



Karolinska
Institutet



Danderyds Sjukhus

Sköra äldre – vad betyder begreppet

Amelie Lindh Mazya

Specialist i geriatrik

Danderydsgeriatriken

Doktorand, sektionen för klinisk geriatrik

NVS, Karolinska Institutet

SWEAH

SWEDISH NATIONAL GRADUATE SCHOOL FOR COMPETITIVE SCIENCE ON AGEING AND HEALTH

Mellansvenskt läkemedelsforum 2 feb 2022 kl 15.00 - 15.45

Jag har inga jävsförhållanden att redovisa

Take Home Messages

- Skörhet är vanligt och förknippat med flera hälsorisker
- Det är viktigt att uppmärksamma skörhet tidigt för att kunna sätta in åtgärder
- Skattning av skörhet bidrar till en bättre helhetsbild av patienten
- Det finns flera modeller, skattningsskalor och instrument
- Skattning av skörhet är ett sätt att objektifiera ett sårbart tillstånd och kan förbättra diskussion mellan specialiteter

Fokus för föreläsningen

- Tillståndet skörhet (finns ingen diagnos än)
- Inte fokusera på skalor (teorierna bakom skalorna kan dock bidra till förståelsen om tillståndet skörhet)
- Beakta skörhet vid läkemedelsbehandling?



Frailty: It is hard to define, but you know it when you see it.

Etablerat att i klinisk kontext beskriva personer som ser äldre ut än sin kronologiska ålder som sköra

ÖVERSIKT

Skörhetsbegreppet viktigt för att förstå den äldre patientens behov

Anne W Ekdahl, docent, sektionen för geriatrik, Helsingborgs lasarett; institutionen för kliniska vetenskaper Helsingborg, Lunds universitet
● anneekdahl@gmail.com

I takt med att befolkningen åldras blir behovet att förstå komplexiteten hos den åldrande individen och den äldre patienten alltmer angeläget. »Multisjuklighet« och »multisjuka äldre« är vanligt förekommande begrepp: multisjuka äldre definieras som individer ≥ 75 år med ≥ 3 olika diagnoser och ≥ 3 vårdtillfällen det senaste året. Patienterna i gruppen kännetecknas av stort lidande, hög vårdkonsumtion, fragmenterad

år [6]. Samtidigt noterades att 3/4 av de äldsta individerna inte var sköra.

Figur 1 illustrerar hur effekten av en »stressor« eller en påfrestning kan skilja sig mellan en robust och en skör person [7]. Påfrestningen kan vara av fysisk, psykisk eller social karaktär (till exempel infektion, nyttillkommen ensamhet, flytt till annat boende). Den robusta individen reagerar med en mindre funktions-

Kopplingen åldrande - skörhet

- Åldrandet sker i olika hastighet i kroppens organ och mellan individer
- Åldrandet i sig räcker inte för att beskriva en äldre persons behov
- Skörhet kan beskrivas som accelererat åldrande eller ett sätt att beskriva biologisk ålder

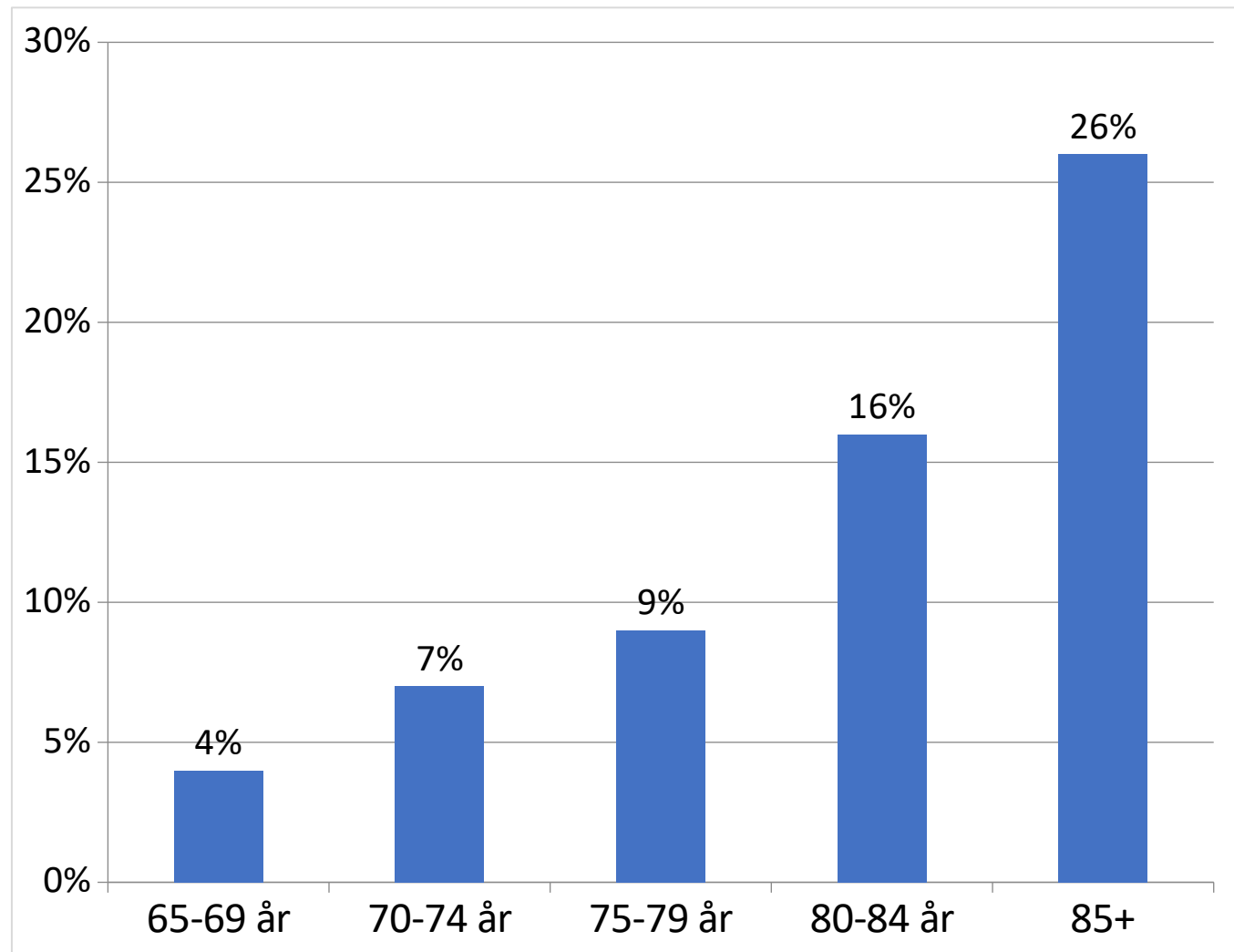
Definition av skörhet enligt WHO

- en progredierande, åldersrelaterad försämring av flera kroppsfunktioner
- som resulterar i minskade reserver
- vilket i sin tur orsakar stor sårbarhet för olika påfrestningar
- och därmed ökar risken för olika typer av negativa hälsoutfall

Dynamiskt och reversibelt tillstånd!

Evidensbaserade interventioner finns!

Förekomst av skörhet



Prevalens

- Community dwelling persons ≥ 65 years = 10 %
- Prefrailty = 41.6 %
- Increases with age, > 85 years $\approx 25\%$ or more?
- Nursing home patients = 19-76%
- Higher in women

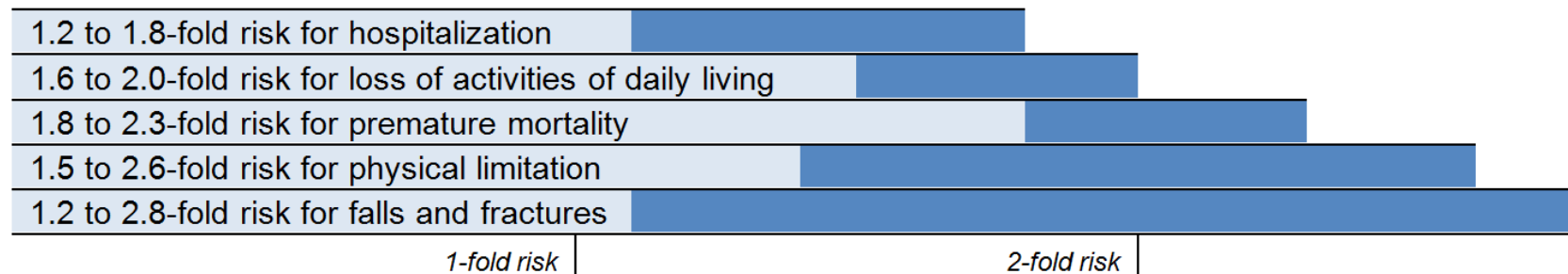
Collard et al, *Prevalence of frailty in community dwelling older persons: A Systematic Review*, J Am Geriatr Soc, 2016

Konsekvenser av skörhet

- Sämre förmåga att klara vardagen
- Fall, frakturer
- Minnesnedsättning
- Sjukhusinläggning
- Flytt till vård- och omsorgsboende
- Död

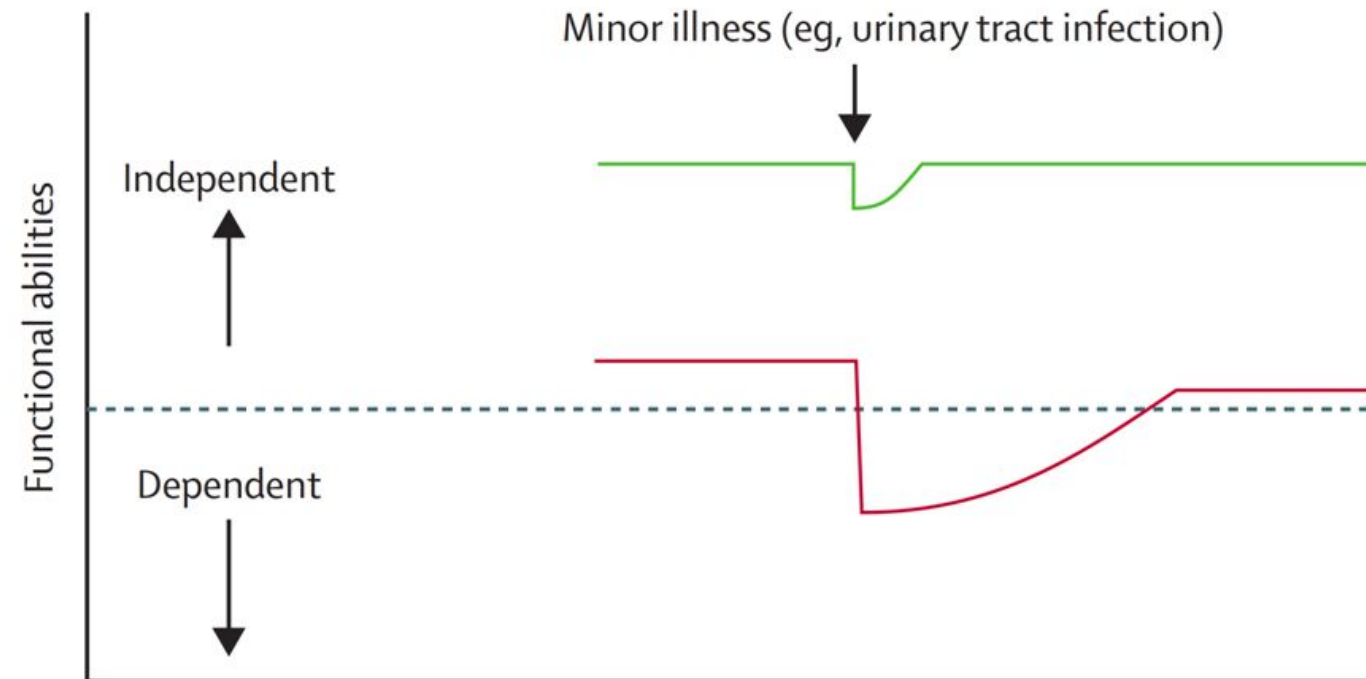


→ Kostsamt, för både sköra äldre och för samhället



Vermeiren et al JAMDA 2016

Frailty



- Lägre funktionsnivå att utgå från
- Mer påverkade/blir beroende i funktionsförmåga vid till synes banal åkomma
- Längre återhämtningstid
- Återhämtar sig inte helt

Clegg A, et al. Lancet 2013;381:752-62

Funktionsförmåga?

Activities of Daily Living

Instrumentell – handla, laga mat etc

Personlig – tvätta sig, klä sig etc

KATZ ADL index

A = Oberoende av hjälp vid samtliga sex aktiviteter.

B = Beroende av hjälp vid en av aktiviteterna.

C = Beroende av hjälp vid badning/duschning samt ytterligare en aktivitet.

D = Beroende av hjälp vid badning, på- och avklädning samt ytterligare en aktivitet.

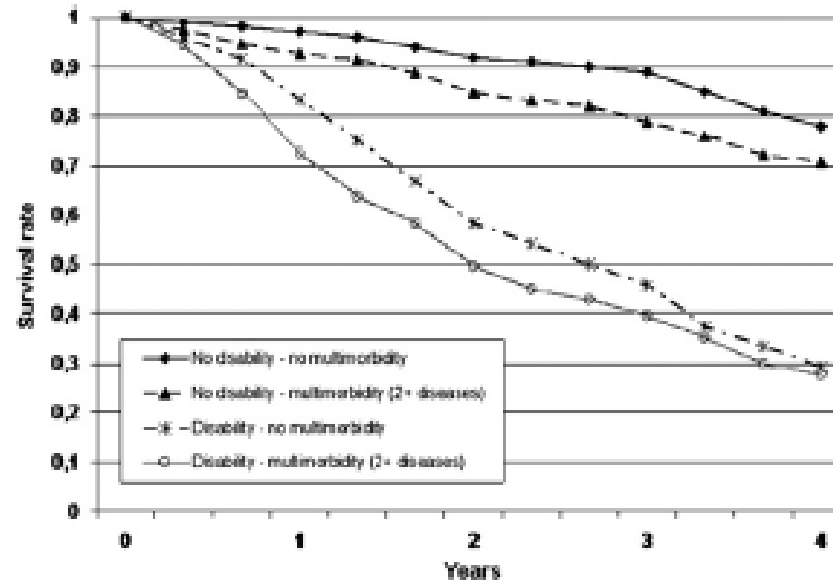
E = Beroende av hjälp vid badning, på- och avklädning, toalettbesök samt ytterligare en aktivitet.

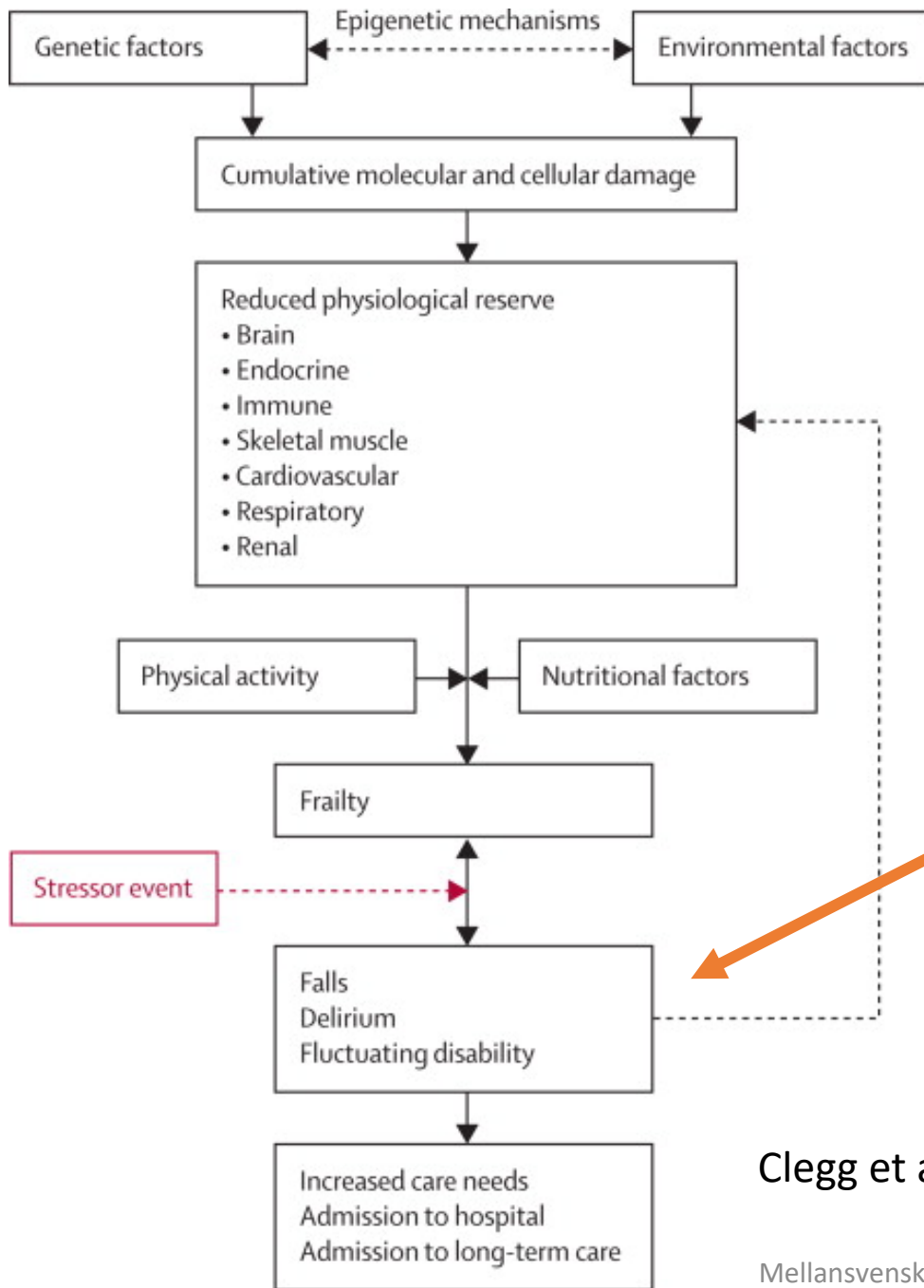
F = Beroende av hjälp vid badning, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning samt vid ytterligare en aktivitet.

G = Beroende av hjälp vid samtliga aktiviteter.

Vad är ett gott åldrande?

Nedsatt funktionsförmåga påverkar mortaliteten oberoende av ålder och multisjuklighet.





Schematisk bild över mekanismer bakom skörhet på organnivå och vilka klinisk manifestationer det kan leda till.

Vanliga sökorsaker på akuten

Clegg et al Lancet 2013

Skörhet

WHO har en definition men

- Ingen konsensus kring patofysiologiska mekanismer eller teoretisk modell
- Ingen gold standard för att mäta skörhet
- Inga diagnoskriterier

Tre modeller för att beskriva skörhet



Fenotyp-modellen

Objektiva mått (viktförlust, svaghet, förlångsamning) och självrapporterad låg fysiskt aktivitet och uthållighet



Deficitm

Alla modeller är bra på att förutse risk för inläggning på sjukhus, flytt till vård- och omsorgsboende och död

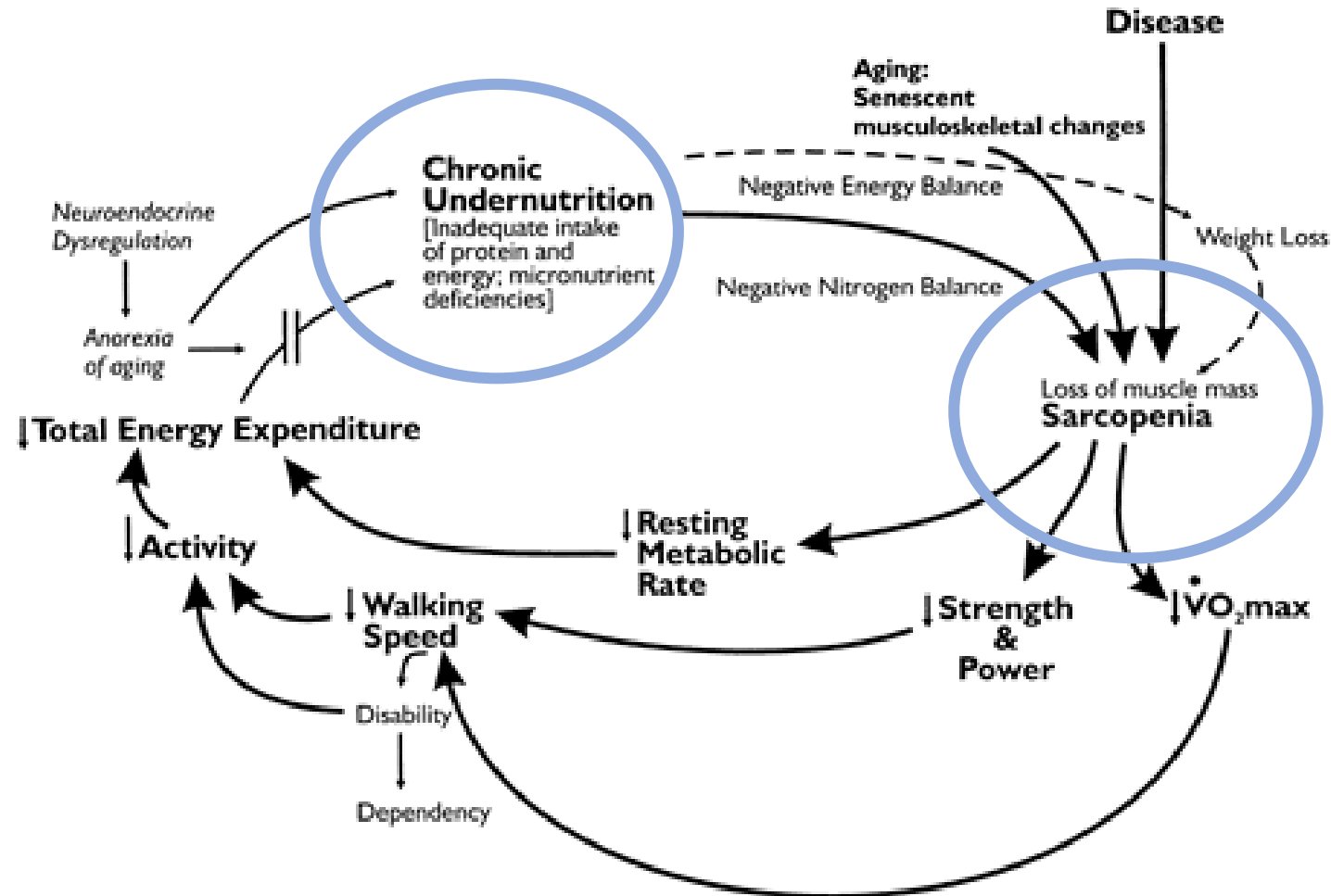
(on) tecken (t ex tremor) sjukdomar och r - så kallade deficits – används rhets-index baserat på antalet let möjliga deficits.



Den multidimensionella modellen

Här inkluderas även sociala och psykologiska faktorer

Biologiska fenotypen



Objektiva mått

Svaghet
Långsam
Utröttbarhet
Låg fysisk aktivitet
Viktförlust

Deficitmodellen (accumulation of deficits)

Appendix 1: List of variables used by the Canadian Study of Health and Aging to construct the 70-item CSHA Frailty Index

- Changes in everyday activities
- Head and neck problems
- Poor muscle tone in neck
- Bradykinesia, facial
- Problems getting dressed
- Problems with bathing
- Problems carrying out personal grooming
- Urinary incontinence
- Toileting problems
- Bulk difficulties
- Rectal problems
- Gastrointestinal problems
- Problems cooking
- Sucking problems
- Problems going out alone
- Impaired mobility
- Musculoskeletal problems
- Bradykinesia of the limbs
- Poor muscle tone in limbs
- Poor limb coordination
- Poor coordination, trunk
- Poor standing posture
- Irregular gait pattern
- Falls
- Mood problems
- Feeling sad, blue, depressed
- History of depressed mood
- Tiredness all the time
- Depression (clinical impression)
- Sleep changes
- Restlessness
- Memory changes
- Short-term memory impairment
- Long-term memory impairment
- Changes in general mental functioning
- Onset of cognitive symptoms
- Clouding or delirium
- Paranoid features
- History relevant to cognitive impairment or loss
- Family history relevant to cognitive impairment or loss
- Impaired vibration
- Tremor at rest
- Postural tremor
- Intention tremor
- History of Parkinson's disease
- Family history of degenerative disease
- Seizures, partial complex
- Seizures, generalized
- Syncope or blackouts
- Headache
- Cerebrovascular problems
- History of stroke
- History of diabetes mellitus
- Arterial hypertension
- Peripheral pulses
- Cardiac problems
- Myocardial infarction
- Arrhythmia
- Congestive heart failure
- Lung problems
- Respiratory problems
- History of thyroid disease
- Thyroid problems
- Skin problems
- Malignant disease
- Breast problems
- Abdominal problems
- Presence of snout reflex
- Presence of the palmomental reflex
- Other medical history

Deficits:

Symtom (t ex depression)

Tecken (t ex tremor)

Avvikande blodprover









Sjukdomar/diagnoser

Funktionsnedsättningar

Används för att räkna ut ett
skörhets-index =

$\frac{\text{antalet existerande deficits}}{\text{antalet möjliga deficits}}$

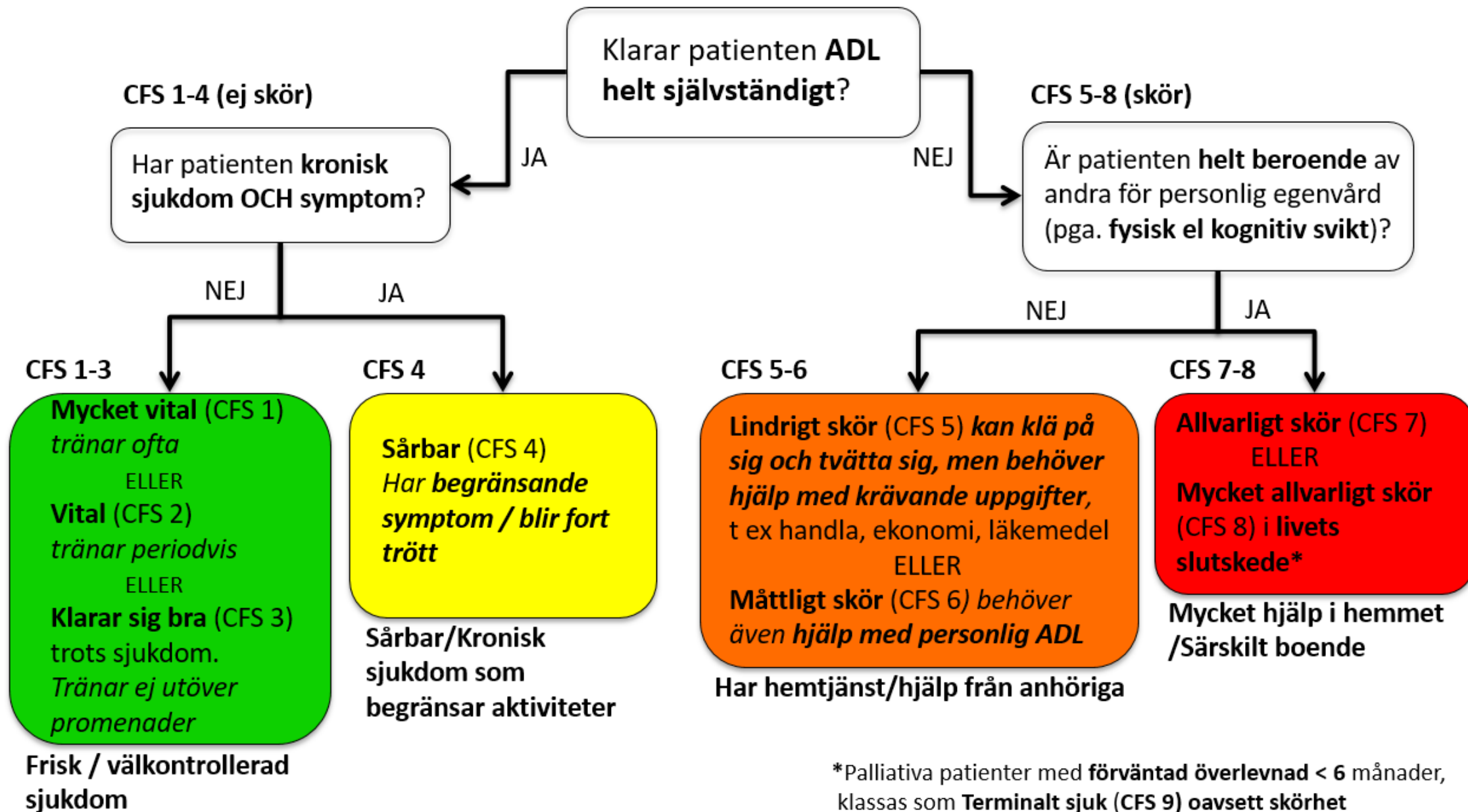
(förutbestämd lista)

								
1. Mycket vital	2. Vital	3. Klarar sig bra	4. Sårbar	5. Lindrigt skör	6. Måttligt skör	7. Allvarligt skör	8. Mycket allvarligt skör	9. Terminalt sjuk

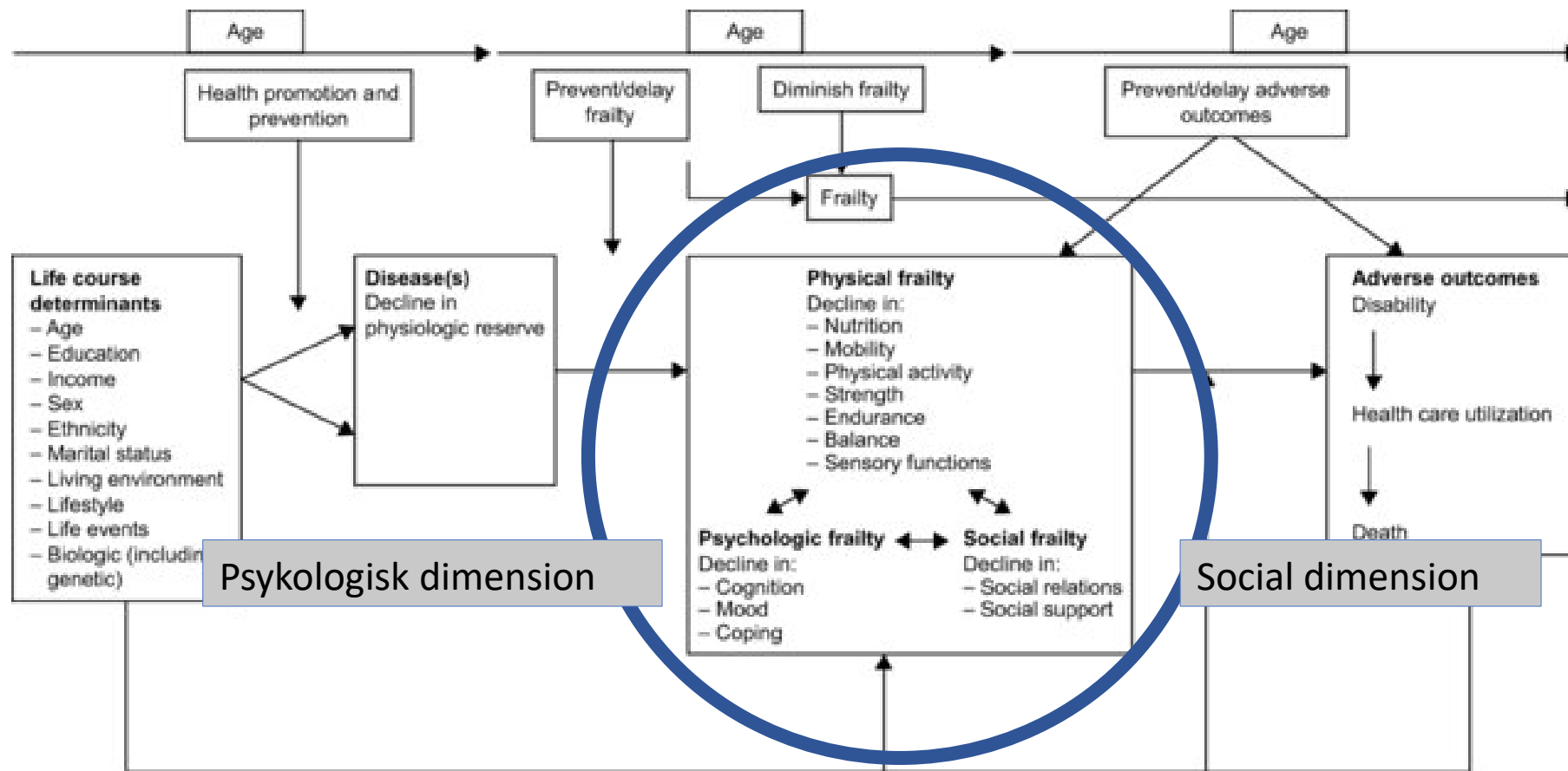
Clinical Frailty Scale

CFS

- Viktigt att skattningen är **en del** av en helhetsbild.
- Bedömningen ska baseras på hur patienten var ca två veckor innan ett akut insjuknande, d v s **habitualtillståndet**, inte hur läget är under det akuta sjukdomstillståndet.
- CFS är inte validerat för personer under 65 år eller för dem med enskilt handikapp.



Multidimensionella modellen



Behandling?

- **Träning** – Belasta muskulaturen, träningsprogram, kontakt med sjukgymnast
 - **Nutrition** – Sätt diagnos undernäring, dietistkontakt, tandstatus, utred sväljförmåga!
 - **Läkemedelsgenomgångar** – minska antal läkemedel!
 - **Äldre med manifest skörhet** – Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) - geriatriskt omhändertagande
-
- Svårstuderat avseende interventioner (träning och nutrition) pga utmaning i studiemetod avseende blindade studier, kontroller, hur man mäter och doserar.

Varför mäta/skatta skörhet?

- Identifiera personer med skörhet i behov av geriatriskt omhändertagande
- Identifiera personer med risk för skörhet för att initiera åtgärder
- Planera vården – identifiera robust (icke-skör) äldre, t ex över 90 år, som klarar en TAVI (CFS)
- Personcentrerad vård/skräddarsy behandling – skörhet kan bero på olika orsaker hos olika individer
- Objektifiera ett sårbart tillstånd för att underlätta kommunikation mellan specialiteter
- Information om befolkningens hälsa

Kort om vilka skörhetsskalor som används i Sverige idag

Clinical Frailty Scale - CFS

FRail Elderly Support Research group (FRESH)

Tilburg Frailty Indicator – TFI

Geriatrisk RiskProfil – GRP

Läkemedel hos sköra äldre

- **Ett nytt, ev felaktigt, läkemedel** kan vara den exogena triggern som **tippar** sköra individer över kanten till ett försämrat status – fall, förvirring, ökat beroende av andra i sin vardag, etc...
- Sköra äldre har ofta flera sjukdomar och behandlingar, risk/nytta ration ökar med fler sjukdomar. Risk att sköra äldre mest upplever **biverkningar**
- Finns förutsättningar för patienten att **följa rekommendationen**? Hur ser hemsituationen ut för patienten? Synnedsättning? Kognitiv nedsättning? Behövs stöttning med läkemedelshanteringen?
- Ta hjälp av de skrifter som finns framtagna av läkemedelskommittéerna om **läkemedelsbehandling av äldre**! Google är din vän.
- Äldre är ibland **underbehandlade**! (Hjärtsvikt, depression, smärta)

Sköra äldres läkemedelslistor har ofta fel pga

- Fler förskrivare
- Vård ges av flera vårdgivare - missar sker i informationsöverföring mellan vårdgivare
- Svårigheter att själv minnas sina läkemedel

Rekommendation från Optimizing Geriatric Pharmacotherapy through Pharmacoepidemiology Network (OPPEN) – Publicerat i JAMDA 2021

S.J. Liau et al. / JAMDA 22 (2021) 43–49

45

Table 1
Principles for Clinical Practice in the Medication Management of Frail Older People and Examples of Strategies

Principles for Clinical Practice	Strategies
Perform medication reconciliation and maintain an up-to-date medication list	<ul style="list-style-type: none">• Systematically obtain, verify, and document an accurate medication list• Compare against admission, transfer, or discharge orders to resolve discrepancies
Assess and plan based on individual's capacity to self-manage medications	<ul style="list-style-type: none">• Update medication list after every change in regimen to maintain accuracy• Use standardized assessment tools to assess capacity to self-manage medications
Ensure appropriate prescribing and deprescribing	<ul style="list-style-type: none">• Prioritize services to facilitate self-management and support caregivers• Assess therapeutic intents, time to benefit, dose optimization, potential ADEs, benefits and risks of treatments, and patient preferences
Simplify medication regimens when appropriate to reduce unnecessary burden	<ul style="list-style-type: none">• Deprescribe any unnecessary or potentially inappropriate medications• Simplify regimens by consolidating administration times, standardizing administration routes, and using long-acting or combination products
Be alert to the contribution of medications to geriatric syndromes	<ul style="list-style-type: none">• Perform differential diagnosis of symptoms and thoroughly investigate for possible ADEs or missed drug interactions prior to diagnosis and prescribing
Regularly review medication regimens to align with changing goals of care	<ul style="list-style-type: none">• Conduct comprehensive medication reviews after changes in living setting or health status to ensure medications remain clinically appropriate
Facilitate multidisciplinary communication among patients, caregivers, and healthcare teams	<ul style="list-style-type: none">• Communicate frailty status to patients, caregivers, and healthcare teams• Work collectively toward achieving treatment goals via multidisciplinary care

Take Home Messages

- Skörhet är vanligt och förknippat med flera hälsorisker
- Det är viktigt att uppmärksamma skörhet tidigt för att kunna sätta in åtgärder
- Skattning av skörhet bidrar till en bättre helhetsbild av patienten
- Det finns flera modeller, skattningsskalor och instrument
- Skattning av skörhet är ett sätt att objektifiera ett sårbart tillstånd och kan förbättra diskussion mellan specialiteter

TACK för mig!

Amelie.lindh-mazya@regionstockholm.se



Bild: Washington post



**Karolinska
Institutet**



Danderyds Sjukhus

SWEAH

SWEDISH NATIONAL GRADUATE SCHOOL FOR COMPETITIVE SCIENCE ON AGEING AND HEALTH