

NPO Äldres Hälsa och Palliativ
Vård och NAG skörhet
Nationella Kunskapsstyrningen

Remissvar rörande remissversionen av Vårdprogram Skörhet hos äldre (Nationellt programområde äldres hälsa och palliativ vård)

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

SLS lämnade 241206 till NPO Äldres hälsa och palliativ vård ett utförligt remissvar på föregående remissversion. Var god se detta svar beträffande principiella synpunkter på begreppen skörhet, skörhetsskattning och *comprehensive geriatric assessment* (CGA) med tillhörande resonemang och referenser.

SLS bedömer att den aktuella remissversionen är klart förbättrad i förhållande till den föregående. Ämnets bakgrund beskrivs mer stringent och referenslistan är uppdaterad. En konsekvensanalys med tillhörande hälsoekonomisk skattning har adderats. Beskrivningen av de instrument som rekommenderas för skörhetsskattning är mer strukturerad.

I den aktuella remissversionen anges följande: "Nationell arbetsgrupp skörhet hos äldre bedömer att Clinical frailty scale (CFS) är det skörhetsinstrument som i dagsläget har bäst förutsättningar att användas i många delar av sjukvården, vilket är en fördel vid vårdövergångar och samverkan." Detta illustreras via Tabell 1 (sid. 15 i vårdprogrammet).

SLS instämmer i att det är rimligt att använda samma instrument i olika kliniska sammanhang och hos olika vårdgivare. Till betydande del berörs samma patienter i sjukhusvård, primärvård respektive kommunal vård och omsorg, fast i olika faser. CFS kan användas såväl för gradering av skörhet (riskstratifiering) som för screening.

Inte desto mindre önskar SLS framföra följande kommentarer och synpunkter:

1. Det är bra att olika modeller för att beskriva skörhet återges i vårdprogrammet. Även ett par meningar rörande syften med skörhetsskattning kan med fördel adderas, se ref (1).
2. När det gäller beskrivningen av olika skörhetsinstrument, skulle förslagsvis nedanstående punkter (a-c) kunna framhållas tydligare. Dessa skulle harmoniera väl med remissversionens egen bedömning av CFS som lämpligaste skörhetsinstrument i många delar av sjukvården (se ovan).

- a. Beslutsfattande inom akut-/sjukhusvård baseras ofta på riskstratifiering. För syftet riskstratifiering är gradering av skörhet viktigt. Skörhetsinstrument som medger gradering föredras framför instrument som används dikotomt (ja/nej).
- b. Det är väsentligt att skattning/gradering av skörhet kan ske på samtliga äldre patienter, även på individer med kognitiv nedsättning respektive nedsatt ADL. Inom exempelvis akutvård kan användning av tester som kräver aktiv medverkan från patienterna medföra ett betydande bortfall.
- c. När det gäller införande och användning av CFS konstateras i remissversionen att utbildningsinsatser behövs. Detta är korrekt, men det gäller även vid införande av andra skörhetsskattningsinstrument. Skattning av CFS kan jämföras med skattning av ADL, dvs skattningen baseras på *klinisk bedömning* av patienter. Ett flertal studier indikerar god reliabilitet mellan olika bedömare vad gäller CFS-skattning (*inter-rater reliability*) (2). "risken för felanvändning" av CFS torde inte vara högre än för övriga skörhetsinstrument.

3. Comprehensive geriatric assessment (CGA)

- a. I vårdprogrammet förs fram att den intervention som förväntas följa efter skörhetsskattning (dvs CGA) företrädesvis kommer att utföras i primärvård och kommunal vård och omsorg. Evidensläget för CGA är dock sannolikt bäst för sjukhusvård (3).
- b. Dessutom anges att en kortversion av CGA ("anpassad CGA") rekommenderas användas, där inte fysioterapeut/arbetsterapeut resp. dietist involveras annat än vid behov. Ur praktisk- och resurssynvinkel är detta begripligt. Men därmed är det oklart om de effekter på exempelvis ADL som fullskalig CGA tidigare indikerats ha kommer att realiseras när vårdprogrammet implementeras. Man kan tillägga att den patofysiologi som ofta brukar anges beträffande skörhet (sarkopeni [muskelsvikt] och malnutrition) antyder behov av just bedömning utförd av fysioterapeut/arbetsterapeut resp. dietist.

4. Allmänt

- a. Ett mindre typografiskt fel noteras i Figur 3 i bilaga A (Clinical Frailty Scale, version 2.0). Den tvärställda texten i höger marginal tas med fördel bort, då den relaterar till en tidigare översatt version av skalan (version 1.2).
- b. En genomgång av en skör äldre individs läkemedelslista kan identifiera tecken på överbehandling, men även tecken på underbehandling. Detta kan med fördel framhållas tydligare. Huruvida en mer generell användning av skörhet respektive CGA totalt sett kommer att leda till mer eller mindre diagnostik/behandling än idag är oklart.
- c. Majoriteten av alla individer som är 80 år eller äldre är inte sköra. Dessa individer är kronologiskt åldrade men biologiskt relativt pigga, och bör inte

med automatik undandras från olika interventioner, vilket med fördel kan framhållas.

- d. I många kliniska sammanhang försämras prognosen markant först vid *svår* skörhet (CFS >6) snarare än vid måttlig skörhet (CFS 6), se exempelvis ref (4). Åtgärder med effekt på prognos kan mycket väl vara motiverade på individer med lindrig/måttlig skörhet (t.ex. CFS 5-6). När det gäller effekt på symtombörda/livskvalitet, kan åtgärder vara motiverade även vid allvarlig skörhet (CFS>6).

5. Konsekvensanalys och hälsoekonomi

- a. Den utförda hälsoekonomiska analysen verkar vara utförd enligt konstens alla regler. Som nämnts ovan är dock evidensunderlaget för effekten (patientnyttan) av ”anpassad CGA” relativt bräckligt. Detta medför att den hälsoekonomiska kalkylen som helhet är behäftad med viss osäkerhet.
- b. Konsekvensbeskrivningen utgår ifrån att kostnaderna inom sjukhusvård kan reduceras, om vårdprogrammet implementeras. Man implicerar resursöverföring från sjukhusvård till primärvård resp. kommunal vård och omsorg. Antagandet att sjukhuskostnaderna kommer att reduceras, när implementering av CGA sker, är dock diskutabelt. Skattning av skörhet kan mycket väl indikera att fler kronologiskt åldrade patienter än idag borde kunna övervägas för intervention inom sjukhusvård. Det är inte givet att antalet inläggningar kommer att minska inom sjukhusvården. Därmed är det inte givet att resursåtgången minskar.
- c. Överhuvudtaget kan estimeringen av resursåtgång i anslutning till införande av CGA vara uttryck för viss underskattning. Detta särskilt beträffande primärvård, om merparten av CGA ska ske där.
- d. Värdet och behovet av fast läkarkontakt och kontinuitet inom primärvården upphävs inte av CGA. Vårdprogrammet skulle kunna betona detta tydligare.

Referenser:

1. Rockwood K, Theou O, Mitnitski A. What are frailty instruments for? Age Ageing. 2015;44(4):545-7.
2. Olsson H, Åhlund K, Alfredsson J et al. Cross-cultural adaption and inter-rater reliability of the Swedish version of the updated clinical frailty scale 2.0. BMC Geriatr. 2023;23:803.
3. Pilotto A, Cella A, Pilotto A, et al. Three decades of comprehensive geriatric assessment: evidence coming from different healthcare settings and specific clinical conditions. J Am Med Dir Assoc. 2017;18(2):192.e1-11.
4. Shimura T, Yamamoto M, Kano S, et al; OCEAN-TAVI Investigators. Impact of the Clinical Frailty Scale on outcomes after transcatheter aortic valve replacement. Circulation. 2017;135(21):2013-24.

För Svenska Läkaresällskapet

Niklas Ekerstad

Ordförande Delegationen för medicinsk kvalitet