
Når eldre blir syke

INVITERT KOMMENTAR

SIRI ROSTOFT

srostoft@gmail.com

Siri Rostoft er ph.d., spesialist i indremedisin og i geriatri og er overlege ved Geriatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus og professor ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kartlegging av skrøpeligheit er viktig for å velge riktig utredning og behandling når eldre legges inn på sykehus.

Eldre med skrøpeligheit har økt risiko for komplikasjoner ved innleggelse i sykehus. Kartlegging av skrøpeligheit er derfor en viktig brikke i beslutninger om utredning og behandling (1, 2). I studien som nå publiseres i Tidsskriftet, har Goll og medarbeidere undersøkt forekomsten av skrøpeligheit ved akuttmottakene i Tønsberg og Tromsø i løpet av én uke (3).

Begrepet *skrøpeligheit* brukes om eldre individer med økt risiko for negative hendelser, som komplikasjoner til sykdom og behandling, død og innleggelse på sykehjem (1). Skrøpeligheit i akuttmottaket predikerer økt liggetid, tap av funksjon, reinnleggelser og mortalitet og har prediktiv verdi ut over alvorlighetsgraden av akutt sykdom (4). Selv om skrøpeligheit blir vanligere ved økende alder, så vil grad av skrøpeligheit gi mer informasjon om individuell risiko enn alder alene. Klinisk skrøpeligheitsskala (Clinical Frailty Scale, CFS) er utviklet av Rockwood og medforfattere for å gradere skrøpeligheit på en skala fra 1 til 9 hos personer over 65 år, der økende skår indikerer økende skrøpeligheit (1). Skalaen baserer seg på at skrøpeligheit er et kontinuum som skyldes akkumulering av sykdommer og funksjonstap. Instrumentet gir en objektiv beskrivelse av funksjonsnivå, og kognitiv svikt skåres spesifikt. I klinisk praksis er grad av skrøpeligheit fra svært mild til svært alvorlig grad mer relevant enn en dikotom inndeling i skrøpelig/ikke-skrøpelig.

Blant 289 pasienter i Goll og medarbeideres studie hadde flertallet en CFS-skår ≥ 4 og dermed økt risiko for komplikasjoner og død. Forfatterne spør om tidlig skrøpeligheitsvurdering bør innføres i norske akuttmottak, i tråd med europeisk

konsensus (5). I studien ble ikke konsekvenser av skrøpeligheit undersøkt, men forfatterne fant at andelen med delirium var høyere hos pasienter med økende skrøpeligheit. Skrøpeligheit kan være et resultat av kognitiv svikt, og kognitiv svikt er en viktig risikofaktor for delirium. Det fremkommer ikke tydelig nok i artikkelen at skrøpeligheit skal måles i stabil fase (6). Man bør kartlegge funksjonsnivået om lag to uker før innleggelse, og i akuttsituasjonen må man ofte innhente opplysninger om funksjonsnivå fra komparenter.

«Skrøpeligheit skal måles i stabil fase. Man bør kartlegge funksjonsnivået om lag to uker før innleggelse»

Fordi skrøpeligheit predikerer risiko, vil grad av skrøpeligheit ha betydning for valg av behandling og behandlingsnivå. En metaanalyse av pasienter over 55 år som gjennomgikk akutt laparotomi, viste at skrøpeligheit, definert som CFS ≥ 4 , økte risikoen for 30-dagers mortalitet med oddsratio 3,84 (95 % konfidensintervall 2,90 til 5,09) (7). Ved elektiv behandling kan screening for skrøpeligheit føre til at pasienten henvises vidare til geriatriisk vurdering og oppfølging. Målet er å kartlegge årsaken til skrøpeligheit og å optimalisere for eksempel multisykkelighet, medikamentbruk og fysisk funksjon for å øke pasientens reservekapasitet. Skrøpeligheit kan altså i noen grad være reversibelt.

Pasienter med alvorlig grad av skrøpeligheit (CFS 7–9), 12 % av pasientene i denne studien, trenger hjelp til det meste av personlig stell og er ofte sengeliggende. De har minimale reserver og høy risiko for komplikasjoner og død, selv ved milde infeksjoner eller små kirurgiske inngrep (8). Etter min mening bør varsellampene blinke når pasienter med alvorlig grad av skrøpeligheit legges inn i akuttmottaket. Foreligger det en forhåndssamtale? Hva er pasientens verdier og preferanser? Hvordan veies de etiske verdiene ikke-skade og velgjørenhet opp mot hverandre? Med økende grad av skrøpeligheit blir samvalg ekstra viktig. Personer med skrøpeligheit er ofte ekskludert fra kliniske studier (9), og retningslinjer vil derfor ikke gi oss svaret alene. Risikoen for negative utfall ved sykdom og behandling er høy. Mye står på spill, og pasientens verdier og preferanser bør i stor grad veies inn i beslutningene.

«For å sikre persontilpasset behandling av eldre pasienter trenger vi et felles objektivt språk for skrøpeligheit i både primær- og spesialisthelsetjenesten»

Studier viser at kliniske beskrivelser av funksjonsnivå ofte er subjektive og omtrentlige (*pretty fit and healthy*), for eksempel når kreftbehandling diskuteres på multidisiplinære møter (10). Bevaring av funksjonsnivå prioriteres ofte høyere enn livsforlengelse hos eldre pasienter. Målinger av skrøpeligheit kan gjentas over tid slik at tap av funksjon fanges opp under et behandlingsløp. For å sikre persontilpasset behandling av eldre pasienter trenger vi et felles objektivt språk for skrøpeligheit i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Klinisk skrøpeligheitsskala er et lovende verktøy, og det er gledelig å se at det er brukt i denne studien. Bruken av instrumentet øker i

Norge, blant annet i nasjonale registre (Norsk intensivregister og NorKog-registeret) og i hjemmesykepleien i Bærum kommune. Forhåpentligvis blir en objektiv kartlegging av skrøpeligheit hos eldre personer etter hvert like naturlig som å måle blodtrykk og puls.

REFERENCES

1. Kim DH, Rockwood K. Frailty in Older Adults. *N Engl J Med* 2024; 391: 538–48. [PubMed][CrossRef]
2. Dejgaard MS, Rostoft S. Systematisk vurdering av skrøpeligheit. *Tidsskr Nor Legeforen* 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.20.0944. [PubMed][CrossRef]
3. Goll JB, Saga E, Johnsen B et al. Skrøpeligheitsscreening hos eldre i norske akuttmottak. *Tidsskr Nor Legeforen* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.24.0504. [CrossRef]
4. van Dam CS, Trappenburg MC, Ter Wee MM et al. The Prognostic Accuracy of Clinical Judgment Versus a Validated Frailty Screening Instrument in Older Patients at the Emergency Department: Findings of the AmsterGEM Study. *Ann Emerg Med* 2022; 80: 422–31. [PubMed][CrossRef]
5. Moloney E, O'Donovan MR, Carpenter CR et al. Core requirements of frailty screening in the emergency department: an international Delphi consensus study. *Age Ageing* 2024; 53: afae013. [PubMed][CrossRef]
6. Rockwood K, Theou O. Using the Clinical Frailty Scale in Allocating Scarce Health Care Resources. *Can Geriatr J* 2020; 23: 210–5. [PubMed][CrossRef]
7. Park B, Alani Z, Sulistio E et al. Frailty using the Clinical Frailty Scale to predict short- and long-term adverse outcomes following emergency laparotomy: meta-analysis. *BJS Open* 2024; 8: zrae078. [PubMed][CrossRef]
8. George EL, Hall DE, Youk A et al. Association Between Patient Frailty and Postoperative Mortality Across Multiple Noncardiac Surgical Specialties. *JAMA Surg* 2021; 156: e205152. [PubMed]
9. van Marum RJ. Underrepresentation of the elderly in clinical trials, time for action. *Br J Clin Pharmacol* 2020; 86: 2014–6. [PubMed][CrossRef]
10. Lane HP, McLachlan S, Philip JAM. 'Pretty fit and healthy': The discussion of older people in cancer multidisciplinary meetings. *J Geriatr Oncol* 2019; 10: 84–8. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 13. mars 2025. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0151
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.