

Der mangler dansk konsensus om definitionen af skrøbelighed

Mikkel Vass¹ & Carsten Henriksen²

STATUSARTIKEL

1) Forskningsenheden for Almen Praksis, København

2) Afdeling for Social Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Ugeskr Læger
2016;178:V04160279

Behandling af syge ældre mennesker er en lægelig udfordring. Kombinationen af uundgåelige aldersforandringer, genetik, livsstilspåvirkninger og kroniske sygdomme kan i visse tilfælde medføre, at en i sig selv banal sygdom, f.eks. en urinvejsinfektion, kan få betydelige helbreds- og funktionsmæssige konsekvenser. Behandling af infektionen er nødvendig, men ikke altid tilstrækkelig til at forhindre blivende funktionsbegrænsninger.

Den kliniske erfaring, at skrøbelige ældre mennesker ved selv små helbredsforandringer falder, får delirium eller pludselig immobilitet, hænger sammen med en øget biologisk sårbarhed [1]. Der er nu enighed om, at skrøbelighed ikke kun er et fagligt skøn, men også et medicinsk syndrom, som kan identificeres og defineres klinisk og forklares patofysiologisk [1-5].

Terminologien for svækkede ældre mennesker er ofte upræcis. Der anvendes ukritisk vendinger som svage, udsatte, sårbare, funktionsbegrænsede og skrøbelige, uden at det klart er defineret, hvad man taler om.

Der er stigende evidens for nytten af forudseenhed i kontakten mellem læge og patient. Det handler ikke kun om udredning og behandling her og nu. Ved også at tænke fremad og være opmærksom på tegn på skrøbelighed er det muligt at forebygge eller udsætte en negativ spiral på både kortere og længere sigt [1, 2, 6]. Ældre mennesker med skrøbelighed har øget risiko for funktionstab, institutionalisering og død. Tilpasset fysisk aktivitet og ernæring samt medicingennemgang kan stabilisere skrøbelighed, og intervention over for tidlige tegn på skrøbelighed rummer gode muligheder for reversering [1, 2].

Der mangler konsensus om en præcis definition på begrebet skrøbelighed. Flere validerede værktøjer til

identifikation, diagnosticering og monitorering er tilgængelige, men måleredskaberne er afprøvet på forskellige typer patienter og er ikke valideret i en dansk sammenhæng.

Formålet med denne artikel er at samle den viden, der er på området, og opfordre til konsensus om en præcis definition og anvendelse af begrebet skrøbelighed.

SKRØBELIGHED ER EN KLINISK TILSTAND – ET MEDICINSK SYNDROM

Skrøbelighed er en klinisk tilstand – et medicinsk syndrom, hvor der er en øget sårbarhed hos en person over for at udvikle afhængighed af hjælp, hvis vedkommende udsættes for selv små belastninger. Tilstanden forklares som et multidimensionelt komplekst samspil mellem fysiske, psykiske, sociale og ydre faktorer hos en person med nedsat fysisk reservekapacitet [1-7]. Skrøbelighed er dynamisk og kan variere over tid. Skrøbelighed kan gradueres. Der er ikke blot tale om skrøbelighed eller ej, men om, hvorvidt der er mere eller mindre tegn på skrøbelighed, hvilket understreger den potentielle reversibilitet. Hvor sårbarhed afspejler nedsat fysisk, psykisk eller social modstandsdygtighed, er skrøbelighed en fysiologisk målbar tilstand. Alle skrøbelige er sårbare, men ikke alle sårbare er skrøbelige.

Der er overordnet to måder at definere syndromet på. I den oprindelige definition fra 2001 (**Tabel 1**) beskrives syndromet som en fænotype med: 1) vægttab, 2) let udtrætning og nedsat livsenergi, 3) lav muskelstyrke, 4) langsom gang og 5) nedsat fysisk aktivitet. Hvis mindst tre faktorer er til stede, er man skrøbelig; hvis en eller to faktorer er til stede, taler man om førskrøbelighed [8].

Den anden måde at definere skrøbelighed på er ved

HOVEDBUDSKABER

- ▶ Skrøbelighed er et medicinsk syndrom, som er associeret til dårlig prognose og øget forbrug af social- og sundhedsydelse.
- ▶ Der er gavnlige effekter af at intervenere over for skrøbelighed.
- ▶ Der mangler konsensus i Danmark om præcis definition og brug af begrebet.



TABEL 1

Oprindelige kriterier for skrøbelighed.

Nr.	Definition
1	Utilstet vægttab: 4-5 kg inden for det seneste år
2	Selvrapporteret træthed/udmattelse ved daglige aktiviteter
3	Nedsat muskelstyrke: håndtryk < 20% af det normale for alderen
4	Langsom gang: < 20% af det normale for alder og køn
5	Nedsat fysisk aktivitet: < 20% kcal af det normale for alder og køn

TABEL 2

International konsensuskonference om skrøbelighed 2013 [2].

Skrøbelighed er et syndrom

Skrøbelighed er en tilstand med biologisk øget sårbarhed, hvor selv minimal belastning/stress kan medføre alvorlige funktionsproblemer

Skrøbelighed er ikke i sig selv funktionsbegrænsning, selv om mange skrøbelige personer har problemer med funktionsevne

Skrøbelighed kan være reversibel eller forbedres ved intervention

Sundhedsfaglige bør kunne opdage syndromet så tidligt som muligt

Begrebet er nyttigt at anvende i primærsektoren

at danne et skrøbelighedsindeks – den kumulative deficitmodel [9]. Antallet af helbredsproblemer, som kan være alt fra symptomer, kliniske tegn, specifikke sygdomme, funktionsbegrænsninger og abnorme parakliniske undersøgelsesresultater, kan indgå i indekset. Rationalet er, at jo flere patologiske forhold, der er til stede hos en person, desto dårligere prognose, hvilket er dokumenteret i mange modeller [10].

Der er beskrevet mere end 25 modeller, og der har været en del akademisk diskussion om, hvilke kliniske områder som skulle indgå i definitionen [1, 5, 11, 12]. En præcis afgrænsning er endnu ikke opnået, men på en international konsensuskonference om skrøbelighed i 2013 opfordredes man til at være mere aktiv for at identificere, diagnosticere og behandle syndromet, uanset hvilken model man anvendte (Tabel 2).

PATOFYSIOLOGI

Fysiologisk opfattes skrøbelighed i dag som en uspecifik sårbarhedstilstand, der er udviklet over længere tid og afspejler ændringer i hele organismen (Figur 1). Syndromet er præget af mange målbare metaboliske forhold, hvor endokrine og immunologiske ændringer, oxidativt stress og neuronal aktivitet leder til celledød, organpåvirkninger og øget følsomhed for sygdom [1-5]. Kronisk inflammation ser ud til at være en vigtig del af syndromet [13].

PRÆVALENS

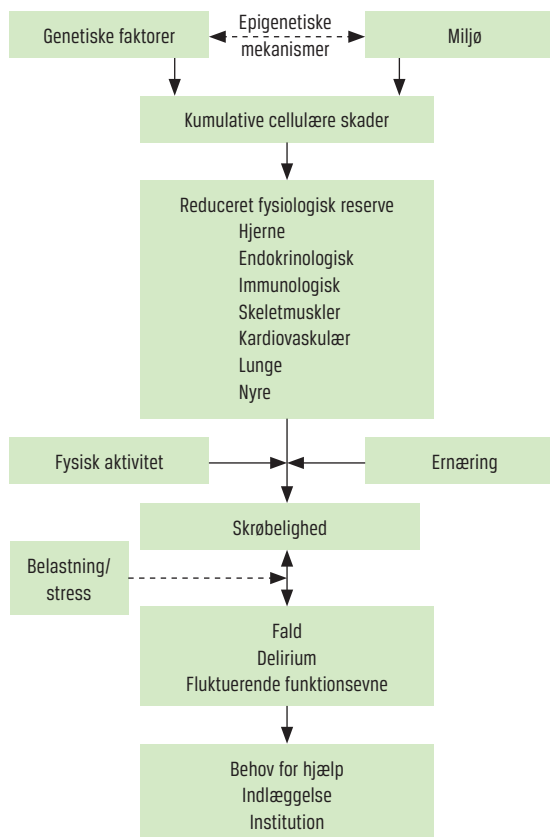
Ca. 10% af de 65+ -årige er skrøbelige. For de 85+ -årige er prævalensen steget til 30-50% [14]. De forskellige definitioner i forskellige social- og sundhedskulturer i mange europæiske og amerikanske befolkninger afspejler variationen i de ældste aldersgrupper.

SKRØBELIGHED, FUNKTIONSBEGRÆNSNINGER OG MULTIMORBIDITET

Det er vigtigt at skelne mellem skrøbelighed, funktionsbegrænsninger og multimorbiditet [15]. Mange, der har en eller flere kroniske sygdomme, vil også være skrøbelige, men bliver ikke erkendt skrøbelige, fordi fo-

FIGUR 1

Patofysiologien ved skrøbelighed [1].



kus er på at behandle de specifikke sygdomme enkeltvis [1, 16]. Tilsvarende kan gamle mennesker være skrøbelige uden at bruge social- og sundhedsvæsenet, indtil tilstanden pludselig bliver synlig f.eks. efter fald eller ved konfusion.

Der er også et sammenfald mellem skrøbelighed og funktionsbegrænsninger. Mange med funktionsproblemer er også skrøbelige, men man kan godt have haft funktionsproblemer i længere tid uden at være skrøbelig. Skrøbelighed kan altså være både årsag til og en følge af funktionsproblemer [1, 2].

Ikke alle med skrøbelighed er gamle, men syndromet ses mest blandt gamle mennesker og med stigende hyppighed med stigende antal kroniske sygdomme [1, 16].

Skrøbelighed kan dække over alvorlig sygdom. Det kan være cancer eller Parkinsons sygdom, som kræver udredning og måske kan behandles. Det er vigtigt, at skrøbelighed ikke bliver sat lig med alderdom [17].

I WHO's International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), der anvendes som helhedsmodel til beskrivelse af funktionsevne, falder skrøbelighed ind under kroppens funktioner [18].

SYMPTOMER OG TEGN PÅ SKRØBELIGHED

Klinikere med faglig erfaring har ofte intuitivt kunnet udpege, hvem der er skrøbelig, men der har ikke tidligere eksisteret detaljerede diagnostiske procedurer og definitioner. Den øgede sårbarhed over for selv små belastninger kan forårsage de skæbnesvangre »geriatriske giganter«: fald, delirium, immobilitet, invaliderende inkontinens og iatrogen medicinering.

Med identifikation af begyndende skrøbelighed øges mulighederne for reversibilitet, uanset hvilken model der anvendes. Der er enighed om, at man ikke skal screene den generelle ældrebefolkning [2, 16]. Engelsk konsensus foreslår at satse på uddannelse af personalet til at tænke på og have blik for tidlige tegn på syndromet. At undervise personale, som udfører forebyggende hjemmebesøg, i at reagere på uforklaret træthed, har i en dansk sammenhæng medvirket til flere aktive leveår og mindre institutionsforbrug [19].

Opmærksomhed på diskrete forandringer i dagligdagen med små ændringer af sociale aktiviteter eller kognitive færdigheder uden synlige tegn på funktionsbegrænsninger giver muligheder for en tidlig forebyggende indsats. Der tales om en postrobust periode [11]. Der er også initiativer i gang i danske kommuner under overskriften »Tidlig Opsporing« [20].

Tidlige tegn som f.eks. træthed i de daglige aktiviteter er klart associeret til senere afhængighed af hjælp [21]. Det harmonerer godt med, at træthed og nedsat energi er en del af den oprindelige skrøbelighedsfænotype (Tabel 1). Skrøbelighed kan i tidlige faser også ses klinisk ved, at man gennem længere tid er uden energi, taber sig, har en langsommere gang eller får tilbagevendende infektioner [1, 7]. Nye initiativer, hvor man oplyser om mulighederne for at ændre på forløbet ved selv at henvende sig med disse symptomer, forsøges kommunikeret direkte til ældrebefolkningen [22].

HVILKE REDSKABER ER DER TIL AFKLARING AF MISTANKE OM SKRØBELIGHED?

Der er flere redskaber til identificering af syndromet, hvor det afgørende er den fysiske kapacitet. Funktions-evne og skrøbelighed er imidlertid meget tæt korrelerede, og udfordringen ligger i at kunne skelne i den diagnostiske afklaring [23].

I et nyligt publiceret valideringsarbejde konkluderer man, at »testen« ikke eksisterer endnu, men at den ideelt består af to trin. En første test med en høj sensitivitet og derefter en mere standardiseret og detaljeret klinisk gennemgang for at opnå præcis diagnostik [24]. Som den mest sensitive første test anser man i dag vurdering af ganghastighed [25].

HVORFOR ER DET VIGTIGT AT KENDE SYNDROMET?

I lighed med f.eks. at kende syndromet demens er der veldokumenterede gavnlige effekter af at intervenere

medicinsk og socialmedicinsk over for skrøbelighed. Der kan opnås flere aktive leveår, og det medvirker til øget trivsel [1, 2, 6].

Ved at afdække, hvad der fysisk, psykisk og/eller socialt kan ligge til grund for syndromet, er der gode muligheder for at indgå i efterspurgte tværfaglige relationer. Afgørende vigtigt er lægelig behandling af en evt. tilgrundliggende sygdom og herunder en grundig medicingennemgang. »Mindre er måske mere« og »nyopståede symptomer hos gamle mennesker er en medicinbivirkning, indtil det modsatte er bevist!« [26]. Derudover er der veldokumenteret gavn af at støtte og facilitere fysisk aktivitet med muligheder for såvel styrke-, udholdenheds- som balancetræning [27], og der skal være fokus på ernæring [1].

Ved at genkende syndromet kan man mere fyldestgørende og velovervejet rådgive patienter og deres pårørende om den øgede risiko ved medicinske og kirurgiske behandlinger, og man kan også lettere diskutere den reelle gavn af forebyggende medicin [17, 23].

PERSPEKTIVER

Sundhedsvæsenet står over for store demografiske udfordringer. Anvendelse af et fælles og veldefineret begrebsapparat, der tager udgangspunkt i den foreliggende evidens, kan medvirke til en afklaring af, hvornår og hvordan systemet skal reagere på symptomer og tegn hos den enkelte.

Forebyggende og koordinerende initiativer mhp. at medvirke til aktive leveår og bedst mulig trivsel forsøges implementeret ved at fokusere på risikogrupper. Der tales om at koncentrere indsatsen om svage, sårbare, udsatte og skrøbelige ældre, uden at disse begreber er klart defineret.

I Sundhedsstyrelsens nye faglige oplæg til en national handlingsplan for ældre medicinske patienter for 2016-2019 anbefaler man, at der arbejdes videre med tidlig opsporing [28]. Hverken i denne handlingsplan eller i Dansk Selskab for Almen Medicins vejledning fra 2012 om den ældre medicinske patient er der anvendt en præcis definition af skrøbelighed [29]. I forløbsprogrammernes instrukser og kliniske retningslinjer anvender man tit skrøbelighed, uden at det er præcist defineret. I den amerikanske inspirerede Chronic Care Model, som tilstræbes indført i Danmark, indgår der heller ikke en entydig definition af skrøbelighed med reference til de nyeste internationale anvisninger [30].

Ved at identificere graden af skrøbelighed er der mulighed for mere præcist at udvælge målgrupper for en ekstra indsats også blandt personer med kronisk sygdom og multimorbiditet. En mere detaljeret stratificering af skrøbelighed ved udskrivelse fra sygehuse vil formentlig kunne kvalificere selve sektorovergangen med en evt. rehabiliterende opfølgning og danne udgangspunkt for videre udvikling og forskning.

Ved at fokusere på en klinisk vurdering, hvor man indbygger skrøbelighed i den personcenterede helhedsvurdering, som kendetegner primærsektoren og almen praksis i særdeleshed, har man et godt fundament at bygge videre på til at identificere potentielt reversible tidlige tegn på skrøbelighed.

KONKLUSION

Terminologien for svækkede ældre mennesker er ofte upræcis. Skrøbelighed er et medicinsk syndrom, hvor der ved intervention kan opnås flere aktive leveår og øget trivsel.

Der mangler imidlertid konsensus om en præcis definition og anvendelse af begrebet. Flere validerede og internationalt anerkendte værktøjer til identifikation, diagnosticering og monitorering er tilgængelige, men der bør opnås enighed om, hvilke der skal bruges i Danmark og hvornår.

Det er vores håb, at denne artikel kan medvirke til at fremskynde en diskussion af emnet. Et fælles initiativ udgående fra geriaterne og almen praksis kunne være en begyndelse.

SUMMARY

Mikkel Vass & Carsten Henriksen:

In Denmark, there is a lack of consensus in the definition of frailty

Ugeskr Læger 2016;178:V04160279

Emerging evidence demonstrates the value of frailty as a predictor of adverse outcomes in older persons. Identification of early stages of frailty offers the opportunity to reverse the development of frailty through targeted interventions. Awareness of the vulnerability in frailty can guide appropriate counselling of patients and their families when considering medical interventions. Recognition of frailty may also help identify and optimize the management of co-existing conditions. There is a lack of consensus in Denmark to use frailty and how to best identify, assess and diagnose frailty.

KORRESPONDANCE: Mikkel Vass. E-mail: m.vass@dadlnet.dk

ANTAGET: 10. august 2016

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 24. oktober 2016

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

- Clegg A, Young J, Iliffe S et al. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013;381:752-62.
- Morley JE, Vellas B, van Kan GA et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14:392-7.
- Fulop T, Larbi A, Witkowski JM et al. Aging, frailty and age-related diseases. *Biogerontology* 2010;11:547-63.
- Lang PO, Michel JP, Zekry D. Frailty syndrome: a transitional state in a dynamic process. *Gerontology* 2009;55:539-49.
- Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm-issues and controversies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007;62:731-7.
- Kojima G, Iliffe S, Jivraj S et al. Association between frailty and quality of life among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* 2016;70:716-21.
- Lacas A, Rockwood K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. *BMC Medicine* 2012;10:4.
- 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:M146-M156.
- Rockwood K, Song X, MacKnight C et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005;173:489-95.
- Song X, Mitnitski A, Rockwood K. Prevalence and 10-year outcomes of frailty in older adults in relation to deficit accumulation. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:681-7.
- Dapp U, Minder CE, Anders J et al. Long-term prediction of changes in health status, frailty, nursing care and mortality in community-dwelling senior citizens - results from the longitudinal urban cohort ageing study (LUCAS). *BMC Geriatrics* 2014;14:141.
- Clegg A, Bates C, Young J et al. Development and validation of an electronic frailty index using routine primary care electronic health record data. *Age Ageing* 2016;45:353-60.
- Franceschi C, Campisi J. Chronic inflammation (inflammaging) and its potential contribution to age-associated diseases. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2014;69(suppl 1):S4-S9.
- Collard RM, Boter H, Schoevers RA et al. Prevalence of frailty in community dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:1487-92.
- Fried LP, Ferrucci L, Darer J et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59:255-63.
- Turner G, Clegg A. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. *Age Ageing* 2014;43:744-7.
- Lee L, Heckman G, Molnar FJ. Frailty - identifying elderly patients at high risk of poor outcomes. *Can Fam Physician* 2015;61:227-31.
- ICF - Den danske vejledning og eksempler fra praksis. International klassifikation af funktionsevne, funktionsnedsættelse og helbredsstand. Sundhedsstyrelsen, 2005.
- Vass M, Avlund K, Siersma V et al. A feasible model for prevention of functional decline in older homedwelling people - the GP role. *Fam Pract* 2009;26:56-64.
- Tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter. Værktøjer til hverdagsobservationer. Sundhedsstyrelsen, 2013.
- Avlund K. Fatigue in older adults: an early indicator of the aging process. *Aging Clin Exp Res* 2010;22:100-15.
- <https://www.youtube.com/watch?v=cqm8AvRUvQo#action=share> (24. aug 2016).
- Cesari M, Demougeot L, Boccalon H et al. A self-reported screening tool for detecting community-dwelling older persons with frailty syndrome in the absence of mobility disability: The FIND Questionnaire. *PLoS ONE* 2014;9:e101745.
- van Kempen JAL, Schers HJ, Jan Philip et al. Predictive validity of a two-step tool to map frailty in primary care. *BMC Medicine* 2015;13:287.
- Clegg A, Rogers L, Young J. Diagnostic test accuracy of simple instruments for identifying frailty in community-dwelling older people: a systematic review. *Age Ageing* 2015;44:148-52.
- Vass M, Henriksen C. Mindre er måske mere - kan medicinordination til ældre mennesker forbedres? *Månedsskr Almen Prakt* 2012;90:953-64.
- Clegg A, Barber S, Young J et al. Do home-based exercise interventions improve outcomes for frail older people? *Rev Clin Gerontol* 2012;22:68-78.
- Styrket indsats for den medicinske patient. Fagligt oplæg til en national handlingsplan 2016-19. Sundhedsstyrelsen, 2016.
- Den ældre patient. Klinisk vejledning for almen praksis. DSAM, 2012.
- Hoogendijk EO. How effective is integrated care for community-dwelling frail older people? *Age Ageing* 4. maj 2016 (e-pub ahead of print).