

# Använd inte skörhets-skattning för handläggning på individnivå

EVIDENSLÄGET FÖR SKATTNING AV SKÖRHET ÄR MYCKET SVAGT – KAN ANVÄNDAS FÖR ATT FÅ GROVT UNDERLAG PÅ GRUPPNIVÅ

I **veckans nummer** av Läkartidningen [1] beskriver åtta läkare vid Karolinska institutet och Karolinska universitetssjukhuset en studie av sambandet mellan skörhet (engelska: frailty) skattad med Clinical frailty scale (CFS) hos äldre personer inlagda på geriatrisk klinik på sjukhus och prognos i form av vårdtid och mortalitet. Studien visade att äldre, sköra kvinnor (men ej män) hade en några dagar längre vårdtid och ökad mortalitet efter 1, 3 och 6 månader, oberoende av ålder och sjuklighet. Skörhet har diskuterats i flera tidigare artiklar i Läkartidningen [2-3].



**Gunnar Akner**,  
läkare,  
specialist  
i internmedicin och  
geriatrik, docent i ge-  
riatrik, Kungsholmens  
husläkarmottagning,  
Stockholm  
● akner.gunnar@gmail.com

Begreppet »sköra äldre« har använts sedan början av 1970-talet [4] för att belysa äldre personers biologiska i stället för kronologiska ålder i syfte att på grupp-nivå bedöma risk för negativa hälsoutfall avseende till exempel försämrad fysisk funktion, inkluderande aktiviteter i dagliga livet (ADL), fall/frakturer, behov av sjukhusvård, lång vårdtid, institutionalisering och mortalitet. Den vetenskapliga litteraturen om skörhet har ökat mycket kraftigt de senaste 20 åren.

Europeiska unionen rekommenderar att alla personer över 70 år som besöker hälso- och sjukvården screenas för skörhet [5]. International Conference of Frailty and Sarcopenia Research (ICFSR) rekommenderar screening av alla vuxna från 65 år [6]. Flera länder har infört screeningprogram för sin äldre befolkning, till exempel Kanada [7] och Japan [8].

Trots det stora intresset för skörhet finns flera viktiga invändningar mot begreppet, avseende såväl diagnostik som behandling.

## Diagnostik

**Definition:** Det har föreslagits att det föreligger flera olika typer av skörhet, till exempel fysisk, kognitiv, social och psykologisk skörhet [9]. Detta innebär att paraplybegreppet »skörhet« används vid fyra helt olika typer av hälsoproblem, som dock kan förekomma samtidigt hos äldre personer.

Det finns även förslag om en integrerad modell för skörhet [10]. Fysisk skörhet samvarierar med kognitiv funktionsnedsättning [11], men det finns inget vetenskapligt stöd för den citerade uppgiften i Janusinfo att »hos individer med demens motsvaras skörhetsgraden av demensgraden« [12].

**Skattningsskalor:** Det finns varken kliniskt användbara biomarkörer eller internationella konsensuskriterier för skörhet. Olika forskargrupper har försökt definiera skörhet via operationella screening-/skattningsskalor, som ibland är dikotoma

»Det finns varken kliniskt användbara biomarkörer eller internationella konsensuskriterier för skörhet.«

(ja/nej), ibland graderar skörhet. Två studier från 2016–2017 visade att det då fanns 67 (sic!) olika publicerade metoder för att skatta skörhet [13-14]. Tillämpning av olika skörhetskriterier på samma grupp av äldre patienter har visat sig ge stora skillnader i prevalens av skörhet, 36–88 procent [15] eller 6–44 procent [16]. I en rapport från SBU 2019 finns referenser till flera andra motsvarande studier [17].

Publicerade förslag till skattningsskalor för skörhet är baserade på helt olika principer: bedömning av autonomi/ADL, uppmätt fysisk funktion (till exempel gånghastighet, Timed up and go), frågeformulär att besvaras av patient eller vårdgivare, mix av fysisk funktion och frågeformulär, data hämtade från journalsystem med mera [18]. Metoderna kan således inte slås samman (pools).

Detta innebär att olika metoder för att skatta skörhet dels är baserade på olika principer, dels inte identifierar samma grupper av äldre personer, även om de kan predicera liknande hälsoutfall på grupp-nivå. Resultaten av sådana skattningar avser genomsnittlig matematisk (statistisk) risk på grupp-nivå, men kan inte användas för skattning av risk för enskilda äldre personer.

Det har även hävdats att det inte finns sköra äldre personer, utan att den tilltagande heterogeniteten med åldern i stället bör beskrivas i form av en av sex skörhetsprofiler, vilket ger ett bättre underlag för individualiserad behandling/vård [19].

**ADL:** Det finns olika uppfattningar bland forskare om sambandet mellan skörhet och nedsatt ADL-förmåga; såväl beträffande instrumentella (iADL, till exempel handla, städa, tvätta), som personliga (pADL, till exempel hygien, kläder, matintag) aktiviteter. Vissa metoder för skattning av skörhet inkluderar olika grader av problem att klara ADL, medan andra kan predicera risk för att utveckla nedsatt ADL-förmåga.

I den aktuella artikeln använde författarna CFS för att skatta grad av skörhet. I kriterierna för skattning av CFS anges för grad 5: »Lindrigt skör - dessa individer är uppenbart långsammare och be-

## HUVUDBUDSKAP

- Skörhetsbegreppet är mycket heterogent och det saknas såväl användbara biomarkörer som internationella konsensuskriterier.
- Många publicerade skattningsskalor för skörhet är baserade på helt olika principer.
- Användning av olika skattningsskalor för samma grupp äldre personer ger mycket olika förekomst av skörhet.
- Evidensläget för behandling av skörhet är mycket svagt.



Foto: Aleksandr Kondratov/Mostphotos

Tillämpning av olika skörhetskriterier på samma grupp av äldre patienter har visat sig ge stora skillnader i prevalens av skörhet.

höver hjälp med komplexa iADL». För CFS 6-8 anges även tilltagande behov av hjälp med pADL. Sammantaget finns betydande överlappning mellan skattning av skörhet enligt CFS och skattning av ADL, och frågan är om en skattning av ADL-förmåga kunde ersätta CFS.

**Validering:** Det saknas en etablerad standardmetod för att validera de publicerade skalorna för skattning av skörhet. När det i litteraturen anges att en skörhetsskala är »validerad« avses prediktiv validering, det vill säga förmåga hos en skattningskala att förutse framtida hälsoutfall och vårdkonsumtion [20], men detta innebär inte att de validerar konceptet skörhet. Dessutom kan en lång rad andra hälsotillstånd predicera samma typ av hälsoutfall. Ibland har man använt cirkelbevis, där särskilt ofta citerade skattningsmetoder används som referensmetod som andra metoder har jämförts med.

**När bör screening/skattning ske?** I den aktuella artikeln skattades patienterna under vårdtid på sjukhus. Genom neddragningen av vårdplatser på sjukhus har indikationer för inläggning blivit så stränga att de flesta patienter som läggs in på akut-sjukhus är kraftigt dekompenierade. De har då ofta problem med både fysisk funktion och ADL-förmåga, vilket innebär höga skörhetspoäng. Om skattning av skörhet bör göras vore det rimligt att det sker under elektiva former i patientens vardagsmiljö (primärvård) snarare än under vårdtid på sjukhus. Vid skattning av skörhet på sjukhus kan skattningen till exempel avse patientens hälsotillstånd två veckor före inläggningen [21-22].

**Hur ofta bör skattning ske?** Den vetenskapliga litteraturen har till stor del inriktats på skattning av skörhet hos grupper av individer, och det anses att skörhet är en dynamisk process som utvecklas över tid. Det saknas dock longitudinella studier av hur skörhet utvecklas hos enskilda personer över tid, och därmed saknas underlag för rekommendation om hur ofta sådan skattning bör ske.

## Behandling

I ovan nämnda konsensusartikel från ICFSR finns en tabell som sammanfattar det vetenskapliga kunskapsläget avseende olika interventioner för sköra äldre personer [6,23]. Här framgår att det finns »måttlig« evidens för fysisk aktivitet/träning om den genomförs i grupp, men för övriga angivna behandlingsåtgärder är evidensläget svagt eller mycket svagt. Man konstaterade även att det förelåg mycket svag evidens för effekten av individuellt utformade vårdplaner för sköra äldre personer. Den underliggande extensiva (93 sidor!) systematiska översiktsartikeln omfattade 21 randomiserade kontrollerade studier (RCT), vilka var mycket hetero-

**»Den underliggande extensiva (93 sidor!) systematiska översiktsartikeln omfattade 21 randomiserade kontrollerade studier (RCT), vilka var mycket heterogena ...«**

gena beträffande såväl inklusions-/exklusionskriterier, hur tillståndet »skörhet« definierades, vilken behandling som gavs respektive vilka hälsoeffekter som bedömdes. Dessutom förelåg ofta problem med kvaliteten på studierna [23].

Författarna till den aktuella artikeln skriver att det är potentiellt värdefullt att identifiera skörhet hos äldre individer för att kunna erbjuda ett adekvat omhändertagande, vilket bland annat omfattar en så kallad Comprehensive geriatric assessment (CGA), på svenska av SBU översatt till »strukturerat omhändertagande av äldre« [24]. Dilemmat är att CGA inte är operationaliserad som en metod, utan utgör en rekommendation om en multidomänbaserad diagnostik och behandling. En färsk litteraturoversikt om CGA visade att det finns en mycket stor variation beträffan-

de vilka domäner som används vid CGA och vilka specifika metoder som används inom respektive domän [25]. CGA utförs ofta med hjälp av skattningsskalor inom olika domäner [26]. Det har även föreslagits en standardiserad »multidimensional geriatric assessment«, baserad på en meny av skattningsskalor som sammanfattas i ett samlad riskpoäng för negativa hälsoutfall [27]. En Cochrane-översikt från 2017 visade att en CGA utförd på sjukhus för patienter 65 år och äldre inte påverkar dödligheten eller iADL-/pADL-förmågan det följande året [28].

## Konklusion

Bristen på entydig definition och evidensbaserad behandling gör att det är olämpligt att introducera skattning av skörhet hos äldre personer inom sjukvården och omsorgen för att bedöma enskilda patienter. Sådan skattning kan användas för att få ett grovt underlag för allokering av resurser på gruppnivå, men kan och får inte användas för prioritering eller handläggning på individnivå. Det har diskuterats om det redan skett en glidning så att skattning av skörhet med CFS använts som prioriteringsunderlag för vårdåtgärder för enskilda äldre personer under den pågående coronapandemin [29]. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2021;118:20210

## REFERENSER

- Dillström I, Kadir A, Metzner C, et al. Skörhetsskala kan bidra när vårdtid och dödsrisk bedöms. *Läkartidningen*. 2021;118:20023.
- Ekdahl A, Ekerstad N, Alfredsson J, et al. Skörhetsbegreppet är viktigt för att förstå den äldre patientens behov. *Läkartidningen*. 2020;117:F3HE.
- Akner G. Bräckligt äldre och multisjuklighet drabbar allt fler. Fokus måste flyttas från isolerade sjukdomar till komplexa hälsoproblem. *Läkartidningen*. 2010;107:2707-11.
- Hogan DB, MacKnight C, Bergman H, Steering Committee, Canadian Initiative on Frailty and Aging. Models, definitions and criteria of frailty. *Aging Clin Exp Res*. 2003;15(3 Suppl):3-29.
- European Union Joint Action »724099/ADVANTAGE»; Gabrovec B, Antoniadou E, Soleymani D, et al. European guide for management of frailty at individual level including recommendations and roadmap. October 2019. [https://advantageja.eu/images/D6.2\\_EuropeanGuide\\_Management.pdf](https://advantageja.eu/images/D6.2_EuropeanGuide_Management.pdf)
- Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, et al. Physical frailty: International Conference of Frailty and Sarcopenia Research (ICFSR) international clinical practice guidelines for identification and management. *J Nutr Health Aging*. 2019;23(9):771-87.
- Muscudere J, Andrew MK, Bagshaw SM, et al; Canadian Frailty Network (CFN). Screening for frailty in Canada's health care system: a time for action. *Can J Aging*. 2016;35(3):281-97.
- Kojima G, Iliffe S, Taniguchi Y, et al. Prevalence of frailty in Japan: a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol*. 2017;27(8):347-53.
- Panza F, Lozupone M, Solfrizzi V, et al. Different cognitive frailty models and health- and cognitive-related outcomes in older age: from epidemiology to prevention. *J Alzheimers Dis*. 2018;62(3):993-1012.
- Gobbens RJJ, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, et al. Towards an integrated conceptual model of frailty. *J Nutr Health Aging*. 2020;14(3):175-81.
- Brigola AG, Rossetti ES, Rodrigues B, et al. Relationship between cognition and frailty in elderly: a systematic review. *Dement Neuropsychol*. 2015;9(2):110-9.
- Janusinfo, Region Stockholm. Clinical Frailty Scale på svenska. 7 jan 2020. [clinical-frailty-scale-svensk.pdf](https://www.clinical-frailty-scale-svensk.pdf)
- Buta BJ, Walston JD, Godino JG, et al. Frailty assessment instruments: Systematic characterization of the uses and contexts of highly-cited instruments. *Ageing Res Rev*. 2016;26:53-61.
- Aguayo GA, Donneau AF, Vaillant MT, et al. Agreement between 35 published frailty scores in the general population. *Am J Epidemiol*. 2017;186(4):420-34.
- van Iersel MB, Rikkert MG. Frailty criteria give heterogeneous results when applied in clinical practice. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(4):728-9.
- Theou O, Brothers TD, Mitniski A, et al. Operationalization of frailty using eight commonly used scales and comparison of their ability to predict all-cause mortality. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(9):1537-51.
- SBU:s upplysnings-tjänst. Clinical frailty scale för bedömning av vårdnivå och vårdtyngd hos äldre personer. 30 sep 2019. [Dnr SBU 2019/269. https://www.sbu.se/contentassets/2677a079b-bee4b9abc-f117d8896d8978/clinical\\_frailty\\_scale\\_bedomning\\_vardniva\\_vardtyngd\\_aldre\\_personer.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/2677a079b-bee4b9abc-f117d8896d8978/clinical_frailty_scale_bedomning_vardniva_vardtyngd_aldre_personer.pdf)
- Abbasi M, Rolfson D, Khara AS, et al. Identification and management of frailty in the primary care setting. *CMAJ*. 2018;190(38):E1134-40.
- Looman WM, Fabbri-cotti IN, Blom JW, et al; TOPICS-MDS Research Consortium. The frail older person does not exist: development of frailty profiles with latent class analysis. *BMC Geriatr*. 2018;18(1):84.
- Xue QL, Varadhan R. What is missing in the validation of frailty instruments? *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(2):141-2.
- Pugh RJ, Ellison A, Pye K, et al. Feasibility and reliability of frailty assessment in the critically ill: a systematic review. *Crit Care*. 2018;22(1):49.
- NHS Acute Frailty Network. Clinical Frailty Scale. 26 jan 2021. <https://www.acutefrailtynetwork.org.uk/Clinical-Frailty-Scale>
- Apóstolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, et al. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2018;16(1):140-232.
- Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus - med fokus på sköra äldre. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2013. SBU-rapport nr 221.
- Parker SG, McCue P, Phelps K, et al. What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. *Age Ageing*. 2018;47(1):149-55.
- Sourdet S, Brechemier D, Steinmeyer Z, et al. Impact of the comprehensive geriatric assessment on treatment decision in geriatric oncology. *BMC Cancer*. 2020;20(2):384.
- Pilotto A, Cella A, Pilotto A, et al. Three decades of comprehensive geriatric assessment: evidence coming from different healthcare settings and specific clinical conditions. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(2):192.e1-11.
- Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;9(9):CD006211.
- Zaremba M. Varför fick de äldre dö utan läkarvård? Dagens Nyheter. DN Kultur. 13 okt 2020 [uppdaterat 18 okt 2020].

## SUMMARY

### Frailty scales should not be used for patient management on an individual level

The frailty concept is very heterogeneous and there are neither any useful biomarkers nor international consensus criteria.

Many published rating scales for frailty are based on quite different principles.

Using different rating scales on the same group of elderly people results in very different prevalences of frailty.

The evidence for treatment of frailty is very weak.