

Statusartikel

Skrøbelighed hos ældre

Hanne Nygaard^{1, 2}, Søren Kabell Nissen^{3, 4}, Anne Holm^{5, 6} & Lone Winther Lietzen^{7, 8}

1) Akutafdelingen, Københavns Universitetshospital – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, 2) Geriatrik og Palliativ Afdeling, Københavns Universitetshospital - Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, 3) Fælles Akutmodtagelse FAM, Odense Universitetshospital, 4) Forskningsenhed for Akutmedicin, Klinisk Institut, Syddansk Universitet, 5) Center for Almen Medicin, Københavns Universitet, 6) Lægerne Hallund og Lavigne, 7) Ældresygdomme, Aarhus Universitetshospital, 8) Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet

Ugeskr Læger 2026;188:V01260032. doi: 10.61409/V01260032

HOVEDBUDSKABER

- Skråbelighed prædikerer dårlige helbredsudfald for ældre.
- Skråbelighedsvurdering ved Clinical Frailty Scale anvendes i stigende grad på tværs af sundhedsvæsenet og giver mulighed for at have et fælles sprog om skråbelighed.
- Skråbelighedsvurdering kan understøtte kliniske vurderinger og beslutninger.

Den demografiske udvikling globalt medfører en markant stigning i antallet af ældre, hvor WHO anslår, at andelen af personer over 65 år fordobles frem mod 2050 [1]. Også i Danmark lever flere længere med flere sygdomme, hvilket vil påvirke det danske sundhedssystem [2].

Der vil i tiltagende grad være ældre patienter i klinisk praksis, der trods beskeden sygdom eller kirurgi oplever uventet stort funktionstab, sygelighed, fald, fejlnæring, indlæggelse og dødelighed [3, 4] – en tilstand, der beskrives som skråbelighed [5, 6]. Identifikation af skråbelighed har derfor betydning for vurdering af behandlingsstrategi, forventet effekt af interventioner og behov for tværfaglig og tværsektoriel koordinering [7], ofte med behov for en helhedsorienteret frem for diagnosefokuseret tilgang [8].

Trods stigende klinisk behov har der i Danmark og internationalt manglet konsensus om en fælles definition og tilgang til skråbelighedsvurdering [8-10]. Den varierende terminologi og praksis har medført variation i klinisk praksis og været hæmmende for kvalitetssikring af behandlingen på tværs af sektorerne. De seneste år har brug af vurderingsredskabet Clinical Frailty Scale (CFS) vundet indpas både i hospitalsregi, i nogle kommuner og i regi af almen praksis.

Artiklens formål er at give en samlet status over begrebet skråbelighed med fokus på grundbegreber, klinisk relevans og vurderingsredskaber og at pege på muligheder for anvendelse på tværs af sundhedsvæsenet.

Grundbegreber

Skråbelighed betegner en tilstand af **reduceret fysiologisk reserve og øget sårbarhed over for belastninger som akutsygdom** [5, 6]. Den **nedsatte modstandskraft** kan føre til funktionstab, forværring af sygdom eller øget behov for hjælp. Skråbelighed beskrives som en **multidimensionel, aldersrelateret tilstand**, der opstår som følge af svækkelse i flere fysiologiske systemer samtidig [6, 8, 9]. WHO beskriver skråbelighed som et klinisk udtryk for

progressivt tab af »intrinsic capacity« eller reservekapacitet, som er individets samlede mentale og fysiske ressourcer, der understøtter stabil funktionsevne samt evne til at restituere i alderdommen [1].

Funktionsevne og skrøbelighed er hos mange nært beslægtede, men ikke synonyme. En person kan være skrøbelig uden udtalt nedsat funktionsevne, f.eks. ved hurtigt progredierende alvorlig sygdom, hvor den fysiologiske reserve er betydeligt reduceret, men funktionsniveauet relativt bevaret. Omvendt kan en person have lav funktionsevne uden at være udtalt skrøbelig, som f.eks. med medfødt funktionsnedsættelse, hvor den samlede fysiologiske reserve fortsat er intakt [11].

To hovedtilgange

Skrøbelighed som fysisk fænotype blev introduceret af *Fried et al.* [12] som et klinisk biologisk syndrom defineret ved fem kriterier: ufrivilligt vægttab, udmattelse, nedsat muskelstyrke, langsom gang og lav fysisk aktivitet. Modellen har stærk prognostisk værdi for bl.a. fald, funktionstab, indlæggelser og dødelighed, men adresserer primært det fysiske domæne og indfanger ikke nedsat kognition, sygelighed eller psykosociale forhold [12, 13].

Rockwood & Mitnitski [14] introducerede skrøbelighed som akkumulering af deficiitter som en anden tilgang. Deficitterne omfatter symptomer, diagnoser, funktionsnedsættelser, sanseproblemer og sociale forhold og beregnes i et *Frailty Index (FI)*, hvor summen afspejler graden af sårbarhed over for belastninger som akut sygdom. Denne tilgang er følsom for ændringer over tid og har høj prognostisk præcision [15, 16], men kræver mere omfattende data og er derfor mindre anvendelig i klinisk praksis. *Rockwood et al.* udviklede derfor CFS som en pragmatisk klinisk afledning af FI med stærk kongruent- og kriterievaliditet. CFS fortsætter derfor FI-logikken omsat i en nitrinsskala, der kombinerer aktivitetsniveau, komorbiditet, afhængighed af hjælp fra andre samt estimeret restlevetid til en samlet klinisk vurdering [16-18] (**Figur 1**).

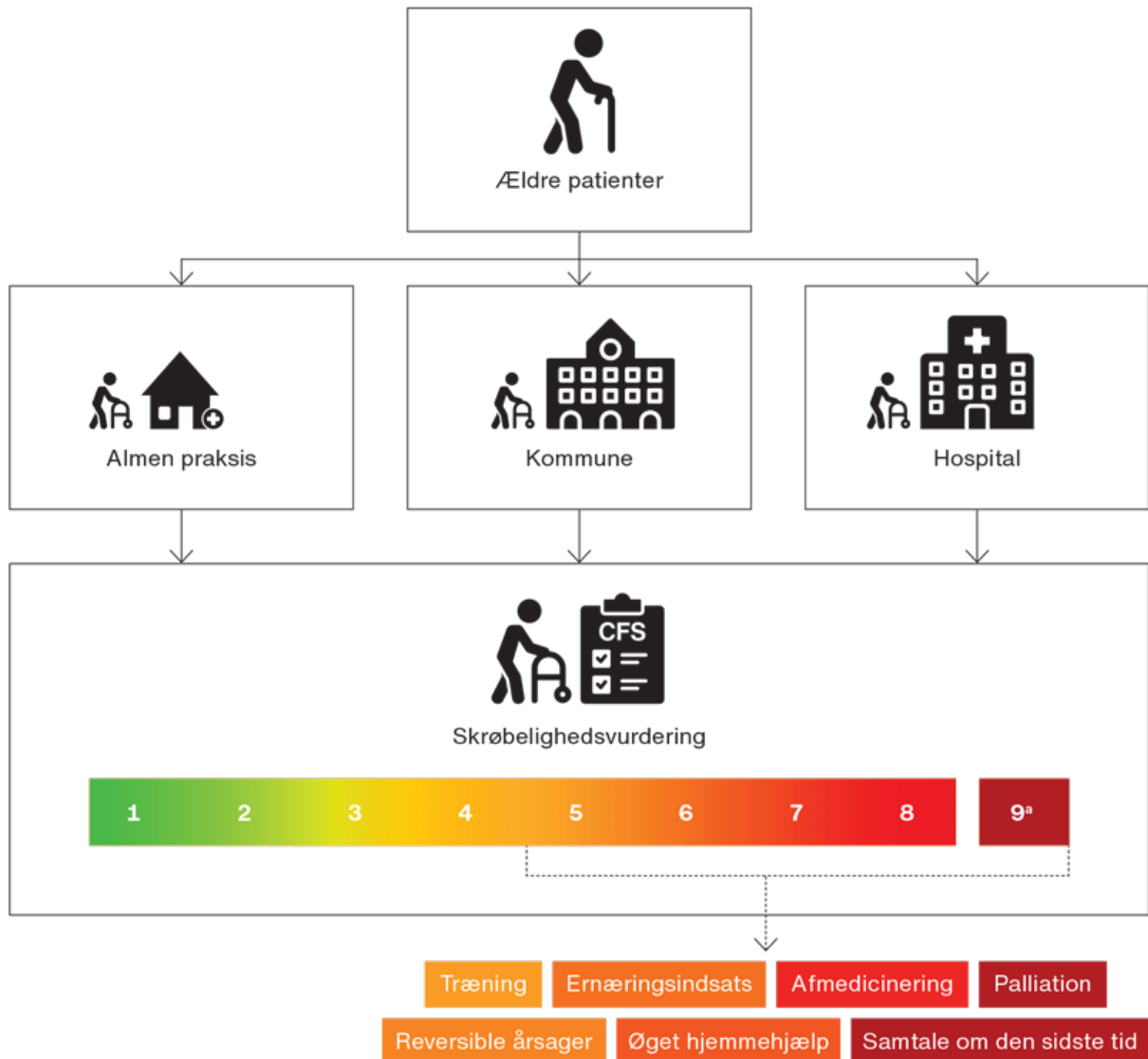
FIGUR 1 Dansk oversættelse af Clinical Frailty Scale fra 2021 [18]. Vist her efter tilladelse indhentet fra copyrightindehaver på Dalhousie University.

CLINICAL FRAILTY SCALE		
	1	MEGET GOD FORM Mennesker der er robuste, aktive, energiske og motiverede. De motionerer typisk regelmæssigt og er blandt dem i bedst form for deres alder.
	2	GOD FORM Mennesker uden aktive symptomer på sygdom , men i mindre god form end kategori 1. Ofte motionerer de eller er meget aktive en gang imellem , f.eks. på bestemte årstider.
	3	KLARER SIG GODT Mennesker med velkontrollerede sygdomsproblemer , selvom de indimellem har symptomer. Ofte er de ikke regelmæssigt aktive udover rutinemæssige gåture.
	4	LEVER MED MEGET MILD SKRØBELIGHED Denne kategori markerer en begyndende overgang fra komplet uafhængighed. Mennesker der ikke er afhængige af andre til daglige gøremål, men som ofte har symptomer, der begrænser aktiviteterne . En almindelig klage er at føle sig "langsom" eller træt i løbet af dagen.
	5	LEVER MED MILD SKRØBELIGHED Mennesker der ofte er mere tydeligt langsomme , og har behov for hjælp til komplekse daglige gøremål (Instrumental Activities of Daily Living – økonomi, transport, hovedrengøring). Typisk vil mild skrøbelighed i stigende grad hæmme indkøb, gåture alene udenfor, madlavning, medicin og begynde at begrænse let husarbejde.
	6	LEVER MED MODERAT SKRØBELIGHED Mennesker der har behov for hjælp til alle udendørs aktiviteter og med at holde hus . Ofte har de problemer med indendørs trappegang og behøver hjælp til at gå i bad og kan eventuelt have brug for minimal hjælp til påklædning (stikord, let støtte ved behov).
	7	LEVER MED SVÆR SKRØBELIGHED Fuldstændig afhængige af hjælp til egenomsorg , uanset årsag (fysisk eller kognitiv). Alligevel virker de stabile og ikke i høj risiko for at dø inden for ca. 6 måneder.
	8	LEVER MED MEGET SVÆR SKRØBELIGHED Fuldstændig afhængige af hjælp til personlig pleje og nærmer sig livets afslutning. Typisk vil de ikke engang komme sig efter let sygdom.
	9	TERMINALT SYG Mennesker der nærmer sig livets afslutning. Denne kategori gælder mennesker med en forventet levetid på mindre 6 måneder , som ikke lever med svær skrøbelighed i øvrigt (Mange terminalt syge mennesker kan stadig motionere helt indtil livets afslutning).
BEDØMMELSE AF SKRØBELIGHED HOS MENNESKER MED DEMENS Mennesker med demens er oftest skrøbelige (scorer oftest minimum 5) og graden af skrøbelighed svarer som regel til graden af demens. Typiske symptomer ved mild demens er at glemme detaljer om en nylig begivenhed, selvom man kan huske selve begivenheden og at gentage det samme spørgsmål/historie og social tilbagetrækning. Ved moderat demens er hukommelsen for nylige begivenheder svært nedsat, selvom man kan huske gamle minder tydeligt. Man kan udføre personlig pleje med vejledning. Ved svær demens kan man ikke udføre personlig pleje uden hjælp. Ved meget svær demens er man ofte sengeliggende. Mange er nærmest ophørt med at tale.		
 DALHOUSIE UNIVERSITY Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicine.ca Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495. Danish Version 2.0, 2020, translated by Anders Fournaise and Søren Kibell Nissen, University of Southern Denmark.		

Klinisk relevans

Skrøbelighed er associeret med øget risiko for både akutte og kroniske helbredsrelaterede konsekvenser [6]. Derfor bør tilstedeværelse af skrøbelighed være en indikator for, at der er behov for en helhedsorienteret, tværfaglig og tværgående indsats baseret på patientens behov og patientens samlede situation. Det kliniske perspektiv på tværs af sundhedsvæsenet er illustreret i **Figur 2**.

FIGUR 2 Illustration af det kliniske perspektiv på tværs af sundhedsvæsenet.



CFS = Clinical Frailty Scale

a) CFS 9 er reserveret til dem, der lever med terminal sygdom og ikke med svær skrøbelighed.

I hospitalssektoren er skrøbelighed tæt knyttet til risiko for medicinske og postoperative komplikationer såsom infektioner, delirium, forværring af kroniske sygdomme, længere indlæggelser og funktionstab [19, 20] samt både korttids- og langtidsdødelighed og øget rehabiliteringsbehov [4, 16, 21]. Internationalt anbefales det, at ældre med akut sygdom systematisk vurderes for skrøbelighed, f.eks. ved CFS, som en integreret del af den akutte vurdering ved en hospitalskontakt [22].

I almen praksis har skrøbelighed en central rolle i vurderingen af ældre, og skrøbelighedsvurdering kan danne grundlag for en personcentreret tilgang baseret på den praktiserende læges kendskab til patientens funktion og ressourcer over tid. Det anbefales ikke at bruge systematisk screening med CFS for skrøbelighed i almen praksis. CFS kan dog bidrage som supplement til vurderingen af ældre, hvis der er behov for et mere objektivt mål, som kan kommunikeres på tværs af sundhedsvæsenet [23].

Når en ældre patient vurderes skrøbelig, bør det overvejes, om tilstanden er reversibel, og om øvrig behandling

skal tilpasses den nye situation. Her er lægemiddelgennemgang centralt, idet skrøbelighed medfører højere risiko for bivirkninger, interaktioner og medicinrelaterede indlæggelser [9].

I kommunale forløb har skrøbelighed betydning for visitation til hjemmepleje, træning og øvrige støtteforanstaltninger såsom ernæringsstøtte. Stigende skrøbelighed øger risikoen for indlæggelse og behov for pleje efter hospitalskontakt [24]. De kommunale sundhedsprofessionelle har ofte den tætteste kontakt med borgeren i dagligdagen og spiller derfor en central rolle i at identificere ændringer i graden af skrøbelighed.

Vurderingsredskaber

Skrøbelighed kan vurderes med en række forskellige redskaber varierende i kompleksitet, perspektiv og anvendelighed. Ingen enkeltmetode kan betragtes som den mest valide standard, og valget af redskab bør baseres på formål, kontekst og den tid, der er til rådighed [8, 9].

En række vurderingsredskaber baseres på fysiske tests og udspørgen af varierende indhold og kompleksitet, f.eks. Short Physical Performance Battery, FRail-skalaen, PRISMA-7, G8 og Multidimensional Prognostic Index og BRIEF-MPI [8, 25]. Disse har høj prognostisk værdi, men kræver tid, plads eller udstyr og bruges derfor sjældnere i en travl klinisk hverdag. I kliniske forløb er der voksende interesse for vurderingsredskaber, der hurtigt kan integreres i de daglige arbejdsgange, hvor CFS er det mest udbredte internationalt og anvendes i stigende grad i Danmark [26].

Nationalt niveau

I dansk kontekst støttes implementering af skrøbelighedsvurdering og -håndtering med etableringen af Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed (DANFRail) under Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut [27]. DANFRail har til formål at styrke, monitorere og ensarte kvaliteten af udredning og behandling af ældre patienter med skrøbelighed, uanset hvor personen møder sundhedsvæsenet. CFS benyttes som første indikator for at identificere populationen. Databasens øvrige indikatorer retter sig mod patienter med skrøbelighed og guider klinikere til en helhedsorienteret tilgang [27]. Erfaringer viser, at vurderingen har størst værdi, når den kobles til konkrete kliniske indsatser såsom ernæringsindsats, mobilisering, rehabilitering, palliation, tværsektoriel koordinering eller andre behandlingsmål.

Udbredt brug af skrøbelighedsvurderinger rejser etiske spørgsmål om risikoen for, at skalaer som CFS fejlagtigt benyttes som beslutningsalgoritme eller isoleret fravalgskriterium til behandlingsmuligheder eller -niveau. CFS er udviklet som et klinisk beslutningsstøtteredskab og kan ikke bruges isoleret som beslutningsalgoritme. Fejlanvendelse kan føre til såkaldt skrøbelighedsdiskrimination, hvor ældre borgere mødes med lavere forventninger eller reducerede behandlingsmuligheder alene på grund af en skrøbelighedsstatus [28]. Dette vil også medføre risiko for, at det at blive vurderet som skrøbelig og eventuelt klassificeret som skrøbelig kan opleves som stødende. Selve begrebet skrøbelighed kan opleves værdiløst og potentielt stigmatiserende. Derfor er nuanceret dialog med patient og pårørende essentiel, og det anbefales at lægge vægt på det inverse, dvs. uafhængighed, modstandskraft og autonomi [29].

Perspektiver

Skrøbelighed er på vej til at blive et centralt klinisk pejlemærke i vurderingen af ældre patienter, og flere har foreslået, at skrøbelighed integreres i den initiale vurdering af ældre patienter i kombination med måling af vitalparametre samt anvendes systematisk i kliniske beslutningsprocesser og sektorovergange [22, 30].

Forskellige sektorer møder ofte skrøbelighed fra forskellige perspektiver. I almen praksis vil man typisk observere de første tegn på begyndende skrøbelighed, længe før patienten får behov for kommunal støtte eller kontakt til sekundærsektoren. Vurderinger fra almen praksis og kommunen udgør vigtige pejlemærker i planlægningen af udredning, behandling og pleje i samarbejde med patienten og dennes pårørende. Derfor vil tværsektoriel vurdering med CFS åbne for nye perspektiver for at identificere sårbare grupper og målrette indsatser.

Forskning i skrøbelighed har længe haft primært fokus på begrebsafklaring og identifikation af valide og klinisk anvendelige vurderingsredskaber. I takt med at konsensus om vurderingsværktøjer styrkes, er der brug for at rette sig mod interventioner målrettet ældre med skrøbelighed. DANFRAIL skaber et nationalt datagrundlag, der muliggør systematisk opfølgning på skrøbelighed over tid og kobling til konkrete indsatser og kliniske endemål. Fremtidig forskning bør i høj grad rettes mod udvikling og implementering af interventioner målrettet ældre med skrøbelighed, f.eks. ved at undersøge effekt af målrettede trænings- og ernæringsinterventioner, udvikle tværsektorielle organisatoriske tilpasninger og individualiserede behandlingsstrategier. Særligt savnes studier, der undersøger effekten af skrøbelighedsorienterede interventioner på klinisk relevante endemål såsom funktionsevne, behandlingsbyrde, livskvalitet og dødelighed. En sådan forskningsmæssig bevægelse er nødvendig for at sikre, at identifikation af skrøbelighed ikke alene bliver diagnostisk, men også omsættes til konkret forbedret patientbehandling.

Konklusion

I et sundhedsvæsen med stigende kompleksitet og flere ældre patienter er skrøbelighed et centralt begreb og skrøbelighedsvurderingen et centralt redskab. Et fælles og enkelt redskab som CFS kan fungere som et sammenhængende klinisk sprog og understøtte individualiserede behandlingsmål og bedre koordination på tværs af sundhedsvæsenet. Fokus på skrøbelighed kan bidrage til en mere præcis prioritering af indsatser og gøre det muligt at understøtte kliniske vurderinger, beslutninger og behandling. Den systematiske vurdering af skrøbelighed bidrager til at identificere patienter, hvor målrettede indsatser som medicingennemgang, ernærings- og træningsinterventioner, rehabilitering og lindring er særligt relevante. Derfor er implementeringen af CFS i dansk sundhedsvæsen i kombination med nationale initiativer som DANFRAIL vigtige indsatser, som kan forbedre de kliniske interventioner for de ældre og muliggøre tidlig opsporing på individniveau og løbende kvalitetsmonitorering nationalt.

Skrøbelighed er dermed ikke kun en risikomarkør, men en central indikator, som bør identificeres for at sikre helhedsorienteret og værdibaseret behandling af ældre borgere på tværs af sundhedssystemet.

Korrespondance Hanne Nygaard. E-mail: hanne.nygaard@regionh.dk

Antaget 12. maj 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:V01260032

doi 10.61409/V01260032

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

SUMMARY

Frailty in the older adults

Frailty is a core geriatric condition reflecting reduced physiological reserve and increased vulnerability to stressors. Frailty is associated with functional decline, hospitalisation, and mortality across healthcare settings. This review frames the key concept, clinical relevance, and assessment tools, primarily focusing on the Clinical Frailty Scale. The review highlights how frailty assessments can support clinical decision-making and individualised treatment based on older patients' needs.

REFERENCER

1. World Health Organization. WHO clinical consortium on healthy ageing: topic focus: frailty and intrinsic capacity: report of consortium meeting, 1-2 December 2016 in Geneva, Switzerland, 2017. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-17.2> (14. jan 2026)
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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238912>
3. Chew J, Chia JQ, Kyaw KK et al. Frailty screening and detection of geriatric syndromes in acute inpatient care: impact on hospital length of stay and 30-day readmissions. Ann Geriatr Med Res. 2023;27(4):315-323. <https://doi.org/10.4235/agmr.23.0124>
4. Nygaard H, Kamper RS, Ekman A et al. Co-occurrence of sarcopenia and frailty in acutely admitted older medical patients: results from the Copenhagen PROTECT Study. J Frailty Aging. 2024;13(2):91-97. <https://doi.org/10.14283/jfa.2024.23>
5. Chen X, Mao G, Leng SX. Frailty syndrome: an overview. Clin Interv Aging. 2014;9:433-41. <https://doi.org/10.2147/CIA.S45300>
6. Clegg A, Young J, Iliffe S et al. Frailty in elderly people. Lancet. 2013;381(9868):752-62. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)
7. Kojima G. Frailty as a predictor of hospitalisation among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. J Epidemiol Community Health. 2016;70(7):722-9. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206978>
8. Dent E, Martin FC, Bergman H et al. Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. Lancet. 2019;394(10206):1376-1386. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31785-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31785-4)
9. Morley JE, Vellas B, van Kan GA et al. Frailty consensus: a call to action. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(6):392-7. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>
10. Vass M, Hendriksen C. Der mangler dansk konsensus om definitionen af skrøbelighed. Ugeskr Læger. 2016;178(43):V04160279. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/der-mangler-dansk-konsensus-om-definitionen-af-skrøbelighed>
11. Arendts G, Burkett E, Hullick C et al. Frailty, thy name is... Emerg Med Australas. 2017;29(6):712-716. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12869>
12. Fried LP, Tangen CM, Walston J et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3):M146-56. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
13. Xue QL, Tian J, Walston JD et al. Discrepancy in frailty identification: move beyond predictive validity. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2020;75(2):387-393. <https://doi.org/10.1093/gerona/glz052>
14. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2007;62(7):722-7. <https://doi.org/10.1093/gerona/62.7.722>
15. Theou O, Walston J, Rockwood K. Operationalizing frailty using the frailty phenotype and deficit accumulation approaches. Interdiscip Top Gerontol Geriatr. 2015;41:66-73. <https://doi.org/10.1159/000381164>
16. Rockwood K, Song X, MacKnight C et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ. 2005;173(5):489-95. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>
17. Pulok MH, Theou O, van der Valk AM, Rockwood K. The role of illness acuity on the association between frailty and mortality in emergency department patients referred to internal medicine. Age Ageing. 2020;49(6):1071-1079. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa089>
18. Fournais 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. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02222-w>
19. Theou O, Squires E, Mallery K et al. What do we know about frailty in the acute care setting? A scoping review. BMC Geriatr. 2018;18(1):139. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0823-2>
 20. Ellis HL, Dunnell L, Eyres R et al. What can we learn from 68 000 clinical frailty scale scores? Evaluating the utility of frailty assessment in emergency departments. Age Ageing. 2025;54(4):afaf093. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaf093>
 21. Nygaard H, Henriksen M, Suetta C, Ekman A. Comparison of two frailty screening tools for acutely admitted elderly patients. Dan Med J. 2022;69(8):A11210866. <https://ugeskriftet.dk/dmj/comparison-two-frailty-screening-tools-acutely-admitted-elderly-patients>
 22. Lucke JA, Mooijaart SP, Heeren P et al. Providing care for older adults in the emergency department: expert clinical recommendations from the European Task Force on Geriatric Emergency Medicine. Eur Geriatr Med. 2022;13(2):309-317. <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00578-1>
 23. Dansk Selskab for Almen Medicin. Den ældre skrøbelige patient, 2023. <https://www.dsam.dk/vejledninger/aeldre> (14. jan 2026)
 24. 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>
 25. Bech D, Lietzen LW, Meldgaard P et al. Diagnostic accuracy of the geriatric screening tools G8 and modified G8 in older patients with lung cancer: a diagnostic performance study. J Geriatr Oncol. 2024;15(2):101645. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2023.101645>
 26. Fehlmann CA, Mc Loughlin K, Cosgriff EJ et al. Service provision for frailty in European emergency departments (FEED): a survey of operational characteristics. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2024;32(1):119. <https://doi.org/10.1186/s13049-024-01293-z>
 27. Lietzen LW, Nissen SK, Andersen-Ranberg K et al. Improving care for older patients living with frailty: a collaborative approach to creating the DANFRAIL quality database. Eur Geriatr Med. 2026;17(2):1039-1047. <https://doi.org/10.1007/s41999-025-01395-6>
 28. Rockwood K. Frailty and the new ageism. Evidence Network. Published 2017. <https://medium.com/@evidencenetwork/frailty-and-the-new-ageism-29bb14355f9b> (17. maj 2026)
 29. Pan E, Bloomfield K, Boyd M. Resilience, not frailty: a qualitative study of the perceptions of older adults towards "frailty." Int J Older People Nurs. 2019;14(4):e12261. <https://doi.org/10.1111/opn.12261>
 30. Nissen SK, Rueegg M, Carpenter CR et al. Prognosis for older people at presentation to emergency department based on frailty and aggregated vital signs. J Am Geriatr Soc. 2023;71(4):1250-1258. <https://doi.org/10.1111/jgs.18170>