

Statusartikel

Vurdering af skrøbelighed styrker beslutningstagning om behandlingsniveau og palliativ indsats

Laura Bogut¹, Martin Schultz², Maria Kristiansen³, Tom Møller⁴ & Mogens Grønvold^{3, 4}

1) Akutafdelingen, Sjællands Universitetshospital, Køge, 2) Afdeling for Ældresygdomme og Lindrende Behandling, Københavns Universitetshospital – Amager og Hvidovre Hospital, 3) Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, 4) Geriatrisk og Palliativ Afdeling, Københavns Universitetshospital – Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Ugeskr Læger 2026;188:V01260037. doi: 10.61409/V01260037

HOVEDBUDSKABER

- Systematisk vurdering af skrøbelighed ved indlæggelse kan styrke beslutningstagning om behandlingsniveau og palliativ indsats.
- Patientens egne mål, funktionsevne og præferencer bør være central i planlægning for at sikre værdighed og undgå over- og underbehandling.
- Tværfagligt samarbejde og dokumentation gør det muligt at gennemføre forløb på tværs af sektorer.

Et stigende antal ældre indlægges med kompleks multisygdom og udgør samtidig en heterogen gruppe med stor variation i ressourcer, sygdomme, funktionsevne og ønsker. Mange lever med en høj grad af skrøbelighed, hvilket har afgørende betydning for prognose, behandlingsvalg og livskvalitet. I akutte situationer skaber dette etiske dilemmaer med behov for tidlig sundhedsfaglig vurdering af skrøbelighed for at sikre tilpassede og meningsfulde forløb med respekt for patientens behov.

Stillingtagen til behandlingsniveau, beslutning om behandlingsophør og opstart af palliative indsatser bør ske i hele sundhedsvæsenet, men samtalen kan være svær at indlede, og beslutningerne kræver et samlet skøn, hvor autonomi, værdighed, fælles beslutningstagning og vurdering af skrøbelighed indgår [1-3].

Denne artikel belyser, hvordan systematisk vurdering af skrøbelighed kan styrke etisk og personcentreret beslutningstagning, forebygge både over- og underbehandling samt understøtte rettidig palliativ indsats. Tilgangen kan desuden styrke det tværsektorielle og tværprofessionelle samarbejde om ældre patienter med palliative behov.

Skrøbelighed som systematisk vurderingsredskab

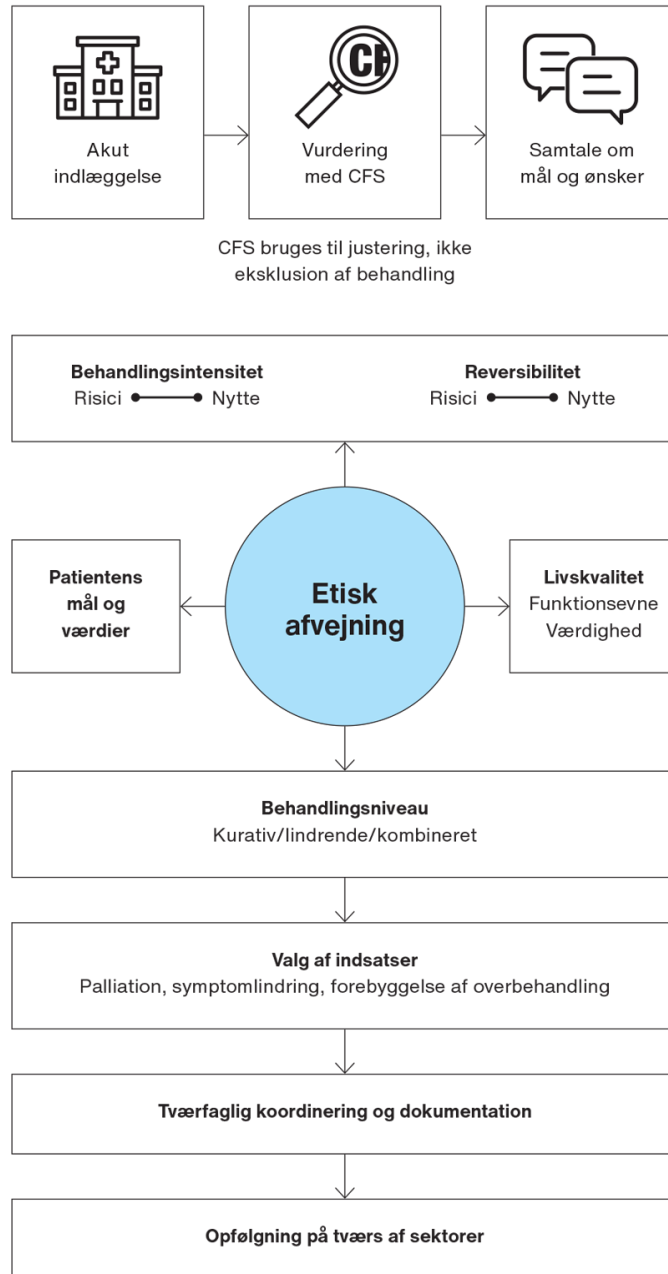
Skrøbelighed er et klinisk syndrom, der karakteriseres ved et samspil mellem fysisk og psykisk helbred, kognitiv funktion, ressourcer og sociale faktorer. Tab på et eller flere af disse parametre øger sårbarhed og medfører øget risiko for funktionstab ved selv mindre belastninger såsom banale infektioner [1, 4, 5]. Stigende alder giver øget risiko for skrøbelighed, men langt fra alle ældre lever med skrøbelighed. Skrøbelighed er definatorisk en fluktuerende og dynamisk tilstand og bør løbende vurderes. Et valideret redskab hertil er Clinical Frailty Scale

(CFS), som er anerkendt, valideret og i stigende grad anvendt i Danmark på tværs af sektorer [1, 6].

Der er i valideringsstudiet af CFS vist signifikant sammenhæng mellem CFS-score og mortalitet, og man har i et andet studie vist, at patienter, der blev henvist til intensiv behandling, men ikke kunne tilbydes dette, havde signifikant højere CFS-score og tremånedersmortalitet sammenlignet med patienter, der kunne tilbydes intensiv behandling [6, 7]. Dette understøtter relevansen af systematisk skrøbelighedsvurdering som beslutningsstøtte i forhold til vurdering af prognose og afvejning af, hvornår behandlingsbyrden overstiger den forventede gevinst og leder til overbehandling. Sammenholdt med patientens individuelle ønsker kan skrøbelighedsvurderingen lette skiftet fra kurativt intenderet behandling til overvejende lindrende behandling.

Det er en vigtig pointe, at vurderingen af skrøbelighed bruges som beslutningsstøtte og ikke som en automatisk begrænsning af behandlingstilbud eller fravalg af specifikke procedurer eller behandlinger. Det er tidligere vist, at læger giver mindre invasive behandlinger til patienter lige efter en rund fødselsdag end dem lige før uden andet klinisk grundlag [8]. Denne »ageisme« baseret på kronologisk alder skal ikke erstattes af »frailisme«, dvs. diskrimination på baggrund af høj skrøbelighed [9] (**Figur 1**).

FIGUR 1 Skrøbelighed som beslutningsstøtte for værdige personcentrerede forløb.



CFS = Clinical Frailty Scale.

Palliation i den akutte kontekst

Beslutningstagning om behandlingsintensitet udfoldes ofte i akutte og semiakutte hospitalssituationer præget af akut i kronisk-sygdom, funktionstab og usikker prognose. Den enkelte patient repræsenterer unikke, komplekse og foranderlige behov, ressourcer og værdier af betydning for lindring og livskvalitet ved livets afslutning, hvilket gør stillingtagen til behandlingsniveau til en krævende klinisk og etisk opgave. Man har i en rapport vist, at op til 40% af døende ældre borgere indlægges på hospitalet inden for de sidste 30 dage af deres levetid [10]. Tilsvarende er ca. 20% af akut indlagte ældre borgere fuldstændig immobiliserede ved indlæggelsen, og en

betydelig andel har en forventet kort levetid på dage eller måneder [11]. Samtidig har en rapport udarbejdet af Ældre Sagen i 2018 vist, at kun omkring 2% har et ønske om at dø på hospitalet [12].

I den akutte kontekst er der ofte begrænset tid til at etablere en relation til patienten og opnå indsigt i dennes værdier og præferencer. Klinikeren kan stå over for patienter, hvor palliative behov ikke tidligere er afdækket, og hvor der ikke foreligger en forhåndstilkendegivelse eller behandlingsplan. Det akutte forløb kan dermed blive præget af beslutninger truffet under tidspres og med ufuldstændig information. Tidlig identifikation af skrøbelighed og palliative behov allerede ved modtagelsen kan bidrage til at undgå uhensigtsmæssige og potentielt belastende interventioner samt sikre, at den videre behandling tilpasses patientens situation og ønsker (Tabel 1).

TABEL 1 Kliniske indikatorer for rettidig palliation hos skrøbelige ældre.

Klinisk indikator	Relevans	Klinisk implikation
Funktionstab over tid	Faldende reserve	Initier ACP + vurder palliativt behov
Gentagne indlæggelser	Akut i kronisk-forløb	Revurder behandlingsniveau
Høj symptombyrde	Kompromitterer livskvalitet	Palliativ symptomlindring
Kort forventet levetid	Prognostisk faktor	Lindring frem for kurativ strategi
Høj behandlingsbyrde	Risiko for overbehandling	Deeskaler og måljuster
Lavt behandlingsønske	Autonomi	Respekter præferencer

ACP = advance care planning.

Det skal understreges, at den palliative indsats bør indtænkes parallelt med den sygdomsrettede indsats og ikke begrænses til de sidste uger.

Den patientcentrerede vurdering

Systematisk skrøbelighedsvurdering kan også bruges til at fremme mere meningsfulde og patientcentrerede forløb. Frem for at fokusere alene på fysiologiske behandlingsmål kan skrøbelighedsvurdering bruges til at fokusere på, hvad der er meningsfuldt for patienten. Det kan f.eks. være evnen til at klare dagligdagsaktiviteter eller deltagelse i sociale relationer. Patientens identitet, præferencer og livshistorie er helt central for at opretholde værdighed og kontinuitet i udredning, pleje og behandling. Når patientens værdier og egne mål forankret i funktionsevne og livskvalitet integreres i behandlingsplanen, er denne associeret med højere patienttilfredshed, færre unødvendige interventioner og oplevet kvalitet [13].

Skrøbelighedsvurderingen kan være udgangspunktet for at initiere en samtale, f.eks. hos mennesker, der lever med moderat eller højere skrøbelighed ($CFS \geq 6$), som også anbefalet af DSAM [1]. Selve samtalen kan f.eks. struktureres som i den medmenneskelige samtale, hvor elementer som værdighed, valg og håb indgår [14].

For ældre patienter, hvor der er palliative behov, kan relevante informationer for en patientcentreret vurdering opnås ved en »palliativ behovsvurdering«. Her udfylder patienten det nationalt anbefalede PRO Palliation (»Lindring og livskvalitet«), der giver en holistisk, dvs. fysisk, psykisk, psykosocial, eksistentiel, vurdering af patientens behov [15]. Svarene fra patienten uddybes i en efterfølgende samtale, hvor relevante palliative indsatser kan identificeres og prioriteres ud fra patientens præferencer.

Etiske principper i beslutningstagning

Skrøbelige ældre patienter har øget risiko for morbiditet og mortalitet samt en høj symptombyrde [15]. Der er stigende opmærksomhed på palliativ indsats som en del af patientcentreret pleje for denne population, med WHO's anbefaling om tidlig integration af palliation i sundhedssystemet [14-17].

Det er vist, at patienters oplevelse af den sidste tid kan være forbundet med følelsen af en manglende integritet hos individet [18]. Tilgangen til den alvorligt syge patient med kort forventet levetid bør være tværprofessionel, personcentreret og holistisk [19], hvor hensynet til autonomi, værdighed og retfærdighed balanceres med et realistisk behandlingsperspektiv og mellemmenneskelig viden genereret igennem relation til patient og pårørende [19-21].

Nyere litteratur peger på, at palliation bør overvejes ved vedvarende funktionstab, stigende hospitalskontakter og ukontrollerede symptomer [17]. En palliativ tilgang kan styrke kommunikationen med patienter og pårørende, afklare mål for behandling og omsorg, optimere smerte- og symptomlindring samt adressere psykosociale og eksistentielle behov [13, 16, 17]. F.eks. fungerer advance care planning som et centralt redskab til at synliggøre patientens værdier og præferencer på tværs af sektorer og over tid [22]. Det er dog væsentligt at anerkende, at patienter og pårørende kan opleve ambivalens i forhold til samtaler om livets afslutning [23]. Ønsker og præferencer kan ændre sig i takt med sygdomsudviklingen, og der kan være uoverensstemmelse mellem patientens og de pårørendes holdninger til behandlingsintensitet og foretrukket dødssted [24].

Denne kompleksitet understreger behovet for en fleksibel og løbende dialog frem for en enkeltstående samtale. En palliativ helhedsvurdering er derfor central i en personcentreret tilgang til skrøbelige ældre. Dette perspektiv harmonerer med »care that fits«-tilgangen, hvor behandling tilpasses patientens unikke situation og prioriteringer i hverdagslivets kontekst [25].

Palliation som led i en personcentreret tilgang kan ud over at sikre de rette lindrende indsatser sandsynligvis bidrage til en reduceret risiko for overbehandling, som er velkendt blandt skrøbelige ældre, særligt i akutte forløb med høj diagnostisk og terapeutisk intensitet [17, 20]. Etisk set kræver dette, at klinikere så vidt muligt balancerer princippet om at gøre godt og ikke gøre skade, dvs. hvornår behandling forventes at gavne, og hvornår byrden overstiger den forventede gevinst [20]. Tidlige og rettidige, ofte gentagne samtaler om mål for behandling og forventningsafstemning med patient og pårørende kan være en central strategi mod både over- og underbehandling [17, 22]. Konsekvensen af ikke at tilbyde en adækvat basal palliation på tværs af sundhedssektoren kan være, at patienterne ikke får optimal lindring, hvilket forringer patienternes livskvalitet, lægger en unødvendig byrde på pårørende og øger hyppigheden af unødvendige indlæggelser og overbehandling [26, 27].

I et lighedsperspektiv er det vigtigt at være opmærksom på, at adgangen til palliativ indsats ikke er ens for alle. Man har i et britisk review påvist, at socioøkonomiske faktorer kan påvirke både identificering af palliative behov og adgang til tilbud gennem en kompleks række af patient- og systemrelaterede faktorer [24]. Selv om evidensen primært stammer fra en britisk kontekst, understreger dette behovet for opmærksomhed på mulige barrierer og et eventuelt behov for f.eks. aktiv opsporing, tilpasset kommunikation og støtte til sårbare patienter.

Praktiske anbefalinger og forskningsperspektiver

DANFRAIL har indført CFS som fast skrøbelighedsvurdering ved akut indlæggelse, hvilket er et stort skridt den rigtige vej. Tabel 2 giver bud på praktiske anbefalinger.

TABEL 2 Praktiske anbefalinger.

Anbefaling	Uddybning
Systematisk skrøbeligheds-vurdering ved akutte hospitals-kontakter med CFS udvides	CFS-vurdering i forbindelse med DANFRAIL udvides til også at omfatte 65+-årige frem for kun 80+-årige
Systematisk skrøbeligheds-vurdering ved ikkeakutte kontakter	CFS vurderes ved ambulante kontakter, minimum ved årskontroller CFS indføres som rutine i almen praksis ved f.eks. forebyggende hjemmebesøg eller årskontroller
Skrøbeligheds-vurdering videregives i elektroniske patientjournaler i alle sektorer	CFS-værdien videregives ved sektorskift, da det er den gentagne vurdering, som giver informationer om, hvorvidt der er udvikling i tilstanden, og giver en indikation for, om en stigende skrøbelighed er reversibel eller ej
Flere faggrupper udfører CFS	CFS kan udføres af alle sundhedsfaglige professioner, hvilket også understøtter et øget tværfagligt samarbejde og et fælles sprog og referenceramme
Systematisk indførsel af ACP-samtaler	ACP-samtalen bør som minimum startes ved gentagne indlæggelser på kort tid, høj byrde af sygdom eller symptomer, forventet kort restlevetid samt ved vedvarende CFS ≥ 6 og vurdering af manglende reversibilitet, eller når patienten udtrykker ønske om det Ved erkendt skrøbelighed vil en palliativ behovsvurdering medvirke til at afklare, hvordan patienten bedst lindres
Systematisk brug af skrøbelighed som beslutningsstøtte	Skrøbelighed bør indgå som beslutningsstøtte i kliniske retningslinjer og behandlingsvejledninger CFS-værdier og klinisk relevante cut-offs vil variere fra tilstand til tilstand

ACP = advance care planning; CFS = Clinical Frailty Scale.

Eksisterende studier af palliativ indsats hos ældre er få eller metodisk begrænsede, og de fleste anvender ikke validerede skrøbelighedsmål som CFS [28]. Der mangler randomiserede studier af effekten af systematisk skrøbeligheds-vurdering og tidlig palliativ indsats. Fremtidig forskning bør også belyse ældres og pårørendes oplevelser, integration af CFS tværsektorielt, risikoen for »frailisme« samt ulighed i adgang til palliation.

Konklusion

Ældre patienter, der lever med multisygdom og skrøbelighed, udgør en voksende patientgruppe, hvor prognose, behandlingsnytte, funktionsevne og livskvalitet varierer betydeligt. Systematisk vurdering af skrøbelighed med et valideret redskab som CFS kan fungere som et klinisk og etisk beslutningsstøtteredskab, der kan bidrage til afklaring af behandlingsniveau, forebygge både over- og underbehandling og understøtte rettidig palliativ indsats. Yderligere randomiserede studier er dog nødvendige for at dokumentere effekten fuldt ud.

Særligt i den akutte kontekst, hvor beslutninger ofte træffes under tidspres og med begrænset kendskab til patienten, kan tidlig identifikation af skrøbelighed og palliative behov bidrage til at undgå overbehandling. Når skrøbelighed anvendes som beslutningsstøtte frem for som eksklusionskriterium, kan klinikerne indlede en dialog med patienten, tilpasse behandling til patientens egne mål og præferencer og dermed sikre mere personcentrerede og værdige forløb. Det kræver anerkendelse af, at patientens ønsker kan ændre sig over tid, og at samtalen om livets afslutning ofte må gentages.

Tværfagligt samarbejde, strukturerede samtaler om palliative behov og behandlingsmål samt dokumentation på tværs af sektorer er centrale forudsætninger for at integrere denne tilgang i praksis. Samlet kan skrøbelighedsvurdering bidrage til bedre kvalitet og mere meningsfulde, sammenhængende forløb for ældre patienter i det akutte sundhedsvæsen.

Korrespondance *Martin Schultz*. E-mail: martin.schultz@regionh.dk

Antaget 14. april 2026

Publiceret på ugeskriftet.dk 6. juli 2026

Interessekonflikter MS oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i Novo Nordisk, Eli Lilly. 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:V01260037

doi 10.61409/V01260037

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](#)

SUMMARY

Frailty assessment strengthens decision-making about treatment level and palliative care

Frailty is common among older adults admitted with multimorbidity and functional decline and has major implications for prognosis, treatment goals and quality of life. Systematic frailty assessment can support clinical and ethical decision-making, facilitate timely palliative care and prevent overtreatment. When combined with structured conversations about goals of care and interdisciplinary collaboration, this review finds, frailty assessment enables more person-centred and dignified care trajectories across sectors.

REFERENCER

1. Dansk Selskab for Almen Medicin. Den ældre skrøbelige patient, 2023. <https://www.dsam.dk/vejledninger/aeldre> (19. jan 2026)
2. Dansk Selskab for Almen Medicin. Palliation, 2024. <https://www.dsam.dk/vejledninger/palliation> (19. jan 2026)
3. Bogut L, Marså K, Schmidt TA et al. Det sundhedsfaglige møde med den alvorligt syge og den døende patient på hospital. Ugeskr Læger. 2025;187(20):V02250073. <https://doi.org/10.61409/V02250073>
4. 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)
5. 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>
6. 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>
7. Smith MA, Nedergaard HK, Hansen JR et al. The Clinical Frailty Scale to assess patients referred for intensive care therapy. Dan Med J. 2024;71(11):A08230542. <https://doi.org/10.61409/A08230542>
8. Olenski AR, Zimmerman A, Coussens S, Jena AB. Behavioral heuristics in coronary-artery bypass graft surgery. N Engl J Med. 2020;382(8):778-779. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1911289>
9. Dansk Selskab for Geriatri. Alders- og skrøbelighedsdiskrimination skal forebygges i sundhedsvæsenet, 2025. https://www.geriatri.dk/admin/files/userfiles/dok/Holdningspapir_alders-_og_skrøbelighedsdiskrimination_2025.pdf (19. jan 2026)
10. Menec VH, Nowicki S, Blandford A, Veselyuk D. Hospitalizations at the end of life among long-term care residents. J Gerontol

- A Biol Sci Med Sci. 2009;64(3):395-402. <https://doi.org/10.1093/gerona/gln034>
11. Kamper RS, Nygaard H, Ekman A et al. Feasibility of assessing older patients in the acute setting: findings from the Copenhagen PROTECT study. J Am Med Dir Assoc. 2023;24(12):1898-1903. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.07.002>
 12. Rådgivende Sociologer for Ældre Sagen. Danskernes holdning til at tale om sin egen og sine næres sidste tid og død, 2018. <https://www.aeldresagen.dk/maerkesager-og-resultater/viden-og-tal/analyser-og-undersogelser/2018-tale-om-doeden> (19. jan 2026)
 13. Søgaard 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>
 14. Schultz M, Guldin MB, Marså K. Den medmenneskelige samtale er en lægefaglig opgave. Ugeskr Læger. 2024;186(19):V10230658. <https://doi.org/10.61409/V10230658>
 15. Sundhedsdatastyrelsen. PRO-sekretariatet. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/digitale-loesninger/pro/om-pro/organisering-af-pro/pro-sekretariatet> (19. jan 2026)
 16. World Health Organization. Palliative care, 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (19. jan 2026)
 17. Russell AE, Denny R, Lee PG, Montagnini ML. Palliative care considerations in frail older adults. Ann Palliat Med. 2024;13(4):976-990. <https://doi.org/10.21037/apm-23-559>
 18. Peerboom FBAL, Friesen-Storms JHHM, Coenegracht BJEG et al. Fundamentals of end-of-life communication as part of advance care planning from the perspective of nursing staff, older people, and family caregivers: a scoping review. BMC Nurs. 2023;22(1):363. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01523-2>
 19. Clark D. 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. Soc Sci Med. 1999;49(6):727-36. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00098-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00098-2)
 20. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8. udg. Oxford University Press, 2019
 21. Kitson AL, Athlin ÅM, Conroy T. Anything but basic: nursing's challenge in meeting patients' fundamental care needs. J Nurs Scholarsh. 2014;46(5):331-9. <https://doi.org/10.1111/jnu.12081>
 22. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M et al. Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care. Lancet Oncol. 2017;18(9):e543-e551. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30582-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30582-X)
 23. Das Gupta MN, Hantzmon SV, Kutner JS et al. Patient and caregiver expression of reluctance and ambivalence during palliative care encounters. J Palliat Med. 2023;26(10):1391-1394. <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0533>
 24. Symmons SM, Ryan K, Aoun SM et al. Decision-making in palliative care: patient and family caregiver concordance and discordance – systematic review and narrative synthesis. BMJ Support Palliat Care. 2023;13(4):374-385. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2022-003525>
 25. Kunneman M, Griffioen IPM, Labrie NHM et al. Making care fit manifesto. BMJ Evid Based Med. 2023;28(1):5-6. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2021-111871>
 26. Sundhedsstyrelsen. Den palliative indsats, 2025. <https://www.sst.dk/aeldrepleje/temaer/selvbestemmelse/en-vaerdig-doed/den-palliative-indsats> (19. jan 2026)
 27. French M, Keegan T, Anestis E, Preston N. Exploring socioeconomic inequities in access to palliative and end-of-life care in the UK: a narrative synthesis. BMC Palliat Care. 2021;20(1):179. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00878-0>
 28. Hall A, Boulton E, Kunonga P et al. Identifying older adults with frailty approaching end-of-life: a systematic review. Palliat Med. 2021;35(10):1832-1843. <https://doi.org/10.1177/02692163211045917>