

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) hos den sköra äldre patienten vid akut kirurgisk sjukdom

Ett omhändertagande enligt CGA av sköra äldre ökar möjligheten att den äldre bevarar mer av sin självständighet (oberoende) och kan återgå till eget boende efter ett vårdtillfälle (1–4). CGA är inte en avgränsad insats utan en fortlöpande process över en längre tid, men som även under en kortare period som exempelvis vid ett vårdtillfälle eller perioperativt, bör utgöra grunden för en god vård av sköra äldre (5). CGA-baserad vård tillämpas i vardagen inom geriatrisk vård.

CGA inte enbart en bedömning så som ordet ”Assessment” olyckligtvis ger intryck av. Begreppet är dock så allmänt vedertaget inom klinik och forskning varför begreppet CGA fortsatt används som beskrivande term.

CGA är en multiprofessionell, teambaserad kartläggning av den äldre individen ur fysiska/medicinska, psykiska, existentiella, funktionsmässiga och sociala aspekter som ger ett underlag för en vårdplan baserad på de behov som identifieras.

Akut omhändertagande och åtgärder enligt CGA – läkemedel, smärta och konfusion

För en fullständig utredning och anpassad vårdplan enligt CGA behövs ett team av flera professioner som sjuksköterskor, undersköterskor, läkare, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Vid behov bör fler professioner finnas att tillgå som logoped, kliniska farmaceuter, dietister, psykologer, socionomer och tandhygienister. Detta är inte tillämpligt på akutmottagning, operation eller postoperativ avdelning, men vissa principer kan användas för att anpassa vården till en äldre individ.

Man bör i akutskedet vara observant på tecken till kognitiva brister och konfusion, tidigt identifiera olämpliga läkemedel för konfusionsutveckling (<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/aldre-olampliga-lakemedel-for-aldre-lista.pdf>) eller läkemedel av relevans för eventuell kirurgi (som trombocythämmare, antikoagulantia, kortison). Vidare ska tecken till akut på kronisk eller kronisk organsvikt identifieras (6–8). Särskilt olämpliga läkemedel är de med antikolinerga effekter (9) och blodtryckssänkande läkemedel, då denna patientkategori oftare har bekymmer med för lågt snarare än för högt blodtryck (10).

Det är viktigt att tidigt behandla smärta, men behandlingen måste noga vägas mot biverkningar, då den sköra äldre patienten generellt inte tål opioider i större doser. NSAID är ofta olämpliga, och effekten dessutom ofta måttlig (11). Ibland måste viss smärta accepteras, detta för att undvika läkemedelsutlöst konfusion. Samtidigt kan obehandlad smärta orsaka konfusion varför detta är en svår balansgång, speciellt i en akut situation.

Omgivningen bör vara så lugn som möjligt för att minska oro och patienten ska vårdas på en anpassad plats på akutmottagning och avdelning.

Behandlingsmål och behandlingsbegränsningar

En särskilt viktig uppgift vid omhändertagande av en akut sjuk äldre individ är att försöka få fram dennes syn på behandlingsmål. Vill hen få chansen till varje pris eller vill hen inte riskera respiratorbehandling eller återupplivning? Hur såg livssituation och livskvalitet ut innan det aktuella vårdtillfället? Dessa diskussioner kan vara svåra att föra med den äldre själv i en akut situation, varför närstående oftast behöver göras delaktiga (12). Det som framkommer i dessa diskussioner måste tydligt dokumenteras och informationen föras vidare i vårdkedjan. Omprövning av behandlingsmål och behandlingsbegränsningar måste regelbundet göras, särskilt vid akut kirurgisk sjukdom med ett dynamiskt förlopp.

Ökat behov av övervakning

Var i alla sammanhang uppmärksam på att kognitivt nedsatta patienter – både om det är till följd av demens eller till följd av konfusion – inte säkert kan förmedla sig adekvat. Utöver smärta måste aktivt sökas annan orsak till nedsatt kognitiv förmåga. Likaså ska precis som hos icke-äldre patienter tidigt sviktande organfunktioner som andningsdepression och tecken till sepsis eller infektion identifieras.

Det är ofta nödvändigt med vak både för noggrann observation, men också för att minska ångest och oro samt säkerställa tillräcklig tillsyn för att undvika fall, både i det akuta och det subakuta skedet. Önskemål om toalettbesök och törst är vanliga utlösande faktorer för fall när den äldre själv försöker avhjälpa detta genom att förflytta sig. Ett schema för toalettbesök och snabb tillgång till dryck minskar denna risk. Om möjligt ska närstående involveras i vården och de kan vara till stor hjälp för att minska oro och konfusion.

Mobilisering och nutrition

En viktig generell åtgärd för en CGA-baserad vård är träningsprogram (3) vilket bara i delar är tillämpligt perioperativt. Tidig mobilisering måste eftersträvas för att minska smärta, undvika konfusion och även minska risken för trycksår (12–14). Tidig mobilisering med adekvata gånghjälpmedel under ledning av fysioterapeut, men genomfört av all personal så att det kan bli verklighet veckans alla dagar och tider, har stor betydelse, liksom andningsgymnastik och lägesändringar. Korta stunder (upp till en halvtimme) i sittande flera gånger om dagen är gynnsamt för andning, sänker risken för trombos och motverkar konfusion. Undvik dock långa pass och anpassa alltid individuellt.

Äldres proteinbehov relativt sett större än yngres. Det är därför viktigt att se till att den äldre får i sig näring och är vare sig över- eller undervätskad. Genomför en funktionell undersökning av svalgfunktionen (FUS) vid misstanke på sväljningssvårigheter, detta för bland annat rådgivning om konsistensanpassad kost. Måltider bör intas sittande i en stol för mobiliseringens- och sväljningsfunktionens skull.

I en kontinuerlig helhetsbedömning ingår att se över urin- och tarmfunktion. Använd bladderscan frikostigt och ge laxantia vid insättande av opioider. Bulkläkemedel räcker oftast inte, utan man behöver ge tarmstimulerande läkemedel (12). Försök att undvika urinkateter eller avveckla denna så snart som möjligt.

Rehabilitering och utskrivning

Det är bra att tidigt tänka på hur den äldre skall klara sig efter vårdtillfället. Hur ser boendet ut? Finns närstående? Hur fungerade hemsituationen innan vårdtillfället? Det är klokt att ställa frågan ”Vad hindrar utskrivning?” och arbeta utifrån svaren på denna fråga. Eftervården görs lämpligen på en geriatrisk vårdavdelning, om möjligt direkt efter postoperativ vård med hjälp av kirurgiska, ortopediska eller anestesilogiska konsulter för optimering av dessa aspekter av behandlingen. Att flytta patienten direkt till en geriatrisk vårdavdelning minskar förflyttningar av patienten och därmed byte av personal – något som annars kan bidra till konfusion och informationsförluster om patientens anpassade vård enligt CGA.

Sammanfattning

En CGA-baserad vård av sköra äldre vid akut kirurgisk sjukdom är en utmaning. Det kräver samverkan över flera medicinska och kirurgiska specialiteter. Dessa hinder får dock inte stå i vägen för CGA-baserade åtgärder, som har visats minska dödlighet och morbiditet och därför bör eftersträvas.

Referenser

1. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, et al. *Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(9).*
2. Pilotto A, Cella A, Pilotto A, et al. *Three Decades of Comprehensive Geriatric Assessment: Evidence Coming From Different Healthcare Settings and Specific Clinical Conditions. Journal of the American Medical Directors Association. 2017;18(2):192.e1-.e11.*
3. Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, et al. *Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. J Nutr Health Aging. 2019;23(9):771-87.*
4. Lee H, Lee E, Jang I-Y. *Frailty and Comprehensive Geriatric Assessment. J Korean Med Sci. 2020;35(3).*
5. Aitken RM, Partridge JSL, Oliver CM, et al. *Older patients undergoing emergency laparotomy: observations from the National Emergency Laparotomy Audit (NELA) years 1–4. Age and Ageing. 2020;49(4):656-63.*
6. Komajda M, Hanon O, Hochadel M, et al. *Contemporary management of octogenarians hospitalized for heart failure in Europe: Euro Heart Failure Survey II. European Heart Journal. 2008;30(4):478-86.*
7. Díez-Villanueva P, Alfonso F. *Heart failure in the elderly. J Geriatr Cardiol. 2016;13(2):115-7.*
8. Foody J, Moore KT. *American Geriatrics Society Beers Criteria and Anticoagulant Use in Older Adults With Renal Impairment. Kidney Int Rep. 2017;3(1):222-3.*
9. Pasina L, Colzani L, Cortesi L, et al. *Relation Between Delirium and Anticholinergic Drug Burden in a Cohort of Hospitalized Older Patients: An Observational Study. Drugs Aging. 2019;36(1):85-91.*
10. Sieber FE, Barnett SR. *Preventing postoperative complications in the elderly. Anesthesiol Clin. 2011;29(1):83-97.*

11. *SBU. Läkemedelsbehandling av vanliga smärttillstånd hos äldre personer. Effekter, biverkningar samt upplevelser av vård. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. SBU-rapport nr 315. 2020.*
12. *Mohanty S, Rosenthal RA, Russell MM, et al. Optimal Perioperative Management of the Geriatric Patient: A Best Practices Guideline from the American College of Surgeons NSQIP and the American Geriatrics Society. Journal of the American College of Surgeons. 2016;222(5):930-47.*
13. *Gual N, García-Salmones M, Brítez L, et al. The role of physical exercise and rehabilitation in delirium. European Geriatric Medicine. 2020;11(1):83-93.*
14. *Shipway D, Koizia L, Winterkorn N, et al. Embedded geriatric surgical liaison is associated with reduced inpatient length of stay in older patients admitted for gastrointestinal surgery. Future Healthc J. 2018;5(2):108-16.*