

Statusartikel

Ugeskr Læger 2021;183:V02210114

Håndtering af indlagte ældre patienter i akutmodtagelsen

Martin Schultz^{1, 2, 3}, Marie Enemark Durand², Søren Kabell Nissen⁴, Mathias Brix Danielsen⁵, Azra Osmanagic⁴, Stig Andersen⁵, Ulla Davidsen Lebech³, Tina Lindenskov Carlsen^{6, 7}, Catherine Foss^{7, 8}, Jens-Ulrik Rosholm^{4, 7}, Hanne Elkjær Andersen³ & Lotte Usinger²

1) Akutmodtagelsen, Københavns Universitetshospital – Herlev og Gentofte Hospital, 2) Geriatrik Afdeling, Københavns Universitetshospital – Herlev og Gentofte Hospital, 3) Geriatrik Afdeling, Københavns Universitetshospital – Glostrup, Amager og Hvidovre Hospital, 4) Geriatrik Afdeling, Odense Universitetshospital, 5) Geriatrik Afdeling, Aalborg Universitetshospital, 6) Geriatrik Afdeling, Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehus, 7) Dansk Selskab for Geriatri, 8) Ældresygdomme, Aarhus Universitetshospital

Ugeskr Læger 2021;183:V02210114

HOVEDBUDSKABER

- Akut sygdom hos ældre manifesterer sig anderledes end hos yngre, og uspecifikke symptomer kan være behandlingskrævende tilstande.
- Akut indlagte ældre har nedsatte reserver og ringe mulighed for at kompensere.
- Akut indlagte, skrøbelige ældre skal identificeres hurtigt og bør tilbydes tværfaglig geriatrik ekspertise.

Det danske sundhedsvæsen udvikles mod øget specialisering og centralisering, mens den demografiske udvikling medfører en stigende andel af ældre, hvoraf flere har mange samtidige sygdomme [1]. På landets akutmodtagelser falder andelen af yngre patienter, mens andelen af multisyge ældre stiger [2-4], og derfor er ekspertise og kompetenceudvikling i modtagelse og håndtering af ældre multisyge patienter vigtigere end nogensinde før.

Akut indlagte ældre er en heterogen gruppe, hvor en del vil være særligt udsatte for komplikationer, uhensigtsmæssige forløb, suboptimale tværsektorielle overgange samt øget morbiditet og mortalitet [5, 6]. Denne gruppe er typisk karakteriseret ved kompleks akut sygdom, høj kronisk sygdomsbryde, nedsatte fysiske reserver, svækkede sanser, afhængighed af andre og polyfarmaci [7]. Disse ældre skal identificeres allerede ved ankomsten til akutmodtagelserne, og derfor er geriatrien rykket ind i akutmodtagelserne, så den tværfaglige geriatrike helhedsindsats og intervention kan påbegyndes hurtigst muligt, dette kaldes samlet akut geriatri. Grundprincippet er, at man skal tage sig af helheden i forbindelse med akut sygdom, herunder håndtere andre samtidige sygdomme, funktionstab, medicinjusteringer og sociale problemstillinger.

Af Sundhedsstyrelsens nye tiårsplan for organisering af den akutte sundhedsindsats [1] fremgår det, at alle akutsygehuse skal kunne tilbyde særlig pleje og behandling til ældre. Der anbefales optimale og rolige fysiske omgivelser samt kendskab til de særlige karakteristika, der gør sig gældende for akut indlagte ældre. Man skriver ligeledes, at alle akutsygehuse bør have adgang til tværfaglig geriatrik assistance i dagtid alle ugens dage [1].

Alle læger med funktion i akutmodtagelsen bør have et basalt kendskab til identifikation, vurdering og behandling af denne særlige patientkategori, ligesom lægerne skal vide, hvornår der skal søges assistance fra det akutte geriatriske team eller henvises til en geriatrisk funktion.

I det følgende gennemgår vi de karakteristika og forhold, man som læge skal være opmærksom på, når man håndterer akut indlagte, ældre, skrøbelige patienter.

FORHOLD OG TILSTANDE HOS ÆLDRE MAN BØR VÆRE SÆRLIG OPMÆRKSOM PÅ

Mange akut indlagte ældre er skrøbelige pga. den samlede alders- og sygdomsbetingede svækkelse i organsystemerne, hvilket medfører nedsat reservekapacitet og nedsat mulighed for at kompensere ved akut sygdom [8]. Skrøbelige ældre klarer sig lige akkurat i det daglige. Akut sygdom kan resultere i systemisk dekompenisering, der igen fører til funktionstab og nedsat føde-/væskeindtag. Samlet manifesterer dette sig i en uspecifik tilstand, som er præget af forvirring, svaghed, træthed eller utilpashed [8]. Hyppige årsager til uspecifikke klager er infektioner, dehydrering, elektrolytforstyrrelser, hjertesvigt, udiagnosticerede kognitive deficit og uhensigtsmæssig medicinering [6, 9]. Ofte vil det svageste organsystem give symptomer før det syge, hvilket giver en atypisk præsentation. Uspecifikke klager og atypiske præsentationer fører ofte til fejlagtig triagering og fejlvisitering, alt sammen faktorer, der er associeret med forsinket diagnostik og insufficient behandling med øget risiko for komplikationer og død inden for kort tid [10-12].

Afhængighed af andre i daglige aktiviteter er stærkt prognostisk for død [13], specielt hvis der er tale om et nyopstået fysisk eller kognitivt funktionstab med væsentlig øget behov for hjælp [5, 14]. Fysisk funktion ved indlæggelse hos ældre, vurderet ved f.eks. rejse-sætte-sig-test, håndgrebsstyrke, eller hvorvidt man er i stand til at forflytte sig selv, er også associeret til død [15].

Ved akut indlæggelse ses der ofte påvirket kognitiv funktion. Her er det vigtigt at afdække, om påvirkningen er nyttilkommet eller kendt fra tidligere. Når kognitionen vurderes, skal der rettes opmærksomhed på svækkede sanser og f.eks. manglende briller eller høreapparat.

Under- og fejlnæring spiller en stor rolle hos ældre, omkring 70% af de akut indlagte er i risiko for fejlnæring eller er fejlnærede [16]. Et utilsigtet vægttab på 4% over et år er en vigtig prædiktør for død [17]. Utilsigtet vægttab skal derfor udløse bekymring og udredning og kan skyldes sygdom, medicin eller sociale forhold.

Polyfarmaci er hyppigt forekommende hos ældre og øger risikoen for fald, nedsat komplians og død. Desuden er bivirkninger ved medicin eller uhensigtsmæssig medicinering hovedårsag til 10% af indlæggelserne af ældre [18-20].

Særlige tilstande, der skal identificeres hos ældre

Delirium forekommer hos 15-50% af de ældre indlagte patienter [21, 22] og udløses oftest af akut sygdom, lægemidler eller kirurgi og er underdiagnosticeret [22]. Delirium er et symptom på en underliggende tilstand, som afhjælpes ved at identificere, fjerne eller behandle den udløsende årsag. Uerkendt eller protraheret delirium er forbundet med risiko for øget plejeburde, komplikationer og død [22]. Derfor anbefaler den nationale behandlingsvejledning systematisk screening [23].

Faldtendens er hyppig hos ældre, og mange vil være faldet for nylig. Et fald skyldes i nogle tilfælde et uheld, men oftest ligger der en behandlingskrævende tilstand bag, som skal afdækkes. Fald blandt ældre er associeret med frakturer, funktionstab, øget brug af sundhedsvæsenet og død. Faldudredning, tværfaglig intervention og træning har dokumenteret effekt på antallet af fald [24].

Praktisk tilgang til risikovurdering og håndtering af ældre

Formålet med akut geriatri er at genoprette de centrale funktioner. Dette sikres ved relevant ernæring og mobilisering hurtigst muligt samtidig med tidlig diagnostik og behandling af akut sygdom, optimering af kroniske sygdomme samt begrænsning af funktionstab. Indlæggelsesforløbet skal koordineres med færrest mulige overgange.

Ved indlæggelse af ældre foretages der triage, måling af vitale værdier og initial ABCDE-stabilisering. Det er vigtigt at huske, at henvisningsdiagnosen ofte er uspecifik og sygdomspræsentationen atypisk [25]. Patienten triageres derfor ofte lavere og kan være i større risiko, end triagefarven tyder på [10, 26]. Ældre har ikke altid feber ved infektion, en positiv urinstiks er ofte udtryk for ikkebehandlingskrævende asymptomatisk bakteriuri, og pulsstigning kan være maskeret af betablokkere.

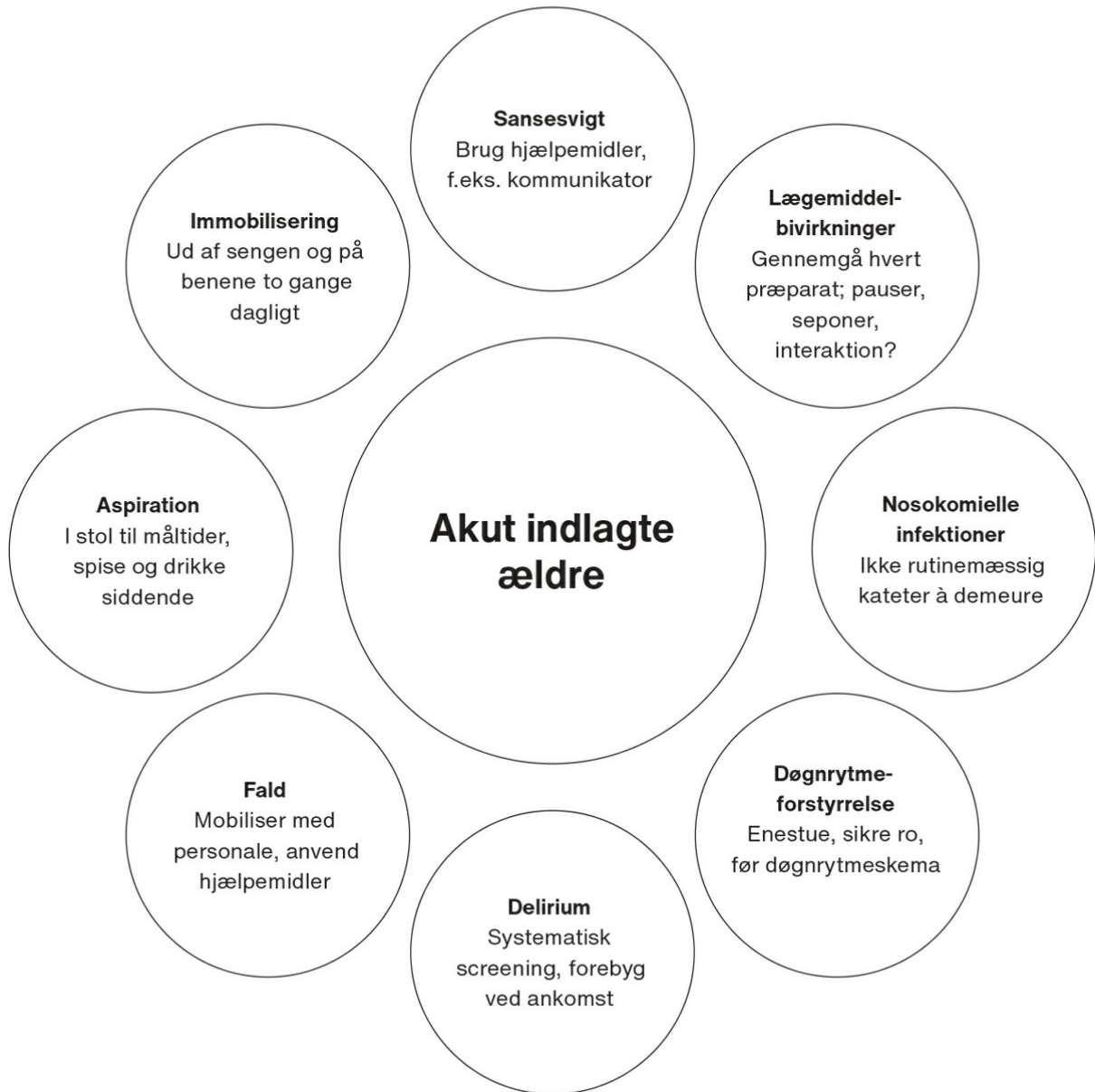
Modtagelse af akut indlagte ældre stiller krav til den diagnostiske tankegang. Man skal tænke bredt, udvide sin diagnostik tidligt og ikke stille sig tilfreds med det første positive fund. Oftest skal anamnesen suppleres ved kontakt til pårørende eller hjemmepleje. Faktorer, der bør have særlig opmærksomhed, er samlet i **Tabel 1**. Typiske komplikationer og deres håndtering er samlet i **Figur 1**.

TABEL 1 Faktorer, der skal vurderes/håndteres ved modtagelse af den akut indlagte ældre patient, og som skal berøres ved den første vurdering og indgå i den helhedsorienterede geriatriske vurdering.

Den akutte tilstand skal stabiliseres, udredes og behandles
Indhentning af supplerende anamnese fra pårørende/plejepersonale
Vurdering af hydrering, herunder væskeplan for de første 24 t.
Status på kroniske sygdomme, herunder præcisering af grad: eGFR/FEV1/LVEF
Funktionsniveau nu og tidligere skal afdækkes: kan patienten gå og stå?
Er der sket akutte ændringer i forbindelse med denne indlæggelse?
Vurdering af den kognitive status: hvorvidt der er ny forværring eller mistanke om delirium
Medicinalgennemgang: tænk mulige bivirkninger, nyrefunktion, blodtryk, diabetes, bevidsthedsniveau, interaktion eller bivirkninger af ny medicin
Kan patienten spise og drikke selvstændigt?
Nyopstået dysfagi skal opdages
Der skal ordineres ernæringscreening og der skal overvejes plan for suppl. mad, evt. sonde
Afdækning af den sociale status: hjælpemidler, hjemmehjælp, herunder om der skal iværksættes yderligere tiltag
Vurdering af svimmelhed og faldtendens
Henvielse til relevant udredning enten ambulant eller under indlæggelse, herunder evt. stillingtagen til osteoporoseudredning
Behandlingsniveau med udgangspunkt i patientens ønsker
Planlægning af et forløb der inkluderer så få skift som muligt
Ved udskrivelse laves plan for opfølgning og overdragelse af vigtige informationer til pårørende, pleje eller egen læge
Stillingtagen til opfølgning i hospitalsregi, kommunalt eller praktiserende læger

eGFR = estimeret glomerulær filtrationshastighed; FEV1 = volumen af en forceret udånding i det 1. sek.; LVEF = venstre ventrikels udrykningsfraktion.

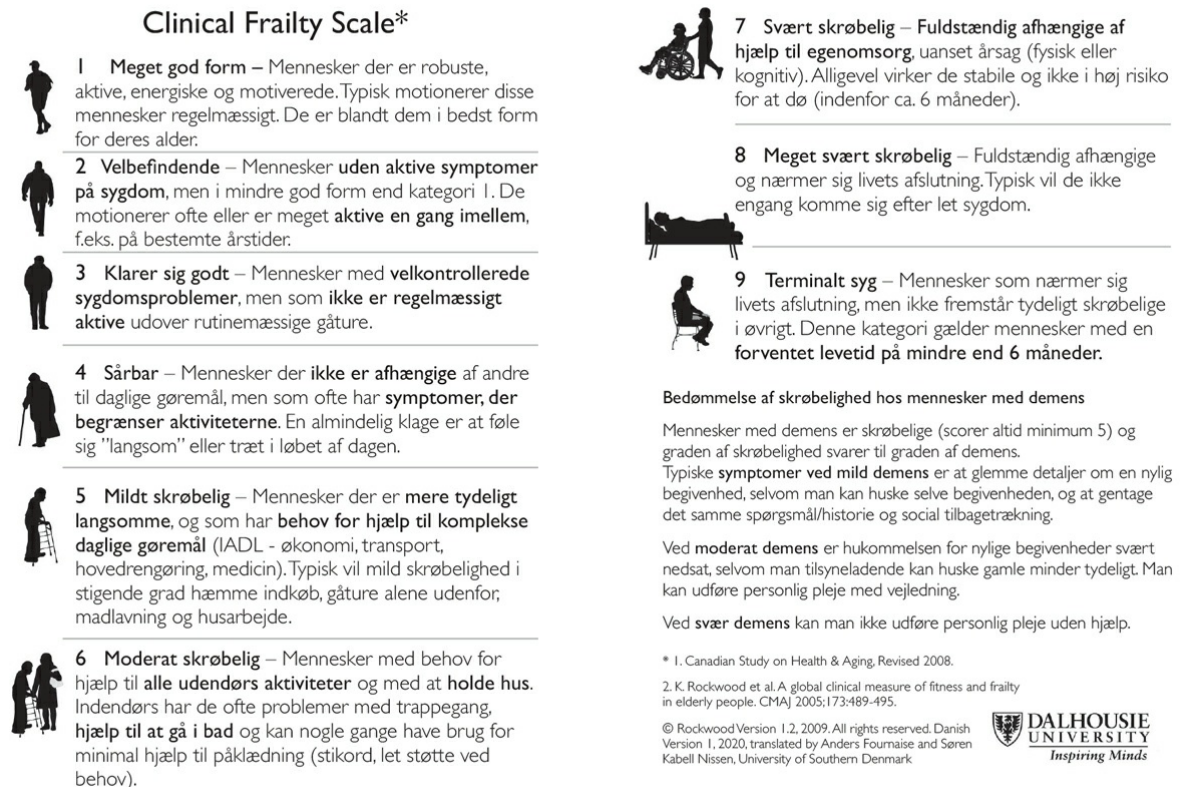
FIGUR 1 Hyppige komplikationer og eksempler på forebyggelse. Oversigten er ikke udtømmende.



Fysisk funktion

Vurdering af den fysiske funktion, og særligt graden af forværring i forbindelse med den aktuelle indlæggelse, bør indgå i den initiale lægefaglige risikovurdering. Som minimum skal man have patienten på benene og afdække det vanlige funktionsniveau. Der kan suppleres med vurdering ved en fysioterapeut, der kan objektivisere den fysiske funktion med håndgrebsstyrke eller rejse-sætte-sig-test. Fysisk funktionstab udløst af sygdom er allerede i gang, når patienterne ankommer til akutmodtagelsen, hvorfor det er vigtigt hurtigt at iværksætte fysioterapeutisk intervention. Således forebygges yderligere funktionstab, og afhængigheden ved udskrivelsen mindskes [27]. Som objektive mål for funktionsniveau og skrøbelighed er Clinical Frailty Scale et oplagt og nemt redskab at anvende (Figur 2) [28].

FIGUR 2 Clinical frailty scale oversat til dansk [28].



Hos ældre skal eventuelle nylige fald afdækkes, og anamnesen skal suppleres med de fire spørgsmål fra Sundhedsstyrelsen (Tabel 2). Man kan afhængigt af årsagen til faldet udrede patienten under den aktuelle kontakt, hos egen læge eller i en geriatrisk faldklinik.

Patienternes ernæringstilstand skal vurderes, og ernæringsterapi skal overvejes umiddelbart efter ankomst. Som minimum skal patienterne tilbydes væske og føde, ligesom der bør screenes for mangeltilstande, og patienterne skal vejes. Der skal være opmærksomhed på eventuel dysfagi, overvejelser om ergoterapeutisk vurdering af synkefunktionen og en plan for opfølgning. Tidligt i forløbet af akut sygdom skal lægen overveje, om der skal anlægges en sonde, eller der skal opstartes parenteral ernæring. Endvidere skal man være opmærksom på risikoen for refeeding og patientens egne ønsker.

TABEL 2 Hyppige komplikationer og deres håndtering.
Ikke udtømmende oversigt.

Problem	Hvor får jeg hjælp?
Medicingennemgang	IRF: Seponeringslisten ^a Dansk Selskab for Geriatri: Stopp/start-kriterierne ^a Interaktionsdatabasen ^a SST: Antikolinerge lægemidler ^a
Fald	Ja til ≥ 1 af flg. spørgsmål udløser faldudredning: Har der været bevidsthedstab i forbindelse med faldet? Lider du af daglige balanceproblemer? Lider du af svimmelhed? Har der været gentagne fald i det seneste år? SST: Folderen »Faldpatienter i den kliniske hverdag« ^a
Delirium	CAM-scoring National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af delirium ^a BCAM: SST/media/BCAM ^a 4AT: The4at.com/4at-dansk ^a
Funktionsniveau/ADL	Clinical Frailty Scale-score ^b Håndgrebsstyrke er associeret med død og ADL og en markør for sarkopeni De europæiske guidelines for sarkopeni ^a
Depression	Geriatrisk Depressionsskala Elektronisk på Sundhed.dk ^a

4AT = 4 A's Test: Alertness, Age, Attention, Acute change or fluctuating course (Assessment test for delirium & cognitive impairment); ADL = activities of daily living; BCAM = Brief Confusion Assessment Method; CAM = Confusion Assessment Method; IRF = Indsatser for Rationel Farmakoterapi; SST = Sundhedsstyrelsen.

a) Link er tilgængelig med artiklen på ugeskriftet.dk

b) Se Figur 2.

Kognitiv funktion

Til hurtig screening for kognitiv dysfunktion kan man bede patienterne benævne årets måneder baglæns. Ved mistanke om kognitiv dysfunktion anbefales det, at patienterne screenes for delirium f.eks. med testene: confusion assessment method eller "the 4 A's test" (4AT) (Tabel 2) [29, 30]. Erkendelse af delirium er en vigtig tværfaglig opgave. Det er afgørende for korrekt håndtering, at delirium identificeres, og de udløsende årsager behandles. Delirium er ikke medicinmangel, og håndteringen er primært nonfarmakologisk og multikomponent: ingen uro eller forstyrrende stimuli, sikring af udskillelse af afføring og urin, forebyggelse af smerter, briller og høreapparat på plads, optimal ernæring, lejrning og mobilisering samt sikring af normal døgnrytme og søvn. Den primære lægelige opgave er at erkende delirium, behandle de udløsende årsager og pausere ikkelivsnødvendig medicin. Delirium er ikke demens, men forudgående hukommelsesproblemer bør føre til overvejelser om henvisning til demensudredning i rolig fase.

Medicingennemgang

Ældres lægemiddelbehandling kan ofte optimeres. Ved akut indlæggelse er det ønskværdigt med en fuld medicingennemgang, hvor man tager højde for indikation, kontraindikation, interaktion, dosis og administrationsvej, men da dette er omfattende og kræver tid, er det ikke altid muligt i akutmodtagelsen. Nogle hospitaler har farmaceuter, som kan assistere. Som minimum skal lægen danne sig overblik over, hvilken medicin der tages til daglig. Hos den akut indlagte ældre patient er det særligt nyrefunktion, bevidsthedsniveau, blodtryk, brug af blodfortyndende medicin og psykofarmaka, der skal føre til medicinændringer eller pauseringer. Det er vigtigt at være opmærksom på betydende interaktioner/kontraindikationer i forhold til ny ordineret medicin ved indlæggelsen (Tabel 2).

Fysiske rammer

Akutmodtagelserne er et u hensigtsmæssigt miljø for skrøbelige ældre. Der skal være mulighed for at skærme ældre, som er i risiko for at få delirium, ældre skal kunne tilbydes mad og drikke hele døgnet, og man skal undgå unødige flytninger. Optimalt bør der oprettes specifikke, separate områder for ældre med rolig atmosfære, tydelige skilte og ure, så få afbrydelser som muligt og belysning, der følger døgnet.

Endelig bør der tages stilling til intensiv behandling og genoplivning med udgangspunkt i patientens ønsker. Graden af skrøbelighed, aktive sygdomme og det habituelle funktionsniveau er vigtige prædiktorer for restlevetiden, og Clinical frailty scale (Figur 2) kan bruges som støtte.

HENVISNING TIL GERIATRISK TEAM, INDLÆGGELSE PÅ GERIATRISK SENGEAFSNIT, UDSKRIVELSE OG OPFØLGNING

Udredning og behandling af akut indlagte, skrøbelige ældre skal håndteres helhedsorienteret og tværfagligt. Det geriatriske team skal tilse skrøbelige ældre patienter med multimorbiditet, fysisk eller kognitiv funktionstab og polyfarmaci samt ældre patienter i delirium, med fald og svimmelhed, uafklaret svækkelse, funktionstab og/eller væggtab. Udvalgte patienter kan i stedet for geriatrisk akut tilsyn henvises til ambulante opfølgning i geriatrisk regi, hjemmebesøg ved et geriatrisk team eller til en ringe hjem- eller følge hjem-funktion ved udskrivelse.

Det er essentielt, at man tidligt planlægger udskrivelse og opfølgning, tænker den tværsektorielle overgang ind, og sikrer at nye tiltag eller vigtige oplysninger videregives til patienter, pårørende, hjemmepleje og egen læge.

KONKLUSION

Ældre patienter er en heterogen gruppe, og henvendelsesårsagerne er mange, forskellige og uspecifikke. En stor andel af de ældre patienter er særligt skrøbelige og i stor risiko for at få komplikationer under indlæggelse, såsom immobilisering, funktionstab, delirium, fald, medicinbivirkninger, infektioner og død. Alle læger skal kunne identificere de skrøbelige ældre patienter, da det er nødvendigt med en hurtig helhedsorienteret, tværfaglig og individuel indsats, der ud over akut sygdom inkluderer vurdering af fysisk og kognitiv funktion, kroniske sygdomme, medicinering og sociale forhold.



Geriatrisk team i gang med at mobilisere en patient. Gengivet med patientens tilladelse.

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

Antaget 12. april 2021

Publiceret på ugeskriftet.dk 28. juni 2021

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2021;183:V02210114

SUMMARY

Assessment of older patients upon admission at the emergency department

Martin Schultz, Marie Enemark Durand, Søren Kabell Nissen, Mathias Brix Danielsen, Azra Osmanagic, Stig Andersen, Ulla Davidsen Lebech, Tina Lindenskov Carlsen, Catherine Foss, Jens-Ulrik Rosholm, Hanne Elkjær Andersen & Lotte Usinger

Ugeskr Læger 2021;183:V02210114

Older patients admitted to the emergency departments represent a heterogeneous group, some are frail with reduced reserve capacity and without ability to compensate to acute illness. They often present with nonspecific complaints and atypical presentation and are at-risk of complications and adverse events. These patients need a fast comprehensive interdisciplinary and multicomponent assessment and intervention to reduce the risk of further functional decline and to optimize their overall health status, independency and quality of life. This is the purpose of acute geriatrics.

REFERENCER

1. Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats.. Sundhedsstyrelsen, 2020.
2. Danmarks Statistik. Hospitaladmissions 2018, Denmark. <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1920> (20. aug 2020).
3. Ellis G, Marshall T, Ritchie C. Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clin Interv Aging* 2014;9:2033-43.
4. Hwang U, Morrison RS. The geriatric emergency department. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:1873-6.
5. Tanderup A, Ryg J, Rosholm JU et al. Association between the level of municipality healthcare services and outcome among acutely older patients in the emergency department: a Danish population-based cohort study. *BMJ Open* 2019;9:e026881
6. Samaras N, Chevalley T, Samaras D et al. Older patients in the emergency department: a review. *Ann Emerg Med* 2010;56:261-9.
7. Gray LC, Peel NM, Costa AP et al. Profiles of older patients in the emergency department: Findings from the interrai multinational emergency department study. *Ann Emerg Med* 2013;62:467-74.
8. Clegg A, Young J, Liffle S et al. Frailty in older people. *Lancet* 2013;381:752-62.
9. Karakoumis J, Nickel CH, Kirsch M et al. Emergency presentations with nonspecific complaints – the burden of morbidity and the spectrum of underlying disease. *Medicine (Baltimore)* 2015;94:e840.
10. Djärv T, Castrén M, Martenson L et al. Decreased general condition in the emergency department: high in-hospital mortality and a broad range of discharge diagnoses. *Eur J Emerg Med* 2015;22:241-6.
11. Obermeyer Z, Cohn B, Wilson M et al. Early death after discharge from emergency departments: analysis of national US insurance claims data. *BMJ* 2017;356:j239.
12. Castrén M, Kurland L, Liljegard S et al. Non-specific complaints in the ambulance; predisposing structural factors. *BMC Emerg Med* 2015;15:8.
13. Matzen LE, Jepsen DB, Ryg J et al. Functional level at admission is a predictor of survival in older patients admitted to an acute geriatric unit. *BMC Geriatr* 2012;12:32.
14. Brabrand M, Hallas J, Knudsen T. Loss of independence: a novel but important global marker of illness. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2013;21(suppl 2):A34.
15. Brabrand M, Kellett J, Opio M et al. Should impaired mobility on presentation be a vital sign? *Acta Anaesthesiol Scand* 2018;62:945-62.
16. de Luis D, Lopez A. Nutritional status of adult patients admitted to internal medicine departments in public hospitals in Castilla y Leon, Spain – a multi-center study. *Eur J Intern Med* 2006;17:556-60.
17. Wallace J, Schwartz R, LaCroix AZ et al. Involuntary weight loss in older outpatients: incidence and clinical significance. *J Am*

- Geriatr Soc 1995;43:329-37.
18. Hallas J, Gram L, Grodum E et al. Drug related admissions to medical wards: a population based survey. *Br J Clin Pharmacol* 1992;33:61-8.
 19. Wimmer BC, Cross AJ, Jokanovic N et al. Clinical outcomes associated with medication regimen complexity in older people: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2017;65:747-53.
 20. Brockhattingen KK, Anru PL, Masud T et al. Association between number of medications and mortality in geriatric inpatients: a Danish nationwide register-based cohort study. *Eur Geriatr Med* 2020;11:1063-71.
 21. Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet* 2014;383:911-22.
 22. Carpenter CR, Hammouda N, Linton EA et al. Delirium prevention, detection, and treatment in emergency medicine settings: a geriatric emergency care applied research (GEAR) network scoping review and consensus statement. *Acad Emerg Med* 2021;28:19-35.
 23. Weywadt L, Nørbæk J, Fonsmark L. National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af organisk delirium. Sundhedsstyrelsen, 2016.
 24. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;9:CD007146.
 25. Bhalla MC, Wilber ST, Stiffler KA et al. Weakness and fatigue in older ED patients in the United States. *Am J Emerg Med* 2014;32:1395-8.
 26. Schultz M, Rasmussen LJH, Carlson N et al. Risk assessment models for potential use in the emergency department have lower predictive ability in older patients compared to the middle-aged for short-term mortality – a retrospective cohort study. *BMC Geriatr* 2019;19:134.
 27. Valenzuela PL, Morales JS, Castillo-García A et al. Effects of exercise interventions on the functional status of acutely hospitalised older adults: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev* 2020;61:101076.
 28. Nissen SK, Fournaise A, Lauridsen JT et al. Cross-sectoral inter-rater reliability of the clinical frailty scale – a Danish translation and validation study. *BMC Geriatr* 2020;20:443.
 29. Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi CA et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. *Ann Intern Med* 1990;113:941-8.
 30. Tiegues Z, Maclullich AMJ, Anand A et al. Diagnostic accuracy of the 4AT for delirium detection in older adults: systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* (online 11. nov 2020).