



Svenska
Läkaresällskapet

2024-12-06

Karin Hägerås
NPO Äldres hälsa och palliativ vård
karin.hageras@regionorebrolan.se

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.

Ämnet skörhet (eng: frailty) är viktigt, och Svenska Läkaresällskapet (SLS) ser positivt på att det belyses i remissversionen av Vårdprogram Skörhet hos äldre (Remissversionen). Likaså är det bra att sköra äldres behov av noggrann diagnostik, behandling och uppföljning betonas.

I Remissversionen påpekas att skörhetsbedömning ska ske i alla delar av sjukvården, inom primärvård likaväl som inom sjukhusvård och kommunal vård och omsorg. Detta är rimligt, eftersom sköra äldre handläggs inom samtliga delar av sjukvården, och därmed av olika vårdgivare. Vårdprogrammet avses vara giltigt även inom akut sjukhusvård. I Remissversionens konsekvensbeskrivning anges att förslaget bedöms få betydande verksamhetskonsekvenser.

Inom svensk sjukhusvård uppgår genomsnittsåldern till närmare 75 år, och andelen individer med multisjuklighet och/eller skörhet är hög. Med lämpliga instrument kan sköra äldre patienter identifieras i samband med sjukhusvistelser. Flera sjukhusspecialiteter har sedan ett flertal år etablerat infrastruktur och rutiner för skörhetsskattning. De skörhetsinstrument som används inom dessa specialiteter är lämpliga för att skatta vårdbehov inom akut sjukhusvård. Ett huvudsyfte med skörhetsskattning är i dessa fall vanligen riskstratifiering genom *gradering* av skörhet. Fenomenet skörhet betraktas därmed inte i första hand som en dikotom variabel (ja/nej), utan som en där olika grader av skörhet kan föreligga.

Det kommande vårdprogrammet behöver ta hänsyn till etablerad infrastruktur inom sjukhusvården och det som inom aktuella verksamheter är vetenskapligt lämpligt och praktiskt genomförbart med tanke på ofta förekommande tidsbrist. Detta gäller både riskstratifiering (gradering av skörhet) och urval till interdisciplinär intervention (screening).

SLS anser sammanfattningsvis:

att det är viktigt att även större specialitetsföreningar representerande verksamheter som handlägger sköra äldre patienter i sjukhusvård lämnar synpunkter på Remissversionen

att olika syften med och modeller av skörhet med fördel beskrivs utförligare och med tillhörande referenser än i Remissversionen, samt att särskilt huvudsyftena riskstratifiering och urval till interdisciplinär intervention tydligare lyfts fram

att skörhetsskattning rätt använd kan bidra till att individer med hög kronologisk ålder inte slentrianmässigt ges låg prioritet beträffande olika interventioner

att de skörhetsinstrument som rekommenderas i den slutgiltiga versionen av vårdprogrammet, förutom att vara validerade och helst även internationellt etablerade, även bör vara lämpade att användas i en akut sjukhusvårdkontext med en ofta tidsmässigt pressad situation

att Remissversionens rekommendation om vilka skörhetsinstrument som kan användas för *gradering av skörhet* (riskstratifiering) är rimlig

att Remissversionens rekommendation rörande *skörhetsscreening* bör utvidgas till att omfatta även Clinical Frailty Scale (CFS)

att det beträffande samtliga skörhetsinstrument behövs mer forskning och utbildning som grund för kliniskt beslutsfattande och att implementering skall ske ordnat

att de avsnitt i Remissversionen som berör hur sköra äldre patienter bör handläggas behöver redigeras och i vissa fall bättre underbyggas via relevanta referenser

att de avsnitt som berör primär- och sekundärpreventiva insatser mot skörhet hos äldre bör utvecklas, särskilt beträffande näringstillstånd och fysisk aktivitet

Övergripande synpunkter

Skörhet - definition, modeller, konsekvenser och syften

Skörhet innefattar ökad sårbarhet och sviktande fysiologiska reserver [1,2]. De två ursprungliga modellerna för att skatta skörhet är deficitmodellen (accumulated deficit) [1,3], och fenotypmodellen [2]. Deficitmodellen definierar skörhet utifrån hur stor andel av förhandsdefinierade deficit (diagnoser, symtom och aktivitetsbegränsningar) som en person uppvisar. Fenotypmodellen utgår ifrån olika typer av nedsättningar: långsamhet, låg fysisk aktivitet, uttrötthet, svaghet och ofrivillig viktnedgång. En tredje modell, framtiden senare än de nämnda, den integrerade, beaktar även domänerna sociala och psykologiska faktorer [4]. Det bör framhållas att de olika modellerna delvis definierar olika populationer och vårdbehov [5-7].

Ett viktigt syfte med skörhetsskattning, särskilt inom akut sjukhusvård, är riskstratifiering [1, 8-11]. En viktig innebörd av detta är att kronologiskt åldrade men robusta (icke-sköra) personer inte får nekas interventioner med hänvisning till kronologisk ålder. Majoriteten av alla äldre (80+) är inte sköra [12]. Ett annat syfte med skörhetsskattning är att identifiera personer som kan dra nytta av ett individanpassat och interdisciplinärt omhändertagande, så kallad övergripande geriatrisk handläggning och vård (comprehensive geriatric assessment and care, CGA) [13-15]. Nyckelkomponenter i CGA är optimering av näringsstatus [16], fysisk träning [17], samt ändamålsenlig läkemedelsbehandling för att motverka såväl över- som underbehandling.

Det finns inget enskilt skattningsinstrument för skörhet, som tillgodoser alla syften. Optimalt sett bör ett instrument vara validerat med avseende på sitt huvudsyfte, vara internationellt

etablerat, vara reliabelt och lätt (ej alltför tidskrävande) att använda i kliniken, vara möjligt att tillämpa på alla patienter, även de med stora vårdbehov, ha ett starkt prediktivt värde samt inbegripa flera grader/skalsteg.

Rekommenderade skörhetsinstrument

De fem rekommenderade skörhetsinstrument som Remissversionen omnämner i bilaga A är Tilburg Frailty Indicator (TFI) [4], Frail elderly support research group (FRESH) [18] och gångtest [19] som screeninginstrument; CFS [1,20] och elektroniskt Frailty Index (eFI) [21] för gradering av skörhet. Dessa instrument är samtliga rimliga att omnämna, och de svarar inbördes olika väl mot syftena med skörhetsskattning.

CFS är härledd från och validerad mot deficit-modellen (Frailty Index). Den version som oftast används i dag har nio grader (CFS-9) [1,20]. Patientens berättelse, journaldata och andra källor, som hemtjänst, anhöriga eller andra närstående, kan användas. Skalan är ett av de internationellt mest använda skattningsinstrumenten för skörhet inom akutvård [9], bland annat på grund av dess goda prediktiva validitet. Samtliga versioner har översatts till svenska via ISPOR-teknik [22]. CFS är relativt lätt att använda och implementera i klinik. Samstämmigheten mellan olika personers skattningar (interbedömarreliabilitet) har visats vara god [1,23,24].

I Sverige har bedömning enligt CFS breddinförts i SWEDEHEART-registrets delar Riks-HIA (hjärtinfarktregistret) och Hjärtkirurgiregistret. Även Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) har anammat CFS. Dessutom används CFS inom geriatriken i Stockholm och Göteborg, på flera intensivvårds- och kirurgkliniker i landet samt i flera regioner, exempelvis Region Kronoberg. CFS riskprediktiva värde är väl dokumenterat inom exempelvis intensivvård, kardiologi, kirurgi, geriatrik och allmänmedicin [1,11,25-30]. CFS är främst validerat för användning för individer som är 65 år eller äldre. Det finns dock färskare studier som indikerar att CFS har ett prognostiskt värde även bland yngre och medelålders personer [31, 32]. CFS kan användas även vid akuta tillstånd, eftersom bedömningen inte ska vara relaterad till det aktuellt akut status [20]. Till skillnad från flera andra skattningsinstrument för skörhet fordras inte patientens aktiva fysiska medverkan.

För att underlätta detta har manualer, lathundar, instruktionsfilm och typfall tagits fram, och på instrumentägarens (Dalhousie university) webbplats finns också flera tips om hur skattningen bör gå till (www.geriatricmedicineresearch.ca). Det finns numera ett flertal studier där retrospektiv skattning av skörhet ur journaldata enligt CFS kunnat ske med lika stor skärpa som via *bedside* bedömning [33-36].

CFS är bättre anpassat för användning inom akut sjukhusvård än de övriga nämnda instrumenten, framför allt rörande *gradering av skörhet* (riskstratifiering) [11,23,37,38]. Beträffande *screening för skörhet* anges i Remissversionen under rubriken *Screena för skörhet* (sid 25): "Användning av ett etablerat skattningsystem i bedömningen av misstänkt skörhet rekommenderas. Både FRESH och CFS har testats och fungerar bra inom akutsjukvård. Målet med screening är att identifiera skörhet...". En nyckelreferens i Remissversionen beträffande skörhetsscreening är Dent et al [14]. I denna är CFS ett av de skörhetsinstrument som omnämns, medan TFI respektive FRESH inte nämns. Mot denna bakgrund framstår det som inkonsekvent att inte rekommendera CFS även för screening. Se mer utförligt resonemang i detta remissvar under Specifika synpunkter – Identifikation av skörhet.

Av särskild betydelse är att det inom akut sjukhusvård ofta råder tidspress. Skattning av CFS tar i regel 1-5 minuter (oftast 2-3 minuter) [20]. När det gäller TFI, tar skattningen betydligt längre tid [39]. Dessutom tycks inte TFI ha samma riskprediktiva värde inom t.ex. intensivvård som CFS [38], och TFI torde vara svår att använda för kognitivt nedsatta patienter. Som konstateras i Remissversionen (sid. 7) är det "viktigt att ta hänsyn till att äldre personer ofta har kognitiva svårigheter...". Även vid användande av gångtest för screening av skörhet torde bortfallet inom sjukhusvård bli stort. När det

gäller FRESH [18], härlett från fenotyp-modellen, går skattningen snabbt att utföra, men den medger inte gradering av skörhet, och FRESH tycks ha fått en begränsad spridning utanför Göteborg.

Inom akut sjukhusvård är huvudsyftet ofta riskstratifiering. Av tidsskäl är det troligen sällan praktiskt möjligt att bedöma skörhet med fler än ett instrument. Därmed bör ett instrument som både kan användas för riskstratifiering och screening rekommenderas inom sjukhusvård. FRESH och TFI kan användas för screening – men är inte tillräckligt väl anpassade för riskstratifiering. CFS är i första hand avsedd för riskstratifiering men bör även kunna rekommenderas för skörhetsscreening, åtminstone inom sjukhusvård.

Specifika synpunkter

Definition (sid 8)

Den omnämnda definitionen relaterar i första hand till den ena av de två huvudsakliga modellerna av skörhet, fenotyp-modellen, och med motsvarande referens. Här borde även deficitmodellen med tillhörande referenser omnämnas [1,3,23]. Se resonemang ovan under Övergripande synpunkter (Skörhet - definition, modeller, konsekvenser och syften).

Förekomst (sid 9)

Under denna rubrik görs ett flertal antaganden om prevalens av skörhet, som rimligen är behäftade med betydande grad av osäkerhet. Skattad förekomst av skörhet i befolkningen beror, utöver vald åldersgräns, till stor del av vilket skörhetsinstrument som väljs. Detta bör lämpligen framhållas tydligare i texten. En i internationell litteratur ofta refererad publikation rörande prevalens av skörhet [12] nämns inte i Remissversionen.

Orsaker (sid 9)

I remissversionen konstateras att det inte är fastställt vad som orsaker skörhet. Likväl omnämns i texten en rad faktorer som anges kunna ha betydelse för utvecklandet av skörhet. De omnämnda faktorerna föreligger på olika etiologiska nivåer. En i litteraturen ofta refererad faktor i kontexten skörhet är sarkopeni (muskelförtvinning), som med fördel skulle kunna nämnas [2].

Samsjuklighet (sid 10)

Under denna rubrik anges att ”Skörhet och samsjuklighet är vanligt förekommande hos äldre personer. Det innebär att personen har flera kroniska sjukdomar samtidigt.” Här bör preciseras att ”flera kroniska sjukdomar samtidigt” inte syftar skörhet utan på samsjuklighet (med angiven index-sjukdom) [40] alternativt multisjuklighet (utan angiven index-sjukdom) [41].

Sjukdomsförlopp (sid 10)

Under denna rubrik anges att ”Skörhet medför ett sjukdomsförlopp som ökar risken för negativa händelser...”. Det är oklart om termen ”sjukdomsförlopp” enbart syftar på kroniska tillstånd utveckling eller om även akuta tillstånd (som exempelvis hjärtinfarkt, stroke, sepsis, höftfraktur, tarmvred etc) inbegrips. Om sjukdomsförlopp vid akuta tillstånd avses inbegripas, är det mycket viktigt att under underrubriken ”Avgörande faktorer för sjukdomsförloppet” även nämna vikten av snabb och ändamålsenlig akutsjukvård, vanligen på akutsjukhus. Detta inte minst med tanke på att sköra äldre patienter oftare blir akut sjuka än robusta patienter, och att de dessutom oftare blir *svårt* akut sjuka, med inte sällan svikt i olika organsystem, och sämre prognos [11].

Identifikation av skörhet (sid 11-12)

Här anges att ”screening (för skörhet) bör utföras vid förekomst av symtom enligt Tabell 1”. Det framgår dock inte om detta ska gälla oavsett ålder. Med tanke på att flera av de symtom som återges i Tabell 1 är mycket vanligt förekommande även hos yngre, robusta individer, bör det preciseras om skörhetsscreening avser personer 65 år eller äldre – eller om annan (eller ingen) åldersgräns rekommenderas.

” Screeninginstrument används för att påvisa om patienten är skör eller inte, medan graderingsinstrument ger ett relativt mått på hur skör patienten är.” Den första satsen är korrekt. Däremot finns flera graderingsinstrument som utöver gradering inbegriper en cut-off för skörhet, dvs kan påvisa om individen är skör eller inte skör, exempelvis gäller detta CFS och eFI [1,20,21,42].

I svensk och internationell litteratur framgår att exempelvis CFS är ett av de internationellt sett mest använda skörhetsinstrumenten, därtill i olika kliniska sammanhang [9-11,42,43]. Användningen består ofta i både screening och gradering av skörhet. Inom akut sjukhusvård är det ändamålsenligt att använda instrument härledda från deficitmodellen (t.ex. CFS eller eFI), vilket medger gradering av skörhet (riskstratifiering).

En nyckelreferens i remissversionen beträffande skörhetsscreening är Dent et al [14]. I detta konsensusdokument är CFS ett av de skörhetsinstrument som omnämns, medan TFI respektive FRESH inte nämns. Under rubriken “*Which screening instrument to use?*” anges “Screening tools recommended by the ICFSR task force include Rockwood’s Clinical Frailty Scale (CFS), the International Association of Nutrition and Ageing (IANA)’s FRAIL scale, and the Edmonton Frailty Scale (EFS)”

Remissversionens egen formulering under rubriken Screena för skörhet (sid 25) pekar i samma riktning: ”Användning av ett etablerat skattningssystem i bedömningen av misstänkt skörhet rekommenderas. Både FRESH och CFS har testats och fungerar bra inom akutsjukvård. Målet med screening är att identifiera skörhet...”.

Dessutom rekommenderas i remissversionen, under rubriken Vårdplanering och dokumenterad överenskommelse, dokumentation om ”En tydlig översikt över den äldre sköra personens nuvarande hälsotillstånd inklusive *skörhetsgrad*.” Därmed rekommenderas rimligen underförstått att CFS (eller eFI) används.

I anslutning till meningen ”Följande instrument är de som används mest i litteraturen...” i Remissversionen vore det på sin plats med referenser för att underbygga detta påstående. Hur spritt är exempelvis FRESH i Sverige respektive internationellt?

Utredning och behandling (sid 12-)

Ett huvudbudskap är att vården av sköra äldre gynnas av teamarbete och strukturerat omhändertagande. SLS delar denna uppfattning. Dock är delar av detta avsnitt i behov av redigering och i vissa fall av mer utförligt stöd via relevanta referenser. Vidare behöver påpekas att det beträffande samtliga skörhetsinstrument behövs mer forskning och utbildning som grund för kliniskt beslutsfattande och att implementering skall ske ordnat.

Under underrubriken **Handläggning av sköra äldre personer på andra vårdenheter än geriatrik** anges att ”Då det är brist på geriatriska vårdplatser kan inte alla sköra äldre få tillgång till en geriatrisk vårdenhet och CGA. Den sköra äldre har dessutom ofta medicinska behov som motiverar vård inom annan verksamhet.” Detta är en korrekt och viktig iakttagelse, som ytterligare understryker vikten av att lämpliga skörhetsinstrument, anpassade efter villkoren i akut sjukhusvård, rekommenderas.

”Många sköra äldre personer har sin fasta vårdkontakt inom primärvården”. Här vore det lämpligt att underbygga påståendet med en referens.

I Figur 2 ges en kortfattad översikt av ”Skörhet – helhetsbedömning”. Uppenbarligen rör översikten handläggning med fokus på när individen är i kronisk fas, snarare än i akut fas, vilket tydligare bör betonas. Under rubriken ”Läkemedel” nämns ”biverkningar, interaktioner, säkerhet och compliance”. Här bör även, av både etiska och medicinska skäl, möjlig underbehandling övervägas (inte enbart fokus på överbehandling).

”När det gäller äldre personer kan symtomen ofta vara diffusa eller ospecifika för tillståndet. Särskilt viktigt att tänka på är läkemedelsinverkan.” Det är riktigt att läkemedelsinverkan är viktig att överväga – men det är väl så viktigt att överväga om symtomen beror på sjukdomstillståndet i sig och rentav på underbehandling, exempelvis vid hjärtsvikt. Samma anmärkning kan göras beträffande texten under rubriken ”Läkemedel”.

”Använd strukturerade bedömningsinstrument som ADL-taxonomin.” Eftersom ADL är ett nyckelbegrepp i sammanhanget, bör termen ”ADL-taxonomin” definieras. Är det ett bedömningsinstrument, eller tillämpar snarare relevanta bedömningsinstrument ADL-taxonomin?

”Sköra äldre personer har en ökad risk att utsättas för våld i nära relationer.” Här bör påståendet underbyggas med en referens.

”Om en person lider av måttlig till svår skörhet, är det lämpligt att genomföra samtal vid allvarlig sjukdom, utöver handläggning enligt Skörhet – helhetsbedömning” Även här bör påståendet underbyggas med en referens, i synnerhet i de fall det handlar om måttlig grad av skörhet.

Under rubriken ”Skörhet och akut sjukdom” nämns att ”Vid akut sjukdom uppvisar en skör patient ofta ospecifika symptom, också vid allvarliga och tidskritiska tillstånd som stroke, hjärtinfarkt och sepsis”. Även detta påstående bör underbyggas med referenser.

”Det är också angeläget att akutmottagningar har kompetens, processer och resurser för att skicka hem de personer som inte bedöms gagnas av inläggning.” Detta är i sig ett rimligt resonemang, men som behöver balanseras av att just sköra äldre patienter oftare blir akut sjuka än robusta patienter, och att de dessutom oftare blir svårt akut sjuka än de robusta, med inte sällan svikt i olika organsystem, och med sämre prognos [11].

Levnadsvanor (sid 26-)

”Ohälsosamma levnadsvanor kan vara en bidragande orsak till utveckling av skörhet.” Även här vore det lämpligt att lägga till lämpliga referenser. Vidare bör evidensbaserade primär- och sekundärpreventiva insatser mot skörhet hos äldre utvecklas närmare, särskilt beträffande näringstillstånd och fysisk aktivitet [13-17].

Palliativ vård (sid 27-)

Under rubriken ”Brytpunktssamtal och samtal vid allvarlig sjukdom” skrivs ”Sköra äldre personer har hög mortalitet och vid minst måttlig skörhet (grad 6 på skörhetsskalan CFS) är ett samtal vid allvarlig sjukdom värdefullt att genomföra tidigt i sjukdomsförloppet.” Rekommendationen att måttlig skörhet (CFS grad 6) bör föranleda brytpunktssamtal bör underbyggas med evidens och referenser. I vissa kliniska kontexter är ett-års-överlevnaden vid CFS grad 6 ca 85%, se exempelvis referens [28].

Referenser

1. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ. 2005;173(5):489-95.

2. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146-56.
3. Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *Scientific World Journal*. 2001;1:323-36.
4. Gobbens RJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, et al. Towards an integral conceptual model of frailty. *J Nutr Health Aging*. 2010;14(3):175-81.
5. Kulminski AM, Ukraintseva SV, Kulminskaya IV, et al. Cumulative deficits better characterize susceptibility to death in elderly people than phenotypic frailty: lessons from the Cardiovascular Health Study. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(5):898-903.
6. Cesari M, Gambassi G, van Kan GA, et al. The frailty phenotype and the frailty index: different instruments for different purposes. *Age Ageing*. 2014;43(1):10-2.
7. Richter D, Guasti L, Walker D, et al. Frailty in cardiology: definition, assessment and clinical implications for general cardiology. A consensus document. *European Society of Cardiology. Eur J Prev Cardiol*. 2021;29(1):216-27.
8. Rockwood K, Theou O, Mitnitski A. What are frailty instruments for? *Age Ageing*. 2015;44(4):545-7.
9. Theou O, Squires E, Mallery K, et al. What do we know about frailty in the acute care setting? A scoping review. *BMC Geriatr*. 2018;18(1):139.
10. Church S, Rogers E, Rockwood K, et al. A scoping review of the Clinical Frailty Scale. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):393.
11. Falk Erhag H, Guðnadóttir G, Alfredsson J et al. The Association Between the Clinical Frailty Scale and Adverse Health Outcomes in Older Adults in Acute Clinical Settings - A Systematic Review of the Literature. *Clin Interv Aging*. 2023;18:249-261.
12. Song X, Mitnitski A, Rockwood K. Prevalence and 10-year outcomes of frailty in older adults in relation to deficit accumulation. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(4):681-7.
13. 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.
14. Dent E, Morley JE, Cruz-Jentoft AJ, et al. Physical frailty: ICFSR international clinical practice guidelines for identification and management. *J Nutr Health Aging*. 2019;23(9):771-87.
15. Ijaz N, Buta B, Xue QL, et al. Interventions for frailty among older adults with cardiovascular disease: JACC state-of-the-art review. *J Am Coll Cardiol*. 2022;79(5):482-503.
16. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, et al; GLIM Core Leadership Committee; GLIM Working Group. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – a consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr*. 2019;38(1):1-9.
17. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al; Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48(1):16-31. Erratum: 2019;48(4):601.
18. Eklund K, Wilhelmson K, Landahl S et al. Screening for frailty among older emergency department visitors: Validation of the new FRESH-screening instrument. *BMC Emergency Medicine*, 2016. 16(1): p. 27.
19. Studenski S, Perera S, Patel K et al. Gait speed and survival in older adults. *JAMA*, 2011. 305(1): p. 50-58.
20. Rockwood K, Theou O. Using the Clinical Frailty Scale in allocating scarce health care resources. *Can Geriatr J*. 2020;23(3):210-5.
21. Orkaby AR, Callahan KE, Driver JA et al. New horizons in frailty identification via electronic frailty indices: early implementation lessons from experiences in England and the United States. *Age and Ageing*, 2024. 53(2).

22. Wild D, Grove A, Martin M et al. ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*. 2005;8(2):94-104.
23. Walker DM, Gale CP, Lip G, et al. Frailty and the management of patients with acute cardiovascular disease: a position paper from the Acute Cardiovascular Care Association. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2018;7(2):176-93.
24. 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.
25. Hägg S, Jylhävä J, Wang Y, et al. Age, frailty and comorbidity as prognostic factors for short-term outcomes in patients with COVID-19 in geriatric care. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(11):1555- 9.e2
26. Ekerstad N, Javadzadeh D, Alexander K, et al. Clinical Frailty Scale classes are independently associated with six-month mortality for patients after acute myocardial infarction. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2022;11(2):89-98.
27. Bagshaw SM, Stelfox HT, McDermid RC, et al. Association between frailty and short- and long-term outcomes among critically ill patients: a multicentre prospective cohort study. *CMAJ*. 2014;186(2):E95-102.
28. 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.
29. Hewitt J, Carter B, McCarthy K, et al. Frailty predicts mortality in all emergency surgical admissions regardless of age. An observational study. *Age Ageing*. 2019;48(3):388-94.
30. De Geer L, Fredrikson M, Tibblin AO. Frailty predicts 30-day mortality in intensive care patients: a prospective prediction study. *Eur J Anesthesiol*. 2020;37(11):1058-65.
31. Brummel NE, Bell SP, Girard TD, et al. Frailty and subsequent disability and mortality among patients with critical illness. *Am J Respir Crit Care Med*. 2017;196(1):64-72.
32. Darvall JN, Bellomo R, Paul E, et al. Routine frailty screening in critical illness: a population-based cohort study in Australia and New Zealand. *Chest*. 2021;160(4):1292-303
33. Davies J, Whitlock J, Gutmanis I, Kane SL. Inter-Rater Reliability of the Retrospectively Assigned Clinical Frailty Scale Score in a Geriatric Outreach Population. *Can Geriatr J*. 2018 Mar 26;21:1-5.
34. Darvall JN, Boonstra T, Norman J. et al. Retrospective frailty determination in critical illness from a review of the intensive care unit clinical record. *Anaesth Intensive Care* 2019; 47: pp. 343-348.
35. Stille K, Temmel N, Hepp J, Herget-Rosenthal S. Validation of the Clinical Frailty Scale for retrospective use in acute care. *Eur Geriatr Med*. 2020;11:1009-1015.
36. Jonsson H, Piscator E, Israelsson J et al. Is frailty associated with long-term survival, neurological function and patient-reported outcomes after in-hospital cardiac arrest? - A Swedish cohort study. *Resuscitation*. 2022;179:233-242.
37. Damluji AA, Forman DE, Wang TY et al. American heart association cardiovascular disease in older populations committee of the council on clinical cardiology and council on cardiovascular and stroke nursing; council on cardiovascular radiology and intervention; and council on lifestyle and cardiometabolic health. management of acute coronary syndrome in the older adult population: a scientific statement from the American heart association. *Circulation*. 2023;147:32–62.
38. Remelli F, Scaramuzzo G, Capuzzo M et al.. Frailty trajectories in ICU survivors: A comparison between the clinical frailty scale and the Tilburg frailty Indicator and association with 1 year mortality. *J Crit Care*. 2023;78:154398.
39. Ekdahl AW. Skörhet. Presentation (PP). 240130.

40. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. J Chronic Dis. 1970;23(7):455-68.
41. Bayliss EA, Edwards AE, Steiner JF, Main DS. Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. Fam Pract. 2008;25(4):287-93.
42. Ekerstad N, Cederholm T, Boström A-M et al. Clinical frailty scale – skörhet är ett sätt att skatta biologisk ålder Läkartidningen. 2022;119:22040.
43. Ekdahl AW, Ekerstad N, Alfredsson J, et al. Skörhetsbegreppet viktigt för att förstå den äldre patientens behov. Läkartidningen. 2020;117:F3HE.

För Svenska Läkaresällskapet

Niklas Ekerstad

Ordförande i Delegationen för medicinsk kvalitet