

Gäller för: Verksamhet Medicin geriatrik och akutsjukvård Mölndal

Innehållsansvar: Ammelie Istenes, (ammsv1), Specialistläkare

Godkänd av: Pär Parén, (parpa1), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-05-06

Giltig till: 2027-03-18

# CGA-rond på Geriatrisk avdelning vid Verksamhet Medicin geriatrik och akutsjukvård Mölndal

## Förändring sedan föregående version

2024-03-11 Uppdatering av layout. Uppdatering av länkar till AUDIT respektive DUDIT.

Tillägg av länk för vidare handläggning vid undernäring eller risk för detsamma.

Förtydligande kring när kontakt med Sjukhustandvård skall tas gällande munhälsa.

Ändring från MMSE-SR till MMSE-N3 gällande kognitiv screening. Ändring var

dokumentation vid konfusion respektive risk för det samma skall ske. Uppdatering av

länkar till styrdokument gällande dokumentation för fysio- och arbetsterapeuter.

Uppdatering av skörhetskattningsskala, Clinical Frailty Scale (CFS).

## Innehållsförteckning

Bakgrund och Syfte.....	3
Utförande .....	3
1. Patientens perspektiv.....	3
2. Medicinsk och omvårdnadsbedömning .....	3
3. Kognitiv bedömning .....	4
4. Funktions- och aktivitetsbedömning.....	5
5. Social och omgivningsbedömning .....	6
6. Skörhetscreening enligt Clinical Frailty Scale, CFS (se bilaga 2) .....	6
Relaterad information .....	7
Arbetsgrupp.....	8
Bilaga 1.....	9
Bilaga 2.....	10

## Bakgrund och Syfte

Rutinen syftar till att beskriva tillvägagångssättet vid CGA-rond, där det multiprofessionella geriatriska teamet samlas för att göra en gemensam bedömning och planering för patientens vård. Fokus ska ligga på patientens resurser och resultatet av gjorda riskbedömningar och skörhetsskattning.

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA), på svenska strukturerat omhändertagande av äldre, är ett evidensbaserat och personcentrerat 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 där beslut om vård och rehabilitering beror på utfallet av denna helhetsbedömning.

## Utförande

CGA-rond hålles vardagar. Deltagare är det multiprofessionella geriatriska teamet som består av sjuksköterska, undersköterska, läkare, fysioterapeut och arbetsterapeut. Dietist, kurator, vårdplaneringssköterska närvarar vid behov. Ordförandeskapet roterar. Nyinkomna patienter ska skörhetsskattas och riskbedömas enligt nedan. Resultaten presenteras på CGA-ronden där patientens behov och resurser sammanställs och planerade mål samt åtgärder beslutas i teamet.

Nedanstående områden tas upp vid CGA-rond på alla nya patienter senast andra vardagen efter ankomst till avdelningen och uppdateras därefter vid behov:

### 1. Patientens perspektiv

#### Läkarens ansvar:

Patientens berättelse, inkluderande upplevda problem och farhågor samt önskemål och mål med vårdtiden sammanfattas. Dokumenteras i *Daganteckning* efter första CGA-ronden.

### 2. Medicinsk och omvårdnadsbedömning

#### Läkarens ansvar:

Kartläggning av medicinsk sjukhistoria.

Vid riskbruk av tobak, alkohol, droger görs kartläggning <24 timmar. Genomför Alcohol/Drug Use Disorders Identification Test (AUDIT/DUDIT) vid behov, se [AUDIT](#) samt [DUDIT](#)

Smärtanamnes samt granskning och värdering av patientens läkemedelsbehandling med särskilt fokus på smärta.

Inplanering och genomförande av läkarsamtal med närstående i början av vårdtiden.

Ovanstående dokumenteras i Melior i *Daganteckning*.

Granskning och utvärdering av läkemedel med särskild hänsyn till konfusion och fallrisk. Genomgången ska också inkludera patientens läkemedelshantering. Dokumenteras i Melior i *Läkemedelsgenomgång, förenklad*.

#### **Sjuksköterskans ansvar:**

Riskbedömning fallprevention enligt sjukhusövergripande rutin, se [Fallprevention \(vgregion.se\)](#).

Riskbedömning trycksår enligt sjukhusövergripande rutin, se [Trycksårprevention \(vgregion.se\)](#).

Bedömning av smärta enligt VAS/NRS eller Abbey Pain Scale, se [Smärtskattningsinstrument - Vårdhandboken \(vardhandboken.se\)](#).

Smärtskattning görs vid inskrivning och dokumenteras i Melior under *Plan för smärta, sinnesintryck*. Smärtskattning genomförs och dokumenteras sedan fortlöpande under vårdtiden av hela teamet i *Plan för smärta, sinnesintryck*.

Kartläggning elimination görs vid inskrivning, se [Checklista inskrivning sjuksköterska](#). Dokumenteras i *Ankomstsamtal* under sökord *Elimination*. *Plan för elimination* öppnas vid behov.

Enkel kartläggning av bruk av tobak, alkohol, droger vid ankomstsamtal.

#### **Undersköterskans ansvar:**

Riskbedömning undernäring enligt sjukhusövergripande rutin [Undernäring – prevention och behandling \(vgregion.se\)](#). Vidare handläggning enligt stödjande dokument [Arbetsbeskrivning för prevention och behandling av undernäring \(vgregion.se\)](#).

Riskbedömning av munhälsa enligt ROAG, se [Riskbedömning av ohälsa i munnen - Vårdhandboken \(vardhandboken.se\)](#). Riskbedömning genomförs vid inskrivning eller senast <24 timmar och dokumenteras under *Riskbedömning, munhälsa*. Vid risk öppnas *Plan vid nedsatt munhälsa, risk*. Vid grad 3 tas kontakt med sjukhustandvård och behov av tandvårdsstöd diskuteras i teamet, se sida 28 i [Vårdplan rutin Melior \(vgregion.se\)](#). Kontakt med sjukhustandvården kan utgöras av kontakt med:

- Tandhygienistkonsult. Kontaktas på tel nr 32094. Tandhygienist behöver följande uppgifter: namn, personnummer, rumsnummer, orsak till inskrivning samt orsak till tandhygienistkontakt, specificera orsak till utfall grad 3 ROAG.
- Tandläkare. Läkarremiss till tandläkare på Orofacial Medicin. Remiss faxas till 010-1687539. Remiss skall innehålla namn, personnummer, kort anamnes/orsak till inskrivning samt orsak till tandläkarundersökning.

## **3. Kognitiv bedömning**

#### **Arbetsterapeutens ansvar:**

Screening av kognitiva svårigheter i dagliga aktiviteter.

Kognitiv screeningstest med Mini Mental State Examination och Klocktest vid behov, se [MME-NR3](#) och [Klocktest](#). [Manual svensk version av MMSE-NR3](#).

### **Läkarens ansvar:**

Granskning och värdering av patientens tidigare kognitiva förmåga/konfusionstillstånd.

Genomgång av läkemedel med särskilt fokus på konfusion.

Vid misstanke om konfusion används screeninginstrumentet Assessment Test for Delirium and Cognitive Impairment ([4AT](#)), se [Delirium konfusion hos äldre \(vgregion.se\)](#). Diagnos ställs av läkare, dokumenteras tillsammans med plan för medicinska åtgärder och uppföljning i Melior i *Daganteckning*.

### **Sjuksköterskans ansvar:**

Skattning enligt Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), se bilaga 1, genomförs vid inskrivning och dokumenteras i Melior under *Ankomstsamtal*.

Bedömning av risk för att utveckla delirium, se rutin [Delirium konfusion hos äldre \(vgregion.se\)](#). Vid konfusion eller risk för konfusion upprättas plan för åtgärder och uppföljning, dokumenteras i Melior under aktivitet *Plan delirium konfusion, risk*.

## **4. Funktions- och aktivitetsbedömning**

### **Arbetsterapeutens ansvar:**

Skattning enligt ADL-taxonomin och Traffic Light System (TLS). Bedömning av tidigare förmåga att utföra hushållssysslor, inklusive att sköta sin privatekonomi och köra bil (I-ADL). Bedömning av tidigare och nuvarande förmåga att utföra personliga aktiviteter (P-ADL).

Bedömning av behov avseende arbetsterapiåtgärder.

Plan för träning/kompensering av aktivitetsförmåga, fallprevention, hjälpmedelsbehov och behov av fortsatta arbetsterapiåtgärder i vårdkedjan.

Ovanstående dokumenteras i Melior under Bedömning arbetsterapeut, se [Förhållningssätt till dokumentation inom verksamhet Arbetsterapi och Fysioterapi](#).

Nuvarande förmåga att utföra P-ADL och behov av fortsatta arbetsterapiåtgärder efter utskrivning dokumenteras i SAMSA under Planering, se [Lathund rehab SAMSA IT-tjänst](#).

### **Fysioterapeutens ansvar:**

Bedömning av tidigare och nuvarande fysisk funktionsförmåga inklusive förflyttnings- och gångförmåga (TLS), balans, rörlighet samt gånghjälpmedel.

Bedömning av fallrisk och fallrädsla.

Bedömning av levnadsvanor med fokus på fysisk aktivitet.

Plan för träning, behov av gånghjälpmedel och andra fysioterapeutiska åtgärder under vårdtiden samt behov av fortsatt rehabilitering.

Ovanstående dokumenteras i Melior under *Bedömning sjukgymnast*, se [Förhållningssätt till dokumentation inom verksamhet Arbetsterapi och Fysioterapi](#).

Bedömning och rapportering av fortsatt rehabiliteringsbehov efter sjukhusvistelse dokumenteras i SAMSA under *Planering*, se [Lathund rehab SAMSA IT-tjänst](#).

## 5. Social och omgivningsbedömning

Det är viktigt att starta den sociala planeringen så tidigt som möjligt under vårdtiden för att säkerställa en välfungerande vårdkedja. Teamet ansvarar gemensamt för uppskattning av planerad vårdtid och behov av socialplanering.

### Arbetsterapeutens ansvar:

Kartläggning av aktuell boendemiljö och befintliga hjälpmedel samt tidigare hjälpbehov från närstående och serviceinsatser, dokumenteras i Melior under *Bedömning arbetsterapeut*.

Överrapportering av nuvarande förmåga att utföra personliga aktiviteter (P-ADL) och behov av fortsatta arbetsterapiåtgärder i vårdkedjan dokumenteras i SAMSA under *Planering*.

### Fysioterapeutens ansvar:

Kartläggning av framkomlighet i boendemiljön, inomhus och utomhus, till exempel trappor samt behov av gånghjälpmedel, dokumenteras i Melior under *Bedömning sjukgymnast*.

Överrapportering av patientens nuvarande fysiska funktionsförmåga samt bedömda behov av fortsatt rehabilitering efter utskrivning i SAMSA under *Planering*.

### Samordnarens ansvar:

Skicka fråga om vårdbegäran i SAMSA.

Dokumentation av teamets bedömningar avseende uppskattad planerad vårdtid och behov av social planering i *Planering inför utskrivning*.

### Sjuksköterskans ansvar:

Fördjupad anamnes avseende socialt nätverk och eventuellt tidigare hjälpbehov, inkluderande kontakt med närstående <24 timmar. Behov av vårdplanering efterfrågas. Väsentlig information dokumenteras i Melior under *Ankomstsamtal*.

## 6. Skörhetscreening enligt Clinical Frailty Scale, CFS (se bilaga 2)

Inskrivande sjuksköterska och undersköterska genomför en preliminär skattning i samband med ankomstsamtal. Skörhetsgrad dokumenteras i Melior i *Ankomstsamtal* under rubrik *Skörhetscreening enligt Clinical Frailty Scale (CFS)*.

Hela teamet gör en gemensam bedömning vid första CGA-ronden, *Skörhetscreening enligt CFS* i *Ankomstsamtal* uppdateras av samordnare och anges som befast av teamet, senast vid den andra CGA-ronden efter inskrivning på vårdavdelningen.

### Uppföljning

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. Rutinen revideras vid behov, senast två år efter första giltighetsdatum.

Samtlig sjukvårdspersonal ansvarar för att arbeta enligt denna rutin. Vårdenhetschef och sektionschef ansvarar för att rutinen är känd och följs.

## Relaterad information

### Kunskapsöversikt

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.

Dakhil S, Thingstad P, Frihagen F et al. Orthogeriatrics prevents functional decline in hip fracture patients: report from two randomized controlled trials. *BMC Geriatr* 21, 208 (2021)

Dent E et al. 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.

Ellis G 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.

Rockwood K et al. 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.

SBU. Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013. SBU-rapport nr 221. ISBN 978-91-85413-62-1.

Wilhelmson, Katarina, et al. "Comprehensive geriatric assessment for frail older people in Swedish acute care settings (CGA-Swed): A randomised controlled study." *Geriatrics* 5.1 (2020): 5.

Törnquist, Kristina, and Ulla Sonn. *ADL-taxonomi: en bedömning av aktivitetsförmåga*. Förbundet Sveriges arbetsterapeuter, 2001.

Tuokko, H., et al. "The Clock Test: a sensitive measure to differentiate normal elderly from those with Alzheimer disease." *Journal of the American Geriatrics Society* 40.6 (1992): 579-584.

# Arbetsgrupp

## *Innehållsgranskare*

Paulina Norén, arbetsterapeut, Arbetsterapi Mölndal, Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Gillian Asplin, överfysioterapeut, Fysioterapi Mölndal, Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Petra Gustafsson, specialistundersköterska, Avdelning 235, Verksamhet Medicin geriatrisk och akutsjukvård Mölndal, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Sandra Enarson, sjuksköterska, Avdelning 235, Verksamhet Medicin geriatrisk och akutsjukvård Mölndal, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

# Bilaga 1

## Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) (Pfeiffer, 1975)

Fråga	Svarsalternativ
1 Vad är det för datum i dag?	Rätt / fel
2 Vilken veckodag är det?	Rätt / fel
3 Vad heter detta sjukhus?	Rätt / fel
4 Vilken adress har du?	Rätt / fel
5 Hur gammal är du?	Rätt / fel
6 När föddes Du (år, månad, dag)?	Rätt / fel
7 Vad heter nuvarande statsminister?	Rätt / fel
8 Vad hette den förre statsministern?	Rätt / fel
9 Vad var din mors flicknamn?	Rätt / fel
10 Dra av 3 från 20 och fortsätt hela vägen ner.	Rätt / fel
<b>Antal rätta svar</b>	<b>0-10</b>

### Klassificering av orienteringsgrad

Antal rätta svar	Orienteringsgrad
8-10	Intakt kognitiv funktion
6-7	Lätt kognitiv dysfunktion
3-5	Måttlig kognitiv dysfunktion
0-2	Svår kognitiv dysfunktion

## Bilaga 2

Skörhet enligt CFS (Clinical Frailty Scale)

### CLINICAL FRAILTY SCALE

	<b>1</b>	<b>MYCKET VITAL</b>	Personer som är starka, aktiva, energiska och motiverade. De tränar regelbundet och hör till dem som är mest vitala för sin ålder.
	<b>2</b>	<b>VITAL</b>	Personer som <b>inte har några sjukdomssymtom</b> men som är mindre vitala än personer i kategori 1. De tränar ofta eller är <b>emellanåt mycket aktiva</b> , t.ex. beroende på årstid.
	<b>3</b>	<b>KLARAR SIG BRA</b>	Personer vars <b>medicinska problem är väl kontrollerade</b> , även om de emellanåt har symtom. De är <b>sällan regelbundet aktiva</b> utöver vanliga promenader.
	<b>4</b>	<b>LEVER MED MYCKET LINDRIG SKÖRHET</b>	Denna kategori markerar en tidig övergång från fullständigt oberoende. Är <b>inte beroende av andras hjälp</b> i vardagen, men har ofta <b>symtom som begränsar deras aktiviteter</b> . Ett vanligt klagomål är att de "saktar ned" och/eller är trötta under dagen.
	<b>5</b>	<b>LEVER MED LINDRIG SKÖRHET</b>	Dessa personer är ofta <b>uppenbart långsammare</b> och behöver hjälp med <b>komplexa instrumentella aktiviteter</b> 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.
	<b>6</b>	<b>LEVER MED MÄTLIG SKÖRHET</b>	Personer som behöver hjälp <b>med alla utomhusaktiviteter och hushållsarbete</b> . Inomhus har de ofta problem med trappor, behöver <b>hjälp med att tvätta sig</b> och kan behöva minimal hjälp (uppmaning, stöd) med att klä på sig.
	<b>7</b>	<b>LEVER MED ALLVARLIG SKÖRHET</b>	Är <b>helt beroende av andra för sin personliga vård</b> oavsett orsak (fysisk eller kognitiv). Trots det framstår de som stabila och utan hög risk för att dö (inom ungefär 6 månader).
	<b>8</b>	<b>LEVER MED MYCKET ALLVARLIG SKÖRHET</b>	Är <b>helt beroende av andra för sin personliga vård</b> , och närmar sig livets slut. De kan i allmänhet inte tillfriskna ens från en lindrig sjukdom.
	<b>9</b>	<b>TERMINALT SJUK</b>	Närmar sig livets slut. I den här kategorin ingår personer med en <b>förväntad återstående livslängd på mindre än 6 månader</b> , men som <b>inte i övrigt lever med allvarlig skörhet</b> (Många terminalt sjuka kan fortfarande träna fram till mycket nära sin bortgång).

#### ATT SKATTA SKÖRHET 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 **mätlig 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.geriatricmedicineresearch.ca](http://www.geriatricmedicineresearch.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.



# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Medicin geriatrik och akutsjukvård  
Möln dal

**Innehållsansvar:** Ammelie Istenes, (ammsv1), Specialistläkare

**Godkänd av:** Pär Parén, (parpa1), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9819-1366032766-4

**Version:** 4.0

**Giltig från:** 2025-05-06

**Giltig till:** 2027-03-18