

Statusartikel

Social ulighed, kognitiv svækkelse og psykisk sårbarhed

Pernille Hølmkjær¹, Maria Kristiansen², Ellen Astrid Holm³, Mathilde Glud Christensen³, Frans Boch Waldorff¹ & Anne Holm¹

1) Center for Almen Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, 2) Afdeling for sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, 3) Geriatrisk Afsnit, Medicinsk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Køge

Ugeskr Læger 2026;188:V01260007. doi: 10.61409/V01260007

HOVEDBUDSKABER

- Skrøbelighed er multidimensionalt og ikke kun en fysisk begrænsning.
- Social, kognitiv og psykisk skrøbelighed er vigtig for den samlede skrøbelighedsstatus.
- Tidlig identifikation og hensigtsmæssig håndtering i almen praksis og hospitalet understøtter målrettede og sammenhængende patientforløb.

Skrøbelighed er en tilstand karakteriseret ved nedsat reservekapacitet og øget sårbarhed over for belastninger og er traditionelt blevet forstået primært i fysiske termer. Selv om høj alder er den væsentligste risikofaktor for udvikling af skrøbelighed, bidrager faktorer som social isolation, uddannelsesniveau, økonomi, socialt netværk, nedsat kognition og psykisk sygdom hver især som betydende risikofaktorer [1-4].

Disse risikofaktorer øger i tæt samspil med hinanden og med fysisk skrøbelighed risikoen for nedsat livskvalitet, faldende funktionsevne og død [5, 6]. Skrøbelighed bør derfor forstås som et multidimensionelt fænomen, hvor fysiske, sociale, kognitive og psykiske faktorer indvirker gensidigt og tilsammen øger risikoen for funktionstab, nedsat livskvalitet og død.

Denne artikel giver et sammenhængende overblik over de sociale, kognitive og psykiske dimensioner af skrøbelighed, deres indbyrdes interaktioner samt konsekvenser for klinisk praksis og forskning. Målet er at bidrage til en nuanceret og helhedsorienteret vurdering af skrøbelighed med særlig opmærksomhed på ulighed i sundhed og ressourcetsvage ældres særlige behov.

Social ulighed og social skrøbelighed hos ældre

Social skrøbelighed refererer til svækkede sociale ressourcer og relationer, hvilket øger ældres sårbarhed over for helbredsmæssige forværringer, funktionstab og behov for pleje. Begrebet retter fokus mod de sociale vilkår, som former aldring og sygdomsforløb [7].

Social skrøbelighed er forankret i sociale og samfundsmæssige determinanter, der akkumuleres over livsforløbet. En lavere socioøkonomisk position – herunder økonomisk usikkerhed, begrænset uddannelse og tidligere tilknytning til fysisk belastende arbejde – er forbundet med øget risiko for social skrøbelighed senere i

livet. Hertil kommer relationelle forhold såsom at bo alene, sjælden kontakt med familie og venner, omsorgsbyrde, lav deltagelse i sociale aktiviteter og manglende adgang til praktisk og emotionel støtte.

Samlet kan social skrøbelighed forstås som et gradvist tab af ressourcer til at opfylde basale sociale behov for tilhørsforhold, støtte, mening og oplevet kontrol – formet over livsforløb og indlejret i større strukturelle forhold [8].

Betydningen af social skrøbelighed for sundhed, funktion og plejebehov er veldokumenteret. Social skrøbelighed er associeret med øget risiko for funktionsnedsættelse, kognitiv og psykisk tilbagegang, depression og øget mortalitet [9, 10]. Samtidig kan social skrøbelighed indirekte forværre sygdomsforløb ved at reducere egenmestring, behandlingsefterlevelse og udbytte af rehabilitering og forebyggelse. Dette sker f.eks., når manglende social støtte begrænser mulighederne for at følge behandlingsplaner, reagere rettidigt på forværring i sygdom eller navigere og kommunikere i komplekse udrednings- og behandlingsforløb [11, 12].

Kognitiv svækkelse og skrøbelighed

Kognitiv skrøbelighed defineres som en reversibel tilstand, hvor der samtidig foreligger fysisk skrøbelighed og mild kognitiv svækkelse (MCI), uden at der er udviklet en egentlig demenstilstand [13]. Ældre med kognitiv svækkelse alene vil således ikke blive defineret som kognitivt skrøbelige, medmindre der også foreligger fysisk skrøbelighed hos dem.

Kognitiv skrøbelighed er relativt hyppig blandt ældre, og mellem 6% og 16% kan klassificeres med tilstanden afhængig af opgørelsesmetoden [14]. Kognitiv skrøbelighed er associeret med øget sygelighed og øget risiko for død [15]. Op mod 15% af personer med MCI vil over tid udvikle demens [16].

Der er en gensidig sammenhæng mellem skrøbelighed og kognitiv svækkelse: Blandt personer med skrøbelighed ses øget risiko for udvikling af kognitiv svækkelse og demens, mens personer med demens ligeledes har øget risiko for at udvikle fysisk skrøbelighed [17, 18]. Det er derfor relevant at adressere modificerbare risikofaktorer relateret til kognitiv skrøbelighed og kognitiv funktion, herunder ernæring, fysisk aktivitet, polyfarmaci og rygning [15, 19].

Psykisk sårbarhed og mental sundhed hos ældre med skrøbelighed

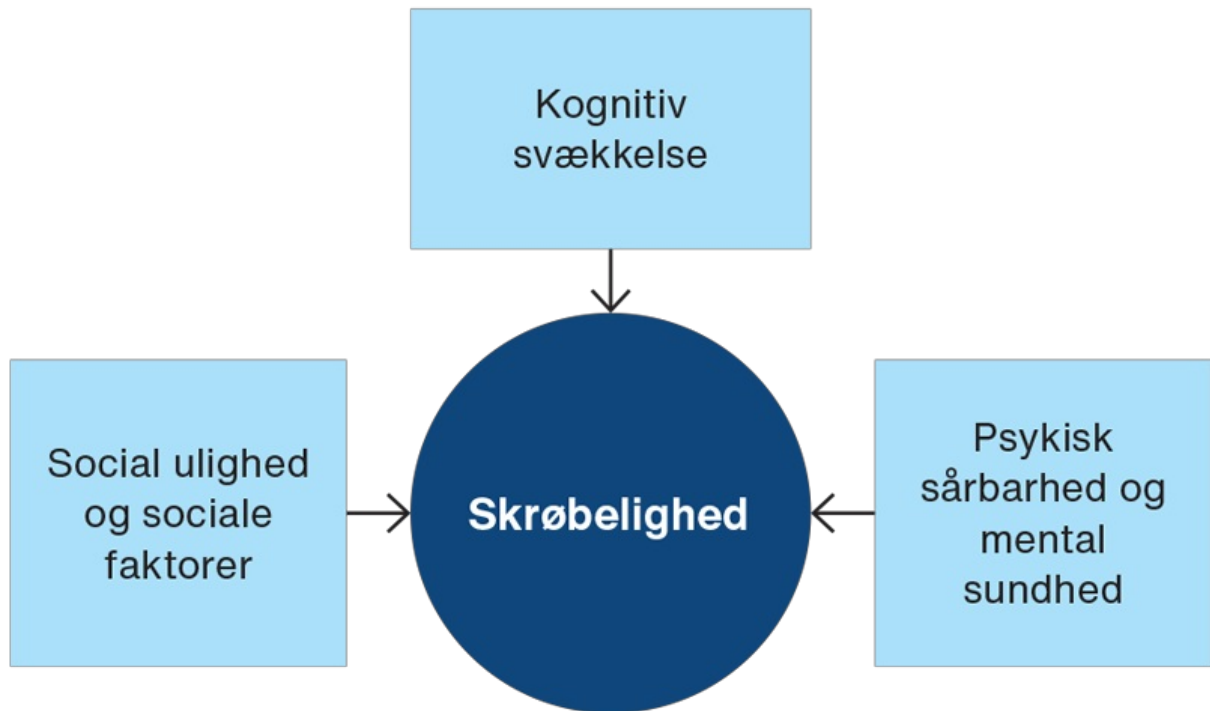
Psykisk sårbarhed, social isolation og ensomhed er udbredt blandt ældre og er associeret med betydelig morbiditet og mortalitet – på niveau med rygning, alkohol og fysisk skrøbelighed [6, 20].

Social isolation defineres som få sociale kontakter og et begrænset netværk, mens ensomhed er den subjektive oplevelse af tomhed og mangel på nærvær, også selv om der er kontakt med andre. Begreberne overlapper ofte, men der findes også ældre, der lever alene uden at føle sig ensomme – og omvendt [21].

Talrige studier har vist en sammenhæng mellem social isolation, ensomhed og depressive symptomer hos ældre [22]. Ligeledes er der en tæt sammenhæng mellem skrøbelighed og depression, hvor der kan opstå en negativ spiral med gradvist øget isolation og faldende funktionsniveau [23].

Således kan skrøbelighed forstås ud fra flere forskellige perspektiver, som illustreret i **Figur 1**.

FIGUR 1 Faktorer, der påvirker skrøbelighed.



Kliniske implikationer for almen praksis

Almen praksis er ofte i en central position i forhold til at identificere og forsøge at modvirke negative konsekvenser af social, kognitiv og psykisk skrøbelighed bl.a. på baggrund af et indgående kendskab til patienten og gennem opsøgende hjemmebesøg [24]. Det opsøgende hjemmebesøg udgør en forlænget konsultation i patientens eget hjem og giver mulighed for systematisk at afdække forhold, der kan bidrage til øget skrøbelighed. Lægens observationer såsom snavs og rod i et hjem, der tidligere har været velholdt, kombineret med enkle åbne spørgsmål om støtte fra pårørende, ensomhed og praktiske udfordringer kan afdække væsentlige risikofaktorer [25].

Indsatser med henblik på at adressere og eventuelt reducere skrøbelighed og ulighed i sundhed forudsætter kontinuitet, en tillidsfuld relation samt tværfagligt samarbejde [26]. Almen praksis kan i denne sammenhæng bidrage ved at: 1) afdække patientens ressourcer, præferencer og ønsker samt tilpasse behandlingen herefter, 2) tilbyde individualiseret opfølgning, f.eks. opsøgende hjemmebesøg og inddragelse af pårørende samt fast plejepersonale, 3) sikre koordination med kommunale tilbud, civilsamfundet og eventuelt hospitalet, når disse er inddraget [27].

Civilsamfundet rummer en række initiativer, der kan bidrage til at reducere ældres isolation, herunder social prescribing, aktiviteter i Ældre Sagen og tilsvarende organisationer.

Det er væsentligt, at den »tavse viden«, som findes i almen praksis, formidles til patientens øvrige behandlere og plejepersonale på en klar og entydig måde. I denne sammenhæng kan systematiske vurderingsredskaber såsom Clinical Frailty Scale (CFS) være nyttige, idet de muliggør en enkel og ensartet kommunikation. Anvendelsen af CFS i almen praksis og kommunikation heraf på tværs af sektorer er nærmere beskrevet i DSAM's vejledning

»Den ældre skrøbelige patient« samt i en anden artikel i dette temanummer [24]. En vurdering af skrøbelighed baseret på et enkelt redskab kan imidlertid ikke stå alene og bør suppleres med en kort tekst om lægens kendskab til patientens daglige funktionsniveau, præferencer og sociale netværk, så disse forhold inddrages i den samlede vurdering.

Kliniske implikationer for hospitalerne

Ældre patienter med skrøbelighed og samtidig social, kognitiv eller psykisk sårbarhed udgør en kompleks patientgruppe med høj risiko for funktionstab, forlænget indlæggelse, genindlæggelser og øget mortalitet [10].

I de senere år er der kommet øget fokus på identifikation af skrøbelighed, herunder anvendelse af CFS. CFS er et nyttigt værktøj, men bør indgå som ét element i en bredere helhedsorienteret vurdering, der også omfatter kognition, psykisk trivsel og sociale forhold. Den grundige geriatrike gennemgang, »Comprehensive Geriatric Assessment« (CGA), kan anvendes systematisk på geriatrike sengeafdelinger og i ambulatorier for at sikre, at alle relevante aspekter inddrages i vurderingen.

CGA danner grundlag for behandlingsplaner, rehabilitering, udskrivning og tværsektoriel koordinering.

Det tværsektorielle arbejde og sektorovergange er særligt kritiske for ældre patienter med skrøbelighed. For at understøtte overgangene findes der bl.a. udskrivningskoordinatorer, som varetager opgaver, der kræver samarbejde med kommunale aktører. En anden central komponent i sektorovergangen er kommunikation på tværs, hvor epikrisen udgør et væsentligt redskab.

Sociale, kognitive og psykiske behov identificeres og adresseres ofte sent i indlæggelsesforløbet, hvis overhovedet, og den ældre patient er ofte akut påvirket. Indsatserne kan derfor i praksis fremstå usammenhængende med primært fokus på fysiske sygdomsmanifestationer. Dette kan afspejle den sygdomsorienterede tilgang, som fortsat præger den medicinske grunduddannelse [28, 29]. Planlægning og implementering af tværsektorielle, helhedsorienterede tiltag er således forbundet med betydelige udfordringer og understreger behovet for fleksible løsninger, der kan tilpasses lokale forhold og ressourcer.

Forslag til fremtidig forskning og udvikling

Der er betydelig forskning i, hvordan social ulighed, kognitiv svækkelse og psykisk sårbarhed påvirker sygdomsforløb og behandlingsresultater hos ældre patienter med skrøbelighed. De fleste studier omhandler imidlertid enten de fysiske, de sociale eller de kognitive faktorer hver for sig. Der mangler således en mere integreret tilgang med fokus på, hvordan sektorovergange og organisatoriske strukturer påvirker behandlingskvalitet og ulighed i sundhed. Herudover mangler viden om, hvordan væsentlige oplysninger om patientens samlede situation bedst kommunikerer på tværs af sektorer.

Et særligt fokuspunkt er den voksende gruppe af ældre med etnisk minoritetsbaggrund og skrøbelighed. Den begrænsede eksisterende forskning indikerer, at denne gruppe ofte har komplekse og sammensatte behov samt øget ulighed i adgang til sundhedsvæsenet bl.a. som følge af sprogbarrierer, manglende kendskab til relevante tilbud, højere grad af ensomhed end i majoritetsbefolkningen samt højere forekomst af multimorbiditet og lavere socioøkonomisk status [30].

Der er desuden behov for interventionsstudier, som kan afprøve konkrete tværfaglige og tværsektorielle løsninger såsom helhedsvurderingsværktøjer, systematisk screening for sårbarhed, udgående geriatrike teams, digitale monitoreringsmodeller og samarbejdsmodeller mellem hospitaler, almen praksis og kommuner. Samtidig er de ældres eget perspektiv på skrøbelighed underbelyst. Udvikling og evaluering af sådanne

interventioner kan medvirke til mere sammenhængende og personcentrerede forløb for ældre med skrøbelighed.

Konklusion

Skrøbelighed hos den ældre patient udgør i sig selv en betydelig udfordring for sundhedsvæsenet. Når skrøbelighed forstås som et multidimensionalt fænomen, hvor sociale, kognitive og psykologiske faktorer interagerer med de fysiske, stiller det yderligere krav til sundhedsvæsenets evne til at yde sammenhængende og personcentreret behandling. Det er utilstrækkeligt alene at fokusere på fysisk skrøbelighed; der er behov for systematisk at afdække patientens sociale omstændigheder og psykiske trivsel.

Ved samtidig kognitiv svækkelse er der ofte behov for supplerende indsatser for at understøtte patientens mulighed for at navigere i sundhedsvæsenet. Almen praksis er ofte en relevant aktør til at identificere og iværksætte relevante tiltag for personer med skrøbelighed, bl.a. gennem opsøgende hjemmebesøg. Der er imidlertid fortsat behov for mere ensartet og struktureret kommunikation på tværs af sektorer om patientens samlede situation.

En samlet helhedsorienteret indsats på tværs af sektorer er nødvendig for at forbedre behandlingsforløb og reducere ulighed i sundhed blandt de mest sårbare ældre med skrøbelighed.

Korrespondance Pernille Hølmkjær. E-mail: hoelmkjaer@sund.ku.dk

Antaget 28. april 2026

Publiceret på ugeskriftet.dk 6. juli 2026

Interessekonflikter AH oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Novo Nordisk Fonden. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2026;188:V01260007

doi 10.61409/V01260007

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

SUMMARY

Social inequity, cognitive impairment and psychological vulnerability

Frailty cannot be understood solely as a physical impairment. It is often closely linked to social inequity, cognitive impairment, and psychological vulnerability. These factors both contribute to frailty and are exacerbated by it, and together they influence overall mortality. This review calls for a holistic perspective when caring for individuals with frailty. Systematic approaches, such as proactive home visits and structured assessments using tools like the Clinical Frailty Scale and the Comprehensive Geriatric Assessment, may improve the identification and understanding of frailty.

REFERENCER

1. Christensen MG, Jacobsen KK, Nilsson C et al. Prevalence and population characteristics associated with frailty in a rural low socioeconomic area in Denmark: the Lolland-Falster Health Study. *BMJ Open*. 2024;14(3):e073754. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-073754>
2. Lee Y, Chon D, Kim J et al. The predictive value of social frailty on adverse outcomes in older adults living in the community. *J*

- Am Med Dir Assoc. 2020;21(10):1464-1469.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.03.010>
3. Dugravot A, Fayosse A, Dumurgier J et al. Social inequalities in multimorbidity, frailty, disability, and transitions to mortality: a 24-year follow-up of the Whitehall II cohort study. *Lancet Public Health*. 2020;5(1):e42-e50. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30226-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30226-9)
 4. Sherman DW, Alfano AR, Alfonso F et al. A systematic review of the relationship between social isolation and physical health in adults. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(11):1135. <https://doi.org/10.3390/healthcare12111135>
 5. Taudorf L, Nørgaard A, Waldemar G, Laursen TM. Mortality in dementia from 1996 to 2015: a national registry-based cohort study. *J Alzheimers Dis*. 2021;79(1):289-300. <https://doi.org/10.3233/JAD-200823>
 6. Grassi L, Caruso R, Da Ronch C et al. Quality of life, level of functioning, and its relationship with mental and physical disorders in the elderly: results from the MentDis_ICF65+ study. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(1):61. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01310-6>
 7. Bunt S, Steverink N, Olthof J et al. Social frailty in older adults: a scoping review. *Eur J Ageing*. 2017;14(3):323-334. <https://doi.org/10.1007/s10433-017-0414-7>
 8. Zhang XM, Cao S, Gao M et al. The prevalence of social frailty among older adults: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2023;24(1):29-37.e9. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.10.007>
 9. Goto T, Kishimoto T, Fujiwara S et al. Social frailty as a predictor of all-cause mortality and functional disability: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2024;14(1):3410. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-53984-3>
 10. Hanlon P, Wightman H, Politis M et al. The relationship between frailty and social vulnerability: a systematic review. *Lancet Healthy Longev*. 2024;5(3):e214-e226. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(23\)00263-5](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00263-5)
 11. Sun QQ, Tan K, Tang HY et al. Incidence and predictive value of social frailty among community-dwelling older adults in Southwest China: a prospective cohort study. *Front Public Health*. 2023;11:1103651. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1103651>
 12. Søgaaard MB, Andresen K, Kristiansen M. Systematic review of patient-engagement interventions: potentials for enhancing person-centred care for older patients with multimorbidity. *BMJ Open*. 2021;11(12):e048558. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-048558>
 13. Sugimoto T, Arai H, Sakurai T. An update on cognitive frailty: its definition, impact, associated factors and underlying mechanisms, and interventions. *Geriatr Gerontol Int*. 2022;22(2):99-109. <https://doi.org/10.1111/ggi.14322>
 14. Zhang T, Ren Y, Shen P et al. Prevalence and associated risk factors of cognitive frailty: a systematic review and meta-analysis. *Front Aging Neurosci*. 2021;13:755926. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.755926>
 15. Bu Z, Huang AL, Xue MT et al. Cognitive frailty as a predictor of adverse outcomes among older adults: a systematic review and meta-analysis. *Brain Behav*. 2021;11(1):e01926. <https://doi.org/10.1002/brb3.1926>
 16. Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ et al. Practice guideline update summary: mild cognitive impairment: report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2018;90(3):126-135. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004826>
 17. Borda MG, Venegas-Sanabria LC, Canevelli M et al. Frailty and health outcomes in people 65 years or older living with dementia: a systematic review of the literature. *J Am Geriatr Soc*. 2026;74(3):854-867. <https://doi.org/10.1111/jgs.70190>
 18. Shimada H, Doi T, Lee S et al. Cognitive frailty predicts incident dementia among community-dwelling older people. *J Clin Med*. 2018;7(9):250. <https://doi.org/10.3390/jcm7090250>
 19. Kwan RYC, Leung AYM, Yee A et al. Cognitive frailty and its association with nutrition and depression in community-dwelling older people. *J Nutr Health Aging*. 2019;23(10):943-948. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1258-y>
 20. Freedman A, Nicolle J. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: approach for primary care. *Can Fam Physician*. 2020;66(3):176-182
 21. Wigfield A, Turner R, Alden S et al. Developing a new conceptual framework of meaningful interaction for understanding social isolation and loneliness. *Soc Policy Soc*. 2022;21(2):172-193. <https://doi.org/10.1017/S147474642000055X>
 22. Van As BAL, Imbimbo E, Franceschi A, et al. The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2022;34(7):657-669. <https://doi.org/10.1017/S1041610221000399>
 23. Buigues C, Padilla-Sánchez C, Garrido JF et al. The relationship between depression and frailty syndrome: a systematic review. *Aging Ment Health*. 2015;19(9):762-772. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.967174>

24. Dansk Selskab for Almen Medicin. Den ældre skrøbelige patient, 2023. <https://www.dsam.dk/vejledninger/aeldre> (28. apr 2026)
25. Seeley A, Glogowska M, Hayward G. How do primary care clinicians approach the management of frailty? A qualitative interview study. *Age Ageing*. 2024;53(5):afae093. <https://doi.org/10.1093/ageing/afae093>
26. Pradana AA, Gobbens RJJ, Chiu HL et al. Social frailty in older adults: a concept analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2025;130:105729. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105729>
27. Crocker TF, Ensor J, Lam N et al. Community based complex interventions to sustain independence in older people: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 2024;384:e077764. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-077764>
28. Holman H. Chronic disease—the need for a new clinical education. *JAMA*. 2004;292(9):1057-9. <https://doi.org/10.1001/jama.292.9.1057>
29. Dimitriadou IA, Toska A, Eloranta S et al. Comprehensive geriatric assessment: addressing unmet healthcare needs in older adults. *Healthcare (Basel)*. 2025;13(21):2715. <https://doi.org/10.3390/healthcare13212715>
30. Kristiansen M, Razum O, Tezcan-Güntekin H, Krasnik A. Aging and health among migrants in a European perspective. *Public Health Rev*. 2016;37:20. <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0036-1>