

# Funksjonsvurdering i den praktiske kvardagen

---

Stine Voll Aasen

LIS3 Geriatri

# Mål

---

- Korleis identifisere/måle skrøpelegheit
- Felles forståing av begrepet skrøpelegheit
- Kva vi kan bruke det til

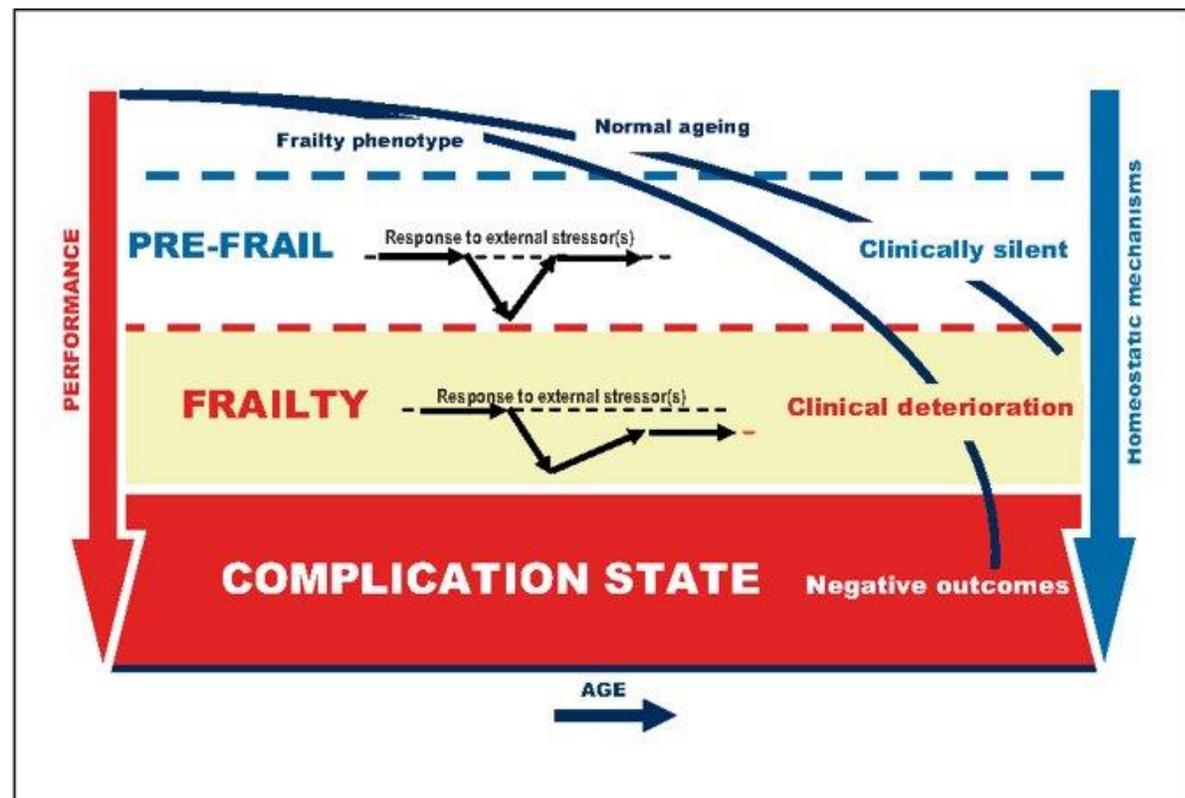


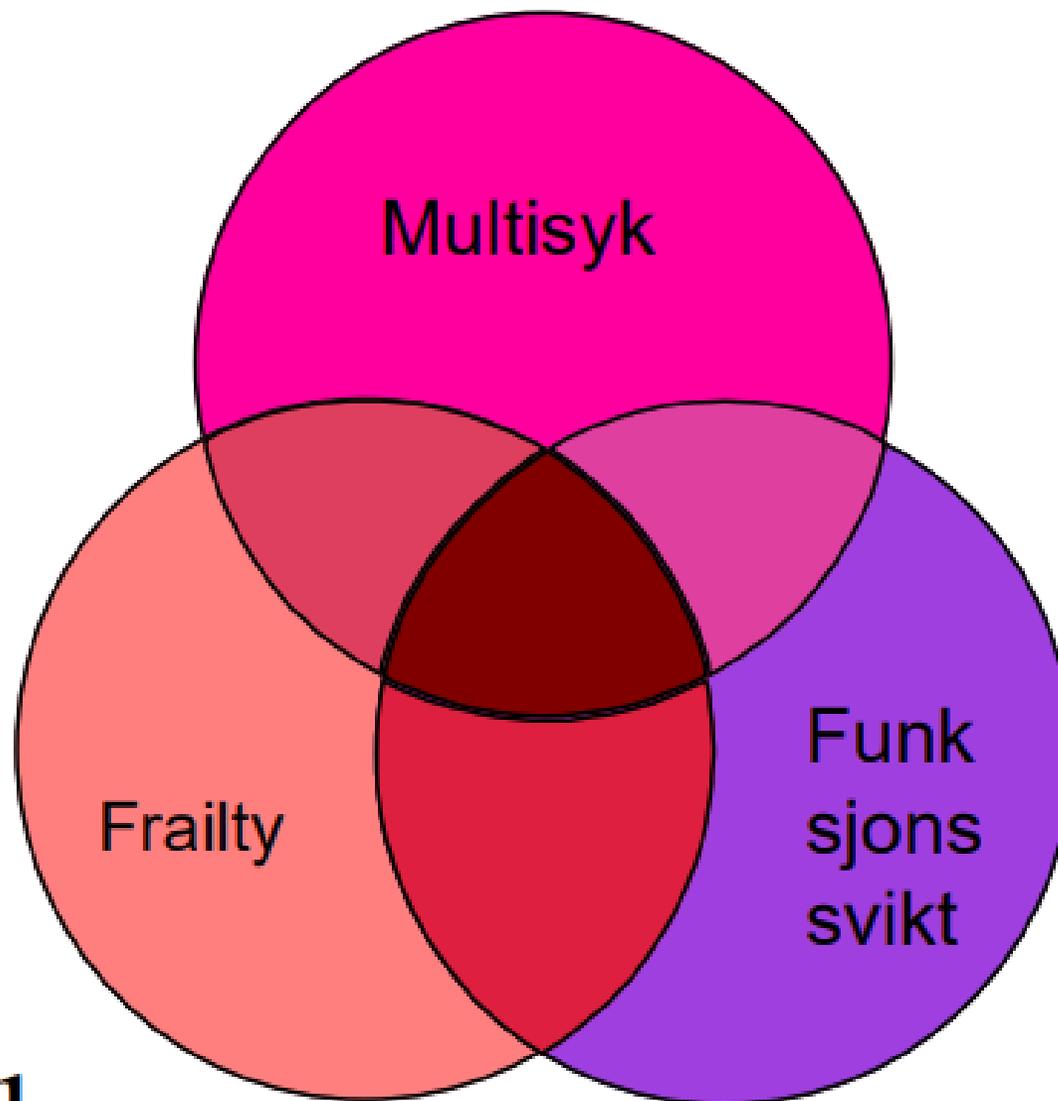
# Disposisjon

- Kva er skrøplegheit?
- Korleis vurderar vi det?
  - Fenotype (Fried)
  - Frailty index (Rockwood)
  - **Clinical Frailty scale**
  - Frailty-indikatorar: **ganghastigheit**, gripestyrke
  - Brei geriatrisk vurdering
- Kva kan vi bruke det til? Og korleis?

## Kva er frailty?

- Redusert kapasitet til å respondere på stress, pga reduserte reserver
- Auka risiko for negative utfall av både sjukdom og behandling
- Ikkje ein nødvendig konsekvens av aldring
- Kan motverkast





**11**

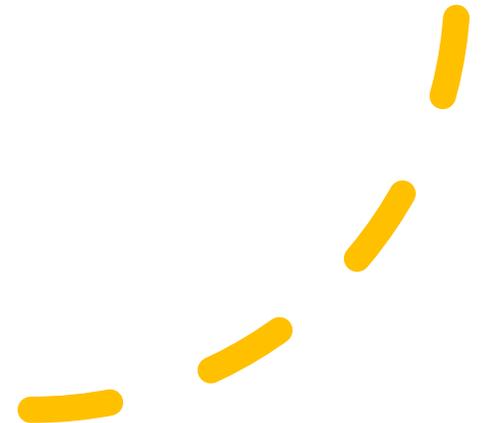


- Ca 1/4 av alle over 85 år er skrøpelege
- Studie I Sandefjord: 3 av 4 eldre med heimesjukepleie er moderat eller alvorleg skrøpelege



# Korleis måle skrøpelegheit?

- Fleire ulike modellar
  - Fenotype (Fried)
  - Frailty index (Rockwood)
  - Clinical frailty scale
  - Frailty-indikatorar: ganghastigheit, gripestyrke
  - Brei geriatrisk vurdering



# Frieds fenotype

MUSKELFUNKSJON  
ENERGI

**Table 1**  
**Fried phenotype criteria and measurement indices**

<b>FP Criteria</b>	<b>Measurement</b>
Weakness	Grip strength <20th percentile
Slowness	Walking time (15 feet): slowest 20% by sex and height
Low level of physical activity	Bottom 20th percentile of calculated kcal as measured by the Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire
Exhaustion	Self-reported, based on items in the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
Weight loss	>10% of unintentional weight loss during the prior year

*From* Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56(3):M146–56.

# Frailty index (Rockwood)

History of diabetes mellitus

History of congestive heart failure

History of hypertension requiring medication

History of either transient ischemic attack or cerebrovascular accident

Functional status 2 (not independent)

History of myocardial infarction

History of either peripheral vascular disease or rest pain

History of cerebrovascular accident with neurological deficit

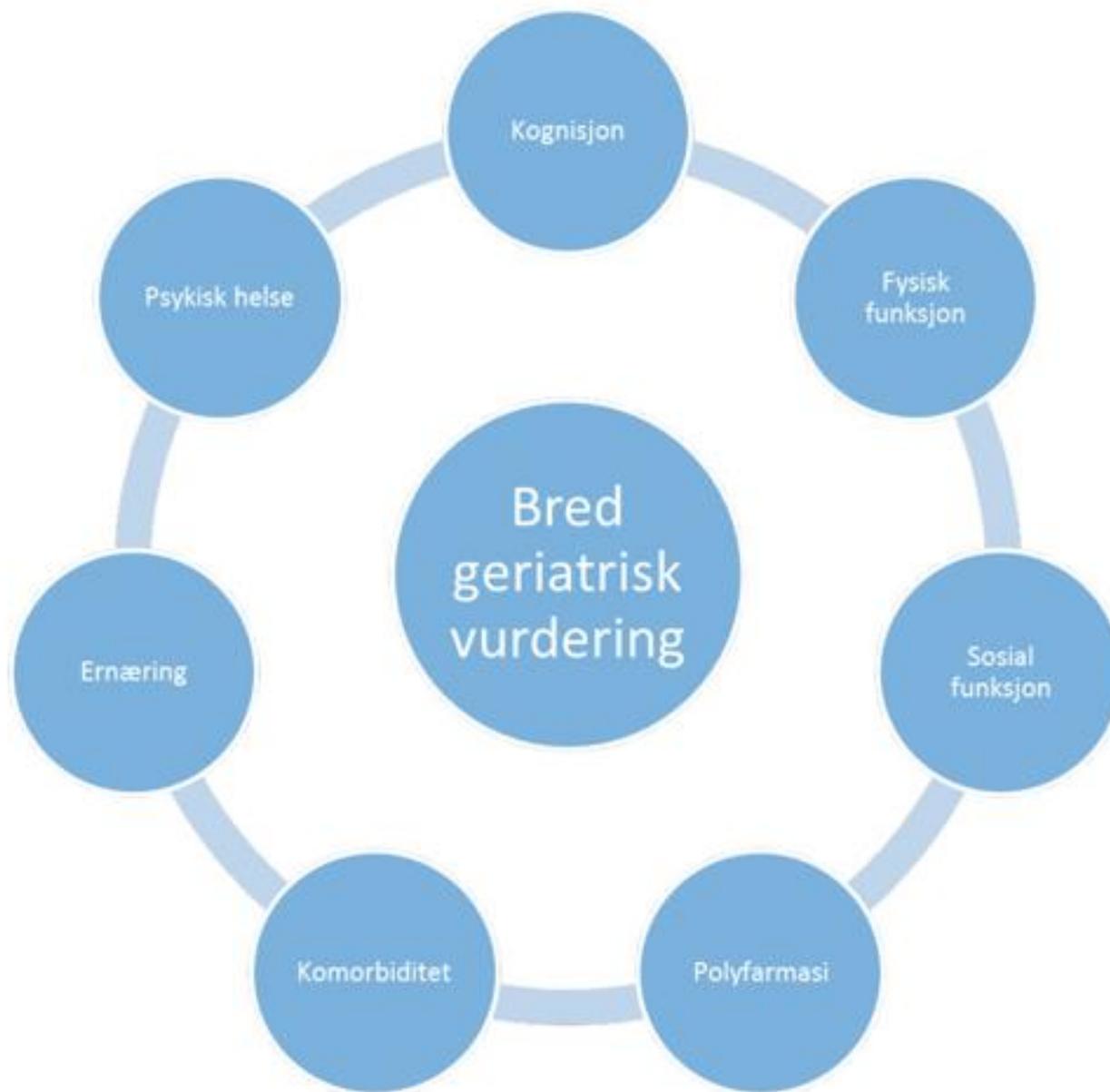
History of either COPD or pneumonia

History of either prior PCI, PCS, or angina

History of impaired sensorium

---

**Notes:** Functional status measured in the 30 days prior to surgery. The presence of each variable was scored as 1 point. The score ranges 0–11, with a score 0 representing absence of frailty, while a score of 11 represents highest degree of frailty.



# Klinisk skrøpelegheitsskala (CFS)

## CLINICAL FRAILTY SCALE - NORWEGIAN

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

### SKÅRING AV SKRØPELIGHET HOS PERSONER MED DEMENS

Graden av skrøpelighet 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 sengeliggende. Mange har mistet all språk.

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (NO).

All rights reserved. For permission: [www.geriatricmedicine.research.ca](http://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.



# Skrøpelegheitsindikatorar

- Ganghastigheit
- Gripestyrke



# Kva kan vi bruke skrøpelegheitsvurdering til?

- **Forebygge og behandle**
- Vurdere risiko
- Seleksjon til ulike behandlingstypar
- Prognostikk

Viktig å identifisere fordi skrøpelege pasientar har høgare risiko for negative hendingar og behov for tilpassa utredning og behandling.

# Frailty og alder

- Blir ein gammal nok blir ein skrøpeleg
- Men er også forårsaka av
  - Usunn livsstil
  - Sjukdom og skadar
  - Sosial ulikheit

# Frailty kan motverkast



## Livsstil

- Ernæring
- Fysisk aktivitet



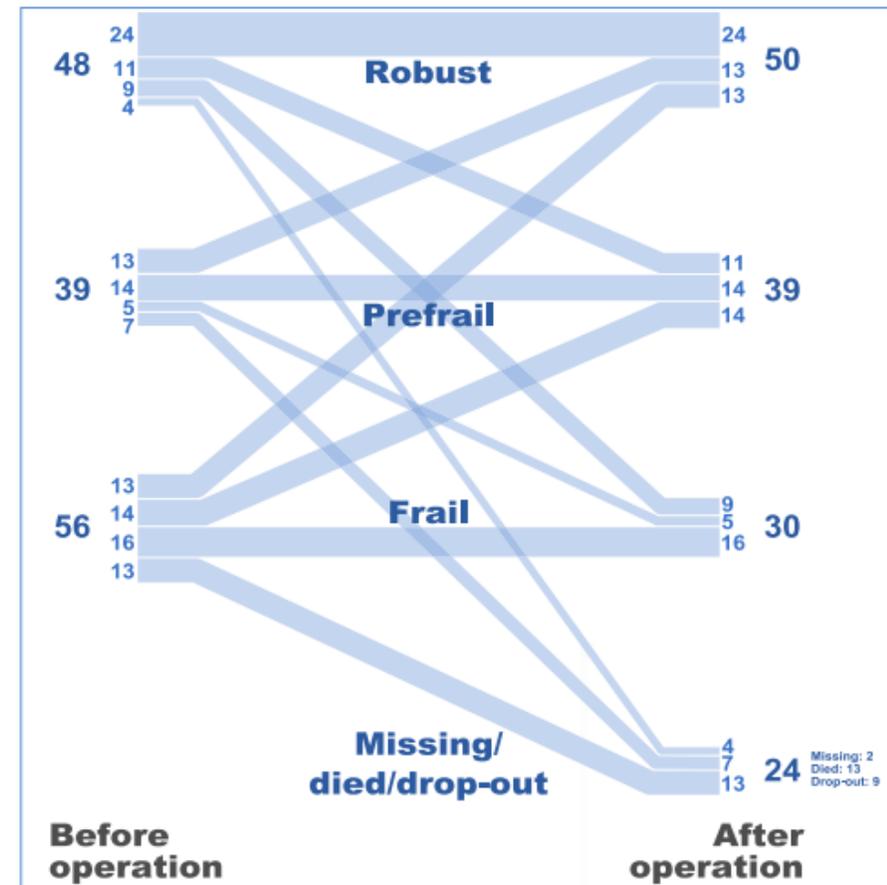
## Optimal behandling av sjukdommar



## Levekår - sosial og psykisk støtte

# Frailtystatus hos eldre 80 + etter aortaklaffoperasjon

- Ingen endring på gruppenivå, men individuell bedring og forverring
- Kva er årsaka til skrøpelegheita?



Frantzen AT, Ranhoff AH et al.; CARDELIR Investigators. Heart Lung Circ. 2021.

# Kva kan vi bruke skrøpelegheitsvurdering til?

- Forebygge og behandle
- Vurdere risiko
  - Preoperativt
  - Vaksinerings
- Seleksjon til ulike behandlingstypar
  - Innlegging?
  - Intensivbehandling?
- Prognostikk

**Figur 2. Kliniske settinger hvor det kan være nyttig å gjøre en frailtyvurdering**

KLINISK PROBLEMSTILLING	MÅLSETNING	BEHANDLING - RETNINGSLINJEBASERT	ALTERNATIV BEHANDLING I	ALTERNATIV BEHANDLING II
Alvorlig symptomatisk aortastenose	Økt overlevelse, bedret funksjon og livskvalitet	Åpen kirurgisk bytte av klaffen	Kateterbasert bytte av aortaklaffen	Lindrende behandling
Kolorektal kreft	Helbrede, øke overlevelse og livskvalitet	Kirurgi (tarmreseksjon)	Palliativ kirurgi Ekspektans	Lindrende behandling
Terminal nyresvikt	Øke overlevelse, bedre funksjon og livskvalitet	Nyretransplantasjon	Oppstart dialyse	Lindrende behandling
Småcellet lungekreft	Øke overlevelse, bedre funksjon og livskvalitet	Kombinert radiokjemoterapi	Palliativ medikamentell kreftbehandling	Lindrende behandling
Myelomatose	Øke overlevelse, bedre funksjon	Stamcelletransplantasjon, HMAS	Cellegift, andre krefthemmende medikamenter	Lindrende behandling
Akutt hjerteinfarkt	Øke overlevelse, færre nye hendelser, bedre livskvalitet	Hjertekateterisering med evt PCI, ACB-operasjon og medikamentell behandling	Kun medikamentell behandling, sekundærprofylakse	Symptomatisk medikamentell behandling
Intensivbehandling	Øke overlevelse (akutt)	Igangsette intensivbehandling	Hvor langvarig intensivbehandling?	Lindrende behandling

- **Unngå underbehandling av dei spreke gamle, og overbehandling av dei skrøpelege**

# Covid-vaksine

- Såg på sjukeheimspasientar som vart vaksinert mot covid og fatale biverkander
- Snittalder 87,7 år
- Ekspertgruppe skåra med CFS – 48/79 var i kategori 8 eller 9

  
Tidsskriftet  
DEN NORSKE LEGEFØRENING

ARTIKLER   FAGOMRÅDER   UTGAVER   PODKAST   FORFATTERVEILEDNING   LEGEJOBBER   SØK Q

---

ORIGINALARTIKKEL

## Dødsfall i sykehjem etter covid-19-vaksine

COVID-19

Torgeir Bruun Wyller, Bård Reiakvam Kittang, Anette Høyen Ranhoff, Pernille Harg, Marius Myrstad *Om forfatterane*

BAKGRUNN

I perioden 27.12.2020–15.2.2021 ble om lag 29 400 av Norges ca. 35 000 sykehjemspasienter vaksinert med mRNA-vaksinen BNT162b2. I samme tidsrom mottok Statens legemiddelverk 100 meldinger om mistenkte fatale bivirkninger av vaksinen. En ekspertgruppe har gransket meldingene og vurdert grad av årsakssammenheng mellom vaksinering og dødsfallene.

ENGLISH

Publisert: 19. mai 2021  
Utgave 10, 29. juni 2021  
Tidsskr Nor Legeforen 2021  
doi: 10.4045/tidsskr.21.0383

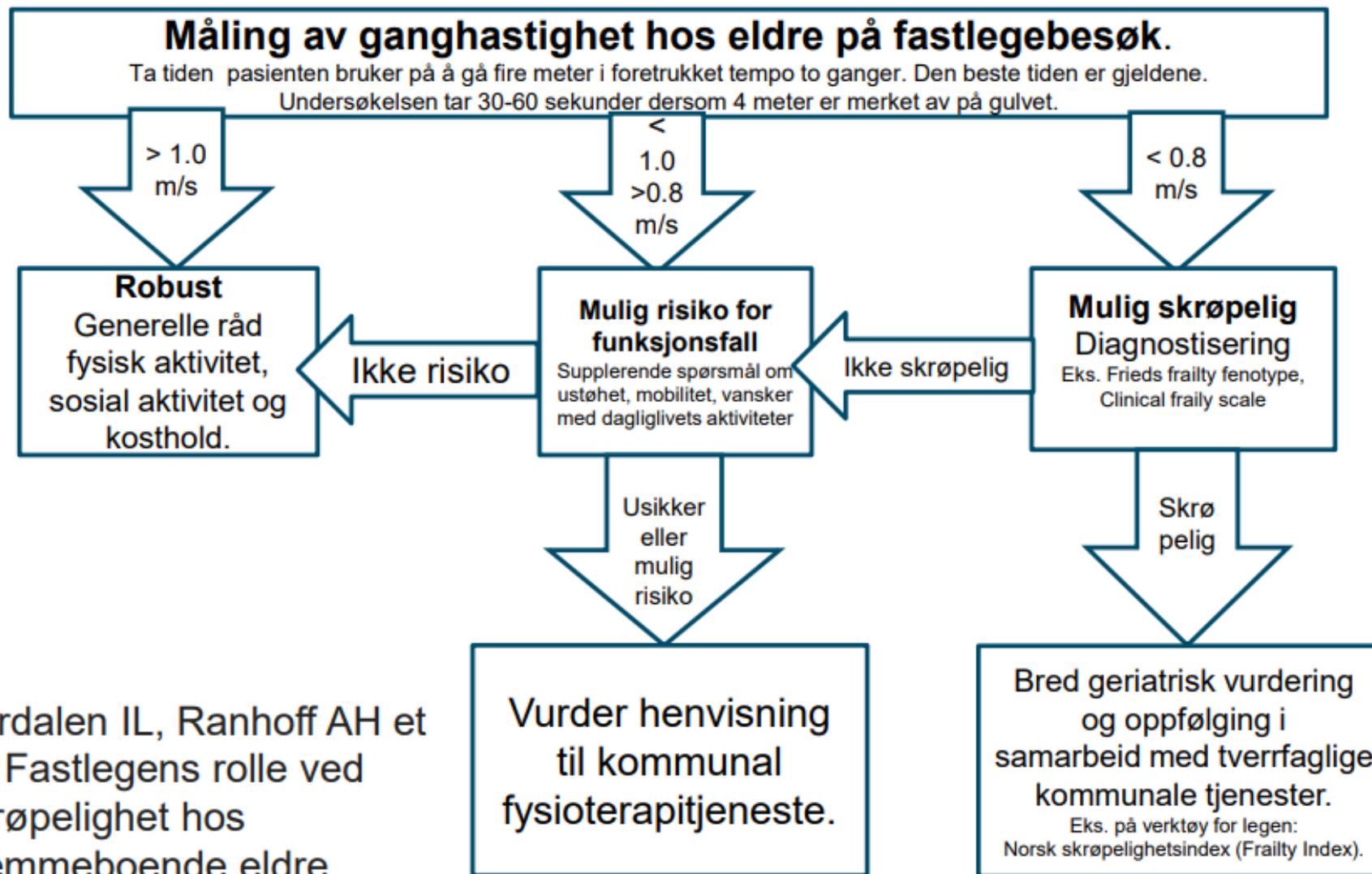
Mottatt 6.5.2021, første revisjon innsendt 13.5.2021, godkjent 14.5.2021.

Åpen tilgang CC BY-ND

 7	 8	 9
<b>LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET</b>	<b>LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET</b>	<b>TERMINALT SYK</b>
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).	Helt avhengige av hjelp til personlig stell og nærmer seg livets slutt. Vanligvis vil de ikke komme seg igjen selv etter mild sykdom.	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).



Merkelapp?



Kyrdalen IL, Ranhoff AH et al. Fastlegens rolle ved skrøpelighet hos hjemmeboende eldre personer. Tidsskr Nor Lægeforen. 2021

## Mini-Cog – Instruksjoner for administrering & skåring

ID: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

### Trinn 1: Tre-ords innlæring

Se direkte på personen og si: "Hør nøye etter. Jeg kommer til å si tre ord som jeg vil at du skal gjenta for meg nå, og deretter prøve å huske. Ordene er [velg en ordliste fra versjonene under]. Kan du si ordene for meg nå?" Hvis personen ikke klarer å gjenta ordene etter tre forsøk, gå videre til Trinn 2 (klokketegning).

Følgende ordlister har blitt brukt i én eller flere kliniske studier. Ved gjentatt testing anbefales bruk av en alternativ ordliste.

Versjon 1	Versjon 2	Versjon 3	Versjon 4	Versjon 5	Versjon 6
Banan	Leder	Landsby	Elv	Kaptein	Datter
Soloppgang	Årstid	Kjøkken	Nasjon	Hage	Himmel
Stol	Bord	Baby	Finger	Bilde	Fjell

### Trinn 2: Klokketegning

Si: "Nå vil jeg at du skal tegne en klokke for meg. Først skal du sette inn alle tallene på riktig sted." Når det er utført, si: "Så setter du inn viserne slik at klokka viser 10 over 11."

Bruk den ferdigtrykte sirkelen (se neste side) til denne oppgaven. Gjenta instruksjonene om nødvendig da dette ikke er en hukommelsestest. Gå videre til Trinn 3 hvis ikke klokka er fullført innen tre minutter.

### Trinn 3: Tre-ords gjenkalling

Spør personen om å gjenta ordene du leste opp i Trinn 1. Si: "Hvilke tre ord var det jeg ba deg om å huske?" Før opp hvilken versjon av ordlisten som ble brukt og personens svar nedenfor.

Ordliste-versjon: \_\_\_\_\_ Personens svar: \_\_\_\_\_

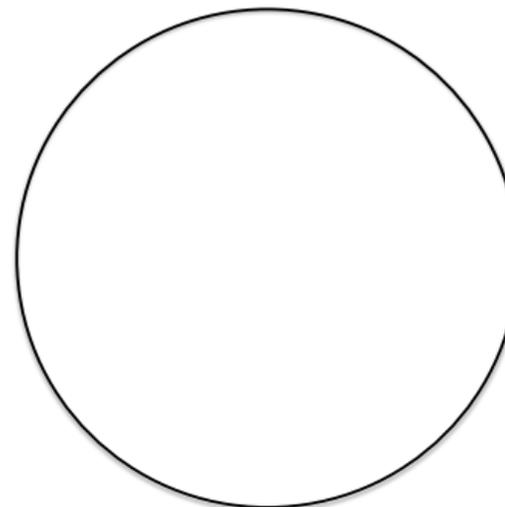
### Skåring

Gjenkalling: _____ (0-3 poeng)	1 poeng for hvert ord gjenkalt spontant uten hint.
Klokketegning: _____ (0 eller 2 poeng)	Normal klokke = 2 poeng. En normal klokke har alle tallene plassert i riktig rekkefølge og i tilnærmet korrekt posisjon (f.eks. 12, 3, 6 og 9 står i nøkkelposisjoner), og ingen manglende eller dupliserte tall. Viserne peker på 11 og 2 (11.10). Lengden på viserne skåres ikke. Klarer ikke eller nekter å tegne en normal klokke (abnormal) = 0 poeng.
Totalskåre: _____ (0-5 poeng)	Totalskåre = Gjenkallingsskåre + klokketegningsskåre. En grenseverdi på <3 poeng på Mini-Cog er validert for demenscreening, men mange individer med klinisk kognitiv svikt av betydning vil skåre høyere. Ved ønske om høyere sensitivitet anbefales en grenseverdi på <4 poeng, da dette kan indikere behov for videre utredning av kognitiv status.

Norsk versjon ved Siri Rostoft, Knut Engedal, Benedicte Rønning, Marlen Stensrud, Nina Ommundsen og Susan Juell. Oversatt med tillatelse fra Soo Borson.

Mini-Cog™ © S. Borson. All rights reserved. Reprinted with permission of the author solely for clinical and educational purposes. May not be modified or used for commercial, marketing, or research purposes without permission of the author ([soob@uw.edu](mailto:soob@uw.edu)). v. 01.19.16

ID: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_



### Referanser

- Borson S, Scanlan JM, Chen PJ et al. The Mini-Cog as a screen for dementia: Validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1451–1454.
- Borson S, Scanlan JM, Watanabe J et al. Improving identification of cognitive impairment in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21: 349–355.
- Lessig M, Scanlan J et al. Time that tells: Critical clock-drawing errors for dementia screening. *Int Psychogeriatr*. 2008 June; 20(3): 459–470.
- Tsoi K, Chan J et al. Cognitive tests to detect dementia: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2015; E1-E9.
- McCarten J, Anderson P et al. Screening for cognitive impairment in an elderly veteran population: Acceptability and results using different versions of the Mini-Cog. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59: 309-213.
- McCarten J, Anderson P et al. Finding dementia in primary care: The results of a clinical demonstration project. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60: 210-217.
- Scanlan J & Borson S. The Mini-Cog: Receiver operating characteristics with the expert and naive raters. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16: 216-222.

Mini-Cog™ © S. Borson. All rights reserved. Reprinted with permission of the author solely for clinical and educational purposes. May not be modified or used for commercial, marketing, or research purposes without permission of the author ([soob@uw.edu](mailto:soob@uw.edu)). v. 01.19.16

# CLINICAL FRAILTY SCALE - NORWEGIAN

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								
<b>VELDIG SPREK</b>	<b>SPREK</b>	<b>KLARER SEG BRA</b>	<b>LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET</b>	<b>LEVER MED MILD SKRØPELIGHET</b>	<b>LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET</b>	<b>LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET</b>	<b>LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET</b>	<b>TERMINALT SYK</b>
Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekeste i sin aldersgruppe.	Personer som ikke har aktive sykdomssymptomer, men er mindre spreke enn kategori 1. De kan ofte trene eller være veldig aktive av og til, f.eks. sesongbasert.	Personer med velkontrollerte medisinske problemer, selv om de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive utover vanlig gange.	Tidligere «sårbar». Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvhjulpen. 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.	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.	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).	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).	Helt avhengige av hjelp til personlig stell og nærmer seg livets slutt. Vanligvis vil de ikke komme seg igjen selv etter mild sykdom.	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).

## 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 sengeliggende. Mange har mistet all språk.

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (NO). All rights reserved. For permission: [www.geriatricmedicineresearch.ca](http://www.geriatricmedicineresearch.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.



### #1 Det handler om utgangspunktet

Hvis personen du vurderer er akutt syk, skal du skåre hvordan vedkommende fungerte for 2 uker siden, ikke hvordan personen fungerer nå.

### #2 Ta en grundig sykehistorie

CFS er et objektivt klinisk vurderingsverktøy. Skrøpelighet må observeres, beskrives og måles – det er ikke en gjettelek.

### #3 Stol på pasienten, men få informasjonen bekreftet

Det personen du vurderer forteller er viktig, men bør sammenholdes med informasjon fra familie/omsorgspersoner. CFS er et vurderingsbasert verktøy, slik at du må kombinere det du blir fortalt med observasjoner og din kliniske erfaring fra arbeid med eldre.

### #4 Kun 65+

CFS er ikke validert for personer under 65 år eller for de med stabil sykdom i ett organsystem. Det er

likevel viktig å dokumentere hvordan en person beveger seg, fungerer i dagliglivet samt opplever egen helse. Dette kan bidra til en individualisert skrøpelighetsvurdering.

### #5 Terminalt syke (CFS 9)

For personer som virker å være nær døden vil nåværende status (det at de er døende) trumfe vurderingen av hvordan de fungerte i utgangspunktet.

### #6 Medisinske problemer øker ikke automatisk skåren til CFS 3

Personer som ikke plages av symptomer og der sykdom(mene) ikke påvirker dem i hverdagen, kan være CFS 1 eller 2 om de er aktive og selvhjulpne.

### #7 Ikke glem «sårbare» (CFS 4)

Personer i denne kategorien er selvhjulpne (selv om de kan trenge hjelp til tungt husarbeid), men klager ofte over at de er blitt langsomme. De blir stillesittende og har dårlig symptomkontroll.

### #8 CFS fungerer også ved demens

Funksjonstapet ved demens følger et lignende mønster som ved skrøpelighet; mild, moderat og alvorlig demens tilsvarende ofte CFS 5, 6 eller 7. Dersom du ikke vet hvor alvorlig demenssykdommen er, skåres CFS som vanlig.

### #9 Fokusér på endring i funksjon

Når du vurderer mer komplekse aktiviteter i dagliglivet (som matlaging, håndtering av økonomi og hushold) bør du fokusere på om det er *endringer* i funksjon. En person som aldri har utført en spesifikk oppgave, men basert seg på at noen andre gjør det, kan ikke beskrives som hjelpetrequende siden vedkommende ikke vet hvordan oppgaven utføres.

*Oversatt av Rostoft S, Engstad TT, Ahmed M, Sjøbø B, Flaatten H.*

Per 82 år

- Søndag morgon. Trøytt og slapp. Ligg I senga når heimesjukepleien er innom med medikament.
- Hostar og verkar litt tungpusta.
- Veit ikkje om han har ete frukost eller ikkje.
- Vanskeleg å få på beina.
  
- Innleggast frå legevakt med spørsmål om pneumoni

# Per 82 år

- Forvirra i mottak. Veit ikkje kvar han er eller kvifor han er her. Veldig trøyt. Må ha hjelp for å sette seg på sengekanten. Hypotens og takypnøisk.
- Verkar skrøpeleg.....
- Behandlingsintensitet? Intensivkandidat?



# Clinical frailty scale prehospitalt

---

- Gir fokus på funksjonsnivå i tida før innlegging
- Rett informasjon er alfa omega!
  - Ambulansepersonell
  - Innleggande lege
- Frå kven?
  - Pårørende
  - Sjukepleiar i heimen eller på institusjonen
  - Fastlege som kjenner pasienten

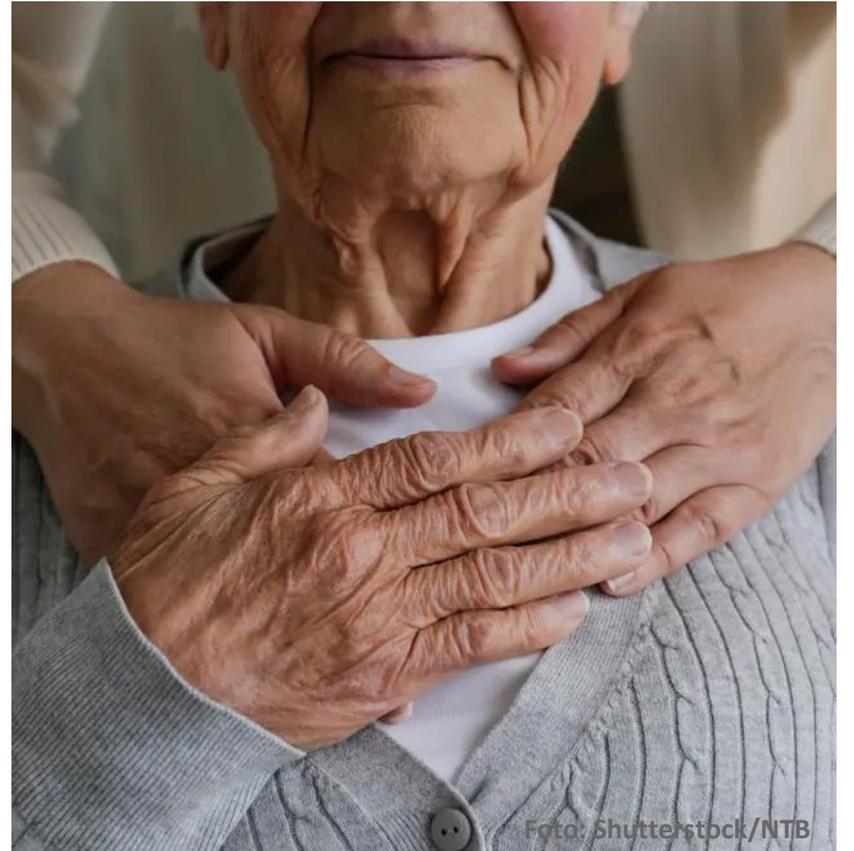


Foto: Shutterstock/NTB

# Ernæring?

## CLINICAL FRAILTY SCALE - NORWEGIAN

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>VELDIG SPREK</b>	<b>SPREK</b>	<b>KLARER SEG BRA</b>	<b>LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET</b>	<b>LEVER MED MILD SKRØPELIGHET</b>	<b>LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET</b>	<b>LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET</b>	<b>LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET</b>	<b>TERMINALT SYK</b>
Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekkeste i sin aldersgruppe.	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.	Personer med velkontrollerte medisinske problemer, selv om de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive utover vanlig gange.	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 ilt dagen.	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.	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).	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).	Helt avhengige av hjelp til personlig stell og nærmer seg livets slutt. Vanligvis vil de ikke komme seg igjen selv etter mild sykdom.	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).

### 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 sengeliggende. Mange har mistet all språk.

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



"Ta med  
heim"

- Skrøpelegheit gir auka risiko for sjukehusinnlegging, alvorleg forløp og død
- Vurdering av skrøpelegheit gir eit bedre bilde av pasienten sin helsetilstand enn kronologisk alder åleine
- Kan gjerast enkelt ved måling av ganghastigheit og minicog, eller ved bruk av CFS.
- Info frå pårørande er viktig, evt frå sjukepleiar eller lege som kjenner pasienten
- Skrøpelegheit kan motverkast (til ei viss grad) - og er difor viktig å identifisere for å sette igang forebyggande tiltak
- **Skrøpelegheitsvurdering kan brukast for å unngå underbehandling av dei spreke gamle, og overbehandling av dei skrøpelegaste.**

# Kjelder:

- Forelesning ved Anette H. Ranhoff, geriatrikurs Bergen vår 23
- Clinical Frailty Scale – en standardisert vurdering av skrøpelighet - T. Engstad, S. Rostoft, Indremedisineren 2021 –02
- Er pasienten min skrøpelig? - S. Rostoft, E. Skaar, Indremedisineren 2016 –04
- Dødsfall I sykehjem etter covid-19-vaksine. Wyller, Kittang, Ranhoff, Harg, Myrstad. Tidsskr Nor Legeforen 2021.
- Akutt syke eldre I koronaens tid. Myrstad, Ranhoff. Tidsskr Nor Legeforen 2020.
- Systematisk vurdering av skrøpelighet - Dejgaard, Rostoft – Kronikk, Tidsskr Nor Legeforen 2021
- Skrøpelighet blant eldre pasienter med hjemmesykepleie, Krogseth et al, Tidsskr Nor Legeforen 2021
- Fastlegens rolle ved skrøpelighet hos hjemmeboende eldre personer, Kyrдалen, Leukli et al, Tidsskr Nor Legeforen 2021