

Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2024;186:V205156. doi: 10.61409/V205156

Hvorfor interessere sig for skrøbelighed hos den ældre patient?

Jesper Ryg

Geriatrisk Afdeling, Odense Universitetshospital

Ugeskr Læger 2024;186:V205156. doi: 10.61409/V205156

Vi har længe vidst, at den demografiske udvikling medfører en aldrende befolkning, og at prævalensen af kroniske sygdomme stiger med alderen [1]. Det udfordrer hele sundhedsvæsenet, men få kender omfanget. Over de næste 25 år vil andelen af 80+-årige fordobles, og 60% af hospitalssengene vil blive optaget af ældre [2]. Ressourcetrækket er desuden særligt stort i kommunerne pga. udgifter til pleje og omsorg. Tidlig opsporing af relevante målgrupper enten på sygehuset eller i primærsektoren ift. mulig forebyggelse er således afgørende.

Identifikation af skrøbelighed (frailty) hos ældre er en vigtig del af dette. Populationsstudier har vist, at frailty er hyppigt blandt ældre (25-50%) og forbundet med øget faldrisiko, funktionsnedsættelse, indflytning på plejehjem, indlæggelser og død [3]. Frailty er en tilstand, hvor kroppen har nedsat reservekapacitet og øget sårbarhed over for selv mindre ændringer i indre eller ydre faktorer. Frailty er hyppigt forekommende – også blandt ældre danske patienter. En dansk forfattergruppe har i en nypubliceret artikel undersøgt graden af patienternes frailty ved udskrivelse fra akutmodtagelsen, bred intern medicinsk afdeling eller geriatrisk afdeling [4]. Forfattergruppen undersøgte også associationen mellem udskrivelsesafdeling og genindlæggelse samt dødelighed. I det retrospektive kohortestudie inkluderede de gennem 6 mdr. alle 75+-årige med komorbiditet, som ikke var terminalt syge/modtog palliativ behandling, og som blev vurderet frail. Patienterne blev kategoriseret med ingen, moderat eller svær frailty. I alt indgik 855 patienter med moderat/svær frailty. Andelen af patienter med svær frailty var dobbelt så høj på geriatrisk afdeling (62%) som på de to andre afdelinger (29% og 35%). På geriatrisk afdeling var patienterne desuden ældst, indlagt længst, havde mest komorbiditet og lavest funktionsniveau. Alligevel blev færrest patienter fra geriatrisk afdeling genindlagt (17% vs. 28% og 26%) svarende til justerede relative risici (95% konfidens-interval) på hhv. 1,58 (1,04-2,41) og 1,42 (0,97-2,07) for de to andre afdelinger. Forfatterne argumenterer relevant for vigtigheden af comprehensive geriatric assessment (CGA) ift. disse forskelle. Der var ingen forskel i 90-dagesmortaliteten.

Ældre patienter vægter bevaret funktionsniveau og livskvalitet højt, når de inddrages i planlægning af behandlingsmål. Her er identifikation af frailty en vigtig del, som vurderes vha.

det geriatriske værktøj og guldstandard: CGA [3]. Vha. CGA tilgås patienterne multidimensionalt og multidisciplinært for bl.a. at identificere nedsat funktionsniveau og koordinere udredning og behandlingsplan. Talrige studier har vist effekt af CGA på relevante patientcentrerede outcomes som funktionsniveau og livskvalitet. Men en CGA kræver tid. Derfor er der udviklet enkle frailty-screeningsværktøjer. En af dem er clinical frailty scale (CFS), som findes i en dansk valideret udgave [5]. Den er hjørnestenen i den kommende kvalitetsdatabase DANFRAIL under regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram, hvor alle 80+-årige sygehuspatienter på tværs af specialer skal screenes for frailty. Forhåbentlig kommer CFS også til at være en del af redskaberne i primærsektoren for på den måde at sikre tværsektorielt fælles sprog både ift. patientcentrerede udrednings- og behandlingsplaner og ift. afdækning af mulige forebyggende indsatser. CGA'en kræver også ekspertise. Ifølge Sundhedsstyrelsen var der i 2021 kun 173 geriatriske speciallæger i Danmark. Det er derfor vigtigt, at vi får organiseret sundhedsvæsenet således, at kompetencer sikres inden for håndteringen af syge ældre på alle niveauer og på tværs af sektorer. Her spiller geriatere en vigtig fremtidig rolle. Det er helt i tråd med de nye anbefalinger fra Robusthedskommissionen, som netop fremhæver fælles beslutningstagen, bedre fordeling af lægelige kompetencer på tværs af specialer samt større ambitioner for den strukturelle forebyggelse.

Så hvorfor interessere sig for frailty hos den ældre patient? Fordi konsekvenserne ved at ignorere frailty er for store. Alle, der håndterer ældre, bør således kunne identificere frailty til gavn for den enkelte patient, os selv og samfundet generelt.

Korrespondance *Jesper Ryg*. E-mail jesper.ryg@rsyd.dk

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

REFERENCER

1. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*. 2009;374(9696):1196–208. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61460-4.
2. Oksuzyan A, Höhn A, Pedersen JK et al. Preparing for the future: The changing demographic composition of hospital patients in Denmark between 2013 and 2050. *PLoS ONE*. 2020;15(9):e0238912. doi: 10.1371/journal.pone.0238912.
3. Clegg A, Young J, Iliffe S et al. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381(9868):752-62. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9.
4. Heath A, Shahla S; Bossen SRL et al. Geriatric assessment may prevent readmission in frail medical inpatients. *Dan Med J*. 2023;70(6):A09220558.
5. Fournaise A, Nissen SK, Lauridsen JT et al. Translation of the updated clinical frailty scale 2.0 into Danish and implications for cross-sectoral reliability. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):269. doi: 10.1186/s12877-021-02222-w.