



# CGA

## Comprehensive Geriatric Assessment

Tvärprofessionell och teambaserad behandling av multisjuka äldre

*Brynjar Fure*

*Överläkare PhD*

*Spec. geriatrik, neurologi och internmedicin*

*Pernilla Bengtsson*

*Specialistsjuksköterska geriatrik*

# CGA

Comprehensive geriatric assessment

*"Strukturerat omhändertagande av äldre"*



En **behandlingsmetod** som utförs av tvärprofessionellt team:

- Utredning
- Behandling
- Funktionsbedömning, mobilisering och ev. tidig rehabilitering
- Läkemedelsgenomgång
- Vårdplanering
- Informationsöverföring till kommunen

# Varför CGA?



## ”Organspecifik” sjukvård

- Subspecialiteterna ger mycket god *organspecifik* behandling
  - Kardiologi, lungmedicin, njurmedicin, endokrinologi, ortopedi, kirurgi etc.
- Men har vanligen mindre fokus på resten av patientens sjuklighet och funktion

## ”Helhetlig” sjukvård

- Akut och kronisk somatisk sjukdom
- Kognitiv funktion
- Emotionell funktion
- Motorisk funktion
- Social funktion
- Allmän funktionsnivå
  - P-ADL och I-ADL

# Varför CGA?

Stark dokumentation för effekt av CGA hos sköra äldre

- 29 RCTer i metaanalys\* visar att CGA ger:
  - Flera som bor hemma efter sjukhusvistelsen
  - Färre med behov för institution
  - Påverkar ej överlevnad
- Inkluderar studier från Sverige (*Asplund, Umeå, 2000*) och Norge (*Saltvedt, Trondheim, 2002*)

\* *Ellis et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Collaboration 2017*

# Vem är CGA-patienten?

1. > 70 år
2. Multisjuk
  - $\geq 4$  diagnoser
    - Varav minimum 2 kroniska sjukdomar
3. Polyfarmaci
4. Funktionssvikt, akut inom de senaste 2 veckorna
5. Återkommande sjukhusinläggningar

Kriterium 1 ensamt är ej grund för CGA



# Diagnostik av skörhet (frailty)

- ”Ospecifika” symptom
  - Patologisk fatigue, upprepade infektioner, viktnedgång (oplanerad)
- Fall
  - Balansproblem och gångsvårigheter;
    - Initialt: fall vid interkurrenta sjukdomar, t. ex. infektioner
    - Senare i förloppet: spontana fall
- Delirium – förvirring
  - Startar vanligen akut med störningar i medvetande- och uppmärksamhetsgrad samt i tankeverksamhet
  - Hyperaktivt eller hypoaktivt
    - Associerat med dålig prognos
- Fluktuerande funktionsnivå med ”bättre och sämre dagar”

## The Edmonton Frail Scale

NAME : \_\_\_\_\_

d.o.b. : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

Frailty domain	Item	0 point	1 point	2 points
Cognition	Please imagine that this pre-drawn circle is a clock. I would like you to place the numbers in the correct positions then place the hands to indicate a time of 'ten after eleven'	No errors	Minor spacing errors	Other errors
General health status	In the past year, how many times have you been admitted to a hospital?	0	1-2	≥2
	In general, how would you describe your health?	Excellent, 'Very good', 'Good'	'Fair'	'Poor'
Functional independence	With how many of the following activities do you require help? (meal preparation, shopping, transportation, telephone, housekeeping, laundry, managing money, taking medications)	0-1	2-4	5-8
Social support	When you need help, can you count on someone who is willing and able to meet your needs?	Always	Sometimes	Never
Medication use	Do you use five or more different prescription medications on a regular basis?	No	Yes	
	At times, do you forget to take your prescription medications?	No	Yes	
Nutrition	Have you recently lost weight such that your clothing has become looser?	No	Yes	
Mood	Do you often feel sad or depressed?	No	Yes	
Continence	Do you have a problem with losing control of urine when you don't want to?	No	Yes	
Functional performance	I would like you to sit in this chair with your back and arms resting. Then, when I say 'GO', please stand up and walk at a safe and comfortable pace to the mark on the floor (approximately 3 m away), return to the chair and sit down!	0-10 s	11-20 s	One of : >20 s, or patient unwilling, or requires assistance
Totals	Final score is the sum of column totals			

Scoring :

0 - 5 = Not Frail

6 - 7 = Vulnerable

8 - 9 = Mild Frailty

10-11 = Moderate Frailty

12-17 = Severe Frailty

TOTAL

Administered by : \_\_\_\_\_

0-5 = ingen skörhet (robust)  
6-7 = riskzon  
8-9 = lätt skörhet  
10-11 = moderat skörhet  
12-17 = uttalad skörhet

# Uttalad skörhet



## Hos uttalat sköra patienter - tänk alltid på:

- Profiterar patienten på avancerad medicinsk diagnostik?
  - Konsekvenser för prognosen?
  - Invasiva versus non-invasiva undersökningar
- Profiterar patienten på medicinsk behandling
  - Akutbehandling - symptomlindrande
  - Förebyggande behandling

Uttalad skörhet innebär att patienten befinner sig i sista fas av livet:

**⇒ HUVUDFOKUS PÅ SYMPTOMLINDRING OCH GOD OMVÅRDNAD**

# CGA

- Måste anpassas till behov och möjligheter
- Ingen "Golden standard" finns
- Viktigt att använda standardiserade instrument och checklistor



# CGA - Team

- Läkare
- Sjuksköterska
- Undersköterska
- Arbetsterapeut
- Sjukgymnast
- Kurator
- Apotekare

# CGA - bedömning

- Fysisk medicinsk bedömning
- Psykisk
- Funktionsmässig
- Existentiell
- Socialt nätverk

***”Specialisten vill bara höra om sin sjukdom och jag tampas med hela mig.”***

# CGA = personcentrerad vård?

- Kräver tid, team och geriatrisk kompetens från olika professioner
- Insamling av information
- Överenskommelse patient/anhörig/vård - vad är viktigast för livskvaliteten
- Plan för fortsatt vård, uppföljning, ambitionsnivå = en personcentrerad vård?

# Uppföljning?

- CGA innebär en bedömning som är underlag för vårdplan och behandling
- Vårdplanen måste implementeras och följas upp
- Diskussionsfråga: Hur och av vem ska denna uppföljning ske?

# Hur identifiera patienterna?

- Via sjukhusen/akutmottagningar
- Screeningsinstrument – Geriatrisk riskprofil
- Ofta återkommande patienter
- Inom kommun och primärvård
- Kontakter från patient- och anhöriga
- Socialtjänst/hemsjukvård
- Uppsökande vård?

# Geriatrisk riskprofil

- *Endast som stöd – vidare utredning behövs*
- *Den enhet som identifierar en misstänkt skör patient (t.ex. med geriatrisk riskprofil) arbetar vidare utifrån verktygslådan ”Proaktiv vård av sköra äldre”*
- Utse fast vårdkontakt
- Identifiera vilka kompetenser som behövs runt patienten och utifrån patientens behov (preventiva, medicinska-, omvårdnads-, psykologiska-, rehabiliterings- och sociala).

# Diskussion

- Hur ska informationsöverföringen från CGA bedömning gå till?  
Vem/vilka ska följa dessa personer?
- Hur kan kommunerna identifiera patienter som aktuella för CGA?