



**AKADEMISKA
SJUKHUSET**

Hur kan man skatta skörhet?

Maria Holstad Högberg

Specialistläkare i vuxenpsykiatri och äldrepsykiatri

Äldrepsykiatriska öppenvårdsteamet

Akademiska sjukhuset

Uppsala



Skattning, till vilken nytta?

Ett beslutsstöd för att erbjuda relevanta åtgärder eller avstå från onödiga insatser

Kostnadseffektivt att förbättra patientsäkerhet genom att tex förebygga fallolyckor



Vem är en "skör" patient?

Kronologisk ålder?

Biologisk ålder?





Checklista minst 3 av följande:

1. Allmän svaghet
2. Trötthet
3. Nedsatt uthållighet
4. Viktminskning eller aptitlöshet
5. Låg fysiologisk aktivitet
6. Dålig balans
7. Nedsatt kognition



Riskbedömningsinstrument

1. Clinical fragility scale
2. Geriatrisk riskprofil
3. Frail elderly support research group (FRESH)
4. Tilburg frailty indicator



1. Clinical frailty scale

1(4)

En skala i 9 steg som möjliggör gradering av skörhet/funktionsnedsättning

Enkel att använda och internationellt vedertagen

Lämplig inom akutsjukvård och kardiologi

Införd i Riks-HIA sen jan 2020



1. Clinical frailty scale

2(4)

Ingår inget kognitivt test, men poängsättning utifrån bedömning av observerad demensgrad är möjlig

Kan ingå i triagering på akutmottagning för identifiering av patienter som behöver ett geriatriskt omhändertagande.



1. Clinical frailty scale

3(4)

1. Mycket vital
2. Vital
3. Klarar sig bra
4. Sårbar
5. Lindrigt skör – lindrig demens
6. Måttligt skör – måttlig demens
7. Allvarligt skör – svår demens
8. Mycket allvarligt skör
9. Terminalt sjuk



1. Clinical frailty scale

4(4)

Clinical Frailty Scale* (CFS)



1. Mycket vital – individer som är starka, aktiva, energiska och motiverade. De brukar ofta träna regelbundet. De tillhör de som är i bäst skick för sin ålder.



2. Vital – individer som **inte har några sjukdomssymtom** men som är i sämre skick än individer i kategori 1. De tränar ofta eller är emellanåt mycket aktiva, t.ex. beroende på årstid.



3. Klarar sig bra – individer vars **medicinska problem är väl kontrollerade**, men som **inte regelbundet är aktiva** utöver vanliga promenader.



4. Sårbar – är **inte beroende** av andras hjälp i vardagen, men har ofta **symtom som begränsar deras aktiviteter**. Ett vanligt klagomål är att de begränsas ("saktas ned") och/eller blir trötta under dagen.



5. Lindrigt skör – dessa individer är ofta **uppenbart långsammare**, och behöver hjälp med **komplexa IADL (Instrumental Activities of Daily Living)-aktiviteter** (ekonomi, transporter, tungt hushållsarbete, medicinering). Lindrig skörhet försämrar i allmänhet förmågan att handla och gå ut på egen hand, laga mat och utföra hushållarbete.



6. Måttligt skör – individer 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. Allvarligt skör – är **helt beroende av andra för personlig egenvård** oavsett orsak (fysisk eller kognitiv). Trots det framstår de som stabila och utan hög risk för att dö (inom ungefär 6 månader).



8. Mycket allvarligt skör – helt beroende, 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 individer med en **förväntad återstående livslängd på mindre än 6 månader utan övriga uppenbara tecken på skörhet**.

Att skatta skörhet hos individer med demens Skörhetsgraden motsvarar demensgraden. Artikelförfattarna tolkar detta enligt följande:

5. 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.

6. Vid **måttlig** demens är närminnet mycket försämrat, samtidigt som individen tycks ha god förmåga att minnas tidigare händelser i livet. De kan utföra sin personliga egenvård på uppmaning.

7-8. Vid **svår** demens kan de inte utföra personlig egenvård utan hjälp.



Riskbedömningsinstrument

1. Clinical fragility scale

2. Geriatrisk riskprofil

3. Frail elderly support research group (FRESH)

4. Tilburg frailty indicator



2. Geriatrisk riskprofil

1(3)

Utvecklades som ett triageverktyg för akutmottagningar

Har anpassats till att fungera även i primärvården

5 frågor (0-6 poäng) och om summan blir ≥ 3 poäng bedöms patienten vara en geriatrisk riskpatient



2. Geriatrisk riskprofil

2(3)

		Ja	Nej
1	Kognitiv svikt (förvirring tecken till demenssjukdom)	2	0
2	Ensamboende eller ingen tillgänglig anhörigvårdare	1	0
3	Svårigheter att gå/förflytta sig/nyligen fallit	1	0
4	Varit inlagd på sjukhus inom de senaste 3 månaderna	1	0
5	Fem eller fler läkemedel	1	0
Poäng:			

TABELL 1. Geriatrisk riskprofil (Meldon et al 2003).



Geriatrisk Riskprofil – GRP – modifierad ViSam

Namn:

Personnummer:

Ålder:

1. **Patienter 75 år eller äldre** som kommer till mottagningen eller kontaktar per telefon bedömning enligt nedanstående riskprofil

2. **Patienter med 3 el 4 poäng eller mer** bedöms som geriatrisk riskpatient

Fylls i av personal	Poäng	Bedömningspoäng
1 Fem eller fler läkemedel Gäller alla läkemedel, vid behov, receptfria	1	
2 Social situation (1 poäng oavsett alternativ) - Bor ensam - Har behov av hjälp från annan person avseende personlig omvårdnad	1	
3 Svårigheter att gå eller förflytta sig/har nyligen fallit Kan patienten gå på plan mark och i trappa utan hjälpmedel?	1	
4 Kontakter med vården (1 poäng oavsett alternativ) - Varit inlagd på sjukhus inom de senaste 3 månaderna - Sökt akuten de senaste 30 dagarna 5 eller fler läkarbesök vårdcentral/mottagning senaste året - Annat högfrekvent kontaktsökande	1	
5 Kognitiv svikt (desorienterad, demenssjukdom, konfusion/förvirring) eller psykisk oro	2	
Införs i journalen under sökord GRP	Summa:	
Vid 3 poäng eller mer genomgång av journal och ställningstagande till återbesök hos läkare /hälsosamtal hos sjuksköterska		Anteckning
Njurfunktion, eGFR vid värde < 60 -kontrollera medicinerna		
Blodtryck ortostatiskt - systoliskt blodtryck ≤100 - kontrollera medicinerna		
Vid signaler om kognitiv svikt - MMSE-SR		
Genomgång av läkemedel		
Överväg Samordnad individuell plan – SIP		
Överväg Funktions/ADL- bedömning?		
Överväg Riskbedömning (risk för fall, trycksår, undernäring eller ohälsa i munnen)		



Riskbedömningsinstrument

1. Clinical fragility scale

2. Geriatrisk riskprofil

3. Frail elderly support research group (FRESH)

4. Tilburg frailty indicator



3. Frail elderly support research group

1(2)

Screeninginstrument, dikotomt – skör eller robust

Består av fyra enkla uppgifter

Två positiva svar indikerar behov av vidare åtgärder tex bättre madrass, tillsynsrond och hjälp till toalett.

Kan avgöra behov av geriatrisk konsultbedömning



3. Frail elderly support research group

2(2)

Nedsatt uthållighet (blir slut av en kort promenad på cirka 15–20 minuter)	Ja	Nej
Allmän trötthet/nedsatt ork de senaste tre månaderna	Ja	Nej
Ramlar ofta/tror att man kommer att ramla	Ja	Nej
Behöver hjälp med att göra sina inköp (ta sig till affären, plocka varor, betala, bära hem)	Ja	Nej

TABELL 2. FRESH, screening för skörhet. Vid minst två »ja« bedöms behov av vidare åtgärder. Från [17].



Riskbedömningsinstrument

1. Clinical fragility scale
2. Geriatrisk riskprofil
3. Frail elderly support research group (FRESH)
- 4. Tilburg frailty indicator**



4. Tilburg frailty indicator

Ursprungligen från Nederländerna

Integrerar tydligare fysisk och kognitiv skörhet

Översatt till flera språk

Lite piggare patienter kan själva besvara formuläret

Kan fungera bra inom primärvården och kommunal omsorg för att tidigt identifiera individer i riskzonen för skörhet, så att förebyggande åtgärder kan sättas in tidigt.



4. Tilburg frailty indicator

Består av två delar;

Del A, bakgrundsfaktorer

Del B, 15 frågor (0-1 poäng) där ≥ 5 poäng indikerar skörhet.

Lite piggare patienter kan själva besvara formuläret



A – Bakgrundsfaktorer

Ålder

Kön

Civilstånd

Etnicitet

Utbildningsnivå

Inkomst

Livsstil

Samsjuklighet

Livshändelser

Nöjdhet med boende



B1 – Fysiska aspekter

1. Känner du dig fysiskt frisk?
2. Har du senaste tiden ofrivilligt gått ner mycket i vikt?
(»mycket« innebär 6 kg eller mer under de senaste sex månaderna, eller 3 kg eller mer under den senaste månaden)

Upplever du problem i ditt dagliga liv på grund av:

3. svårigheter att gå?
4. svårigheter att hålla balansen?
5. nedsatt hörsel?
6. nedsatt syn?
7. nedsatt styrka i händerna?
8. fysisk trötthet?



B2 – Psykologiska aspekter

9. Har du problem med minnet?

10. Har du känt dig nedstämd den senaste månaden?

11. Har du känt dig nervös eller orolig den senaste månaden?

12. Klarar du av att hantera problem på ett bra sätt?



B3 – Sociala aspekter

13. Bor du ensam?

14. Saknar du att ha människor omkring dig?

15. Får du tillräckligt mycket stöd från andra människor?



Fördjupad skörhetsutredning

Fysisk funktionsförmåga inkl muskelstyrka och muskelfunktion

Nutritionstatus inkl viktförlust och undernäring

Polyfarmaci

Konfusion och kognitiv nedsättning

Social situation



AKADEMISKA
SJUKHUSET

Referenser



Proaktiv vård av
sköra äldre

FÖR DIG SOM ARBETAR I PRIMÄRVÅRDEN



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Läkartidningen

START AKTUELLT **KLINIK OCH VETENSKAP** OPINION

KLINIK OCH VETENSKAP - START NYA RÖN ARTIKLAR MEDICINSK KOMMENTAR MEDICINENS ABC REFLEXION FÖRFATTARINTERVJU

SENASTE MS-expert efterlyser riktlinjer om rituximab

KONTAKT SKRIV PRENUM

ÖVERSIKT

Skörhetsbegreppet viktigt för att förstå den äldre patientens behov

Anne W Ekdahl, docent, sektionen för geriatrik, Helsingborgs lasarett; institutionen för kliniska vetenskaper Helsingborg, Lunds universitet
anneekdahl@gmail.com

Niklas Ekerstad, docent, enheten för hälso- och sjukvårdsanalys, Linköpings universitet; FoU-enheten, NU-sjukvården, Trollhättan-Vänersborg-Uddevalla

Joakim Alfredsson, docent, kardiologiska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping; institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet

Madelene Johanson, Silvialäkare, ordförande Nationella programområdet äldres hälsa; medicinkliniken, Centrala sjukhuset Karlstad

Carina Metzner, ordförande Svensk geriatrik förening, verksamhetschef multisjuka äldre, Karolinska universitetssjukhuset

Timo Strandberg, professor, Helsingfors universitet och universitetssjukhus; Uleåborgs universitet, Finland

Katarina Wilhelmsson, docent, institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Göteborgs universitet; Geriatrik Sahlgrenska, Sahlgrenska universitetssjukhuset

Tommy Cederholm, professor, institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet; Tema äldre, Karolinska universitetssjukhuset

MEDICINSK KOMMENTAR

Använd inte skörhetsskattning för handläggning på individnivå

EVIDENSLÄGET FÖR SKATTNING AV SKÖRHET ÄR MYCKET SVAGT
– KAN ANVÄNDAS FÖR ATT FÅ GROVT UNDERLAG PÅ GRUPPNIVÅ

I **veckans nummer** av Läkartidningen [1] beskriver åtta läkare vid Karolinska institutet och Karolinska universitetssjukhuset en studie av sambandet mellan skörhet (engelska: frailty) skattad med Clinical frailty scale (CFS) hos äldre personer inlagda på geriatrik klinisk på sjukhus och prognos i form av



Gunnar Akner,
läkare,
specialist

i internmedicin och geriatrik, docent i geriatrik, Kungsholmens husläkarmottagning, Stockholm

• akner.gunnar@gmail.com

Det finns även förslag om en integrerad modell för skörhet [10]. Fysisk skörhet samvarierar med kognitiv funktionsnedsättning [11], men det finns inget vetenskapligt stöd för den citerade uppgiften i Janusinfo att »hos individer med demens motsvaras skörhetsgraden av demensgraden« [12].

Detta innebär att olika metoder för att skatta skörhet dels är baserade på olika principer, dels inte identifierar samma grupper av äldre personer, även om de kan predicera liknande hälsoutfall på grupp-nivå. Resultaten av sådana skattningar avser genomsnittlig matematisk (statistisk) risk på grupp-nivå, men kan inte användas för skattning av risk för enskilda äldre personer.



AKADEMISKA
SJUKHUSET

Tack för uppmärksamheten!

