**Vägledning Covid-19 och multisjuka äldre – Ja/nej vård på ic och HLR**

För att kunna ge meningsfull medicinsk vård är det viktigt att prata med varje patient och hans eller hennes anhöriga om hur att handla när det gäller HLR och inläggning på intensiven i god tid. För att säkerställa att patienter med allvarligt underliggande sjukdom (t.ex. metastaserad malignitet, allvarlig KOL eller hjärtsvikt) får god vård även vid akut försämring (nu t.ex. på grund av coronavirusinfektion) och för att undvika att de dö ensam och isolerat är det viktigt att fastställa denna rutin/överenskommelse för alla patienter på kort sikt.

Följande rekommenderas:

O HLR och ingen vård på intensiven till patienter med underliggande sjukdom (se tabell 2)

OCH/ELLER 1 av nedanstående kriterier:

* Livsförväntan < 1 år
* Frailty ≥6 enligt klassifikation nedan.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **klassifikation** | **Funktion innan start nuvarande symptom** | **kriterium** |
| 1-4 | Klinisk fit | Regelbunden idrott. Inga sjukdomstecken, funktionerar självständig. | Inga hjälpinsatser från varken hemtjänst, hemsjukvård och/eller anhöriga. |
| 5 överväg ic | Mildly frail | Behöver hjälp med att handla, laga mat. Begränsad gångavstånd. | Kan tvätta sig och sätta på sina kläder självständigt. |
| 6-8 ingen ic | Frail | Behöver hjälp med ADL. Behöver hjälp med alla aktiviteter utomhus och t.ex. städ inomhus. | Behöver hjälp med ADL. |
| 9 ingen ic | Terminally frail | Terminal patient med livförväntan < 6 m. |  |

Tabell 1 Frailty klassifikation

Informera patienter och anhöriga om ovanstående i samband med nästföljande (telefoniskt) kontakt.

Gör en anteckning ”Vårdbegränsning vid livshotande tillstånd” i TakeCare om vilka beslut som fattas.

Det är viktigt att poängtera att denna policy inte avviker från tiden innan Coronakrisen och är en del av meningsfull medicinsk vård. Men det finns däremot inte längre möjlighet med ett icke-ställningstagande (för läkare och/eller patient). Vi måste förebygga att sådana beslut måste tas på akuten eller inneliggande på avdelningen.

**Tips för att prata med patienter och anhöriga:**

Ofta har patienterna redan funderat över sådana frågor (säkert nu det är på nyheterna varje dag) och de flesta tycker det är skönt att kunna diskutera om sina funderingar med sin egen läkare.

Mål med samtalet: Båda patient och anhöriga vet vilka beslut som är tagna (oHLR/ingen ic vård) och vet varför detta beslut är fattat (vilket inte är lika med att de alltid är införstådd med det).

* Sätt ärendet på agenda: ” Jag vill prata med dig om vad vi kommer att göra i den olyckliga händelsen att din situation försämras allvarligt.”
* Se till att patienten inte är ensam om samtalet ska genomföras per telefon. Om patienten är ensam, se om det är möjligt att ringa tillbaka vid en annan tidpunkt om någon kan vara närvarande (t.ex. anhörig eller personal från hemtjänsten/hemsjukvård).
* Berätta att samtalet och beslut är en standardrutin (vad den nu också är!). Krisen på grund av COVID-19 innebär bara att det inte finns någon tid kvar att "vänta på ett lämpligt ögonblick".
* Förklara att nackdelarna med långtgående behandling som återupplivning och inläggning på ic är större än de förväntade fördelarna.
* Ibland är människor rädda för döden, men det är också vanligt att människor är rädda för vad som kan hända innan själva döden. Det är viktigt att aktivt fråga om patientens rädsla; inte alla patienter kommer att ta upp deras farhågor/rädsla själva.
* Gör det tydligt för patienter och anhöriga att detta inte betyder att patienten lämnas ensam; meningsfull medicinsk vård tillhandahålls alltid! Undvik därför meningar som "färdig behandlat" eller " vi gör ingenting".
* Ange vilken vård som fortfarande tillhandahålls vid behov. T.ex. god palliativ vård och vård i livets slutskede (Nationell vårdplan för palliativ vård, NVP).
* Ange att du tycker det är viktig att veta om patienten har förstått samtalets innehåll och fråga hen att upprepa det som hen har uppfattat.
* Fråga vid varje samtal (säkert om samtalet sker via telefon på grund av omständigheterna och var de icke-verbala signalerna inte kan ses) vad detta samtal gör med patientens känslor.
* Det finns en mängd olika sätt att hantera livets slut inom olika kulturer och religiösa övertygelser. Tar vid behov hjälp av någon i samma församling, kyrka, moské e.d. för stöd.
* Fråga alltid innan du avslutar samtalet om det finns återstående frågor eller funderingar.

**Källa:** Översatt från Nederländska ”**Dringend advies ten aanzien van NR/geen IC-beleid bij patiënten met ernstig onderliggend lijden.** 23-03-2020 Källa**:** EPZ Amsterdam UMC: Prof. Dr. Lia van Zuylen, Prof. Dr. Monique Steegers, Prof. Dr. Markus Hollmann, Prof. Dr. Dick Willems. Ansvariga: Lia van Zuylen/Monique Steegers/Markus Hollmann/Dick Willems

<https://pznlsawebprod.blob.core.windows.net/mediacontainer/pznl/media/themabestanden/corona/beleidsbepaling-covid-19-bij-ernstig-onderliggend-lijden_23_mrt.pdf>

Tabell 2 Exclusionskriterier för ic vård i fas-3 (pandemic)

|  |  |
| --- | --- |
| Kriterium | Förklaring |
| **Låg sannolikhet till överlevnad** |  |
| Hjärtstillestånd | Unwitnessed cardiac arrest  Witnessed cardiac arresest, inget svar på defibrillering  Upprepad hjärtstillestånd  Ny hjärtstillestånd inom 72 tim efter återkomst av spontan cirkulation. |
| Allvarligt trauma/brännskada | förutspådd dödlighet > 90% |
| Allvarligt och irreversibel neurologiskt sjukdom | Allvarligt post-anoxiskt hjärnskada  Stor CVA (ischemiskt eller blödning)  Icke behandlingsbar neuromuskulär/neurodegenerativ sjukdom i avancerat stadium. |
| **Kort förväntad överlevnad** |  |
| Metastaserad (hematologiskt) malignitet | Fråga onkolog/hematolog i konsult om förväntad prognos |
| Slutstadium organ”failure” | Livsförväntan < 1 år, t.ex.  Slutstadium hjärtinsufficiens (NYHA klass IV)  Avancerad kronisk lungsjukdom (t.ex. KOL, GOLD D)  Kronisk dialys pat. med kontraindikation för tranplantation  Avancerad leversjukdom (MELD score >20) |
| Hög biologisk ålder (inte riktig ålder) | Patienter med en hög biologisk ålder och p.g.a. det en dålig prognos (clinical frailty score >6, se tabell 1) |
| Avancerad och icke reversibel immuninkompetent patient | Bv. Medicinresistent AIDS, fråga infektionsläkare/medicinare/immunolog i konsult |
| Electiv palliativ kirurgi | För symptomatiskt behandling av en terminal patient, med en medel överlevnad om 2 år av < 50% |