

HVA ER SKRØPELIGHET, -OG HVA KAN VI BRUKE DET TIL?

Fagdager om eldre med skrøpeligheit mars 2026

Paal Naalsund.

Overlege geriatrisk seksjon HDS

LEDERNE FOR DE NORSKE UNIVERSITETSSYKEHUSENE:

- **Vi trenger en felles nasjonal tilnærming til trygg eldremedisin som bygger på:**
- Økt kunnskap om skrøpelighet
- Felles verktøy
- Persontilpasset behandling
- Skrøpelighet sier mer om risiko for uheldige forløp hos eldre enn alder. Kunnskap og håndtering varierer betydelig. Ved å undersøke for og ta hensyn til skrøpelighet, kan vi identifisere behov for forebygging tidligere og gi mer persontilpasset behandling. Dette er helt nødvendig for å sikre trygg behandling og god ivaretagelse av eldre, og samtidig jobbe for en bærekraftig helsetjeneste. Kunnskap om eldremedisin må deles med flere, og vi må jobbe systematisk på tvers av helsetjenestene.

Artikkel i Dagens Medisin 10. mars.

Hvorfor vurdere skrøpelighet?

- Økende oppmerksomhet rundt skrøpelighetsbegrepet
- Skrøpelige pasienter har høyere risiko for negative hendelser og behov for tilpasset utredning og behandling
- Identifisere sårbare områder som kan forbedres, men også fokus på den eldres styrker og potensiale: robuste eldre vs skrøpelige.
- Et viktig hjelpemiddel for å unngå overbehandling, men også underbehandling av de eldre.
- **Vurdere rett omsorgsnivå: velge en annen løsning enn nok en innleggelse på sykehus, og utreise til kto sykehjem?**

SKRØPELIGHETSKARUSELLEN

Svært mange eldre og skrøpelige fanges i en vedvarende karusell i siste fasen av livet:

De sendes mellom hjem- sykehus- og sykehjem en rekke ganger de siste årene de lever.

KAN VI GJØRE NOE MED DET?



SKRØPELIGHET = FRAILTY

- Komplekst; ikke enighet om en felles definisjon
- Uenigheten går i hovedsak ut på om en skal inkludere miljøfaktorer og psykososiale faktorer
- Linda Fried-Frailty, 2001:
 - Uønsket vekttap
 - Nedsatt energi (selvrapportert)
 - Svekket muskelstyrke (gripestyrke)
 - Langsom gange
 - Inaktivitet
- Rockwood: skrøpeligheitsvurdering med flere variabler.



SKRØPELIGHET, EN SAMMENSATT FLERDIMENSJONAL TILSTAND.....

- **Fysisk skrøpelighet:**
 - Svekket bevegelsesevne og balanse
 - Økende ADL-vansker
 - Økt sykdomsbelastning/økt sykkelighet
 - Multifarmasi
 - Ernæringsvansker
- **Svekkede sanser:** syn og hørsel
- **Kognitiv svikt/demens:** betydelig økende forekomst med alder
- **Psykisk:** depresjon, angst, og andre alderspsykiatriske tilstander.
- **Sosialt/nettverk:** tap av nære pårørende, tap av status, ensomhet



CLINICAL FRAILITY SCALE - NORWEGIAN

								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<p>VELDIG SPREK</p> <p>Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekste i sin aldersgruppe.</p>	<p>SPREK</p> <p>Personer som ikke har aktive sykdomssymptomer, men er mindre sprekke enn kategori 1. De kan ofte trene eller være veldig aktive av og til, f.eks. sesongbasert.</p>	<p>KLARER SEG BRA</p> <p>Personer med velkontrollerte medisinske problemer, selv om de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive utover vanlig gange.</p>	<p>LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET</p> <p>Tidligere «sårbar». Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvhjulpne. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktivitet. De klager ofte over at de er «langsomme» og/eller blir slitne/trøtte illa dagen.</p>	<p>LEVER MED MILD SKRØPELIGHET</p> <p>Disse er mer tydelig langsomme, og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet (personlig økonomi, transport, tungt husarbeid). Vanligvis vil mild skrøpeligheit i økende grad føre til problemer med å handle eller gå utenfor hjemmet alene, lage mat, håndtere medisiner, og begynner å begrense lett husarbeid.</p>	<p>LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET</p> <p>Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utendørs og med å stelle hjemmet. Innendørs har de ofte problemer med trapper, trenger hjelp til bading/dusj og kan trenge litt hjelp til å kle på seg (veiledning, tilsyn).</p>	<p>LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET</p> <p>Helt avhengige av hjelp til personlig stell uansett årsak (fysisk eller kognitiv). Likevel fremstår de som stabile og uten høy risiko for å dø (innen ~6 måneder).</p>	<p>LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET</p> <p>Helt avhengige av hjelp til personlig stell og nærmer seg livets slutt. Vanligvis vil de ikke komme seg igjen selv etter mild sykdom.</p>	<p>TERMINALT SYK</p> <p>Nærmer seg livets slutt. I denne kategorien inngår personer med en forventet levetid <6 måneder uten at de lever med alvorlig skrøpeligheit. (Mange terminalt syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden).</p>

SKÅRING AV SKRØPELIGHET HOS PERSONER MED DEMENS

Graden av skrøpeligheit tilsvarer vanligvis graden av demens (CFS 5,6,7 eller 8). Vanlige symptomer ved mild demens inkluderer det å glemme detaljer rundt en nylig hendelse, selv om man husker selve hendelsen, å gjenta de samme spørsmålene/historiene og sosial tilbaketrekking.

Ved moderat demens er korttidsminnet svært svekket, selv om de virker å huske hendelser fra tidligere i livet. De kan ivareta egenomsorg under veiledning.

Ved alvorlig demens må de ha hjelp til all egenomsorg.

Ved svært alvorlig demens er de ofte sengeleggende. Mange har mistet all språk.

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (NO). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicine.research.ca

Translated with permission by Rostoft S, Engstad TT, Sjøbø B, Flaatten H.

Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.



NORMAL ALDRING?

- Fysiske forutsetninger-genetikk?
 - Livsstilsfaktorer
 - Sosio-økonomiske forhold
 - Evne til aktivitet i alderdommen
 - Fravær av sykdom/sykdomsbelastning
 - Sosialt nettverk
 - Livet.....
-
- **Stor variasjon i biologisk alder!**



Akutt sykdom hos eldre presenterer seg ofte på en annen/atypisk måte, som følge av:

- Aldersforandringer og funksjonssvikt
- Komorbiditet, ofte med forverring av kronisk sykdom i tillegg til den akutte sykdommen
- Polyfarmasi
- Mange av de eldste eldre defineres som skrøpelige før det akutte sykdomsforløpet.

AKUTTGERIATRIENS SYMPTOMBILDER

- Fall og falltendens
- Delirium-med eller uten demens
- Ernæringssvikt/dehydrering
- Asteni/tretthet/energiløshet/reduisert allmenntilstand
- Endring av naturlige funksjoner
- Endret stemningsleie

- «Causa sociale»?



Atypisk sykdomspresentasjon

- Ofte et tegn på skrøpelighet.
- Atypisk sykdomspresentasjon mer enn dobles hos skrøpelige eldre sammenliknet med funksjonsfriske på samme alder.
- Av eldre innlagt akutt i medisinske sykehusavdelinger har ca halvparten et funksjonstap de to siste ukene før innleggelse
- Forverring av annen sykdom, kan gjøre diagnostikken enda vanskeligere

«VARSELLAMPER»

- Svekket egenomsorg/hygiene
- Svekket evne til å holde hjemmet ryddig og rent.
- Falltendens
- Økende isolasjon/svekket evne til å komme seg ut.
- Vekttap og ernæringsvansker
- Økende svikt i kognisjon/forvirringstendens
- Økende behov for helsetjenester



UTFORDRINGER

- Langsom prosess for mange- med mangel på hendelser som utløser hjelpetilbud, før prosessen er gått for langt.
- Pasienten motsetter seg hjelp ("innblanding")-skal klare seg selv.....
- "Hjelpen kommer ikke av seg selv"
-mangel på systemer som fanger opp de skrøpelige eldre i tide.
- Fokus på "effektiv" behandling og kort liggetid ved innleggelse sykehus, gir unødige reinnleggelser.

- Mangel på omsorgsboliger og sykehjemsplasser- hjemmeboende med for lavt funksjonsnivå.....

HVORDAN UNNGÅ OVERBEHANDLING AV ELDRE I EN SISTE LIVSFASE?

- Forhåndssamtaler med forventningsavklaring og beslutning av behandlingsbegrensninger hos eldre med betydelig sykdomsbelastning og vesentlig funksjonssvikt
- I beslutningen om behandlingsintensitet ved akutt sykdom, bør pasientens funksjonsnivå/**grad av skrøpelighet**, totale sykdomsbelastning og reservekapasitet vurderes.
- Være åpen i kommunikasjonen med pasient og pårørende i sykdomsforløpet, helst så tidlig som mulig
- Avslutte/ unngå nytteløs utredning og behandling!



NASJONALE MÅL-Helsedirektoratet



Skrøpelige eldre

- Bedre forebyggende behandling og/eller oppfølging = reduserte reinnleggelser
- Et bedret samarbeid om forebygging av sykdomsforverring, tidlig innsats og bedre utskrivningsprosess
- Så lenge helsehjelpen er forsvarlig, blir den gitt der hvor pasient er og unngå unødvendig forflytning
- Eldre med psykisk sykdom bør tilbys utredning og behandling på lik linje med yngre voksne



Integrerte pasientforløp for pasienter med skrøpelighet

Målet med prosjektet er å innføre skrøpelighetsvurdering i spesialist- og primærhelsetjenesten, og etablere bedre og mer tilpassede pasientforløp.

Prosjekttittel: Integrerte pasientforløp for pasienter med skrøpelighet – Skrøpelighetsvurdering og strategisk arbeid med utfordringer for eldre med Skrøpelighet, i samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

Hvem: Haraldsplass Diakonale Sykehus, Helse Bergen, og de 18 kommunene i helsefelleskapet

Tildelt tilskudd i kroner: 2 667 000,-

Hva: Målsettingen med prosjektet er å etablere bedre og mer tilpassede pasientforløp, med fokus på tilrettelegging og tiltak, der den skrøpelige pasienten bor. Dette kan også bidra til å unngå hyppige og unødige innleggelse i sykehus, samt bidra til bedre beslutninger og riktig prioritering av utredning og behandling i sykehusene. Samfunnsnyttene vil være et bedre tilbud til den enkelte pasient, med mindre pårørendebelastning, og mer målrettet bruk av helsetjenester.

Hvorfor (potensiell samfunnsnytte og overføringsverdi): Faglig samarbeidsutvalg for eldre med skrøpelighet har vurdert at det er behov for innføring av en systematisk skrøpelighetsvurdering (CFS=Clinical Frailty Scale), i både spesialist- og primærhelsetjenesten.

Dette som et utgangspunkt for å etablere bedre og mer tilpassede forløp for den skrøpelige eldre pasienten, og en mer aktiv og strukturert kommunikasjon mellom helsetjenestenivåene.

Utvalget består av representanter for alle de 18 kommunene som er i Helsefelleskapet, brukerrepresentant og fastlegerepresentanter. I tillegg representanter fra Helse Bergen og Haraldsplass.

Kontaktperson: Kontaktperson: Paal Naalsund, Haraldsplass diakonale sykehus, paal.naalsund@haraldsplass.no

Integrerte helsetjenester AHUS



INTEGRERTE HELSETJENESTER – LANGVARIG OPPFØLGING

versjon: 2.2

AKTIVITET	IDENTIFISERING	INKLUSJON	KARTLEGGINGSSAMTALE	BEHANDLINGSPLAN	OPPFØLGING	EVALUERING
BESKRIVELSE	Identifisering ved uttrekk fra data Henvisning Samtykke	Kandidat for integrerte helsetjenester? PLO til fastlege	Hjemmebesøk <ul style="list-style-type: none"> - Habituell tilstand Kartlegge: <ul style="list-style-type: none"> - Pasientens mål - Ressurser - Risiko - Behov for helsehjelp 	Opprette en personsentert og helhetlig behandlingsplan <ul style="list-style-type: none"> - Målrettet - Risikostratifisert - Tiltak og ansvar - Egenbehandlingstiltak 	Oppfølging av behandlingsplan Behovsstyrt: <ul style="list-style-type: none"> - Pasientkontakt - Nye tverrfaglige møter - Tilsyn ved akuttinnleggelse 	Evalueringssamtale, etter 6 måneder <ul style="list-style-type: none"> - Er målene oppnådd? - Endret helsetilstand? - Oppdater behandlingsplan? - Videreføre tjenesten?



Integrerte helsetjenester

SiV



- Geriater 50 %
- Eldrehelsekoordinator 100 %
- Helsesekretær 17 %

Larvik

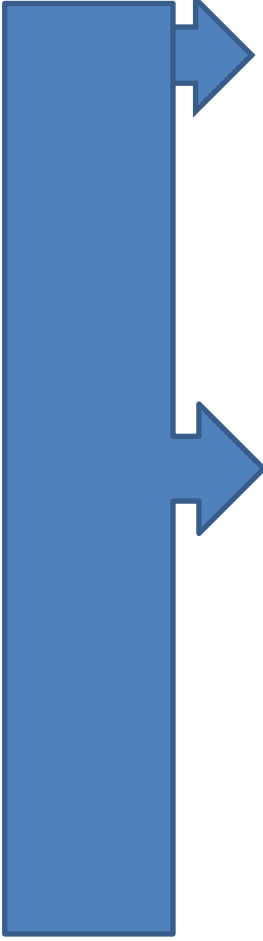


- Eldrehelsekoordinator 100 %
- Fysioterapeut 100 %
- Ergoterapeut 90 %

Andre aktører



- Farmasøyt 15 %
- Fastleger
- Hjemmetjenesten



Forsterket utskrivning



Helsestasjon for eldre



HVA KAN VI GJØRE BEDRE ?



- Tidligere **intervensjon i hjemmet**, vurdere funksjonsnivå og skrøpelighet
- Bedre **kommunikasjon** mellom fastlege, hjemmesykepleie og forvaltning
- Mer bruk av tilpassede **dagtilbud**
- Bedre tilpassede **pasientforløp** når pasienten har behov for innleggelse sykehus, bedre kommunikasjon, oppfølging og tilrettelegging mellom sykehus og kommune-
- Tilgjengelige og robuste **geriatrike enheter** på alle akuttsykehus
- Skal vi vente til den skrøpelige eldre **innlegges akutt** på sykehus, eller er det for sent?
- **Korttidsopphold** etter innleggelse med mer tverrfaglig kapasitet
- Mer bruk av **elektive**, problembaserte og målrettede opphold på sykehjem
- **Økt kapasitet** for varige tilbud ved omsorgssentre/sykehjem

