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

Eldre med skrøpelighet har økt risiko for komplikasjoner ved innleggelse i sykehus. Kartlegging av skrøpelighet 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 skrøpelighet ved akuttmottakene i Tønsberg og Tromsø i løpet av én uke ([3](#)).

Begrepet *skrøpelighet* brukes om eldre individer med økt risiko for negative hendelser, som komplikasjoner til sykdom og behandling, død og innleggelse på sykehjem ([1](#)). Skrøpelighet i akuttmottaket predikerer økt liggetid, tap av funksjon, reinnleggelser og mortalitet og har prediktiv verdi ut over alvorlighetsgraden av akutt sykdom ([4](#)). Selv om skrøpelighet blir vanligere ved økende alder, så vil grad av skrøpelighet gi mer informasjon om individuell risiko enn alder alene. Klinisk skrøpelighetsskala (Clinical Frailty Scale, CFS) er utviklet av Rockwood og medforfattere for å gradere skrøpelighet på en skala fra 1 til 9 hos personer over 65 år, der økende skår indikerer økende skrøpelighet ([1](#)). Skalaen baserer seg på at skrøpelighet 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 skrøpelighet 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 skrøpelighetsvurdering bør innføres i norske akuttmottak, i tråd med europeisk

konsensus (5). I studien ble ikke konsekvenser av skrøpelighet undersøkt, men forfatterne fant at andelen med delirium var høyere hos pasienter med økende skrøpelighet. Skrøpelighet kan være et resultat av kognitiv svikt, og kognitiv svikt er en viktig risikofaktor for delirium. Det fremkommer ikke tydelig nok i artikkelen at skrøpelighet 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.

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

Fordi skrøpelighet predikerer risiko, vil grad av skrøpelighet ha betydning for valg av behandling og behandlingsnivå. En metaanalyse av pasienter over 55 år som gjennomgikk akutt laparotomi, viste at skrøpelighet, 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 skrøpelighet føre til at pasienten henvises videre til geriatrikisk vurdering og oppfølging. Målet er å kartlegge årsaken til skrøpelighet og å optimalisere for eksempel multisystemlighet, medikamentbruk og fysisk funksjon for å øke pasientens reservekapasitet. Skrøpelighet kan altså i noen grad være reversibelt.

Pasienter med alvorlig grad av skrøpelighet (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 skrøpelighet legges inn i akuttmodtaket. 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 skrøpelighet blir samvalg ekstra viktig. Personer med skrøpelighet 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 skrøpelighet 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 skrøpelighet 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 skrøpelighet i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Klinisk skrøpelighetsskala 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 skrøpelighet 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 skrøpelighet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.20.0944. [PubMed][CrossRef]
3. Goll JB, Saga E, Johnsen B et al. Skrøpelighetsscreening hos eldre i norske akuttmedisinske mottak. *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 14. februar 2026.