

# Hur kan vi identifiera sköra personer?

---

Magnus Nord

Distriktsläkare, Vårdcentralen Valla, Linköping

Doktorand, Linköpings Universitet

SFAMs råd för sköra äldre, Nationell arbetsgrupp Skörhet - SKR



# Äldre i befolkningen ökar snabbt (SCB)

	2014	2030	2060
• Folkmängd	9 747 000	11 385 000	12 903 000
		• +14 % (0-79 år)	
• Antal 80+ år	499 000	826 000	1 210 000
		• +66 % (80+ år)	

# Gruppen verkligen sjuka äldre!

## Ohälsa

- 1/3 är högkonsumenter både av PV o SV

## Funktion

- Högkonsumenterna finns i egna hemmet, men använder både sjukvård och omsorg

## Sjukvård

- Dessa använder 50-70% av sjukvårdskostnaderna

[Nägga et al. Arch Gerontol Geriatr.](#) 2012 Mar-Apr;54(2):391-7. doi: 10.1016/j.archger.2011.04.023. Epub 2011 Jun 2.

**Health-related factors associated with hospitalization for old people: comparisons of elderly aged 85 in a population cohort study**

# Skörhet

- 15-30 % av befolkningen över 75 år
- Olika sätt att beskriva/ definiera
  - Cumulative Deficit Model – Rockwood
  - Phenotype model - Fried
- En mängd olika skalor - screeninginstrument
- Symtom (Fried )
  - allmän svaghet, trötthet
  - nedsatt uthållighet
  - viktninskning/ aptitlöshet
  - låg fysisk aktivitet
  - dålig balans
  - nedsatt kognition
- Clinical Frailty Scale ( Rockwood)

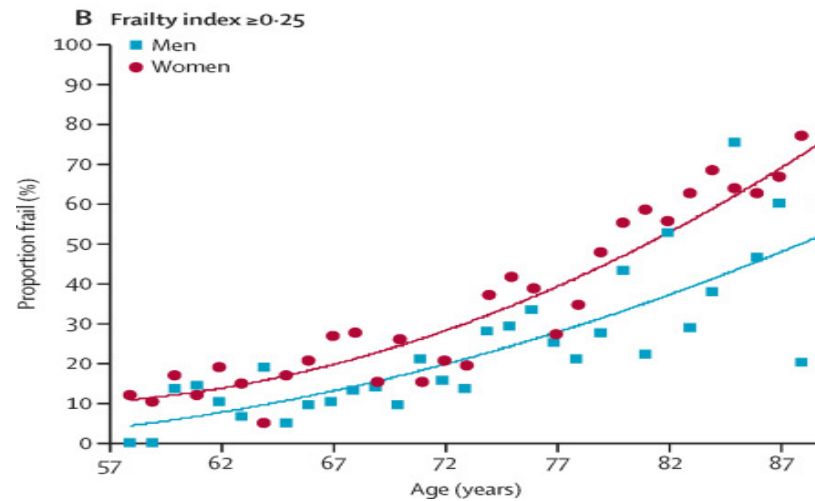
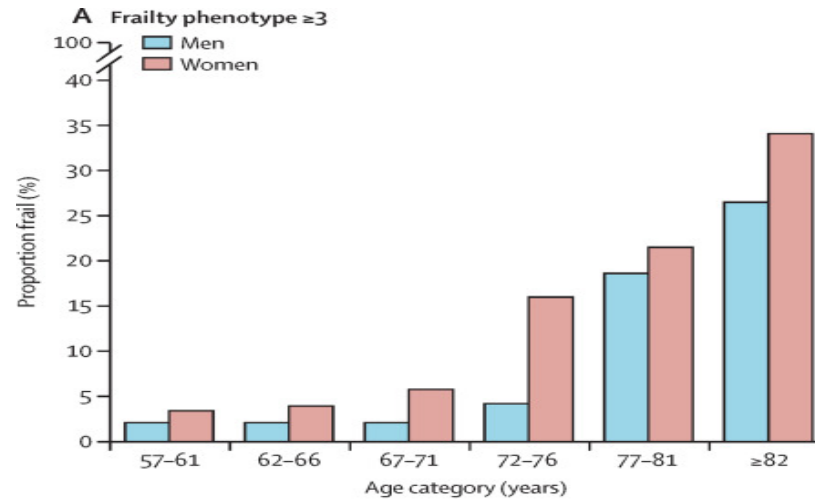


# Prevalens

Påverkas av

- **Ålder**
- **Kön**
- **Socioekonomi**
- **Vissa diagnoser**

hjärt-kärl, demens, malignitet, artros mm



# Konsekvenser av skörhet

- För individen?
  - Institutionalisering
  - Fallrisk, frakturer
  - Ensamhet
  - nedsatt autonomi
  - Dålig livskvalitet
  - hög mortalitet
  
- För vården?
  - 2-3 ggr sjukvårdskostnader
  - längre vårdtider
  - sämre behandlingsutfall

# Prioriteringsgrupper Socialdepartementet 1996/97

- ***Prioriteringsgrupp I***

- Vård av livshotande akuta sjukdomar (Hjärtinfarkt, svår lunginflammation)
- Vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död (Diabetes, svår depression)
- Vård av svåra kroniska sjukdomar ( bl a **Sköra äldre**)
- Palliativ vård och vård i livets slutskede ( bl a **Sköra äldre**)
- Vård av människor med nedsatt autonomi ( bl a **Sköra äldre** )

- ***Prioriteringsgrupp II***

- Prevention ( BVC, hypertoni-diabetes?, rökavvänjning, **äldremottagning** )
- Habilitering/rehabilitering (Sjukskrivningar)

- ***Prioriteringsgrupp III***

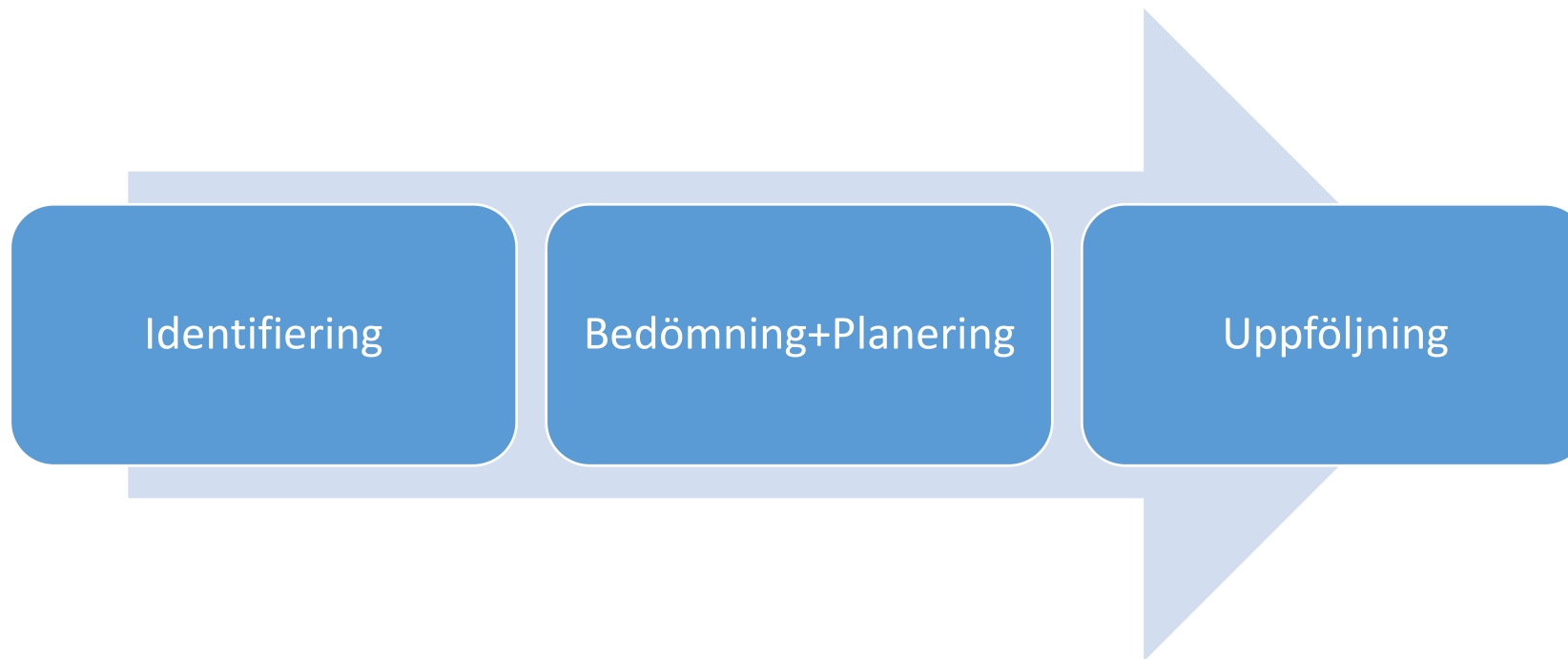
- Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar ( mindre skador, de flesta infektioner, ryggvärk, ångest, hypertoni, astma, diabetes mm)

- ***Prioriteringsgrupp IV***

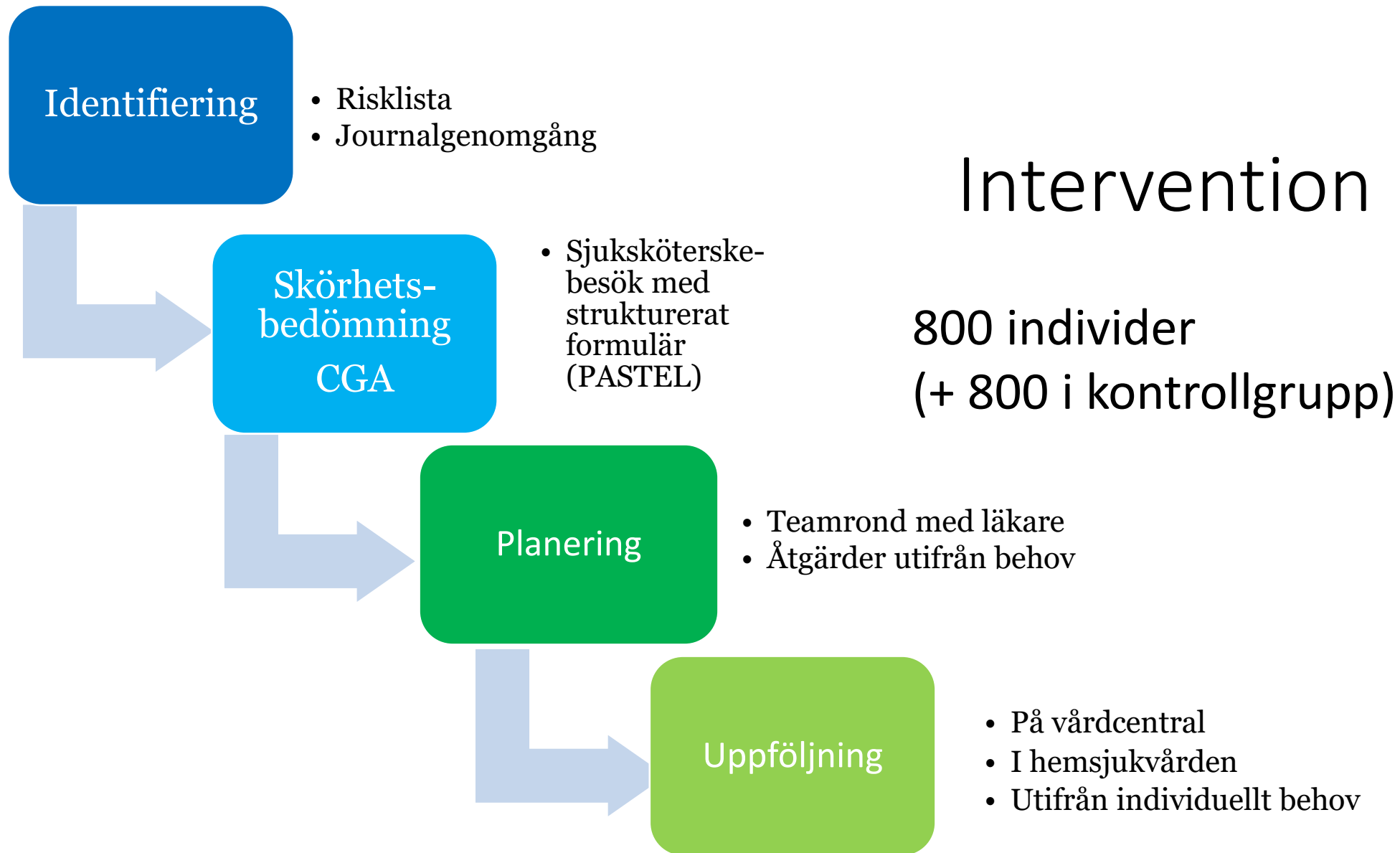
- Vård av andra skäl än sjukdom eller skada.

Magnus Nord

# Vägen mot proaktiv vård för sköra äldre







# Olika sätt att använda skörhetsskalor

- Frågeformulär till patient : PRISMA-7, TFI
- Skattning vid patientmöte : Clinical Frailty Scale, FRESH, GRP
- Datasökning från patientjournal: Electronic Frailty Index (UK)
  
- Datasökning för att bedöma risk för sjukhusinläggning :  
QAdmission(UK), "Risklistan" (Östergötland)

# PRISMA-7

(Programme of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy)

## Självskattning

### PRISMA-7 Questionnaire

PATIENT QUESTIONS		
1. Are you older than 85 years?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. Are you male?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. In general, do you have any health problems that require you to limit your activities?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. Do you need someone to help you on a regular basis?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. In general, do you have any health problems that require you to stay at home?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6. If you need help, can you count on someone close to you?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7. Do you regularly use a stick, walker or wheelchair to move about?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Total checked:		_____

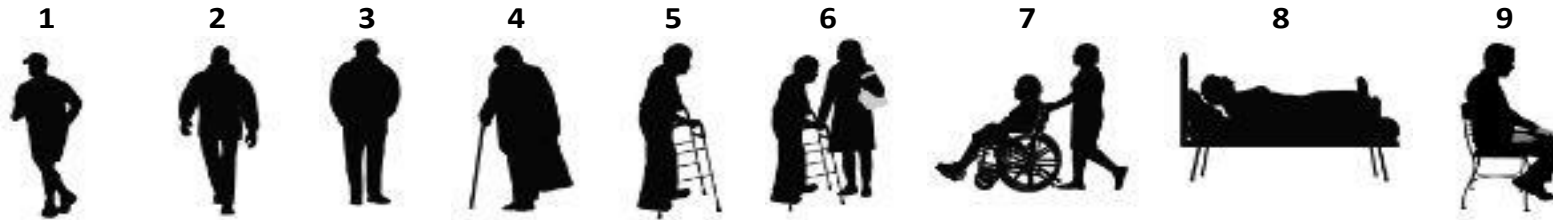
> 3 Ja = ökad risk för skörhet

# GRP – enkelt selektionsinstrument på akutmottagning

## Modell RJL – varianter finns

Parameter		
Läkemedel	≥ 5 läkemedel	1 poäng
Social situation	Ensamboende, eller behov av hjälp avseende personlig ADL	1 poäng
Förflyttning	Svårigheter att förflytta sig eller fallit senaste 12 mån	1 poäng
Kontakt med vården	Inlagd på sjukhus senaste tre månaderna, sökta akuten senaste 30 dagarna, 5 läkarbesök eller mer på VC senaste året	1 poäng
Kognitiv svikt	Kognitiv svikt ((desorienterad, demenssjukdom, konfusion, förvirring, minnessvårigheter) eller psykisk oro)	2 poäng
Totalpoäng	≥3 poäng = aktuell för geriatrisk vård/Comprehensive Geriatric Assessment	Max 6 poäng

# Skörhetsbedömning- Clinical frailty scale



- 1. Mycket vital – är stark, aktiv, energisk, motiverad och i gott skick; dessa individer tränar ofta regelbundet och tillhör den grupp som är i bäst skick för sin ålder.
- 2. Vital – har ingen aktiv sjukdom, men är i sämre skick än individer i kategori 1. Ofta tränar de vissa perioder, men inte regelbundet.
- 3. Mindre vital – god kontroll över kroniska sjukdomar. Tränar inte regelbundet utöver promenader
- 4. Sårbar - är inte beroende av andra för hjälp med dagliga aktiviteter, men klagar över att de ofta begränsas av ("saktas ned") på grund av symtom.
- 5. Lindrig skör – rör sig uppenbart långsammare och behöver hjälp med mera krävande dagliga aktiviteter så som tungt hushållsarbete eller bankärenden. Typiskt slutar den grupp successivt med att handla, laga mat eller gå ut själv.
- 6. Måttligt skör – behöver hjälp med alla utomhusaktiviteter. Kan ha svårt för trappor och kan behöva hjälp med dusch. Kan behöva stöttning vid exv. påklädning.
- 7. Allvarligt skör – är fullständigt beroende av andra för att klara av aktiviteter i det dagliga livet. Verkar dock så pass stabila att de inte förväntas dö inom ett kortare tidsperspektiv (inom ca 6 mån)
- 8. Mycket allvarligt sköra. Fullständigt beroende och närmar sig livets slut. Klarar typiskt inte av även en förkylning eller annan lindrig åkomma.
- 9. Terminalt sjuka. Förväntat återstående livstid mindre än 6 månader oberoende av behov av hjälp.

## 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

# Frailty index

- Ett antal faktorer som man har eller ej (0/1). Delas med totalantalet.  
Ex  $8/36 = 0,25$  i FI
- Första versionen 92 faktorer (Rockwood, Mitinsky), successivt minskat till 36 variabler 2010 (då självrapporterade av patienter)
  - $<3/36$  Ej skör/Robust                       $>9/36$  Skör
  - Förutsäger/predicerar mortalitet, inläggning, behov av SÄBO
  - Ålder ingår ej som faktor
- Inte kliniskt användbart i analog version/ Digitalt verktyg behövs!

# Electronic frailty index

- Clegg et al (UK) 2008
- Direkt från patientjournal i NHS, Koder som bygger på standardfraser, ej diagnoskoder. 38 "faktorer/brister"
- Vissa svåra att hitta i våra journaler ( Nedsatt aktivitet, Social sårbarhet)
- Liknande resultat som "analogt" FI
- Flera forskare bedömer att minst 35-40 variabler behövs
- Går det att göra ett svenskt eFI?



# Risk för sjukhusinläggning

- Flertal studier sedan år 2000
  - 27 st utvärderade 2014 (Wallace)
  - 2/3 använde journaldata (vårdutnyttjande, mediciner, diagnoser/ACG, socialt stöd, funktionsnivå). Lokala faktorer kan vara viktiga.
  - Acceptabel – bra förmåga att förutsäga sjukhusinläggning
- Varför sjukhusinläggning?
  - Tydligt utfall : inlagd eller ej
  - Lättare att utvärdera träffsäkerhet
  - Surrogatmått för skörhet

# Prediktionsmodell (risklista)

## Äldre personer med risk för sjukhusinläggning

- Modellen har 38 variabler: Ålder och vårdkonsumtion är de absolut starkaste prediktorerna
- Riskvärde för sjukhusinläggning under kommande 12 månaderna
- Obs - vi mäter inte skörhet med modellen
- Bör kombineras med prioritering/sortering
- I studien riktad primärvård valde vi de 11 % av befolkningen med högst riskvärde



Variabel (urval)	OR	
Ålder ( per år över 75 år)	1,05	90 år = 2,07
Sjukvårdande behandling (per besök)	1,01	20 besök = 1,22
Läkarbesök (per besök)	1,02	
Vårdepisod på sjukhus ( per episod)	1,10	
Besök på akuten (per besök)	1,13	5 besök = 1,84
Diagnos vid sjukhusvård		
C78 Generaliserad cancer i thorax el buk	2,74	
E11 Diabetes typ 2	1,37	
G40 Epilepsi	2,32	
Diagnos i öppen vård		
F10 Alkoholberoende	2,50	
I50 Hjärtsvikt	1,32	
J44 KOL	1,68	
R41 Desorientering, minnesstörning	1,47	

# Storlek på listan - Träffsäkerhet

Predikterad andel	Sensitivitet	Specificitet	Positivt prediktivt värde	Negativt prediktivt värde
75	88	29	23	90
40	62	65	31	87
10	22	93	44	83

# Hur sköra var interventions-gruppen?

Klinisk skörhetskala Clinical Frailty Scale	
Mycket vital	5 %
Vital	8 %
Mindre vital	26 %
Sårbar	26 %
Lindrigt skör	20 %
Måttligt skör	9 %
Allvarligt skör	5 %
Mycket allvarligt skör	0,3 %

# Kliniska erfarenheter

- Ganska trögt att implementera ”risklistan” utanför studien
  - Ovana och resursbrist hinder att arbeta proaktivt
  - Enstaka VC mycket positiva
  - Svårt att prioritera på listan
  - Många ”kända” patienter- kontinuitet underlättar mycket
- Utvärdering av QAdmission i England
  - Användes relativt lite
  - Uppfattades kunna uppmärksamma enskilda riskpatienter
  - GP:s tveksamma till användning i stor skala

# Så vad krävs i vården av sköra äldre?

- Metod att identifiera individer med skörhet och risk för skörhet
- Strukturerade helhetsbedömningar
- Tydliga vårdplaner
- Koordination med övriga aktörer
- Strategier för att göra patienter, anhöriga och vårdare delaktiga

# Take home message

- Skörhet är svårfångat
- Utsökning av riskpatienter är en hjälp i att identifiera sköra personer
- Vi måste öka kunskap och leta på flera sätt





# Syftet med Riktad Primärvård

Att utvärdera en metod för att identifiera sköra äldre personer

Att utveckla arbetssätt i primärvården för att förebygga undvikbar slutenvård för målgruppen

Bättre livskvalitet med mindre,  
men bättre anpassad vård?



# PASTEL

## Primary care ASsessment Tool for ELderly

- 4 sidig guide för bedömningsamtal och rond
- Helhetsbild/ kartläggning av patientens hälsa
- Utforska patientens önskemål – samtal som tar tid
- Identifiera behov av utredning, stöd och andra åtgärder
- Understödja teamarbete på vårdcentralen
  
- Bygger på Comprehensive Geriatric Assessment



# Jämförelse med kontrollgruppen

	<b>Interventions- grupp (646)</b>	<b>Kontroll- grupp (662)</b>	
<b>Ålder, medel</b>	<b>83.0</b>	<b>83.3</b>	
<b>Kön, (%)</b>			
<b>Män</b>	<b>50%</b>	<b>48%</b>	
<b>Kvinnor</b>	<b>50%</b>	<b>52%</b>	
<b>Riskscore</b>	<b>0,37</b>	<b>0,35</b>	
<b>Livskvalitet EQ index (enkät)</b>	<b>0,57</b>	<b>0,55</b>	
<b>Eget boende</b>	<b>92%</b>	<b>92%</b>	
<b>Hemtjänst dagligen</b>	<b>23%</b>	<b>19%</b>	

Av 646 personer i interventionsgruppen hade 475 (74 %) genomgått PASTEL-intervju

# Resultat efter 2 års uppföljning - vårdbehov

• Vårdtillfällen	• 1,4 (- 17%)	p = 0,04
• Vårddagar	• 8,5 (-22%)	p = 0,02
• Besök i primärvård	• 26 (+1%)	n.s
• Besök på akuten	• 2,4 (-9%)	n.s
• Övriga besök	• 44 (-3%)	n.s
Mortalitet	• 29% (+4%)	n.s

# Resultat – sjukvårdskostnader per patient för 2 år

(jämfört med kontrollgruppen)

• Totalt för sjukhusvård	• 108 100	-29 940	
• Primärvårdsbesök	• 40 100	-2 970	
• Besök på akutmottagning	• 12 530	-1 700	
• Besök i övrig specialistvård	• 61 780	- 8 550	
• Total vårdkostnad (2 år)	• 222 500	-43 200	- 19%

Överfört till hela Östergötland: 43200 kr x  
4000 individer = 170 miljoner

## Vad säger de sköra äldre?

- Stor önskan att vara delaktig
- Viktigt med relationer, att känna sin läkare och sin sjuksköterska
- Svårt att förstå sjukvårdssystemet
- Upplevelse att sjukvården inte samarbetar bra
- Önskan att ha ”en spindel i nätet”

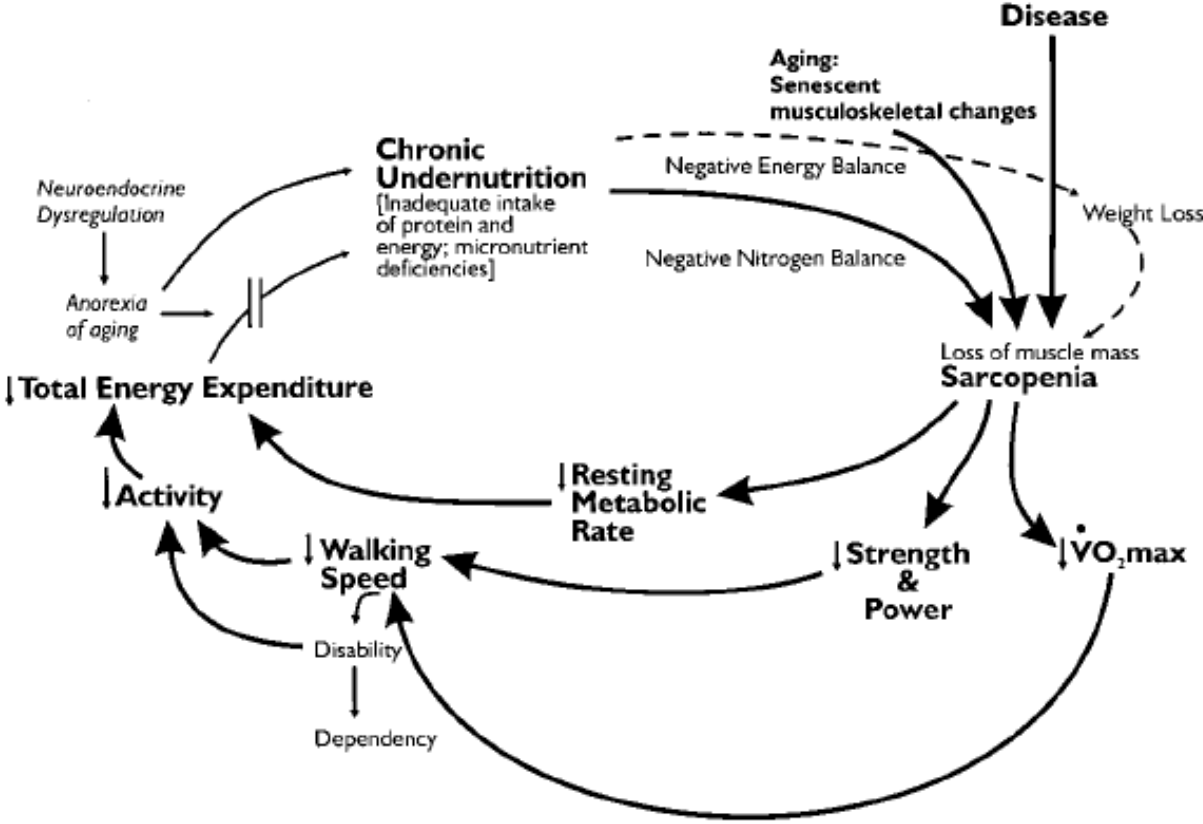
# Slutsatser

- Det går att minska behovet av slutenvård genom en relativt liten insats i primärvården.
- Att söka ut riskpatienter med en prediktionsmodell fångar en grupp med stora vårdbehov.

## Tolkningar:

- Primärvården bör vara navet i vården av sköra äldre.
- Resultaten motiverar resursöverföring från slutenvård till primärvård

# Hypotes kring samband vid frailty



Linda P Fried et al: Journal of Gerontology:  
MEDICAL SCIENCES 2001, Vol 56A No. 3 M146-M156



Tack för att ni lyssnade!



Bilder från Pixabay

Kontakt: [magnus.nord@liu.se](mailto:magnus.nord@liu.se)