



Erfaring med geriatrisk screening av eldre før innsetting av ny aortaklaff

Siri Rostoft, overlege, professor
Geriatrisk avdeling, OUS
Frailty and Cancer Research Group
Universitetet i Oslo
srostoft@gmail.com



Disposisjon

- Skrøpelighet og TAVI
 - Litteratur
- TAVI-screening Ullevål
 - Kasuistikk
 - Hvorfor startet vi og hvordan?
- Kasuistikker/diskusjon

The relationship between preoperative frailty and outcomes following transcatheter aortic valve implantation: a systematic review and meta-analysis

Atul Anand^{1*}, Catherine Harley², Akila Visvanathan², Anoop S.V. Shah¹,
Joanna Cowell², Alasdair MacLulich³, Susan Shenkin³, and Nicholas L. Mills¹

¹BHF Centre for Cardiovascular Science, University of Edinburgh, Room SU305, Chancellor's Building, Edinburgh EH16 4SB, UK; ²Department of Geriatric Medicine, NHS Lothian, Edinburgh, UK; and ³Edinburgh Delirium Research Group, Geriatric Medicine, University of Edinburgh, Edinburgh, UK

First, the measurement of frailty detects a population at **double the risk** of both early and late mortality after TAVI.

Second, using **objective measures of frailty** appears to identify an even more vulnerable group than ‘end-of-the-bed’ subjective assessment.

ORIGINAL INVESTIGATIONS

Frailty in Older Adults Undergoing Aortic Valve Replacement




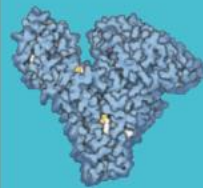


The FRAILTY-AVR Study

Jonathan Afilalo, MD, MSc,^{a,b} Sandra Lauck, PhD,^c Dae H. Kim, MD, ScD,^d Thierry Lefèvre, MD,^e
Nicolo Piazza, MD, PhD,^f Kevin Lachapelle, MD, MSc,^g Giuseppe Martucci, MD,^f Andre Lamy, MD,^h
Marino Labinaz, MD,ⁱ Mark D. Peterson, MD, PhD,^j Rakesh C. Arora, MD, PhD,^k Nicolas Noiseux, MD, MSc,^l
Andrew Rassi, MD,^m Igor F. Palacios, MD,^m Philippe Généreux, MD,ⁿ Brian R. Lindman, MD, MSc,^o
Anita W. Asgar, MD, MSc,^p Caroline A. Kim, MD, MS, MPH,^d Amanda Trnkus, MSc,^b José A. Morais, MD,^q
Yves Langlois, MD,^r Lawrence G. Rudski, MD,^a Jean-Francois Morin, MD,^r Jeffrey J. Popma, MD,^s John G. Webb, MD,^c
Louis P. Perrault, MD, PhD^t



CENTRAL ILLUSTRATION Essential Frailty Toolset in Older Adults Undergoing Aortic Valve Replacement

	Five chair rises <15 seconds	0 Points
	Five chair rises ≥15 seconds	1 Point
	Unable to complete	2 Points
	No cognitive impairment	0 Points
	Cognitive impairment	1 Point
	Hemoglobin ≥13.0 g/dL ♂ ≥12.0 g/dL ♀	0 Points
	Hemoglobin <13.0 g/dL ♂ <12.0 g/dL ♀	1 Point
	Serum albumin ≥3.5 g/dL	0 Points
	Serum albumin <3.5 g/dL	1 Point

EFT Score	1-Year Mortality	
	TAVR	SAVR
0-1	6%	3%
2	15%	7%
3	28%	16%
4	30%	38%
5	65%	50%

EFT Points: _____

Afilalo, J. et al. J Am Coll Cardiol. 2017;70(6):689-700.



Røde flagg – skade høyere enn nytte (TAVI)?

- Ikke kunne fullføre en kort test av ganghastighet eller reise seg fra stol
- Være avhengig av hjelp i de fleste av dagliglivets aktiviteter
- Underernæring med lav albumin og et uønsket vekttap
- Signifikant anemi (uten en klart reversibel årsak)
- Demenssykdom av alvorlig grad
- Avhengig av langtidsoksygen grunnet lungesykdom
- Alvorlig nyre- eller leversvikt

Frailty-screening hjerteavd Ullevål

- Økende antall gamle og skrøpelige henvises til TAVI
- Initialt behov for hjelp av geriater til vurdering av noen (åpenbar kognitiv svikt, skrøpelige)
- Erfaring: Noen går «under radaren»
- Konsekvens: Screening av alle TAVI-pasienter
- Feb 2017: opplæring av sykepleiere på hjerte
- Implementert screening i mars 2017
- 2019: Rikshospitalet implementerte miniCog og reise seg fra stol x 5 (mobilitet)

TAVI-vurdering Ullevål

- Sykepleiere på hjertemedisinsk avdeling screener alle (endring 2021: lege bestemmer hvem som skal screenes)
- Én eller flere markører for skrøpelighet; kontakter geriater
- Geriatrisk vurdering brikke i beslutningen
- Viktigst: Fange opp kognitiv svikt og alvorlig grad av skrøpelighet



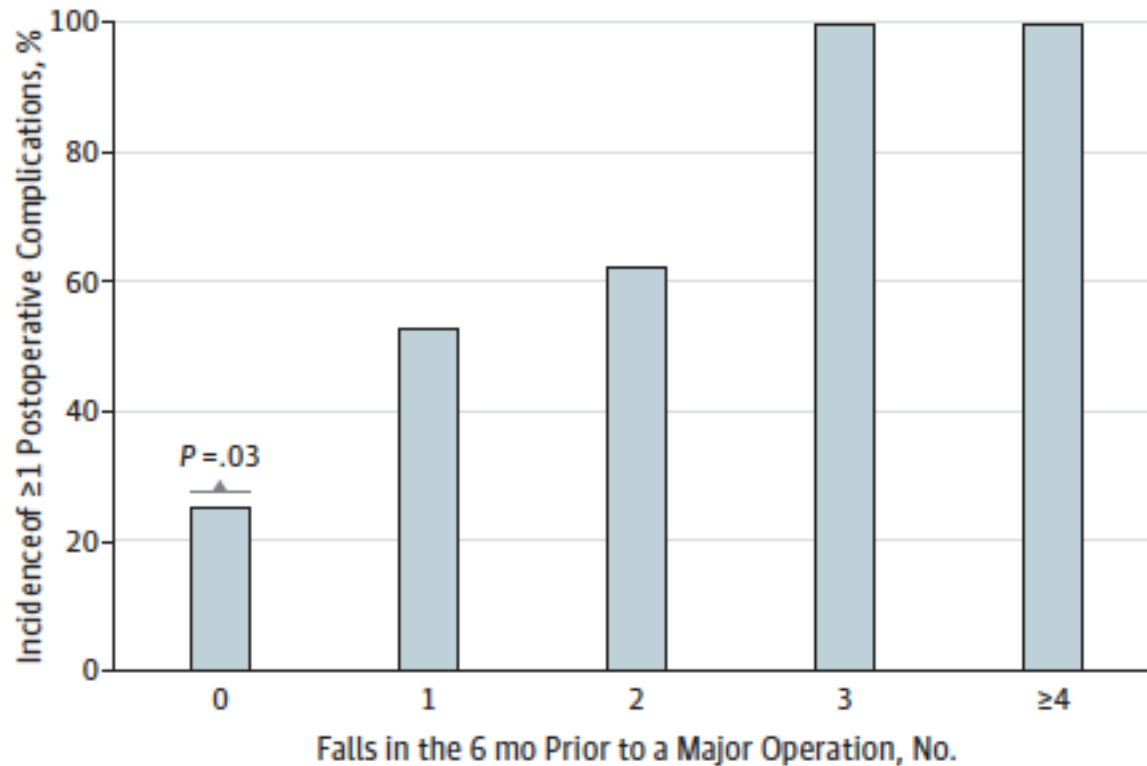
UNIVERSITETET
I OSLO

Ny screening 2020

TEST	RESULTAT	FRAILTY-MARKØR?
Reise seg fra stol x 5 uten å bruke armer	sek	-klarer ikke -bruker > 15 sekunder
Fall siste 6 mnd	JA/NEI Antall:	Grense: 2 eller flere
Hjemmesykepleie daglig	JA/NEI	Grense: Ja
Clinical Frailty Scale	Skåre:	Grense: 5 eller høyere
Mini-Cog	Skåre:	Grense: 3 eller lavere
Vekttap > 4.5 kg siste år	JA/NEI Antall kg:	Grense: Ja
BMI < 20.5	JA/NEI BMI:	Grense: Ja

“HAVE YOU FALLEN?”

Figure 2. Prior Falls and Postoperative Complications in Colorectal Operations



ID: _____ Date: _____

Step 1: Three Word Registration

Look directly at person and say, "Please listen carefully. I am going to say three words that I want you to repeat back to me now and try to remember. The words are [select a list of words from the versions below]. Please say them for me now." If the person is unable to repeat the words after three attempts, move on to Step 2 (clock drawing).

The following and other word lists have been used in one or more clinical studies.¹³ For repeated administrations, use of an alternative word list is recommended.

Version 1	Version 2	Version 3	Version 4	Version 5	Version 6
Banana	Leader	Village	River	Captain	Daughter
Sunrise	Season	Kitchen	Nation	Garden	Heaven
Chair	Table	Baby	Finger	Picture	Mountain

Step 2: Clock Drawing

Say: "Next, I want you to draw a clock for me. First, put in all of the numbers where they go." When that is completed, say: "Now, set the hands to 10 past 11."

Use preprinted circle (see next page) for this exercise. Repeat instructions as needed as this is not a memory test. Move to Step 3 if the clock is not complete within three minutes.

Step 3: Three Word Recall

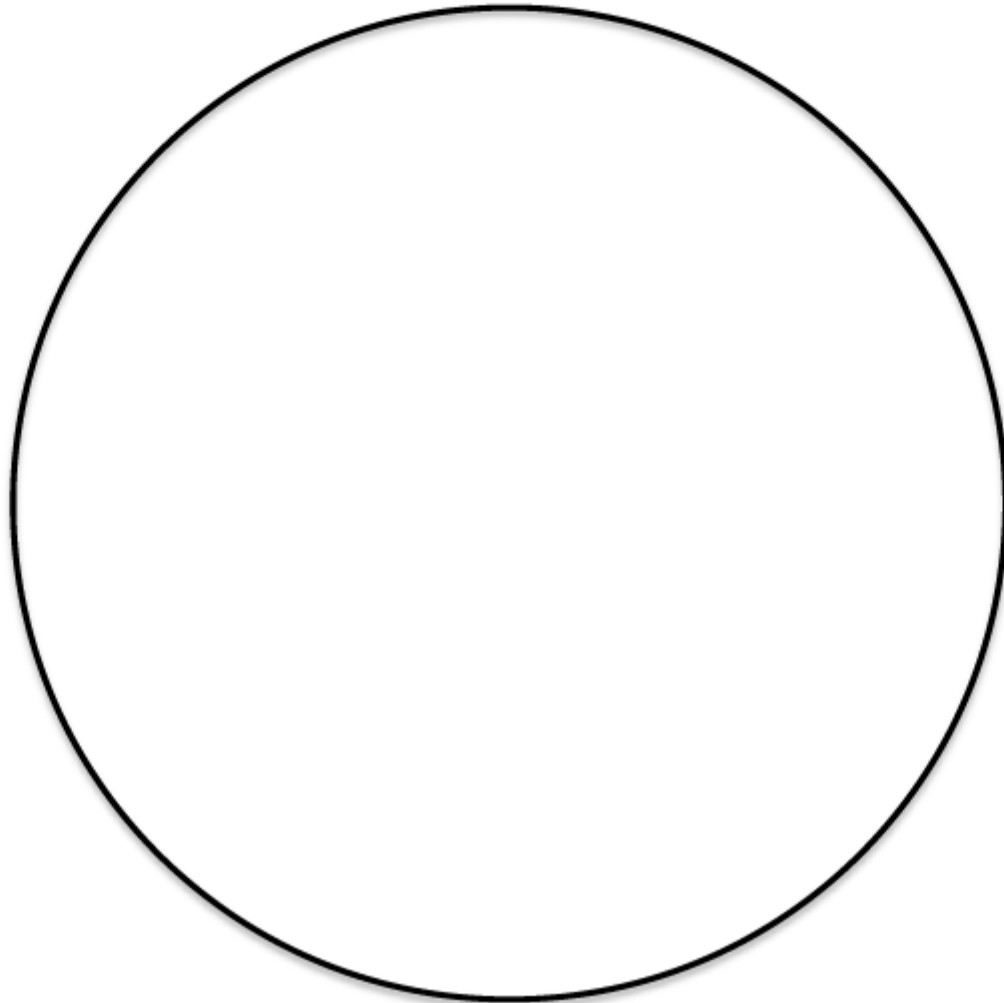
Ask the person to recall the three words you stated in Step 1. Say: "What were the three words I asked you to remember?" Record the word list version number and the person's answers below.

Word List Version: _____ Person's Answers: _____

Scoring

Word Recall: _____ (0-3 points)	1 point for each word spontaneously recalled without cueing.
Clock Draw: _____ (0 or 2 points)	Normal clock = 2 points. A normal clock has all numbers placed in the correct sequence and approximately correct position (e.g., 12, 3, 6 and 9 are in anchor positions) with no missing or duplicate numbers. Hands are pointing to the 11 and 2 (10:10). Hand length is not scored. Inability or refusal to draw a clock (abnormal) = 0 points.
Total Score: _____ (0-5 points)	Total score = Word Recall score + Clock Draw score. A cut point of <3 on the Mini-Cog™ has been validated for dementia screening, but many individuals with clinically meaningful cognitive impairment will score higher. When greater sensitivity is desired, a cut point of <4 is recommended as it may indicate a need for further evaluation of cognitive status.

ID: _____ Dato: _____



Kvinne, slutten av 80-årene

- Kritisk aortastenose
- Tre innleggelser med lungeødem siste 6 uker
- Tungpusten av å re opp sengen
- Ekko viser høygradig stenose (areal 0.5 cm², Vmax 4.4 m/s), normalt stor VV, EF ca 45%
- TAVI (Nå også kalt «kongeoperasjonen»)?

- Tåler hun inngrepet? Risiko høyere enn nytte?
Leve lenge nok til å nyttiggjøre seg inngrepet?

CLINICAL FRAILTY SCALE - NORWEGIAN



1	2	3	4	5	6	7	8	9
VELDIG SPREK	SPREK	KLARER SEG BRA	LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET	LEVER MED MILD SKRØPELIGHET	LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET	LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET	LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET	TERMINALT SYK
Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekkeste i sin aldersgruppe.	Personer som ikke har aktive sykdomssymptomer, men er mindre spreke enn kategori 1. De kan ofte trene eller være veldig aktive av og til, f.eks. sesongbasert.	Personer med velkontrollerte medisinske problemer, selv om de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive utover vanlig gange.	Tidligere «sårbar». Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvhjulpne. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktivitet. De klager ofte over at de er «langsomme» og/eller blir slitne/trøtte illa dagen.	Disse er mer tydelig langsomme, og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet (personlig økonomi, transport, tungt husarbeid). Vanligvis vil mild skrøpeligheit i økende grad føre til problemer med å handle eller gå utenfor hjemmet alene, lage mat, håndtere medisiner, og begynner å begrense lett husarbeid.	Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utendørs og med å stelle hjemmet. Innendørs har de ofte problemer med trapper, trenger hjelp til bading/dusj og kan trenge litt hjelp til å kle på seg (veiledning, tilsyn).	Helt avhengige av hjelp til personlig stell uansett årsak (fysisk eller kognitiv). Likevel fremstår de som stabile og uten høy risiko for å dø (innen ~6 måneder).	Helt avhengige av hjelp til personlig stell og nærmer seg livets slutt. Vanligvis vil de ikke komme seg igjen selv etter mild sykdom.	Nærmer seg livets slutt. I denne kategorien inngår personer med en forventet levetid <6 måneder uten at de lever med alvorlig skrøpeligheit. (Mange terminalt syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden).



SCREENING AV PASIENTER SOM VURDERES FOR TAVI

Versjon 3 25.11.20

Bør utføres av helsepersonell som kjenner pasienten.

TEST/SPØRSMÅL	RESULTAT	FRAILTY-MARKØR?
Reise seg fra stol x 5 uten bruk av armer	sek	-klarer ikke -bruker > 15 sekunder
Mini-Cog	Skåre: 1	Grense: 3 eller lavere
Fall siste 6 mnd	JA. Antall: NEI	Grense: 2 eller flere
Hjemmesykepleie daglig	JA x 4 NEI	Grense: Ja
Vekttap > 4.5 kg siste år	JA. Antall kg: 6 NEI	Grense: Ja
BMI < 20.5	JA. BMI: 22,8 NEI	Grense: Ja
Clinical Frailty Scale	Skåre: 6	Grense: 5 eller høyere



Geriatrisk vurdering (del I)

- **Funksjonsnivå:** Selvstendig i personlig ADL. Avhengig av hjelp i instrumentell ADL (regninger, handling, lage mat)
- **Mobilitet:**
 - Ganghastighet 0.5 m/s med rullator
 - SPPB 4/12
 - Gripestyrke 20.7 kg (normalt)
- **Komorbiditet:** Blødende karmalformasjoner i GI-traktus, transfusjonskrevende anemi i fjor. Spondylodiskitt i fjor. Brukt diabetesmedisiner til og fra. Hypertensjon.
- **Ernæringsstatus:** Spiser fordi hun må, dårlig matlyst. Vekttap ca 6 kg siste år
- **Skrøpelighetsindeks** 0.43 (alvorlig), CFS 6/9 (moderat)

Preferanser og kognisjon (del 2)

- Vital dame med «drive»
- Orientert for inngrep? Ja. Forteller at hun takket nei tidligere, men nå er hun så plaget at hun ikke kan leve slik. Blir tungpusten av å re opp sengen, redd for lungeødem. Kan godt dø på bordet.
- Kognitiv funksjon: Klarte ikke klokka. MMSE 21/30 (lav utdanning). Sier hun er glemsk. Orientering god (bommer på etasje), mister 5 poeng på oppmerksomhet, glemmer to ord. Setning:

Skrøpelighet

- Eldre individer (65+) med økt risiko for negative hendelser
- Personer med samme alder har ulik risiko for død og funksjonssvikt
- Redusert evne til å svare på stress, og derfor risiko for negative utfall
 - kirurgi
 - cellegift
 - infeksjon
- Multisystemreduksjon i reservekapasitet
- Mye “feil” med deg = mer skrøpelig (skrøpelighetsindeks)

Skrøpelighet – kronologisk alder

- Henger sammen med høy alder, men de fleste over 80 år er selvstendige
- Henger sammen med komorbiditet
- Eget fenomen

- Summerer opp helsetilstand, og gir et mer presist bilde av individuell sårbarhet enn kronologisk alder alene

MDT-møter, beskrivelse av pasienter (kreft)

Mye diskusjon om radiologi og patologi – presist

Noe diskusjon om komorbiditet

Lite diskusjon om preferanser/aktiviteter

Diffuse beskrivelser av funksjonsnivå:

“Pretty fit and healthy”

“Fit for a haircut”

Terminologi

- «Er skrøpelig»
- «Lever med skrøpelighet»
- Gradering: Mild-moderat-alvorlig

Research

JAMA Internal Medicine | [Original Investigation](#)

Evaluation of Changes in Functional Status in the Year After Aortic Valve Replacement

Dae Hyun Kim, MD, MPH, ScD; Jonathan Afilalo, MD, MSc; Sandra M. Shi, MD; Jeffrey J. Popma, MD; Kamal R. Khabbaz, MD; Roger J. Laham, MD; Francine Grodstein, ScD; Kimberly Guibone, NP; Eliah Lux, BA; Lewis A. Lipsitz, MD

LESS IS MORE

Invasive Procedures to Improve Function in Frail Older Adults Do Outcomes Justify the Intervention?

Carolyn D. Seib, MD, MAS; Emily Finlayson, MD, MS



UNIVERSITETET
I OSLO



CONCLUSIONS AND RELEVANCE

The findings suggest that **functional decline or lack of improvement** is common in older adults with **severe frailty** undergoing TAVR or SAVR.

Although this nonrandomized study does not allow comparison of the effectiveness between TAVR and SAVR, anticipated functional trajectories may inform patient-centered decision making and perioperative care to optimize functional outcomes.

**Figure 1. Functional Status Trajectories
in the Year After Aortic Valve Replacement**

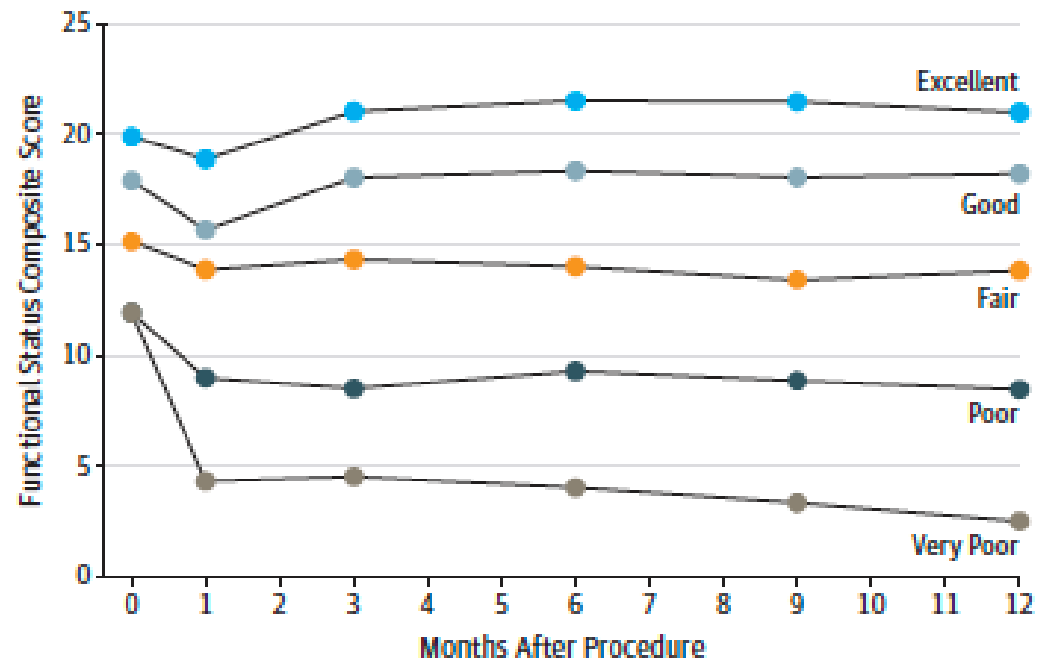


Table 2. Preoperative Frailty Index and Functional Status Trajectory After Aortic Valve Replacement^a

CGA-FI	No. (%)					Total (N = 241)
	Excellent (n = 58)	Good (n = 72)	Fair (n = 74)	Poor (n = 24)	Very Poor (n = 13)	
TAVR						
≤0.20	3 (50.0)	3 (50.0)	0	0	0	6
0.21-0.30	12 (35.3)	11 (32.4)	10 (29.4)	1 (2.9)	0	34
0.31-0.40	3 (6.8)	13 (29.6)	22 (50.0)	2 (4.6)	4 (9.1)	44
0.41-0.50	2 (5.9)	6 (17.7)	15 (44.1)	8 (23.5)	3 (8.8)	34
≥0.51	0	0	7 (31.8)	10 (45.5)	5 (22.7)	22
SAVR						
≤0.20	24 (58.5)	15 (36.6)	1 (2.4)	1 (2.4)	0	41
0.21-0.30	14 (43.8)	13 (40.6)	4 (12.5)	1 (3.1)	0	32
0.31-0.40	0	10 (47.6)	10 (47.6)	1 (4.8)	0	21
0.41-0.50	0	1 (14.3)	5 (71.4)	0	1 (14.3)	7
≥0.51	0	0	0	0	0	0

Abbreviations: CGA-FI, comprehensive geriatric assessment–based frailty index; SAVR, surgical aortic valve replacement; TAVR, transcatheter aortic valve replacement.

^a Five patients whose functional status trajectory could not be determined due

to in-hospital mortality were excluded. In the absence of randomization, these results cannot be used to compare the effectiveness of TAVR vs SAVR on functional status.



Hva gjør vi når screeningen er positiv?

- Må ha en plan for oppfølging
- Ikke nyttig å screene hvis ingen bryr seg om resultatet
- Hvis ikke tilgang til geriater: alliere seg med noen som jobber med demens (alderspsyk)
- For onkolog: tenke seg om én gang til ved valg av behandling
- Ofte aktuelt med tiltak i primærhelsetjenesten (eks hjemmesykepleie, hukommelsesteam)

Geriatrisk vurdering (GA)¹

- **Funksjonsnivå**
- **Mobilitet**
- Komorbiditet
- Polyfarmasi
- **Kognitiv funksjon**
- Ernæringsstatus
- Depresjon
- Sosialt nettverk

Oppdage ukjente problemer
Optimalisering før behandling
Forventet levetid
Prediksjon av komplikasjoner
Planlegging av behandling
Baseline før behandling

SKRØPELIGHETSINDEKS

Skrøpelighetsindeks



Skjøpeligheidsindeks basert på bred geriatrisk vurdering

Område	Variabel	Skår
<i>Sykdommer</i>		
Kardiovaskulær	Angina pectoris	1
	Atrieflimmer eller atrieflutter	1
	Hjertesvikt	1
	Koronar hjertesykdom (basert på angiografi)	1
	Diabetes mellitus (i sykehistorien eller bruk av insulin eller perorale antidiabetika)	1
	Hypertensjon (i sykehistorien, blodtrykk $\geq 140/90$ mmHg, eller bruk av blodtrykksmedisin)	1
	Hjerteinfarkt	1
	Perifer karsykdom	1
	Hjerneslag eller TIA	1
	Ikke-kardiovaskulær	Angst
Artritt		1
Astma		1
Kreft diagnostisert siste 5 år eller metastatisk kreft		1
Kronisk nyresykdom (estimert GFR < 60 ml/min)		1
Kronisk obstruktiv lungesykdom		1
Degenerativ ryggglidelse (isjas eller spinalstenose)		1
Depresjon (i tidligere sykehistorie eller 5-spørsmål GDS-skår ≥ 2)		1
Fall siste år		1
Sansesvikt (hørsels- eller synssvekkelse)		1
Legemidler	Bruk av ≥ 5 forskrevne legemidler	1

Redusert funksjonsnivå

ADL-funksjoner	Trenger personlig hjelp til spising	1
	Trenger personlig hjelp til på- og avkleddning	1
	Trenger personlig hjelp til stell	1
	Trenger personlig hjelp eller rullator til forflytning	1
	Trenger personlig hjelp til å komme seg inn eller ut av seng	1
	Trenger personlig hjelp til bading eller dusj	1
	Trenger personlig hjelp til toalettbesøk	1
IADL-funksjoner	Trenger personlig hjelp til å bruke telefon	1
	Trenger personlig hjelp til å bruke transport	1
	Trenger personlig hjelp til innkjøp	1
	Trenger personlig hjelp til egen matlaging	1
	Trenger personlig hjelp til husarbeid	1
	Trenger personlig hjelp til å ta hånd om egne legemidler	1
	Trenger personlig hjelp til å håndtere penger eller betale regninger	1
Nagi-områder	Vansker med å dra/ dytte store gjenstander (f.eks. en lenestol)	1
	Vansker med å bøye seg ned, sette seg på huk eller sitte på kne	1
	Vansker med å løfte eller bære 4,5 kg (f.eks. en tung pose med dagligvarer)	1
	Vansker med å strekke seg eller løfte armene over skulderhøyde	1
	Vansker med å skrive eller håndtere små gjenstander	1
Rosow-Breslau-områder	Ikke i stand til å gå opp eller ned en trapp	1
	Ikke i stand til å gå 800 meter	1
	Ikke i stand til å gjøre tungt husarbeid	1



Kognitiv funksjon		
MMSE-skår	27-30 poeng	0
	24-26 poeng	0.3
	21-23 poeng	0.7
	<21 poeng	1
Fysisk funksjon		
Ganghastighet	≥1.00 m/sek	0
	0.80-0.99 m/sek	0.3
	0.60-0.79 m/sek	0.7
	<0.60 m/sek	1

Gripestyrke	(menn) ≥32.0 kg / (kvinner) ≥20.0 kg	0
(dominant hånd)	(menn) 26.0-31.9 kg / (kvinner) 16.0-19.9 kg	0.5
	(menn) <26.0 kg / (kvinner) <16.0 kg	1

Ernæringsstatus		
Lav albumin	Serum albumin <35 g/dL	1
Lav vekt	Kroppsmasseindeks <21 kg/m ²	1
Vekttap	Ufrivillig vekttap >4.5 kg det siste året	1

Skrøpighetsindeks (antall positive områder/ antall målte områder):

Forkortelser: ADL, aktiviteter i dagliglivet; GDS, geriatrik depresjonsskala; IADL, instrumentelle aktiviteter i dagliglivet; og MMSE, mini mental status evaluering.

Grader av skrøpelighet basert på skrøpelighetsindeks (CGA-FI):

Ikke skrøpelig (<0.10)

Pre-skrøpelig (0.10 - 0.19)

Mild grad av skrøpelighet (0.20 - 0.29)

Moderat grad av skrøpelighet (0.30 - 0.39)

Alvorlig grad av skrøpelighet (≥0.40)



Mann, slutten av 80-årene

- TAVI-screening: Kognitiv funksjon god, men utfall på det meste annet (langsom ganghastighet, flere fall, stort vekttap, trenger hjelp i ADL)
- Tror ikke han ønsker TAVI, men ønskelig med en geriatriisk vurdering

Geriatrisk vurdering

- **Funksjonsnivå:** Tapt seg over tid, spesielt siste året. Behov for hjelp i ADL
- **Komorbiditet:** Lite komorbiditet, utviklet hjertesvikt, dyspne, pleuravæske
- **Mobilitet:** Ganghastighet 0.1 m/s, SPPB 1/12
- **Ernæring:** Tynn og romskinnet. Vekttap 5 kg siste år. BMI 19.8

Geriatrisk vurdering forts.

- **Emosjonell funksjon:** Ikke deprimert
- **Kognitiv funksjon:** MiniCog normal
- **Komparentopplysninger:** Tapt seg de siste årene. TAVI høres ikke ut som noen god idé
- **Preferanser:** Ønsker å leve lengst mulig, men ønsker ikke TAVI
- **Skrøpelighetsindeks:** 0.47 (alvorlig grad av skrøpelighet)

Kvinne, slutten av 70-årene

- TAVI-screening: Skårer 0 på miniCog, ellers ingen utfall
- Henvises geriatriisk vurdering

Geriatrisk vurdering

- **Funksjonsnivå:** Stort sett selvstendig. Datter forteller at hun begynner å få problemer med å betale regninger og håndtere mobilen
- Komorbiditet: Lite, kun PMR for mange år siden
- Mobilitet: Ganghastighet 1.3 m/s, SPPB 7/12
- Ernæring: God

Geriatrisk vurdering forts.

- **Kognitiv funksjon:** Problemer med å fortelle hvorfor hun er på hjerteavd. Kommer på hvorfor med stikkord. Vet at hun har gjort mange undersøkelser. Innsikt i hukommelsesproblemer. MMSE 24/30.
- **Komparentopplysninger:** Hukommelse dårligere omtrent siste året. Klarer ikke strikke lenger. Glemmer komfyr. Mistenksom. Passiv. Håpet det skulle bli fanget opp på sykehus.
- **Skrøpelighetsindeks:** 0.07 (sprek)

Konsekvenser

- Tilpasset utredning og behandling
- Husker avtaler? For mye som skjer på kort tid?
- Pårørende bør involveres mer – hjelp med to hoder til å huske
- Samtykkekompetanse
- Sikre oppfølging (hjemmesykepleie ved nye medisiner), henviser geriatri for utredning
- Risiko for delir i forbindelse med behandling (og utredning)
- Baseline viktig (“han var sprek som en loppe før TAVI”)

Kliniske tegn...

- Ektefelle/barn svarer på alle spørsmålene
- Pasienten vet ikke hvorfor han/hun er på poliklinikken
- Pasienten gjentar de samme spørsmålene
- Du føler at informasjonen din ikke når frem
- Barnebarna får ikke lenger sitte på

Oppsummering

- Screening for skrøpelighet smertefritt innført på hjerteavdelingen Ullevål (viktig med oppfølging av resultatene)
- Ikke fått noen klager fra sykepleierne, de lærer opp hverandre
- Identifisere kognitiv svikt og alvorlig grad av skrøpelighet
- Screeninegn har en opplæringsfunksjon i tillegg – den som screener blir trent i å se etter markører for skrøpelighet

