

Gäller för: Verksamhet Akutmedicin och geriatrik

Giltig från: 2025-06-23

Innehållsansvar: Lena Holmquist Henrikson, (lenho19), Överläkare

Giltig till: 2027-06-23

Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad

Godkänd av: Stefan Bodetoft, (stebo10), Överläkare

CGA-rond på Geriatrik Sahlgrenska

Förändringar sedan föregående version

Tillägg av munhälsa. Uppdaterad CFS till 2.0. Ändringar av redaktionell art.

Bakgrund och syfte

Rutinen syftar till att beskriva tillvägagångssättet vid CGA-rond på avdelning 34 Akutgeriatrik och avdelning 21 som bedriver geriatrisk slutenvård och rehabilitering på Geriatrik Sahlgrenska, där det multiprofessionella teamet samlas för att göra en gemensam bedömning och planering för patientens vård, med fokus på patientens resurser och resultatet av gjorda riskbedömningar och skörhetsbedömning.

CGA Comprehensive Geriatric Assessment (på svenska strukturerat omhändertagande av äldre) är ett evidensbaserat arbetssätt för att optimera vård, omvårdnad och rehabilitering av sköra äldre patienter. Skörhet är ett tillstånd där kroppen med ökande ålder har minskad reservkapacitet på grund av nedsatt funktion i flera fysiologiska system, och därmed en minskad motståndskraft mot olika påfrestningar.

CGA består av en teambaserad bedömning i form av en medicinsk och psykosocial kartläggning, samt en aktivitets- och funktionsbedömning av patienten, där beslut om vård och rehabilitering beror på utfallet av denna helhetsbedömning.

Avgränsningar

Samtlig sjukvårdspersonal som arbetar på vårdavdelning 21 och vårdavdelning 34 ansvarar för att arbeta enligt denna rutin.

Förberedelser

CGA-rond hålles vardagar. Deltagare är teamet med sjuksköterska, undersköterska, läkare samt fysioterapeut och arbetsterapeut. Även dietist och kurator närvarar vissa dagar.

På nyinkomna patienter ska skattningar och riskbedömningar (enligt rutin, relaterad information 1 och 2) göras inom första arbetsdagen efter patientens ankomst till avdelning. Resultaten presenteras på CGA-rond, och vårdplaner och åtgärder beslutas i teamet.

Utförande

Följande tas upp på CGA-rond på alla nya patienter, och uppdateras vid behov, t.ex. vid uppföljning, när något förändras och inför utskrivning, på övriga patienter:

Skörhetsskattning enligt CFS (Clinical Frailty Scale, relaterad information 3).

- Sjuksköterska gör preliminär skattning i samband med ankomstsamtalet, fortsatt bedömning görs av teamet på CGA-ronden. Skörhetsgraden (CFS) dokumenteras av sjuksköterska i Melior under rubrik ”skörhetsskattning” i ankomstsamtalet.

Riskbedömningar

- **Trycksår:** vid risk för trycksår upprättas ”Plan vid trycksår, risk” i Melior. Ställningstagande till tryckavlastande madrass, dyna i rullstol mm vid behov. Bedömning av nutritionsstatus. Se även sjukhusövergripande styrande dokument, Trycksårsprevention (vgregion.se)
- **Undernäring:** vid malnutrition eller risk för malnutrition upprättas ”Plan vid undernäring, risk” i Melior. Värdera orsak och besluta om åtgärder, bl.a. individanpassat nutritionsstöd och ätstödjande åtgärder. Dietistkontakt vid behov. Se även sjukhusövergripande styrande dokument, [Undernäring – prevention och behandling \(vgregion.se\)](http://vgregion.se).
- **Fall:** vid fallrisk upprättas ”Plan vid fall, risk” i Melior. Ställningstagande till bl.a. halksockor, larmmatta, sänggrind. Gång- och förflytningsbedömning av fysio-terapeut och ADL-bedömning av arbetsterapeut. Bedömning av eventuellt behov av hjälpmedel. Granskning och värdering av patientens läkemedel med särskilt fokus på fallrisk görs av läkare. Se även sjukhusövergripande styrande dokument, [Fallprevention \(vgregion.se\)](http://vgregion.se).
- **Munhälsa:** riskbedömning av munhälsa enligt ROAG, se [Riskbedömning av ohälsa i munnen - Vårdhandboken \(vardhandboken.se\)](http://vgregion.se). Riskbedömning dokumenteras under Riskbedömning, munhälsa. Vid risk upprättas Plan vid nedsatt munhälsa, risk. Vid grad 3 tas kontakt med sjukhustandvård och behov av tandvårdsstöd diskuteras i teamet.

- **Delirium/konfusion:** vid delirium/konfusion eller risk för delirium/konfusion upprättas en plan för åtgärder och uppföljning av detta. Dokumentationen sker i Melior under aktivitet ”Plan för kommunikation”. Genomgång med hela teamet av lämpliga åtgärder. Granskning och värdering av patientens läkemedel med särskilt fokus på delirium/konfusion görs av läkare. Se även sjukhusövergripande styrande dokument, Delirium konfusion hos äldre (vgregion.se).

Övrigt:

- **Smärta:** vid smärta upprättas ”Plan för smärta” i Melior. Noggrann genomgång av smärtanamnes av teamet. Granskning och värdering av patientens läkemedels-behandling med särskilt fokus på smärta görs av läkare.
- **Planering av rehabilitering:** tidigare och nuvarande aktivitets- och funktionsförmåga gås igenom, preliminära rehabiliteringsmål diskuteras och åtgärder under vårdtiden planeras. Ställning skall tas till inläggande alternativ poliklinisk rehab via kommunal eller primärvårdens överseende.
- **Social planering/SAMSA:** planerad vårdtid, datum för utskrivningsklar, eventuellt behov av Planeringsmöte identifieras. Bedömning av eventuellt behov av rehabilitering och/eller behov av hjälpmedel efter utskrivning.

Avsteg från rutin

Vårdenhetschef och sektionschef ansvarar för att rutinen är känd och följs.

Innehållsansvarig är ansvarig för uppföljning och revision av innehållet.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om avsteget är kopplad till patient.

Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Relaterad information

1. Riskbedömningsmall, sidan 5
2. Bedömning av risk för delirium/konfusion, sidan 6
3. Skörhet enligt CFS (Clinical Frailty Scale), sidan 7

Länk: [Trycksår och trycksårsprevention - Sahlgrenska Universitetssjukhuset \(vgregion.se\)](#)

Länk: [Undernäring – prevention och behandling \(vgregion.se\)](#)

Länk: [Fallprevention \(vgregion.se\)](#)

Länk: [Delirium konfusion hos äldre \(vgregion.se\)](#)

Länk: [Riskbedömning av ohälsa i munnen - Vårdhandboken \(vardhandboken.se\)](#)

RISKBEDÖMNING

Datum	Tid	Patient ID/Patientetikett från Elvis:
Vårdenhet		

Modifierad Nortonskala

A Psyisk status

- 4 Helt orienterad
- 3 Stundtals förvirrad
- 2 Svarar ej adekvat på tilltal
- 1 Ej kontaktbar

B Fysisk aktivitet

- 4 Går själv med eller utan hjälpmedel
- 3 Går med hjälp av personal
- 2 Rullstolsbunden (hela dagen)
- 1 Sängliggande

C Rörelseförmåga

- 4 Full rörlighet
- 3 Något begränsad
- 2 Mycket begränsad
- 1 Orörlig

D Födointag

- 4 Normal portion
- 3 ¾ portion
- 2 Halv portion
- 1 Mindre än halv portion

E Vätskeintag

- 4 Mer än 1000 ml/dygn
- 3 700-1000 ml/dygn
- 2 600-700 ml/dygn
- 1 Mindre än 500 ml/dygn

F Inkontinens

- 4 Nej
- 3 Tillfälligt
- 2 Urin- eller tarminkontinent
- 1 Urin- och tarminkontinent

G Allmäntillstånd

- 4 Gott
- 3 Ganska gott
- 2 Dåligt
- 1 Mycket dåligt

Summa: _____ poäng

20 poäng eller mindre = risk för trycksår

Konfusion

Bedöm Konfusionsrisk enligt separat rutin - **blankett, bilaga 1 Rutin Konfusion** (alt. sida 2)

Dokumentera under Ankomstsamtal - Kommunikation

Undernäring

Har du gått ner i vikt?

Gäller ofrivillig vikt förlust oavsett tidsförlopp och omfattning

Ja (1 p) Nej (0 p)

Har du svårigheter att äta?

T ex aptitlöshet, tugg- och sväljningsproblem eller motoriska funktionsnedsättningar

Ja (1 p) Nej (0 p)

Över 70 år: **BMI mindre än 22**
Under 70 år: **BMI mindre än 20**

Ja (1 p) Nej (0 p)

Summa: _____ poäng

1 poäng eller mer = risk för undernäring

Patienter < 70 år är underviktiga om BMI är mindre än 20

Patienter > 70 år är underviktiga om BMI är mindre än 22

Vid risk, öppna plan vid undernäring

Trycksår

Antal trycksår vid ankomst: _____

Om trycksår, var: _____

Grad av trycksår:

1. Kvarstående röd fläck som inte bleknar
2. Skador på överhuden (blåsor)
3. Skada genom hela huden
4. Skada på underliggande vävnad

Grad: _____

Längd: _____ cm

Vikt: _____ kg

Elimination

Har du problem med vattenkastning?

Ja Nej

Har du ofrivilligt urinläckage?

Ja Nej

Har du KAD/RIK?

Ja Nej

Har du upprepade UVI?

Ja Nej

Har du problem med förstoppning?

Ja Nej

Tar du regelbundet något mot förstoppning? I så fall vad?

Ja Nej

Om ja, vad tar du? _____

Dokumentera under Ankomstsamtal - vid behov öppna plan

Munhälsa

Har du problem med munhälsan?

Ja Nej

Om ja, vilket problem: _____

Vid behov utförs munbedömning med ROAG

Vid risk, öppna plan vid nedsatt munhälsa

Fallriskvärdering

Har du fallit senaste året?

Ja Nej

Tror du som vårdpersonal att det finns risk för fall?

Ja Nej

Dokumentera under Ankomstsamtal - Förhöjd fallrisk

Om Ja = Gör riskbedömning, vid behov plan

Är du rökare?

Ja Nej

Dokumentera under Levnadsvanor-

Tobaksbruk

Önskas stöd Ja Nej

Bedömningar förs in i Melior och vid identifierad risk öppnas en plan för respektive område. Vid behov av stöd för dokumentation se Lathund för Riskbedömning i Melior. **Dokumentet skannas inte.**

Bedömning av risk för delirium/konfusion

Riskbedömning skall ske första dygnet enligt punkt 1–4 vid ankomstsamtal.

Om något av kriterier 1–4 bevaras ”ja” föreligger risk för delirium.

Vid delirium eller risk för delirium upprättas en plan för åtgärder och uppföljning av detta. Dokumentationen sker i Melior under aktivitet ”Plan för kommunikation”.

1. Kognitiv nedsättning (enligt tidigare dokumentation eller enligt patient/närstående)

2. Tidigare delirium (enligt tidigare dokumentation eller enligt patient/närstående)

3. Nedsatt social interaktion, exempelvis:

- handikappande syn- och hörselnedsättning
- immobilisering
- språksvårigheter

4. Yttre påfrestningar, exempelvis:

- Läkemedelspåverkan
- Aktuellt trauma, operation, narkos
- Infektion
- Sviktande vitalparametrar
- Svår smärta
- Rubbningar i blodsocker, elektrolyt- samt vätskebalansen
- Eliminationsproblem
- Undernäring
- Abstinens

CLINICAL FRAILTY SCALE

	1	MYCKET VITAL	Personer som är starka, aktiva, energiska och motiverade. De tränar regelbundet och hör till dem som är mest vitala för sin ålder.
	2	VITAL	Personer som inte har några sjukdomssymtom men som är mindre vitala än personer i kategori 1. De tränar ofta eller är emellanåt mycket aktiva , t.ex. beroende på årstid.
	3	KLARAR SIG BRA	Personer vars medicinska problem är väl kontrollerade , även om de emellanåt har symtom. De är sällan regelbundet aktiva utöver vanliga promenader.
	4	LEVER MED MYCKET LINDRIG SKÖRNET	Denna kategori markerar en tidig övergång från fullständigt oberoende. Är inte beroende av andras hjälp i vardagen, men har ofta symtom som begränsar deras aktiviteter . Ett vanligt klagomål är att de "saktar ned" och/eller är trötta under dagen.
	5	LEVER MED LINDRIG SKÖRNET	Dessa personer är ofta uppenbart långsammare och behöver hjälp med komplexa instrumentella aktiviteter i det dagliga livet (IADL) (ekonomi, resor, tungt hushållsarbete). Lindrig skörhet försämrar i allmänhet förmågan att handla och gå ut på egen hand, förbereda måltid, sköta medicinering och börjar begränsa lättare hushållsarbete.
	6	LEVER MED MÄTLIG SKÖRNET	Personer 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	LEVER MED ALLVARLIG SKÖRNET	Är helt beroende av andra för sin personliga vård oavsett orsak (fysisk eller kognitiv). Trots det framstår de som stabila och utan hög risk för att dö (inom ungefär 6 månader).
	8	LEVER MED MYCKET ALLVARLIG SKÖRNET	Är helt beroende av andra för sin personliga vård, och närmar sig livets slut. De kan i allmänhet inte tillfriskna ens från en lindrig sjukdom.
	9	TERMINALT SJUK	Närmar sig livets slut. I den här kategorin ingår personer med en förväntad återstående livslängd på mindre än 6 månader , men som inte i övrigt lever med allvarlig skörhet (Många terminalt sjuka kan fortfarande träna fram till mycket nära sin bortgång).

ATT SKATTA SKÖRNET HOS PERSONER MED DEMENS

Graden av skörhet motsvarar i allmänhet graden av demens. 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 personen kan ha god förmåga att minnas tidigare händelser i livet. De kan utföra sin personliga vård på uppmaning.

Vid **svår demens** kan de inte utföra sin personliga vård utan hjälp.

Vid **mycket svår demens** är de ofta sängliggande. Många är praktiskt taget stumma.

Clinical Frailty Scale © 2005–2020
Rockwood, Version 2.0 (SV).
Alla rättigheter förbehålles. För tillstånd:
www.geriatricmedicinresearch.ca

Translated with permission to Swedish by Niklas Ekerstad, Anne-Marie Boström, Susanne Guidetti and Kristina Åhlund, Trollhättan-Linköping-Stockholm, 2020.

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



Arbetsgrupp

Lena Holmquist Henrikson, överläkare, centrumchef, Geriatriskt utvecklingscentrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Lena Källqvist, vårdenhetschef avdelning 34 akutgeriatrik

Linda Runesson, sjuksköterska avdelning 34 akutgeriatrik

Cristina Marmesjö, undersköterska avdelning 34 akutgeriatrik

Hanna Köck Ekegren, fysioterapeut, Verksamhet arbetsterapi och fysioterapi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Gabriella Månesköld, arbetsterapeut, Verksamhet arbetsterapi och fysioterapi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Granskare

Simina Gherman, sektionschef, Akutmedicin och geriatrik, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Ia Nilsson, vårdenhetschef, avdelning 21/Akutmedicin och geriatrik, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Anahita Nasouri, vårdenhetsöverläkare, avdelning 21/Akutmedicin och geriatrik, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Dimitrios Kakridonis, vårdenhetsöverläkare, avdelning 34/Akutmedicin och geriatrik, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Källförteckning

Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane database of systematic reviews* 2017; (9).

Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2011; 343: d6553.

Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013 Mar 2;381(9868):752-62. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9. Epub 2013 Feb 8. Erratum in: *Lancet*. 2013 Oct 19;382(9901):1328. PMID: 23395245; PMCID: PMC4098658.

Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, Woodhouse L, Rodríguez-Mañas L, Fried LP, Woo J, Aprahamian I, Sanford A, Lundy J, Landi F, Beilby J, Martin FC, Bauer JM, Ferrucci L, Merchant RA, Dong B, Arai H, Hoogendijk EO, Won CW, Abbatecola A, Cederholm T, Strandberg T, Gutiérrez Robledo LM, Flicker L, Bhasin S, Aubertin-Leheudre M, Bischoff-Ferrari HA, Guralnik JM, Muscedere J, Pahor M, Ruiz J, Negm AM, Reginster JY, Waters DL, Vellas B. Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. *J Nutr Health Aging*. 2019;23(9):771-787. doi: 10.1007/s12603-019-1273-z. PMID: 31641726; PMCID: PMC6800406.

Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski A. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005 Aug 30;173(5):489-95. doi: 10.1503/cmaj.050051. PMID: 16129869; PMCID: PMC1188185.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Akutmedicin och geriatrik

Innehållsansvar: Lena Holmquist Henrikson, (lenho19),
Överläkare

Granskad av: Simina Gherman, (simgh), Sektionschef, Anahita
Nasouri, (anana), Överläkare, Dimitrios Kakridonis, (dimka2),
Överläkare

Godkänd av: Stefan Bodetoft, (stebo10), Överläkare

Dokument-ID: SU9819-1366032766-26

Version: 5.0

Giltig från: 2025-06-23

Giltig till: 2027-06-23