



Bruk av Clinical frailty scale (CFS) i Notodden kommune



Jan-Eilert Pedersen

Spesialist i allmennsykepleie (AKS)

AKS-leder AKS-team i Notodden kommune

Lærer Universitet i Sørøst-Norge




Frailty: Skrøplighet

Biologisk aldring

Ganghastighet
Gripestyrke
Demens

CLINICAL FRAILTY SCALE - NORWEGIAN

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								
VELDIG SPREK	SPREK	KLARER SEG BRA	LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET	LEVER MED MILD SKRØPELIGHET	LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET	LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET	LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET	TERMINALT SYK
Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekeste i sin aldersgruppe.	Personer som ikke har aktive sykdomssymptomer, men er mindre sprekke enn kategori 1. De kan ofte trene eller være veldig aktive av og til, f.eks. sesongbasert.	Personer med velkontrollerte medisinske problemer, selv om de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive utover vanlig gange.	Tidligere «sårbar». Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvhjulpne. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktivitet. De klager ofte over at de er «langsomme» og/eller blir slitne/trøtte illa dagen.	Disse er mer tydelig langsomme, og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet (personlig økonomi, transport, tungt husarbeid). Vanligvis vil mild skrøpelighet i økende grad føre til problemer med å handle eller gå utenfor hjemmet alene, lage mat, håndtere medisiner, og begynner å begrense lett husarbeid.	Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utendørs og med å stelle hjemmet. Inndørs har de ofte problemer med trapper, trenger hjelp til bading/dusj og kan trenge litt hjelp til å kle på seg (veiledning, tilsyn).	Helt avhengige av hjelp til personlig stell uansett årsak (fysisk eller kognitiv). Likevel fremstår de som stabile og uten høy risiko for å dø (innen ~6 måneder).	Helt avhengige av hjelp til personlig stell og nærmer seg livets slutt. Vanligvis vil de ikke komme seg igjen selv etter mild sykdom.	Nærmer seg livets slutt. I denne kategorien inngår personer med en forventet levetid <6 måneder uten at de lever med alvorlig skrøpelighet. (Mange terminalt syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden).

SKÅRING AV SKRØPELIGHET HOS PERSONER MED DEMENS

Graden av skrøpeligheit tilsvarer vanligvis graden av demens (CFS 5,6,7 eller 8). Vanlige symptomer ved mild demens inkluderer det å glemme detaljer rundt en nylig hendelse, selv om man husker selve hendelsen, å gjenta de samme spørsmålene/historiene og sosial tilbaketrekking.

Ved moderat demens er kortidsminnet svært svekket, selv om de virker å huske hendelser fra tidligere i livet. De kan ivareta egenomsorg under veiledning.

Ved alvorlig demens må de ha hjelp til all egenomsorg.

Ved svært alvorlig demens er de ofte sengeleggende. Mange har mistet all språk.

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (NO). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicine.research.ca

Translated with permission by Rostoft S, Engstad TT, Sjøbø B, Flaatten H.

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



HUSK: DEMENS

HUSK: RÅD OM HVORDAN BRUKE SKALA:

https://www.legeforeningen.no/contentassets/21ef25cf569d44749573de21a8d6b043/clinical_frailty_scale_tips_norsk.pdf

CLINICAL FRAILTY SCALE - NORWEGIAN

1	2	3	4	5	6	7	8	9
VELDIG SPREK	SPREK	KLARER SEG BRA	LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET	LEVER MED MILD SKRØPELIGHET	LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET	LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET	LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET	TERMINALT SYK
Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekeste i sin aldersgruppe.	Personer som ikke har aktive sykdomssymptomer, men er mindre spreke enn kategori 1. De kan ofte trene eller være veldig aktive av og til, f.eks. sesongbasert.	Personer med velkontrollerte medisinske problemer, selv om de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive utover vanlig gange.	Tidligere «sårbar». Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvstendig til å være helt avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktivitet. De klager ofte over at de er «langsomme» og/eller blir slire/trøtte utover dagen.	Disse er mer tydelig langsomme, og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet (personlig økonomi, transport, tungt husarbeid). Vanligvis vil mild skrøpeligheit i økende grad føre til problemer med å handle eller gå utenfor hjemmet alene, lage mat, håndtere medisiner, og begynner å begrense lett husarbeid.	Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utendørs og med å stille hjemmet. Inne dersom de ofte problemer med trapper, trenger hjelp til bading/dusj og kan trenge litt hjelp til å kle på seg (veiledning, tilsyn).	Helt avhengige av hjelp til personlig stell uansett årsak (fysisk eller kognitiv). Likevel fremstår de som stabile og uten høy risiko for å dø (innen ~6 måneder).	Helt avhengige av hjelp til personlig stell og nærmer seg livets slutt. Vanligvis vil de ikke komme seg igjen selv etter mild sykdom.	Nærmer seg livets slutt. I denne kategorien inngår personer med en forventet levetid <6 måneder uten at de lever med alvorlig skrøpeligheit. (Mange terminalt syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden).

Palliativ oppfølging
Eksempel på pasientgruppe:
Kreftpasienter

SKÅRING AV SKRØPELIGHET HOS PERSONER MED DEMENS

Graden av skrøpeligheit tilsvarer vanligvis graden av demens (CFS 5,6,7 eller 8). Vanlige symptomer ved mild demens inkluderer det å glemme detaljer rundt en nylig hendelse, selv om man husker selve hendelsen, å gjenta de samme spørsmålene/historiene og sosial tilbaketrekking.

SKÅRING AV SKRØPELIGHET HOS PERSONER MED DEMENS

Moderat demens er korttidsminnet svekket, selv om de virker å huske saker fra tidligere i livet. De kan ivareta omsorg under veiledning.

Alvorlig demens må de ha hjelp til all omsorg.

Svært alvorlig demens er de ofte liggende. Mange har mistet all språk.

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood K et al. All rights reserved. www.geriatria.com For permission: geriatricresearch.ca Translated with permission by Rostoft og Flåtten B, Flaatten H.

Rockwood K et al. A global measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:400-405.

GUL: Helseopplysning, kostholdsrad, røykeslutt, treningsrad
Planlegge alderdom, framtidsprefranser
BLÅ: HBT og Kortidsavd: CGA, helseopplysning, framtidsprefranser, forhandsplanlegging (ACP) m.m
RØD: HBT og sykehjem/ omsorgshjem: Behandlingsmal, behandlingsplaner, tilrettelegge for verdig avslutning

HUSK:
Frailty-er ikke eneste markør som sier noe om behov for bistand
ADL-funksjon (For eksempel Barthel)
Ernæringssvikt
Sykehistorie (Sykdomsbyrde)
Polyfarmasi
Fall og ubalanse
Angst, depresjon, kognitiv svikt m.m
Svake etterspørrere av andre årsaker
Personlige preferanser



HVORFOR CFS?

Intervensjoner

Gullstandard i geriatrisk
behandling:

Engelsk: CGA: «Comprehensive
geriatric assessment»

Norsk: Fullstendig geriatrisk
undersøkelse

Kommunikasjon og oversikt:

- Felles forståelse for pasientens
skrøpighetsnivå

Viktig i pasientkommunikasjon og
helhetlig pasientforløp)

Mål med behandling og omsorg


GOALS OF CARE

Begrenset nytte av intensiv behandling
med CFS: >5

Tilpassede overordna behandlingsmål



Eksempler på hvor vi bruker CFS:

- Sykepleiesammenfatning på pasientens hovedkort (kommunikasjon / oversikt)
 - En del av punktene i kliniske prosedyrer og helsefaglige vurderinger (prosedyrer). For eksempel årskontroll
 - Nødvendig del av vurderinger, i forhold til utarbeidelse av overordnede behandlingsplaner/forhåndsplanlegging (Altså planer som sier noe om i hva som er pasientens behandlingsmål og i hvilke tilfeller man skal innlegge på sykehus. (Advance care planning / Forhåndssamtaler)
 - I innkomst og arbeidsflyt for helsepersonell (f.eks: AKS) som gjennomfører fullstendige geriatriske undersøkelser (CGA)- (intervensjon)
 - I kommunikasjon mellom helsepersonell ISBAR. (En viktig del av bakgrunnsopplysningene i tillegg til sykehistorie, ADL –funksjon og annen kartlegging (kommunikasjon))
- 



Mal for skriving av sammenfatning (med hjelpetekst)

• Sammenfatning

Kritisk informasjon: for eksempel. Smitte, aktuell behandling som skal følges opp allergier, HLR-/resp-
Skrøpeligheitskala: her skrives skår ut fra Vurdering av skjøpeligheit.
(Sykehuset bruker den. iplos er kun brukt i den kommunale pleie og omsorgstjenesten og er ukjent for leger).

Opplysninger om ressurser/fysisk og kognitiv funksjon og hjelpe behov;

- 1. Kommunikasjon/ sanser;** (pasient/bruker sin evne til å kommunisere med andre personer. Med kommunikasjon menes å forstå og uttrykke seg verbalt/nonverbalt, og ved bruk av kommunikasjonsutstyr, tolk og teknikker.. Hvordan er syn og hørsel? Har pasient/brukers evne til å huske nylig inntrufne hendelser, finne fram i kjente omgivelser, være orientert om tid og sted, gjenkjenne kjente personer, huske avtaler og viktige hendelser den siste uken).
- 2. Kunnskap/utvikling/psykisk/samtykkekompetanse** (pasient/bruker sin evne til å håndtere egen sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse, til å ta kontakt med behandlingsapparatet når symptomer eller skade oppstår, følge behandlingsopplegg og håndtere egne medisiner. Evne til å betale regninger, prioritere mellom utgifter, betale for seg med kontanter og kort. Evne til å skaffe seg varer som mat/drikke, klær/sko, husholdningsartikler, tekniske tjenester og husholdningstjenester, som er nødvendige og relevante i dagliglivet (enten via internett/telefon eller direkte i butikk). Evne til å ta avgjørelser og organisere daglige gjøremål, gjøre valg mellom alternativer, disponere tiden gjøremålene tar og integrere uforutsette hendelser. Vurderes pasienten til å ha samtykkekompetanse?).
- 3. Åndedrett/sirkulasjon** (har pasient/bruker evt sykdommer som påvirker dette? Bruker pasient/bruker faste medisiner eller medisiner ved behov for luftveissykdom? MTU/inhalasjonsapp/CPAP/Bipap, konsentrator? (Legg ved evt behandlingsplan)
- 4. Ernæring/væske/ elektrolyttbalanse** (spiser og drikker pasient/bruker nok? Klarer pasient/bruker å spise selv?). BMI, ernæringskartlegging
MUST
- 5. Eliminering** (er pasient/bruker kontinent/inkontinent for urin/avføring? Har pasient/bruker problemer ift eliminering? Har pasient/brukers behov for hjelp til å utføre toalett besøk / funksjonell? Permanent kateter- KAD/suprapubisk kateter, urostomi, ileo/colostomi?)
- 6. Hud/vev/sår** (pasient/brukers evne til å vaske og stelle hele kroppen inkl. pussetenner/munnhygiene). Har pasienten hudlidelse evt sår? Evt sårbehandlingsprosedyre legges under

CFS i flere
kliniske
prosedyrer

ANAMNESE:

ID: Navn, født

Fastlege:

Status det siste året Hva har skjedd siste år mhp
pasientens status, funksjon, trivsel m.m.
Barthel ADL- nivå:
Clinical Frailty Scale:
KDV (ved kjent demens)

Bakgrunn (Resyme av sykehistorie og aktuell historikk). Hvor lenge har pasient bodd i heldøgn omsorg?

Tidligere Sykdommer:

Blodprøver:

Gjennomgang av medisiner:

Behandlingsmål?

Tilpasses pasientens tilstand, livssituasjon og ønsker
Foreligger indikasjonen ennå?

Prioritering av legemiddelbehandling på bakgrunn av pasientens totalsykelighet og funksjonsnivå er viktig for å unngå polyfarmasi
Er behandlingen effektiv?

En bør ha realistiske behandlingsmål i lys av pasientens forventet gjenstående levetid, særlig forebyggende behandling

Finnes mulige bivirkninger?

Bivirkninger er vanlig men ofte vage, slik som tretthet, forvirring, falltendens, obstipasjon og depresjon

Risikable og uhenksomme legemidler?

Sjekk NorGeP og START OG STOPP versjon – NEL.NO

Blodprøver og andre tester

Har svarene betydning for behandlingen?

Finnes uheldige medikamentkombinasjoner?

Legemiddellisten kan sjekkes på interaksjoner.no

Dobbeltbruk, Dosejustering?

Kontroller for samme eller lignende virkestoff

Kan noen doser reduseres?

Legemidler bør ofte doseres lavere hos eldre, og tilpasses kroppsvekt, nyrefunksjon og øvrig medikasjon

Kan noen preparater seponeres?

Prøveseponering bør vurderes og gjennomføres jevnlig

Er det behov for nye medikamenter?

Farlige og plagsomme tilstander krever tilstrekkelig behandling

Er det valgt den gunstigste legemiddelformen?

Pasienter med svelgevansker krever annen legemiddelform; knusing av depottabletter/åpning av kapsler bør unngås

STATUS PRESENS:

Allmenntilstand- god/dårlig