

Skörhet bra begrepp för att hitta äldre med stort behov av vård och omsorg

Istället för »multisjuk« och »mest sjuka äldre« lanseras här »skörhet« (frailty) som begrepp för att definiera och hitta äldre med stort behov av vård och omsorg. Frailty har blivit ett etablerat och omskrivet begrepp inom forskningen om äldre.

De äldres behov av vård och omsorg har blivit alltmer uppmärksammat beroende på det ökande antalet äldre. Vikten av att hitta och identifiera dem som riskerar att bli högkonsumenter av sjukvård och omsorg lyfts ofta fram. Tidigare har begreppet multisjuk ofta använts för att beskriva den gruppen. Bland annat togs detta upp av Järbrink och medförfattare i en debattartikel i LT 12/2011 [1]. På senare tid har »mest sjuka äldre« börjat användas som

KATARINA WILHELMSON
med dr, specialistläkare, verksamhetsområde geriatrik, Sahlgrenska universitetssjukhuset/Sahlgrenska; enheten för socialmedicin katarina.wilhelmson@socmed.gu.se

KAJSA EKLUND
fil dr, universitetslektor, sektionen för neurovetenskap och rehabilitering; båda Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet

HELENA GUSTAFSSON
med dr, verksamhetschef, överläkare

ANNE-CHARLOTTE LARSSON
verksamhetsutvecklare; båda verksamhetsområde medicin, Sahlgrenska universitetssjukhuset/Mölndal

STEN LANDAHL
professor, enheten för geriatrik; senior consultant, Vårdalinstitutet

SYNNEVE DAHLIN-IVANOFF
professor, sektionen för neurovetenskap och rehabilitering; båda Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet; projektansvarig; samtliga författare (utom HG) Vårdalinstitutet, forskningsplattformen »Äldre och äldres vård och omsorg«


alternativ till multisjuka äldre. Socialstyrelsen har definierat de mest sjuka äldre som »personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom« [2]. Man föreslår tre avgränsningar utifrån om man har behov av omfattande sjukvård och/eller omfattande omsorg, vilket framför allt baseras på registerdata. Tonvikten läggs på dem som redan är mycket sjuka och som redan har en hög vårdkonsumtion. Vi vill lyfta fram ett alternativt, och i vårt tycke bättre begrepp för att beskriva äldre personer med risk för hög vårdkonsumtion.

Maj Rom lyfter i en debattartikel i LT 15/2011 (sidan 872) [3] fram att att förmågan att sköta sina aktiviteter i det dagliga livet (ADL) är den faktor som har störst betydelse för kostnaderna för vård och omsorg. Hon beskriver målgruppen som biologiskt åldrade personer som är nära sin funktionella sviktgräns. De är beroende av andra, har flera samtidiga hälsoproblem, flera läkemedel och många vårdgivare. Ett bra internationellt begrepp som inte har någon svensk motsvarighet är »frail«. Ofta översätts frail med skör. Frailty (skörhet) har blivit ett etablerat och omskrivet begrepp inom forskningen om äldre. De flesta studierna sammanfattar skörhet som ett tillstånd med nedsatt reservkapacitet i multipla fysiologiska system som medför risk för funktionshinder och sjuklighet. The American Geriatric Society [4] har genom en blandning av klinisk konsensus och evidens definierat att begreppet omfattar allmän svaghet, trötthet, nedsatt uthållighet, viktnedgång/aptitlöshet, låg fysisk

■ SCREENING AV SKÖRA ÄLDRE

- Nedsatt ork: Ja Nej
(Blir slut av en kort promenad på cirka 15–20 min)
- Allmän trötthet de senaste tre månaderna: Ja Nej
- Ramlar ofta/tror att man kommer att ramla: Ja Nej
- Behöver hjälp att göra sina inköp: Ja Nej
(Ta sig till affären, plocka varor, betala, bära hem)
- Sökt akutmottagning Ja Nej
≥3 gånger de senaste 12 månaderna: Ja Nej
(Vid minst två ja går patienten vidare i programmet »Sammanhållen vårdprocess för sköra äldre« för geriatrisk bedömning av vård och omsorgsbehov)

Screening av sköra äldre är en produkt av projektet »Vårdkedja: från akutmottagning till eget boende«. Underlaget ska kunna användas av samtliga vård- och omsorgsgivare för identifiering av sköra äldre. Projektet finansieras av Socialstyrelsen, Vårdalinstitutet och forskningsprogrammet Vinnvård.



aktivitet, dålig balans och nedsatt kognition. Ofta sätts gränsen till tre indikatorer för att identifieras som skör.

Skörhet har en stark koppling till aktivitetsbegränsningar och multipla sjukdomar [5]. Kombinationen skörhet, aktivitetsbegränsningar och multipla sjukdomar kallas sårbarhet. Är man sårbar är man också skör, men man kan vara skör utan att vara sårbar. Sårbarhet kan innebära både lindrigt och allvarligt hälsotillstånd och kan ses som ett paraplybegrepp som relaterar till såväl skörhet och aktivitetsbegränsningar som sjukdomar. Det kan beskrivas som en stegvis process där en äldre person, från att vara »frisk«, utvecklar ökande sårbarhet.

Fördelen med sårbarhets- och skörhetsbegreppet är att man med hjälp av det kan hitta dem som är i riskzonen för hög vårdkonsumtion innan de blivit så sjuka att det är svårt att hejda sjukdomsforloppet. Skörhet och sårbarhet exkluderar inte de mest sjuka äldre, samtidigt som det inkluderar även dem som är i riskzonen för att bli mycket sjuka på grund av den minskade reservkapaciteten.

Skörhet och sårbarhet har också en stark koppling till ålder. Kombinationen hög ålder och behov av sjukvård är ännu starkare kopplad till skörhet. Detta har blivit mycket tydligt i forskningsprojektet »Vårdkedja: från akutmottagning till eget boende: Implementering och utvärdering av en intervention för sårbara äldre« [6], en randomiserad kontrollerad studie där i stort sett alla 80 år och äldre som sökte akuten också var sköra. Utifrån resultat från det projektet har vi utarbetat fem screeningfrågor (se ruta) som redan i triaget fångar upp individer som är sköra/sårbara.

Frågorna testas nu på akutmottagningen vid Mölndals sjukhus. Alla patienter som har två eller fler ja bedöms vara i hög risk att vara sköra/sårbara och får en bedömning av en sjuksköterska med geriatrisk kompetens. Under några veckor hösten 2011 fördes statistik över hur många patienter som bedömdes vara sköra/sårbara utifrån de fem screeningfrågorna. Av alla sökande (medicin, ortopedi och geriatrik) var 16 procent 80 år eller äldre, och 10 procent var mellan 70 och 79 år. Av dem som var 80 år och äld-

re bedömdes 80 procent vara sköra/sårbara, 60 procent i åldersspannet 70–79 år. I den yngre gruppen var nedsatt ork den vanligaste indikatorn (drygt 50 procent) medan »hjälp med inköp« och »ramlar ofta« var vanligast i den äldre gruppen (drygt 70 procent). Den indikator som var minst vanlig var tre eller fler besök på akutmottagningen (cirka 30 procent i båda åldersgrupperna).

Screeningfrågorna lämpar sig väl att använda för att identifiera individer som är sköra/sårbara och behöver en geriatrisk bedömning. Skörhetsbegreppets stora fördel är att det inte fokuserar på sjukdomarna utan på den minskade reservkapacitet som uppstår i åldrandeprocessen, vilket leder till en ökad risk för hälso- och omsorgsproblem och behov av vård och omsorg.

Skörhetsbegreppet har också potential att identifiera personer innan de är alltför sjuka. Vi anser att skörhet är ett bra begrepp för att beskriva och identifiera dessa äldre.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Järbrink K, Althoff K, Naploszek M. Multisjuka äldre – en utmaning för vårddataanalytiker och hälsoekonomer. *Läkartidningen*. 2011;108:674–5.
3. Rom M. Begreppen »sjuka äldre« och »mest sjuka äldre« är att fördra. *Läkartidningen*. 2011;108:872.
4. Ferrucci L, Guralnik JM, Studenski S, et al. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52:625–34.
5. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59:255–63.
6. Wilhelmson K, Dunér A, Eklund K, et al. Design of a randomized controlled study of a multi-professional and multidimensional intervention targeting frail elderly people. *BMC Geriatr*. 2011;11:24.

Läs mer Fullständig referenslista Lakartidningen.se

Postumt av Barbara Starfield om primärvårdens betydelse

■ Barbara Starfield, en förgrundsgestalt inom allmänmedicinsk forskning, avled hastigt förra året, 79 år gammal. Hon fortsatte som vetenskaplig skribent in i det sista. I översikten [1] har hon sammanfattat de senaste årens rön om hur sjukvården bör organiseras för att vara kostnadseffektiv och bidra till god och jämlik folkhälsa.

Här refereras en rad studier, från olika delar av världen, som visar på samband mellan utbyggd primärvård och folkhälsa, och några som visar att subspecialiserad sjukdomsorienterad vård kan vara dyr och ineffektiv. Ett exempel är den thailändska vårdreformen med etablering av en vårdcentral i varje by som ledde till minskad barnadödlighet, medan motsatt utveckling skedde i Indonesien. Ett annat exempel är den kanadensiska utvecklingen av primärvård som gav minskad dödlighet i bröstcancer, speciellt i socioekonomiskt svaga grupper, jämfört med utveck-



Barbara Starfield (1932–2011), har kallats en ikon inom allmänmedicinen.

lingen i USA under samma tid.

Enligt Starfield är nyckelfunktionerna i primärvården att den är

- första linjens sjukvård
- personfokuserad över tid, vilket inte är detsamma som patientcentrering vid enstaka möten utan kräver personlig kontakt och kontinuitet
- omfattande, mätt som möjligheten att möta så stor del som möjligt av befolkningens vanliga sjukvårdsbehov

- samordnande för att effektivt hjälpa alla dem som har oselekerade komplexa symtom och flera samtidigt kroniska sjukdomar.

Starfield argumenterar mot diagnosbaserade riktlinjer som grund för ersättningsystem och uppföljning av primärvården. Inte för att riktlinjerna är felaktiga, utan för att de tillämpas på befolkningar med en ökande komplex sjukdomsburda snarare än på enskilda diagnoser. Slutligen redovisar hon några möjliga instrument för primärvårdsuppföljning som mäter just de avgörande nyckelfunktionerna.

Josabeth Hultberg
doktorand, allmänläkare,
Norrköping
josabeth.hultberg@lio.se

REFERENS

1. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012*. *Gac Sanit*. 2012. doi:10.1016/j.gaceta.2011.10.009

slutreplik om läkemedelsförsäkringen:

Vem är patientansvarig – behandlande läkare eller TLV?

■ I sitt svar angående att alla läkemedelsföretag inte är anslutna till Läkemedelsförsäkringen angav Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) genom Inger Erlandsen i LT 14–15/2012 (sidan 733) att en lösning kräver lagstiftning.

Missförhållandet är emellertid inte bristen på lagstiftning, utan att TLV inte informerar patienten när ett ordinerat läkemedel byts ut mot ett annat, som inte är försäkrat. Ovetandes riskerar pa-

tienten att vid en allvarlig biverkning inte få någon ska-deersättning. TLV informerar överhuvudtaget inte patienten om vad ett byte till ett »likvärdigt«, billigare preparat innebär. Likvärdigt är inte identiskt. Utöver själva läkemedlet innehåller en tablett ett antal tillsatser, som skiljer mellan olika tillverkare. En person kan därför reagera olika på »likvärdiga« läkemedel beroende på tillverkare.

Ett utbyte av läkemedel en-

ligt läkemedelsförmånssystemet kan därför innebära såväl bortfall av försäkrings-skydd, som att patienten reagerar annorlunda. Vem blir då patientansvarig – läkaren som har gett en ordination eller TLV som ändrat den?

Hans Dunér
leg läkare, Bromma
marianne.duner-engstrom@telia.com

■ Diskussionen inleddes i nr 11/2012 (sidan 529) av Hans Dunér.

red.