvivalente mtp effekt og bivirkning i den siste livsfasen



Hjelpeskjema for vurdering av behandlingsnivå

1. Virkeområde:

Dette hjelpeskjema gjelder eldre pasienter i kommunale helseinstitusjoner, da særlig ØHD og korttidsopphold (korttid, rehab, avlastning), som støtte for leger i vurdering av om pasienten skal innlegges i sykehus. Hjelpeskjemaet gjelder under pågående pandemi. Skjemaet skal ikke brukes til å vurdere behandlingsnivå hos yngre mennesker med redusert funksjon og hjelpebehov pga. sykdommer, skader og medfødte tilstander.

2. Bakgrunn (informasjon om pasientens habituelle funksjonsnivå):

Clinical frailty scale (CFS) er et skåringsverktøy for å gradere sårbarhet for ytre stressorer hos eldre. Skåringene er basert på pasientens habitualtilstand (*før* aktuelle sykdom).

Clinical frailty scale norsk versjon:

- | | | | | | |
|-------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Veldig sprek | <input type="checkbox"/> | 4. Sårbar | <input type="checkbox"/> | 7. Alvorlig skrøpelig | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sprek | <input type="checkbox"/> | 5. Lett skrøpelig | <input type="checkbox"/> | 8. Svært alvorlig skrøpelig | <input type="checkbox"/> |
| 3. Klarer seg bra | <input type="checkbox"/> | 6. Moderat skrøpelig | <input type="checkbox"/> | 9. Terminalt syk | <input type="checkbox"/> |

Kognitiv funksjon:

Kognitivt velfungerende: ja nei
Delir: ja nei (verktøy 4AT)
Demensdiagnose: ja nei
Åpenbar demens uten diagnose: ja nei
(svikt i hukommelse, ADL svikt, varighet >6 mnd)

Komorbiditet:

KOLS: ja nei
Annen lungesykdom: ja nei hvilken:
Hjertesvikt: ja nei
Annen hjertesykdom: ja nei hvilken:
Nyresvikt: ja nei
eGFR <60 eGFR <30 dialyse
Annen alvorlig sykdom: ja nei hvilken:

3. Vurderinger ift HLR og respiratorbehandling:

A. **HLR-status:** HLR + HLR -

Problemstillingen er ikke diskutert og hjerte-/lungeredning skal gjennomføres
Det er ikke usannsynlig at hjerte-/lungeredning kan være vellykket og hjerte-/lungeredning skal gjennomføres
Pasienten er døende og ønsker ikke hjerte-/lungeredning
Total sykdomsbelastning /frailty tilsier at hjerte-/lungeredning er åpenbart nyttesløst og skal ikke gjennomføres.

B. Vurdering av respiratorbehandling (vår anbefaling):

Respirator er aktuelt Respirator er ikke aktuelt Sterk tvil

Det er sannsynlig at pasienten kan ha nytte av respiratorbehandling
(veiledende CFS 1-3, ikke demens, ikke betydelig hjertesvikt, KOLS eller alvorlig nyresvikt)

Pasienten ønsker ikke respiratorbehandling

Respiratorbehandling fremstår meningsløst
(veiledende CFS 6-9, alvorlig KOLS, hjerte/nyresvikt, demens)

4. Vurderinger ift sykehusinnleggelse ved alvorlig mistenkt eller bekreftet Covid 19-infeksjon:

Sykehusinnleggelse *kan* være aktuelt dersom pasienten:

A. Vurderes å være kandidat for respiratorbehandling (se pkt 3B)

B. Har CRB-65 score >1

CRB-65 – verktøy for vurdering av alvorlig sykdom ved influensa

1 poeng for hvert kriterium

Konfusjon. Nyoppstått desorientering i forhold til person, tid eller sted

Respirasjonsfrekvens over 30/min

Blodtrykk: systolisk < 90, diastolisk < 60

Alder > 65 år

Vurdering etter prosedyre ved St Olav

0 poeng:- hjemmebehandling

1-2 poeng: vurder sykehusinnleggelse (en del av disse kan bli værende på kommunal institusjon med tett oppfølging)

3-4 poeng: umiddelbar sykehusinnleggelse

Vurdering - er A og B oppfylt?

- NEI, B mangler: pasient behandles/observeres i kommunal institusjon med støttebehandling, observer mtp forverring
- NEI, A mangler: pasient behandles/observeres i kommunal institusjon med støttebehandling og forberedelse for lindrende behandling
- JA: pasient med *bekreftet* covid-19-infeksjon diskuteres med infeksjonsmedisinsk bakvakt* og innlegges direkte på infeksjonsmedisinsk sengepost. Pasient med luftveisinfeksjon og uavklart smittestatus vurderes og testes i akuttmottak, skal da ha munnbind under transport.

*Infeksjonsmedisinsk bakvakt nås via AMK øyeblikkelig innleggelse, tlf 7387 4714.

5. Skal pasienten legges inn ved annen livstruende sykdom?

(infeksjon, NSTEMI, kolsforverring osv.) Vurder CFS (se pkt 2)

ja veiledende CFS 1-4.

*nei veiledende CFS 7-9. Endestadium av kronisk sykdom legges ikke inn

kanskje veiledende ved CFS 5-6, ingen alvorlige kroniske sykdommer og ingen/mild demens.

Diskuteres med veileder og evt. aktuelle bakvakter på St. Olavs.

*alle skal legges inn ved tilstander der sykehuset kan tilby lindrende behandling som ikke er mulig på kommunal institusjon (feks. operasjon ved hoftebrudd).

Utarbeidet av sykehjemsoverlege Elizabeth Kimbell og helsehusoverlege Hedda Brodtkorb i samarbeid med geriater/avdelingssjef ved avdeling for geriatri, St Olavs hospital, Ingvild Saltvedt

Godkjent 18.03.20 Elizabeth Kimbell

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 sykdomssymptom, men er mindre spreke en kategori 1. De kan trene og være veldig aktive av og til, eks sesongpreget.



3. Klarer seg bra. Personer hvis medisinske problem er godt kontrollert, men er ikke regelmessig aktive foruten vanlig gange.



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 (finanser, transport, vask og rengjøring, medikamenter). Vanligvis vil gruppen i økende grad ha problem 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 problem 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.

Legevurdering ved pandemi

Undersøkende lege (stempel) Adr./Post Postnr Tlf HPR nummer Rekvirentkode 	Pasient Fødselsnr. (11 siffer) Navn Adr/Postnr Trygdek. Nasjonalitet: EØS-dokumentasjon: Pass <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Vaksinert: -Sesonginfluensa Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> -Pandemisk influensa Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Allergier: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Utenlandsreise hvor/når: Tidspunkt for debut/eksposisjon:
Vurdering: Innlegges Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Avdeling	
	

Grunnsykdommer:

KOLS: Ja Nei
Annen lungesykdom: Ja Nei
Hvis ja, hvilken:

Hjertesvikt: Ja Nei
Annen hjertesykdom: Ja Nei
Hvis ja, hvilken:

Diabetes mellitus: Ja Nei
Nyresvikt: Ja Nei
Nedsatt immunforsvar: Ja Nei
Hvis ja, hvilken:

Demens: Ja Nei

Aktuelt/symptomer:

Funn: evaluering baseres på CRB 65 score og klinikk

Respirasjonsfrekvens:

Blodtrykk:

Tilleggsundersøkelser:

Feber: °C

CRP:

Prøver tatt til: (Se liste til høyre)

• Mikrobiologi Ja Nei
• Klinisk kjemi Ja Nei
EKG tatt Ja Nei
Røntgen thorax Ja Nei

Maksimalt behandlingsnivå vurdert Ja Nei

(Vurderingene må dokumenteres i journal)

Intensivbehandling aktuelt hvis forverring Ja Nei

HLR-status HLR+ HLR-

Kopi til (fastlege)

Undersøkt: Dato:..... Klokkeslett:.....

Verktøy for vurdering av alvorlig sykdom ved influensa

Eksempel på evaluerings verktøy er CRB-65 score.

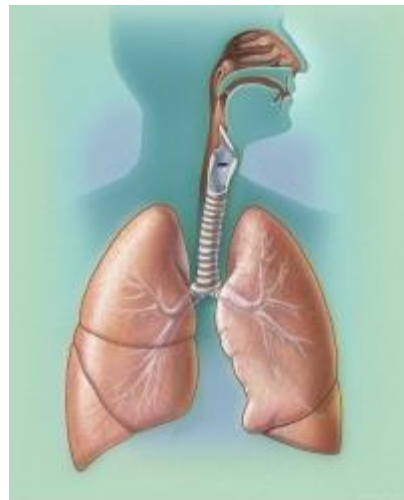
1 poeng for hvert kriterium:

- **K**onfusjon: Nyoppstått desorientering i forhold til person, tid eller sted
- **R**espirasjonsfrekvens: > 30/min
- **B**lodtrykk: systolisk <90, diastolisk < 60
- **A**lder: > 65

Vurdering:

- 0 poeng: hjemmebehandling
1-2 poeng: vurder sykehusinnleggelse
3-4: umiddelbar sykehusinnleggelse

OBS evalueringsverktøy erstatter ikke klinisk skjønn



Medikamenter ved

innleggelse:.....

Mikrobiologi: nasofarynkspensel og halspensel i separate prøvebeholdere, evt nasofarynkspirat, BAL postmortem-undersøkelser fra lungevev, trachealvev og annet prøvemateriale etter funn
Klinisk kjemi: Hb, leukocytter med diff, trombocytter, kreatinin, elektrolytter, leverfunksjonsprøver, CK ved mistenkt myositt, CRP

HJELPESKJEMA FOR VURDERING AV BEHANDLINGSNIVÅ FOR ELDRE PASIENTER







Skjemaet brukes som støtte for vurdering av behandlingsnivå ved alvorlig sykdom hos eldre pasienter under pågående epidemi. Det gjelder for innlagte pasienter ved St.Olavs hospital.

Formålet med denne vurderingen er å avklare i akuttmottak eller tidlig under innleggelsen hvilket behandlingsnivå som er aktuelt for den enkelte pasient. Dette krever en helhetsvurdering av pasientens helsetilstand og muligheter for å nyttiggjøre seg intensivbehandling og resuscitering, samt en samtale med pasienten om hva han eller hun ønsker.

En del pasienter har liten forventet nytte av respiratorbehandling eller hjerte-lunge redning (HLR). Kronologisk alder er dårlig egnet som kriterium for å velge ut de som har nytte av intensivbehandling. Vurdering av frailty (skrøpeligheit) og komorbiditet er en mer hensiktsmessig tilnærming.

Skjemaet brukes til kartlegging av frailty (skrøpeligheit) og vurderinger i forhold til HLR og respiratorbehandling hos pasienter over 70 år. Mange over 70 år er spreke og kan nyttiggjøre seg intensivbehandling, men en del er skrøpelige. Frailty-vurdering skal ikke brukes til å vurdere behandlingsnivå hos yngre mennesker med redusert funksjon og hjelpebehov pga. sykdommer, skader og medfødte tilstander. Hos noen yngre med alvorlig sykdom fra før bør imidlertid indikasjon for intensivbehandling diskuteres.

Clinical frailty scale (CFS) er et skåringsverktøy for å gradere sårbarhet for ytre stressorer hos eldre. **NB! Skåringene skal gjøres basert på pasientens normalstatus, slik han/hun var 14 dager før aktuelle sykdom.** Dette krever anamnese fra pasient og/eller pårørende.

Clinical Frailty Scale	Norsk versjon
 <p>1. Veldig spreke. Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener vanligvis regelmessig, og er blant de mest spreke i aldergruppen.</p>	 <p>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 ilt en 6 måneders periode</p>
 <p>2. Spreke. Personer som ikke har aktive sykdomssymptom, men er mindre spreke en kategori 1. De kan trene og være veldig aktive av og til, eks sesongpreget.</p>	 <p>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.</p>
 <p>3. Klarer seg bra. Personer hvis medisinske problem er godt kontrollert, men er ikke regelmessig aktive foruten vanlig gange.</p>	 <p>9. Terminalt syk. I livets slutfase. Kategorien kan brukes der leveutsiktene med stor grad av sikkerhet er < 6 mnd. Selv om de ikke kan kalles «frail» (skrøpelig)</p>
 <p>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 ilt dagen.</p>	<p>Vurdering av skrøpeligheit hos mennesker med demens.</p> <p>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.</p> <p>I moderat demens er korttidsminnet svært svekket, selv om de tilsynelatende kan huske hendelser fra tidligere i livet. De kan ivareta egenomsorgen under veiledning.</p> <p>Ved alvorlig demens må de ha hjelp til all egenomsorg.</p>
 <p>5. Lett skrøpelig. Disse er klart langsomme, og trenger hjelp til mer komplekse daglige aktiviteter (finanser, transport, vask og rengjøring, medikamenter). Vanligvis vil gruppen i økende grad ha problem med å handle eller gå utenfor huset alene, lage måltider og ordne i hjemmet.</p>	
 <p>6. Moderat skrøpelig. Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utenfor hjemmet og med å stelle hjemmet. De har problem med trapper, trenger hjelp til bading og kan trenge litt hjelp til å kle seg.</p>	

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.

VURDERINGER AV BEHANDLENDE LEGE (må også journalføres):**A. HLR-status:**HLR + HLR - Problemstillingen er ikke diskutert og HLR skal gjennomføres HLR kan være vellykket skal gjennomføres Pasienten ønsker ikke HLR Total sykdomsbelastning /frailty tilsier at HLR er åpenbart nytteløst og skal ikke gjennomføres. **B. Vurdering av respiratorbehandling:**Respirator er aktuelt Respirator er ikke aktuelt Sterk tvil Det er sannsynlig at pasienten kan ha nytte av respiratorbehandling

(veiledende CFS 1-3, ikke demens, ikke betydelig hjertesvikt, KOLS eller alvorlig nyresvikt)

Pasienten ønsker ikke respiratorbehandling Respiratorbehandling fremstår meningsløst

(veiledende CFS 6-9, alvorlig KOLS, hjerte/nyresvikt, demens)