

Vårdprogram

Skörhet hos äldre

Nationellt programområde äldres hälsa och palliativ vård

Innehåll

Om vårdprogrammet	4
Målgruppsmärkning	4
Produktionsplanering och publiceringsinformation.....	4
Ansvarigt nationellt programområde.....	4
Arbetsgruppens medlemmar/författare	4
Sökord	7
Ämnesområden	7
Förslag på diagnoskoder	7
Omfattning av vårdprogrammet	8
Om hälsotillståndet.....	9
Definition.....	9
Förekomst	10
Orsaker	11
Samsjuklighet	11
Sjukdomsförlopp	11
Utredning och behandling.....	12
Identifiera och gradera skörhet	12
Symtom	12
Anamnes	13
Status.....	14
Teamarbete och strukturerat omhändertagande	14
Helhetsbedömning vid skörhet	14
Levnadsvanor	16
Funktion och aktivitet	25
Socialt och omgivning	28
Diagnosbesked – information om tillståndet	30
Planering av vården.....	31
Skörhet och akut sjukdom.....	34
Omhändertagande av sköra äldre prehospitalt och på akutmottagning	35
Palliativ vård	36
Samtal vid allvarlig sjukdom och brytpunktssamtal	37
Symtomlindring	37
Uppföljning	38
Försäkringsmedicin och intyg	38
Körkort	38

Parkeringstillstånd	38
Färdtjänst	39
Bostadsanpassning	39
Orosanmälan	39
Vapeninnehav	40
God man eller förvaltare	40
Framtidsfullmakt	40
Ekonomisk ersättning och bidrag	40
Kvalitetsuppföljning	41
Indikatorer för uppföljning	41
Kvalitetsregister	42
Relaterad information	43
Referenser:	43
Hänvisningar till andra källor:	45
Kompletterande underlag	45

Om vårdprogrammet

Nedanstående uppgifter utgör bakgrunds- eller metadata för vårdprogrammet och visas inte alltid utåt.

Målgruppsmärkning

Hela dokumentet riktar sig till primärvård och specialiserad vård och gäller för alla vårdssammanhang där sköra äldre vårdas.

Produktionsplanering och publiceringsinformation

Publicerat: 2026-01-07

Ansvarigt nationellt programområde

Nationellt programområde äldres hälsa och palliativ vård

Arbetsgruppens medlemmar/författare

Anne W. Ekdahl, ordförande, docent i geriatrik och universitetslektor, överläkare i geriatrik, Helsingborgs lasarett, Södra sjukvårdsregionen

Magnus Nord, med dr, adjungerad universitetslektor, specialistläkare i allmänmedicin, Linköpings universitet, Sydöstra sjukvårdsregionen

Elisabet Rothenberg, professor i geriatrisk nutrition, dietist, Högskolan Kristianstad, Dietisternas Riksförbund

Teresia Karlsson, verksamhetschef hälso- och sjukvård, Leksands kommun

Katarina Wilhelmson, adjungerad professor, universitetssjukhusöverläkare i geriatrik, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen

Agnes Arvidsson, dietist, Universitetssjukhuset Örebro, Sjukvårdsregion Mellansverige

Kristina Atternäs, apotekare, Läkemedelsavdelningen Region Dalarna, Sjukvårdsregion Mellansverige

Gillian Asplin, med dr, specialist i äldres hälsa och överfysioterapeut, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Västra Götalandsregion

Signe Åhrberg, specialistsjuksköterska inom vård av äldre, Akademiskt primärvårdscentrum, Sjukvårdsregion Stockholm Gotland

Lena Strålman, doktorand, arbetsterapeut, Örebro kommun

Lisa Kurland, professor, specialist i akutsjukvård och internmedicin, Universitetssjukhuset Örebro, Sjukvårdsregion Mellansverige

Kitty Jogenby, specialistsjuksköterska palliativ vård, Storumans kommun

Martin Dreilich, specialistläkare i geriatrik och palliativ medicin, Capio ASiH Sollentuna

Staffan Lundström, specialistläkare palliativ medicin, Svenska Palliativregistret och Stockholms sjukhem

Elisabet Löfdahl, överläkare palliativ medicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Västra sjukvårdsregionen

Ursula Scheibling, specialistläkare palliativ medicin, Palliativt utvecklingscentrum

Henrik Ångström, specialistläkare palliativ medicin, Norrlands universitetssjukhus, Norra sjukvårdsregionen

Karin Hägerås, processledare, Sjukvårdsregion Mellansverige

Förkortningar

I vårdprogrammet förekommer nedanstående förkortningar:

ADL – Aktiviteter i dagliga livet

Bedömer förmåga i vardagliga aktiviteter, används för att kartlägga behov av hjälpinsatser.

CFS – Clinical Frailty Scale

Skattningsskala för att identifiera och gradera skörhet (1–9), används för riskbedömning.

COPM – Canadian Occupational Performance Measure

Bedömningsinstrument inom arbetsterapi för aktivitetsförmåga och delaktighet.

CGA – Comprehensive Geriatric Assessment

Multiprofessionell helhetsbedömning av medicinska, funktionella, psykiska och sociala behov för sköra äldre.

DFRI – Downton Fall Risk Index

Fallriskinstrument som beaktar medicinering, sensorik, kognition och gång.

e-FI – Electronic Frailty Index

Används för att via elektroniska journaler identifiera skörhet, ej i bruk i Sverige ännu.

EWGSOP2 – European Working Group on Sarcopenia in Older People (reviderad version)

Ramverk och diagnostik för sarkopeni inklusive cut-offs och rekommendationer.

ESAS-r – Edmonton Symptom Assessment Scale (revised)

Symtomskattningsskala inom palliativ vård.

FRESH –Frail Elderly Support Research Group

Svenskt screeningverktyg för att identifiera skörhet.

GDS – Geriatric Depression Scale

Skattningsskala för att screena för förekomst av depression hos äldre.

GLIM – Global Leadership Initiative on Malnutrition

Diagnoskriterier för undernäring, vägledning för nutritionsutredning.

GUSS – Gugging Swallowing Screen
Screening av sväljsvårigheter och aspirationsrisk.

ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health
Ramverk för standardiserad bedömning av funktion och delaktighet.

IPOS – Integrated Palliative care Outcome Scale
Symptom- och utfallsinstrument inom palliativ vård.

MADRS – Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale
Klinisk skattning av depressionsgrad.

MNA – Mini Nutritional Assessment
Screening för undernäring hos äldre.

MNS – Modified Norton Scale
Riskbedömning för trycksår.

NRS – Numerical Rating Scale
Numerisk smärtskattning (0–10).

NVP – Nationell vårdplan för palliativ vård
Gemensam struktur för planering i livets slutskede.

PASTEL – Primary care ASsessment Tool for the Elderly
Helhetsbedömning av äldre personer inom primärvården.

PHASE-20 – PHArmacotherapeutical Symptom Evaluation
Verktyg för att identifiera och följa biverkningar av läkemedel.

P-ADL – Personlig ADL
Bedömning av aktiviteter som toalettbesök, dusch, äta, dricka, på- och avklädning och förflyttning.

RAPS – Risk Assessment Pressure Sores
Skala för riskbedömning av trycksår, används främst inom sjukhus och särskilt boende.

REAGERA-S
Screening- och utredningsinstrument för våld i nära relationer, utvecklat för att uppmärksamma våldsutsatthet hos personer med nedsatt beslutsförmåga och/eller kognitiva svårigheter.

ROAG – Revised Oral Assessment Guide
Bedömning av munhälsa och risk för försämring.

SIP – Samordnad individuell plan
Plan för samordning av vård- och omsorgsinsatser mellan huvudmän.

SPPB – Short Physical Performance Battery
Test av fysisk funktion (balans, gånghastighet, benstyrka).

SSA-S – Standardized Swallowing Assessment – Svensk version
Standardiserad sväljbedömning för att upptäcka dysfagi.

TENS – Transkutan elektrisk nervstimulering
Behandlingsmetod för smärtlindring.

TFI – Tilburg Frailty Indicator
Screeninginstrument som bedömer fysisk, psykisk och social skörhet.

TUG – Timed Up and Go
Mobilitetstest (tidsmässig uppresning, gång och vändning).

VAS – Visual Analogue Scale
Visuell smärtskattning där personen markerar sin smärtnivå på en linje.

Sökord

Skörhet, sköra äldre, skör, frail, frailty, CFS, clinical frailty scale, FRESH, CGA, Comprehensive geriatric assessment, geriatrik, gammal, fallrisk, undernäring, läkemedelsgenomgång, dokumenterad överenskommelse, vårdplan, samtal vid allvarlig sjukdom, palliativ vård, mångsjuklighet, samsjuklighet, palliation, livets slutskede, brytpunktssamtal, gerasteni, intrinsic capacity

Ämnesområden

Akuta tillstånd
Levnadsvanor
Palliativ vård
Psykisk hälsa
Rehabilitering
Rörelseorganen
Symtom
Äldres hälsa

Förslag på diagnoskoder

Kommande ICD-11 kod MG2A kod Åldersrelaterad skörhet

Omfattning av vårdprogrammet

Vårdprogrammet riktar sig till primärvård och specialiserad vård och definierar skörhet som ett tillstånd av påskyndat åldrande med minskade reserver, snarare än en sjukdom. Programmet beskriver identifiering och gradering av skörhet med rekommenderade instrument och betonar vikten av en helhetsbedömning som inkluderar medicinska, psykologiska och sociala aspekter. Dessutom innehåller vårdprogrammet detaljerade avsnitt om utredning och behandling av olika symptom, inklusive levnadsvanor, samt strategier för akut sjukdom och palliativ vård för denna patientgrupp. Slutligen lyfts vikten av koordinerad vårdplanering och samverkan mellan olika vårdgivare fram för att säkerställa trygg och personcentrerad vård. En personcentrerad vård innebär att patienter ses som personer som är mer än sin sjukdom. I personens berättelse identifieras personens förutsättningar, resurser och hinder, som tillsammans med övriga undersökningar används för att tillsammans skriva en dokumenterad överenskommelse (1).

Det är avgörande att den kliniska handläggningen utgår från en helhetsbedömning där individens förutsättningar och önskemål samt skörhetsgraden är väsentliga delar. Skörhetsgraden får aldrig ensamt ligga till grund för beslut om fortsatt handläggning, till exempel att avstå från effektiv vård eller behandling. För personer som är kronologiskt äldre men inte sköra (robusta) ska behandlingar inte nekas enbart på grund av ålder.

Vårdprogrammet innehåller också en översikt över skörhetsbegreppet – hur skörhet kan identifieras och graderas. Med äldre personer avses alla personer över 65 år. Det här vårdprogrammet kommer efter publicering att användas som grund till nya, korta kliniska kunskapsstöd som tas fram av arbetsgruppen. Andra relaterade kunskapsstöd

Nationellt kliniskt kunskapsstöd:

[Samverkande hälso- och sjukvård i hemmet \(kunskapsstyrningvard.se\)](https://kunskapsstyrningvard.se/samverkande-halso-och-sjukvard-i-hemmet)

[Över- och underdiagnostik och -behandling \(kunskapsstyrningvard.se\)](https://kunskapsstyrningvard.se/over-och-underdiagnostik-och-behandling)

[Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor prevention och behandling \(vardpersonal.1177.se\)](https://vardpersonal.1177.se/nationellt-vardprogram-vid-ohalsosamma-levnadsvanor-prevention-och-behandling)

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp:

[Palliativ vård \(vardpersonal.1177.se\)](https://vardpersonal.1177.se/palliativ-vard)

[Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom \(vardpersonal.1177.se\)](https://vardpersonal.1177.se/kognitiv-svikt-vid-misstankt-demenssjukdom)

[Depression hos vuxna \(vardpersonal.1177.se\)](https://vardpersonal.1177.se/depression-hos-vuxna)

[Svårläkta sår \(vardpersonal.1177.se\)](https://vardpersonal.1177.se/svalrakta-sar)

[Osteoporos - sekundärprevention efter fraktur \(vardpersonal.1177.se\)](https://vardpersonal.1177.se/osteoporos-sekundarprevention-efter-fraktur)

Om hälsotillståndet

Definition

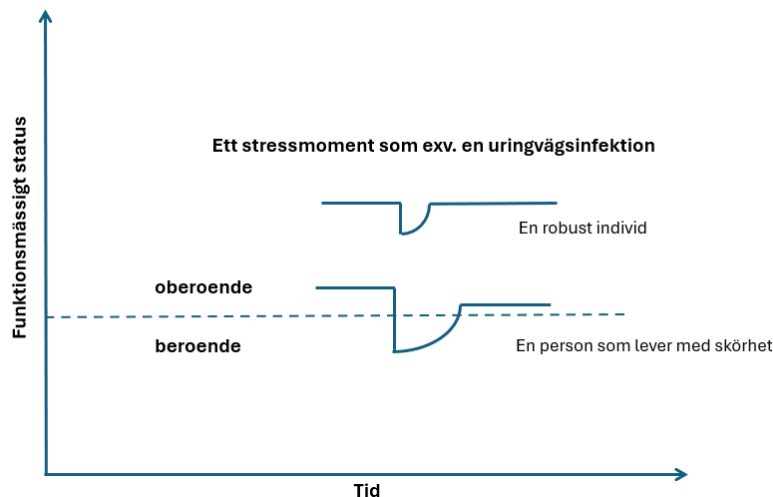
Skörhet är inte en sjukdom utan ett tillstånd av ett påskyndat åldrande där kroppen gradvis förlorar förmågan att anpassa sig till fysiska, psykiska och sociala påfrestningar på grund av minskade reserver (2). Symtom som nedsatt muskelfunktion och fysisk förmåga, smärta, nedsatt kognition, depression och låg livskvalitet är vanliga uttryck för skörhet (2-5).

Skörhet innefattar ökad sårbarhet och sviktande fysiologiska reserver. De två ursprungliga modellerna för att skatta skörhet är fenotypmodellen (6) och deficitmodellen (accumulated deficits) (7).

Fenotypmodellen utgår ifrån olika typer av fysiska nedsättningar: långsamhet, låg fysisk aktivitet, uttrötthet, svaghet och ofrivillig viktnedgång. Deficitmodellen definierar skörhet utifrån hur stor andel av förhandsdefinierade deficits (diagnoser, symtom och aktivitetsbegränsningar) som en person uppvisar.

En tredje modell, den integrerade, är framtagen senare än de nämnda och beaktar även sociala och psykologiska faktorer (8). Det bör framhållas att de olika modellerna definierar olika populationer och vårdbehov (9). Närliggande begrepp är WHO:s intrinsic capacity eller inneboende kapacitet, som definieras som den sammansatta helheten av alla fysiska och mentala förmågor hos en individ som kan utnyttja för att bibehålla oberoende och livskvalitet. För detta spelar även omgivningen en roll i form av till exempel boenden anpassade för äldre, hälso- och sjukvårdens utformning och organisation, relationer och socialt umgänge (10). En åldrande befolkning leder till ökad förekomst av skörhet och därav följande minskad livskvalitet och ökat behov av vård och omsorg, vilket gör det viktigt att sträva efter att fördröja skörhetens uppkomst så länge som möjligt.

När skörhet väl har uppstått bör vården och omsorgen arbeta för att bromsa utvecklingen. Därför är det viktigt att tillståndet identifieras tidigt i förloppet då det i vissa fall kan leda till en tillfällig tillbakagång av skörheten (2, 5). Skörhet medför stora kostnader för samhället. Individens behov av sjukvård, hemtjänst eller särskilt boende ökar, jämfört med jämnåriga personer som inte drabbats av skörhet. Den teoretiska grunden för skörhet som syndrom är väl etablerat i litteraturen, men ett enhetligt sätt att mäta och definiera skörhet saknas (11).



Figur 1. Översatt tolkning efter Clegg A, et al.: *Frailty in elderly people*. *The Lancet*. 2013

Figur 1 illustrerar hur en frisk och robust individ klarar en påfrestning eller ett stressmoment som en infektion innebär, utan betydande effekter på funktionsnivå. Dessutom återgår de snabbare till sin tidigare funktionsnivå jämfört med en skör individ, som inte alltid återfår sin tidigare funktionsnivå. Fördjupad information inom ämnet skörhet finns att läsa i artiklarna [Skörhetsbegreppet viktigt för att förstå den äldre patientens behov \(lakartidningen.se\)](#) (5) och [Frailty in elderly people \(thelancet.com\)](#) (2).

Förekomst

Skörhet hos äldre handlar om biologiskt åldrande, där kroppens olika organsystem utvecklar successivt minskade reserver. Biologiskt åldrande och skörhet skiljer sig från kronologiskt åldrande, där man endast utgår från personens ålder i år sedan födelsen.

I en översikt som omfattar 62 länder världen över varierade prevalensen av skörhet bland personer som bor i egna boende från 11 % i åldersgruppen 50–59 år till 51 % i åldersgruppen 90 år eller äldre. Äldre personer på sjukhus och i särskilda boenden har en särskild hög prevalens för skörhet (12). Prevalensen är även beroende av i vilken population (vilket land) man mäter och vilket skörhetsinstrument som använts för att identifiera skörhet.

Det finns inga nationella mätningar av förekomst av skörhet i Sverige. En grov uppskattning av prevalens kan göras utifrån antal personer med hemtjänst och samtidig hjälp med sina personliga Aktiviteter i Dagliga Livet (P-ADL), vilka är runt 148 000 personer plus de omkring 82 000 äldre som bor i särskilt boende, vilket sammanlagt blir 230 000 äldre personer (13-15). Därutöver finns det omkring 400 000 anhörigvårdare som ger vård mer än tio timmar per vecka (16, 17). Omkring hälften av dessa anhörigvårdare antas vårda en äldre närstående som är skör. Detta ger en förekomst på totalt 430 000 eller 24 % av befolkningen över 70 år vilket stämmer bra med prevalensundersökningar i exempelvis Kanada (18).

Antalet äldre över 80 år ökar kraftigt. År 2022 var 5 % av befolkningen 80 år eller äldre. Enligt Statistiska centralbyrån (SCB) kommer andelen att öka till cirka 7,5 % år 2030, vilket är en ökning med 50 % på åtta år (19).

Orsaker

Det är ännu inte helt fastställt vad som orsakar skörhet. En grundläggande orsak är minskade fysiologiska reserver som påverkar individens förmåga att återhämta sig efter påfrestningar.

Sarkopeni, på svenska kallat muskelsvikt, har ofta en central del i skörhetsutvecklingen med nedsatt muskelmassa, styrka och funktion som därmed påverkar personens fysiska funktion och förmåga att utföra aktiviteter i det dagliga livet (ADL) negativt (6, 20) (21, 22).

Många andra faktorer kan ha betydelse så som levnadsvanor, genetik, kön och låggradig inflammation. Kvinnor, ensamboende och personer med låg fysisk aktivitet, undernäring eller riskbruk av alkohol och droger löper en större risk att utveckla skörhet (23). Dessutom finns en koppling mellan utbildningsnivå och skörhet, vilket kan vara relaterat till socioekonomiska faktorer. Forskningen inom detta område är fortfarande begränsad (23).

Samsjuklighet

Skörhet och samsjuklighet är vanligt förekommande hos äldre personer. Samsjuklighet innebär att personen har flera kroniska sjukdomar samtidigt. Det är viktigt att notera att en person kan ha flera sjukdomar utan att vara skör, och vice versa. Även om skörhet har ett samband med samsjuklighet finns inget känt orsakssamband mellan de två tillstånden (24). Skörhet är däremot starkt associerat med demenssjukdom och funktionsnedsättningar (25).

Ett långvarigt skadligt bruk av alkohol och andra rusmedel är kopplat till ett tidigare och påskyndat förlopp för åldersrelaterade besvär. Dels ger det skadliga bruket ofta konsekvenser som förstärker social utsatthet och psykiska problem, dels påverkas förmågan att sköta sin hälsa (22, 26).

Sjukdomsförlopp

Skörhet medför ett sjukdomsförlopp som ökar risken för negativa händelser, som till exempel:

- fallolyckor
- minskad självständighet i dagliga aktiviteter
- nedsatt munhälsa
- behov av sjukhusvård
- för tidig död.

Negativa händelser kan ofta förebyggas, vilket understryker vikten av att identifiera äldre personer med skörhet (27).

Avgörande faktorer för sjukdomsförloppet

Nyckeln till ett hälsosamt åldrande är att optimera individens inneboende kapacitet (jämför engelskans intrinsic capacity) och funktionella förmåga genom hela livet (28). Inneboende kapacitet definieras som "summan av en individs fysiska och mentala förmågor som kan utnyttjas". För att bevara och stärka denna kapacitet är det avgörande att tidigt och genom hela livet främja hälsosamma levnadsvanor (28).

Mer information, inklusive specifikt stöd med fokus på äldre, finns på sida 22 i bilaga 10 till vägledningen [Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor -prevention och behandling \(vardpersonal.1177.se\)](http://Nationellt_vardprogram_vid_ohalsosamma_levnadsvanor_prevention_och_behandling(vardpersonal.1177.se)).

Utredning och behandling

Identifiera och gradera skörhet

Vissa internationella riktlinjer rekommenderar att alla personer över 65 år screenas för skörhet i samband med sjukvårdskontakt (29, 30). I Sverige rekommenderas inte allmän screening. Den nationella arbetsgruppen för skörhet hos äldre rekommenderar i stället att ett skörhetsinstrument används när en eller flera symtom väcker misstanke om skörhet.

Syftet med att identifiera skörhet är att ge individanpassad vård som kan förbättra funktion och livskvalitet. Tidig identifiering gör det också möjligt att fördröja utvecklingen genom förebyggande insatser. Ett annat syfte med skörhetsskattning, särskilt inom akut sjukhusvård, är riskstratifiering (29, 30). Skörhet innebär ökad risk för komplikationer, längre vårdtider, vårdskador och andra negativa hälsoutfall.

Alla verksamheter inom vården behöver tydliga rutiner för vad som ska göras när skörhet identifieras. Eftersom sköra äldre finns både inom regional och kommunal vård och omsorg krävs samverkan mellan olika vårdnivåer och vårdgivare.

Åtgärder efter identifierad skörhet bör innefatta:

- [HHelhetsbedömning vid skörhet](#) (följ länk till eget avsnitt)
- anpassning av behandling utifrån risk för komplikationer och vårdskador
- vårdplanering.

Skörhetsgrad får aldrig ensamt ligga till grund för beslut om fortsatt handläggning, till exempel att avstå från effektiv vård eller behandling. Personer som är kronologiskt äldre men inte sköra kan ha reservkapacitet som motsvarar yngre individers och ska inte nekas behandling eller åtgärder enbart på grund av ålder.

Symtom

Vanliga symtom och tecken som uppstår vid skörhet är:

- trötthet, nedsatt uthållighet
- muskelsvikt (sarkopeni)
- nedsatt gånghastighet
- nedsatt förmåga till vardagliga aktiviteter (ADL)
- försämrad balans, fallolyckor
- konfusion, kognitiv svikt
- ofrivillig vikttnedgång.

Skörhet kan även yttra sig genom återkommande eller plötsliga episoder av försämrad funktionsnivå. Indirekta tecken kan vara upprepade oplanerade besök till vården, eller att närstående uttrycker oro för en äldre person. Den utlösande faktorn som gör att skörhet uppmärksammas är många gånger en fallhändelse till följd av sämre balans och muskelstyrka (2, 11, 31).

Rekommenderade instrument för identifiering av skörhet

Det finns över 100 vetenskapligt beskrivna skörhetsinstrument men få av dem används rutinmässigt i sjukvård. Instrumenten används för att påvisa om patienten är skör eller inte. Vissa instrument kan också gradera skörhet och ge ett relativt mått på hur skör patienten är. Valet av instrument beror på i vilken situation inom hälso- och sjukvården som instrumentet används. Generellt gäller att instrumenten har hög sensitivitet men låg specificitet. Det innebär att de flesta patienter med skörhet fångas upp av instrumenten men några individer kan bli felaktigt identifierade som sköra trots att de inte är det. Detta medför att en person med identifierad skörhet bör få en helhetsbedömning.

Följande instrument tillhör de som refererats till mest eller som finns tillgängliga på svenska. Dessa har också bedömts som kliniskt användbara av den nationella arbetsgruppen skörhet hos äldre.

Tillgängliga och användbara instrument för att identifiera skörhet hos äldre:

- Clinical Frailty Scale (CFS)
- FRESH
- Tilburg Frailty Indicator (TFI)
- Gånghastighet
- Elektroniskt Frailty Index (e-FI), ännu inte i kliniskt bruk.

CFS kan även användas för gradering. Gradering av skörhet rekommenderas som en del av utredningen. Nationell arbetsgrupp skörhet hos äldre bedömer att 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.

Beskrivning av instrumenten finns i [bilaga A](#).

Vem kan identifiera och gradera skörhet?

Den nationella arbetsgruppen för skörhet hos äldre bedömer att alla yrkesgrupper som möter personer med risk för skörhet ska kunna identifiera och gradera skörhet, under förutsättning att de har fått utbildning i det eller de instrument som används. När det gäller de nämnda instrumenten kräver CFS och TFI mer omfattande utbildning. Mer information om utbildning finns i [bilaga A](#).

Anamnes

Anamnesen vid konstaterad skörhet är en bedömning av personens samtliga aktuella problem och symtom vilket ofta inbegriper en journalgenomgång. Eftersom personen inte alltid själv tar upp vanliga problem såsom smärta, minnessvårigheter och inkontinens behöver de aktivt efterfrågas.

Personens läkemedelsbehandling är en viktig del av den medicinska bedömningen och behöver särskild uppmärksamhet, mer information finns i avsnittet [Läkemedel](#).

Intervju med närstående eller vårdare och observation av hemmiljön ger värdefull information och rekommenderas om personen ger tillåtelse.

Status

Symtom och tecken på skörhet samt dess konsekvenser varierar från individ till individ. Ofta ses nedsättningar inom muskelkraft, balans och gånghastighet. Bedömning av viktförändring, mun- och tandstatus samt kognitiv bedömning ger viktig information.

Teamarbete och strukturerat omhändertagande

Äldre personer med skörhet har komplexa behov och behöver därför insatser från olika professioner. Teamarbete är centralt i omhändertagandet. I teamet bör läkare, sjuksköterska, undersköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, dietist och kurator ingå. Samverkan med biståndshandläggare, socialtjänst, psykolog, logoped, tandhygienist och klinisk farmaceut är värdefull.

För att kunna ge god vård till äldre personer med skörhet krävs att vården är personcentrerad och genomsyras av en helhetssyn. Det förutsätter stor flexibilitet och lyhördhet inför patientens behov, förmåga och egen vilja.

Patientens närstående är också viktiga eftersom många patienter har kognitiv svikt och nedsatt autonomi. Utredningen behöver anpassas till personens förmåga att medverka i undersökningar och ibland måste undersökningarna göras i flera steg. Personen själv och närstående har alltså en central roll i teamet.

Helhetsbedömning vid skörhet

Grunden för ett gott omhändertagande av äldre personer som identifierats som sköra är ett multiprofessionellt teamarbete som internationellt kallas för Comprehensive Geriatric Assessment (CGA). CGA innebär en helhetsbedömning av den äldre personens hälsa och livssituation (32). Att vid en geriatrisk enhet vårda enligt CGA medför större chans till utskrivning till eget hem, bibehållen funktion och lägre mortalitet (33, 34).

CGA inkluderar:

- gradering av skörhet
- medicinsk bedömning med läkemedelsgenomgång
- psykologisk bedömning
- social- och omgivningsbedömning
- funktionsbedömning.

Bedömningen utgör underlag för behandling, planering, rehabilitering och uppföljning (33, 34).

Detta arbetssätt används främst inom geriatrisk vård men kan anpassas och användas inom många verksamheter (32, 34-36). I vårdprogrammet har vi valt att kalla detta för **Helhetsbedömning vid skörhet**.

Helhetsbedömning vid skörhet bör initieras på alla regionala och kommunala enheter som ofta vårdar äldre personer. Alla vårdenheter ska kunna göra skörhetsbedömningar, upprätta och revidera vårdplaner och dokumenterade överenskommelser och säkerställa uppföljning för en patient med skörhet. Samverkan och överrapportering mellan enheter är därmed avgörande för att ge god vård till personer med skörhet.

Många personer med skörhet har sin fasta vårdkontakt inom primärvården, där en helhetsbedömning går väl ihop med allmänmedicinskt arbetssätt. Här kommer teamet utgå från sjuksköterska och läkare som fasta vårdkontakter. Ett verktyg för Helhetsbedömning som testats och utvärderats i svensk primärvård är PASTEL (Primary care ASsessment Tool for the Elderly) (37, 38).

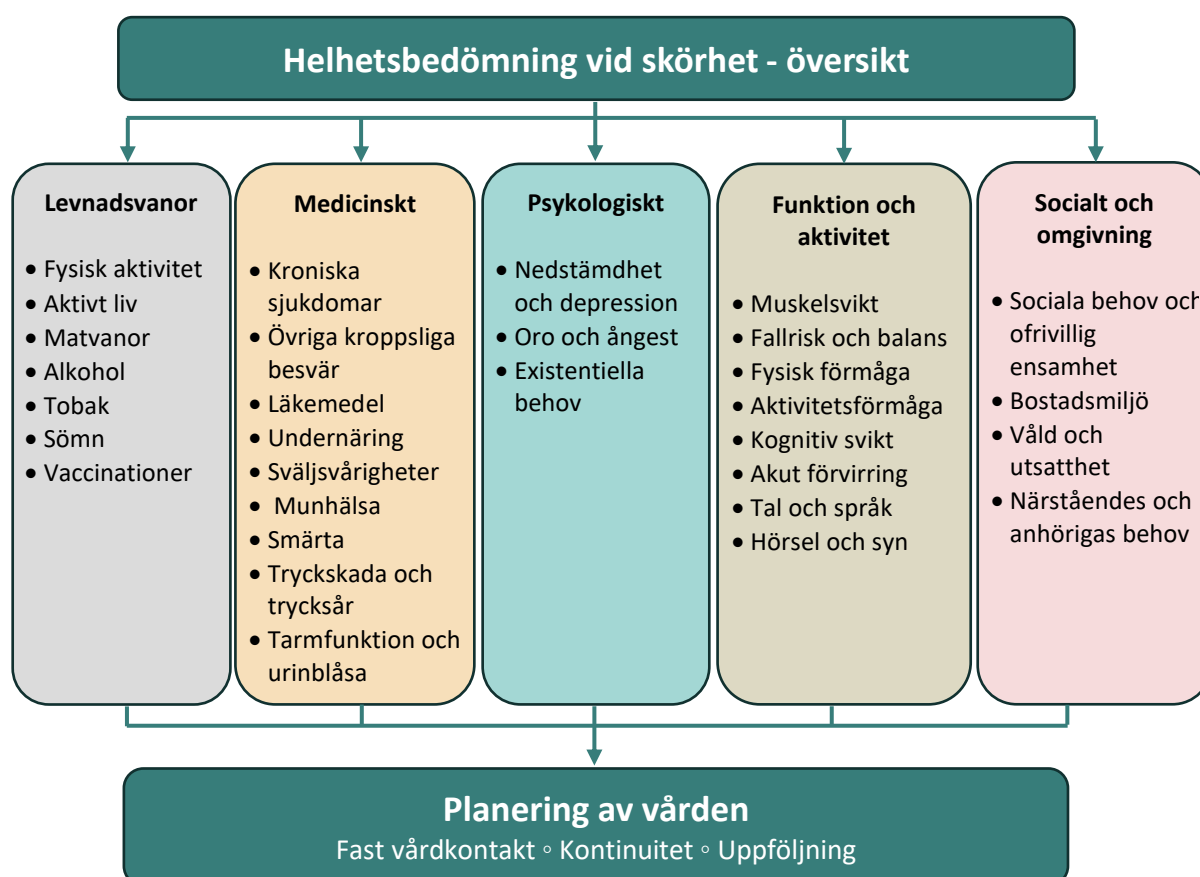
Helhetsbedömning vid skörhet fungerar som en vägledning för vad som kan behöva utredas vidare och ger underlag för en vårdplan, en dokumenterad överenskommelse tillsammans med den sköra äldre personen och dennes närstående.

De skattningsskalor och åtgärder som beskrivs nedan är inte tänkta att genomföras på alla personer utan utifrån situation och individuella behov. Att inventera och tillvarata individens kvarvarande förmågor och resurser är lika viktigt som att identifiera problem.

Omhändertagandet ska anpassas till den äldre personens önskemål och graden av skörhet. Avstå från utredning, rehabilitering och annan behandling som inte gagnar patienten eller som patienten själv vill avstå ifrån.

Helhetsbedömningen är en process över tid som inte kan genomföras vid ett enskilt mottagningsbesök, en rond eller en teamkonferens. Figur 2 visar en översikt av de områden som bör beaktas och i efterföljande avsnitten finns fördjupad beskrivning av bedömning och utredning.

I [bilaga B](#) finns också en guide till Helhetsbedömning vid skörhet som kan fungera som checklista.



Figur 2 Helhetsbedömning vid skörhet - översikt

Levnadsvanor

Ohälsosamma levnadsvanor exempelvis gällande fysisk aktivitet, matvanor, alkohol, tobak och sömn kan vara bidragande orsaker till utveckling av skörhet.

Äldre personer med skörhet kan ha svårt att göra större förändringar i sina levnadsvanor, på grund av funktionsnedsättningar eller social situation och kan behöva stöd av hälso- och sjukvårdspersonal vid bedömning och prioritering av åtgärder som kan ha betydelse för hälsa och livskvalitet. Mer information finns här:

[Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor prevention och behandling \(PDF\)](#)

Fysisk aktivitet

Regelbunden fysisk aktivitet är avgörande för hälsosamt åldrande. Detta gäller särskilt för äldre med skörhet, som behöver bibehålla muskelstyrka och funktion i vardagen (39). Det finns även ett samband mellan ökad fysisk aktivitet och minskad risk för demenssjukdom, förbättrad sömn, samt minskad depression och ångestsymtom (40). Promenader är den vanligaste formen av fysisk aktivitet bland äldre, men för att bibehålla funktion och minska fallrisk rekommenderas allsidig träning. Detta bör inkludera balansträning, pulshöjande aktivitet, progressiv styrketräning, träning av explosivitet samt funktionell träning (39).

De rekommendationerna som finns för fysisk aktivitet gäller för äldre generellt och inte specifikt för sköra äldre. Eftersom äldre personer med skörhet oftast inte har förmåga att nå upp till rekommenderade nivåer behöver aktivitetsnivån anpassas efter individens ork och förmåga. Att bryta stillasittande, utföra vardagsaktiviteter och långsam promenad kan vid högre grad av skörhet vara tillräckligt utmanande för att ge betydande hälsovinster, medan personer med lägre grad av skörhet klarar mer intensiv träning. För att individanpassa aktivitet och träning i relation till grad av skörhet bör en sakkunnig konsulteras, exempelvis en fysioterapeut för bedömning och uppföljning av lämpliga aktiviteter och träning utifrån personens funktion, önskemål och förutsättningar (41, 42).

Aktivt liv

Att regelbundet engagera sig i fysisk aktivitet kan också avsevärt minska risken för försämrad förmåga att hantera de dagliga aktiviteterna (39). Att fortsätta göra det man klarar utifrån sin förmåga och vara fortsatt delaktig i det som ger mening och glädje är inte bara bra för den fysiska funktionen utan också stärkande ur psykologiska och sociala aspekter (43). När resurserna är begränsade är det av vikt att man också ser över att livssituationen är meningsfull, hanterbar, hälsosam och hållbar. Den äldre kan behöva stöd att hitta en balans för att använda resurserna till det som är betydelsefullt och ges stöd att utföra aktiviteter som tar mycket energi men ger välbefinnande.

Genom att stödja äldre personer med skörhet att upprätthålla meningsfulla vardagsrutiner, delaktighet i samhällsliv och sociala kontakter kan den psykosociala hälsan stärkas (43). Att bibehålla ett socialt umgänge och nätverk kan bidra till att motverka ofrivillig ensamhet och understödja kognitiv funktion (44). Med den nya socialtjänstlagen (2025:400) ska kommunerna kunna erbjuda insatser för att agera tidigt och ge förebyggande stöd.

Matvanor

Behovet av näringsämnen minskar inte med stigande ålder, däremot kan aptiten minska till följd av minskad fysisk aktivitet. Därför är det viktigt att mat till äldre personer är näringsriktig vilket innebär

hög energi- och näringstäthet det vill säga mycket näring per portion. För att åstadkomma detta behöver kosten ofta innehålla högre andel fett jämfört med kosten till personer med god aptit. Kosten behöver därför vara varierad vad gäller livsmedelsval. Protein och D-vitamin är näringsämnen som är speciellt viktiga.

Ökat behov av protein och D-vitamin:

- Protein behövs för att bevara muskelstyrka och funktion, för immunförsvaret och sårhäkning. För friska personer från 65 år rekommenderas ett intag av 1,0 g/kg kroppsvikt och dag. För de från 65 år som har risk för undernäring rekommenderas ett intag av 1,2–1,5 g/kg kroppsvikt och dag.
- I åldrar över 75 år är behovet av D-vitamin högre, eftersom hudens förmåga att omvandla solsken till D-vitamin minskar med åren. Därför rekommenderas personer över 75 år att ta tillskott med 20 mikrogram D-vitamin varje dag.

Alkohol

Äldre personer är känsligare än andra för alkoholens inverkan på hälsan. Läkemedel i kombination med alkohol kan vara olämpligt eftersom effekten av läkemedel kan bli sämre eller förstärkas. Även ett lågt alkoholintag kan påverka stabiliteten och koordinationen hos äldre personer, vilket kan leda till ökad risk för fall och olyckor.

Tecken på alkoholproblem kan utöver balansproblem vara humörsvingningar, kognitiva svårigheter, sömnproblem, svårigheter att sköta sin hygien och sköta sitt hem. Äldre personer med alkoholproblem behöver erbjudas stöd och hjälp med hälso- och sjukvården ansvarig för den medicinska behandlingen och socialtjänsten för socialt och psykosocialt stöd. Mer information finns här:

[Om äldre personer och alkohol \(kunskapsguiden.se\)](https://kunskapsguiden.se/om-aldre-personer-och-alkohol)

Tobak

Rökning har allvarliga konsekvenser för hälsan och kan också vara en säkerhetsrisk för en person med till exempel nedsatt koordination och handstyrka. Att sluta röka kan vara ett viktigt steg för att förbättra hälsan och livskvaliteten.

Utifrån personens behov och önskemål kan olika åtgärder erbjudas från enkla råd till kvalificerat rådgivande samtal i kombination med läkemedel för att lindra abstinens och öka chansen att sluta röka. En framgångsfaktor vid tobaksavvänjning är att knyta användningen till eventuella problem med hälsan och följa upp hur åtgärderna och råden har fungerat. Mer information finns här:

[Tobaks- och nikotinbruk \(kunskapsguiden.se\)](https://kunskapsguiden.se/tobaks-och-nikotinbruk)

Sömn

Trötthet är ett vanligt symtom på skörhet hos äldre personer. En person med skörhet kan behöva vila på dagen, så länge det inte stör nattsömnen. Sönmönstret förändras med åldern och påverkas av personens hälsotillstånd. Vid sömnsvårigheter bör bakomliggande orsaker undersökas, då sömnproblem och brist på sömn kan försämra livskvaliteten, förvärra sjukdomar och öka fallrisken.

Förstahandsval vid behandling av sömnstörning är icke-farmakologiska strategier, till exempel sömnhygien och fysisk aktivitet. Om läkemedel används rekommenderas tillfällig behandling under kortare period. Vissa sömnläkemedel kan orsaka dagtrötthet och öka fallrisken, samt öka risken för toleransutveckling.

Läkemedel kan ibland vara orsaken till sömnsvårigheter, exempelvis antidepressiva läkemedel, betablockerare eller högdos-steroider. Därför rekommenderas läkemedelsgenomgång.

Mer information om sömn och vad som kan göras vid sömnbesvär finns att på Akademiskt primärvårdscentrums webbplats:

[Förebygg och lindra sömnbesvär\(akademisktprimarvardscentrum.org\)](https://www.akademisktprimarvardscentrum.org/forebygg-och-lindra-somnbesvar)

Medicinskt

Kroniska sjukdomar

Eftersom skörhet är multifaktoriellt är det viktigt med kartläggningen av aktuella och kroniska sjukdomar och symtom för att kunna påverka skörhetsnivån och dess konsekvenser. Kartlägg eventuella kroniska sjukdomar och optimera behandlingen av dessa. Överväg palliativ inriktning av vården vid betydande symtom och minst måttlig grad av skörhet, mer information finns i avsnitt [En konsekvens](#) av att äldre med skörhet ofta har normala eller nära normala vitalparametrar är att de ofta får medel till låg triagenivå. Det kan i sin tur leda till långa vistelsetider på akutmottagningen vilket i sin tur kan leda till en försämring av patientens tillstånd. Äldre personer med skörhet är extra känsliga för värme, kyla, ljud, uttorkning, övervåtskning, tryckskada, brist på sömn och vila.

Det finns omvårdnadsåtgärder som syftar till att patienten inte försämras under vård på akutmottagningen. Det innebär exempelvis frikostighet med övervakning, särskilt om patienten är ensam på akutmottagningen, regelbundna toalettbesök och blåsvolymsmätning och stor försiktighet med blodtryckssänkande läkemedel för att undvika fall. Utöver detta har de vanligtvis många läkemedel till följd av många kroniska sjukdomar som på olika sätt kan försämra tillståndet i samband med akut sjukdom. Därför rekommenderas att äldre patienter med skörhet bör ha triagenivå gul som lägsta nivå och få förtur inom sin triagekategori.

Mer information finns i Blåsövervakning vid sjukhusvård - Översikt (vardhandboken.se).

Andra viktiga åtgärder är att tillse att patienten regelbundet får mat och dryck, har tryckfördelande underlag som används tillsammans med regelbundna lägesändringar för att förebygga trycksår och en lugn miljö som inte utlöser eller förvärrar ett tillstånd av delirium (77). Se till att patienten har tillgång till hjälpmedel, som till exempel gånghjälpmedel, glasögon och hörapparat. Låt om möjligt en närstående vara hos patienten. Ett exempel på en rutin för omhändertagande av äldre med skörhet på akutmottagning kommer från Sahlgrenska universitetssjukhuset, Sköra äldre på akutmottagningar inom Sahlgrenska universitetssjukhuset (PDF).

Det är viktigt att ta hänsyn till det växande antalet sköra äldre med palliativa vårdbehov. Det innebär behov av kompetens och resurser på akutmottagningen för att kunna fatta beslut om att eventuellt avstå från ytterligare undersökningar och utredningar som inte främjar patientens tillstånd. Det är också angeläget att akutmottagningar har kompetens, processer och resurser för att erbjuda vård i hemmet till de personer som inte bedöms gagnas av fortsatt sjukhusvård.

Palliativ vård.

När en skör person försämras kan det bero på att någon av grundsjukdomarna har försämrats eller att något nytt tillkommer, som exempelvis en infektion eller en hjärt-kärlhändelse. Det går inte att göra en fullständig lista över symtom och sjukdomar, eftersom variationen är stor och yttrar sig olika.

När det gäller äldre personer kan symtomen ofta vara diffusa eller ospecifika för tillståndet. Det är särskilt viktigt att tänka på läkemedelsinverkan. Beakta dessutom att äldre personer med skörhet kan lida av allvarliga tillstånd även vid ospecifik presentation av symtom, mer information finns i avsnittet [Skörhet och akut sjukdom](#).

Övriga kroppsliga besvär

Identifiera följande tillstånd som ökar immobilisering och isolering:

- smärttillstånd i extremiteter och rygg
- inkontinens
- kognitiv svikt
- depressiva tillstånd
- nedsatt syn och hörsel
- muskelsvikt
- förvärvade och medfödda funktionsnedsättningar.

Var observant på tillstånd som ger illamående, sväljsvårigheter och viktnedgång:

- maligna sjukdomar
- obstipation
- depression
- läkemedelsbiverkningar
- sjukdomstillstånd i munhålan.

Läkemedel

Äldre personer med skörhet har ofta flera kroniska sjukdomar som gör att de tar flera läkemedel (polyfarmaci). Detta tillsammans med sviktande organfunktioner leder till risk för läkemedelsrelaterade problem om inte adekvata läkemedelsjusteringar görs.

Olika symtom, som ofta är diffusa hos äldre personer med skörhet, kan vara läkemedelsbiverkan men kan också vara tecken på sjukdom eller underbehandling av en sjukdom. Därför är det viktigt att utreda orsaken till symtomen och utvärdera både underbehandling och överbehandling med läkemedel.

Läkemedelsgenomgångar är ett strukturerat arbetssätt för att minska läkemedelsrelaterade problem. Läkaren ansvarar för läkemedelsgenomgången och kan samarbeta med sjuksköterskor, kliniska farmaceuter eller annan hälso-och sjukvårdspersonal utifrån behov.

Enligt HSLF-FS 2017:37 kapitel 11 delar man upp läkemedelsgenomgångar i enkel och fördjupad.

Syftet med läkemedelsgenomgångar är att läkemedelslistan kontrolleras så den är korrekt samt ändamålsenlig och säker. Eventuell uppföljning ska planeras in. Om det finns kvarstående

läkemedelsrelaterade problem efter en enkel läkemedelsgenomgång ska en fördjupad läkemedelsgenomgång utföras.

För mer utförlig instruktion av enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång; [Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården \(Socialstyrelsen.se\)](#).

För läkemedel som bör undvikas till äldre; [Äldre och läkemedel \(Socialstyrelsen.se\)](#).

[PHASE-20 \(regionuppsala.se\)](#) är ett verktyg som kan användas för att identifiera läkemedelsbiverkningar.

Det vetenskapliga underlaget för val av läkemedelsbehandling för äldre med skörhet är begränsat. Läkemedelsbehandlingen anpassas individuellt och följs upp kontinuerligt utifrån den evidens som finns kombinerat med klinisk erfarenhet.

Vid alla läkemedelsförändringar är det angeläget att patienter som själva hanterar sin medicin får en uppdaterad läkemedelslista och individuellt anpassad information om förändringarna. Har personen hjälp med läkemedelshanteringen, exempelvis av en närstående, kommunal primärvård eller social omsorg såsom hemtjänst, behöver den som hjälper till få information om ändringen och en uppdaterad läkemedelslista. Det är den förskrivande läkaren som ansvarar för att kontrollera att personen kan ta sina läkemedel och att läkemedelshanteringen fungerar bra.

Har personen dosdispenserade läkemedel är det även väsentligt att säkerställa att läkemedelshanteringen sker på ett säkert sätt tills de dosdispenserade läkemedlen är uppdaterade. Det är extra viktigt vid vårdövergångar att informationen överförs korrekt till den som hanterar patientens läkemedel. Överföring av information får ske så länge det inte finns hinder enligt offentlighets- eller sekretesslagen, patientsäkerhetslagen eller patientdatalagen.

Riskbruk av läkemedel

Vanliga symtom hos personer med skörhet kan vara ångest eller smärta vilket ibland behandlas med bensodiazepiner eller opioider som är beroendeframkallande. Förutom den beroendeframkallande risken bidrar dessa läkemedel också till betydande risk för fall, sederig eller konfusion. Med högre doser och längre behandlingstid ökar risken för biverkningar och beroende. Därför rekommenderas försiktighet med beroendeframkallande läkemedel till personer med skörhet som kan vara extra känsliga för biverkningar.

Även om försiktighet rekommenderas är det viktigt att inte underbehandla smärta. Genom att kontinuerligt utvärdera effekten och biverkan kan man bedöma risken och nyttan med behandlingen. Som ett komplement eller i stället för läkemedel kan icke-farmakologisk behandling ges. Mer information om behandling finns i avsnitten [Oro](#) och [Smärta](#).

Undernäring

Undernäring förekommer ofta hos äldre personer med skörhet och bör aktivt uppmärksammas (45). Obehandlad undernäring ökar risken för bland annat muskelsvikt, fördröjd sårhäkning, ökad fallrisk, nedsatt immunförsvar och försämrad livskvalitet.

Vid följande tillstånd kan personen ha behov av nutritionsbehandling:

- kronisk njursvikt, stadie 4–5 med eller utan dialys
- kronisk obstruktiv lungsjukdom
- hjärtsvikt
- mag-, tarm- och leversjukdomar
- diabetes mellitus
- cancersjukdom
- sväljsvårigheter
- kognitiv svikt.

För att identifiera undernäring bör man väga äldre personer med skörhet regelbundet och bedöma risken för undernäring, oavsett vårdform. Riskbedömningen innefattar:

- undervikt: BMI <22 för personer 70 år och äldre eller BMI < 20 för personer under 70 år
- ofrivillig viktförlust
- minskat intag av mat och dryck.

Om någon av dessa punkter uppfylls bör personen utredas enligt diagnoskriterierna för undernäring enligt Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM). Instrumentet Mini Nutritional Assessment, MNA kan också användas vid bedömningen av risk för undernäring för personer 65 år och äldre. Om risk föreligger enligt punkterna ovan eller vid MNA 0–7 poäng bör dietist kontaktas. Vid MNA 8–11 poäng bör dietistkontakt övervägas.

Åtgärder vid risk för undernäring finns beskrivna i Vårdhandbokens kapitel om nutrition: [Nutrition \(vardhandboken.se\)](#). Det finns många aspekter och möjliga orsaker till nutritionsproblem att ta hänsyn till vid val av åtgärder, exempelvis sociala aspekter, måltidsmiljö och medicinska tillstånd. Vid ordination av enteral och parenteral näringstillförsel är det viktigt att behovet av energi och näringsämnen tillgodoses. Riskbedömning och uppföljning av insatta åtgärder ska ske regelbundet.

Fördjupade råd kring att förebygga och behandla undernäring finns att läsa i det nationella kunskapsstödet från Socialstyrelsen, [Att förebygga och behandla undernäring \(PDF\)](#).

Munhälsa

Äldre personer med skörhet riskerar försämrad munhälsa. Nedsatt förmåga att självständigt sköta munhälsan och att hålla kontakt med tandvården kan vara anledningar. Läkemedel som orsakar muntorrhet kan också bidra till försämrad munhälsa med bland annat ökad kariesrisk. Att bedöma mun- och tandhälsa är viktigt både för att upptäcka orsaken till undernäring och annan ohälsa. Riskbedömning görs med fördel med hjälp av instrumentet Revised Oral Assessment Guide (ROAG). Blankett för ROAG finns på Senior alerts webbplats. Mer information finns här:

[Riskbedömning \(senioralert.se\)](#)

Äldre personer med kognitiv svikt vid demenssjukdom löper en mycket hög risk för nedsatt munhälsa. Ytterligare information om munhälsa i relation till demenssjukdom finns i [Vårdförlopp kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom \(vardpersonal.1177\)](#) under bilaga E: Munhälsa och demenssjukdom.

En remiss till tandvården bör skickas om ROAG indikerar problem. Ta även ställning till behov av tandvårdsintyg. Mer info om tandvårdsstöd finns i avsnitt om Ekonomisk ersättning och bidrag gällande [Tandvårdsstöd](#).

Avsaknad av tandläkarkontakt eller ett jakande svar på fråga två och tre innebär en risk och remiss till tandvården bör skickas:

1. Har du träffat tandvård de senaste två åren?
2. Har du besvär från munnen eller vet du om något är trasigt i din mun?
3. Är det något du undviker att äta för att det är svårt att tugga eller svälja?

Vid jakande svar på fråga tre kan det även föreligga behov av sväljbedömning och kontakt med logoped.

Sväljsvårigheter

Att bedöma eventuella sväljsvårigheter är viktigt. Riskbedömningsinstrument som kan användas är Gugging Swallowing Screen, GUSS eller Standardized Swallowing Assessment på svenska, SSA-S. Nyttillkomna och förvärrade sväljsvårigheter av känd eller okänd anledning bör utredas av logoped. Läkemedelsbiverkan kan vara en orsak till sväljsvårigheter. Se även över personens läkemedel för att säkerställa att de tas på rätt sätt utifrån personens sväljförmåga.

Smärta

Smärta är ett vanligt symtom hos äldre. Prevalensen av smärta ökar med ålder och rapporteras hos upp till 80 % av personer som bor i ett vård- och omsorgsboende (46). Smärta från rörelseapparaten är den vanligaste orsaken till smärta bland äldre (47).

Långvarig smärta hos äldre, som inte uppmärksammas och behandlas, kan leda till:

- minskat välbefinnande
- nedsatt livskvalitet
- sämre sömn
- ökad risk för psykisk ohälsa
- sämre fysisk funktionsnivå
- mindre sociala aktiviteter
- ökad risk för fall
- ökad risk för undernäring.

Långvarig smärta hos äldre innebär även en riskfaktor för att drabbas av skörhet och det är viktigt att utreda orsaken till smärtan. Möjligheterna att upptäcka smärta hos äldre ökar genom ett systematiskt smärtskattningsarbete och användandet av standardiserade smärtskattningsinstrument.

Vanligt förekommande instrument för att skatta smärta i vila och i rörelse inkluderar Visual Analog Scale (VAS) alternativt Numerical Rating Scale (NRS). VAS och NRS är lämpliga för personer med god kognitiv förmåga medan Abbey Pain Scale (48) ökar möjligheterna att identifiera smärta hos äldre personer med nedsatt kognition eller kommunikationsförmåga. Undersökningen ska också involvera samsjuklighet, funktionsnedsättning samt psykiska och sociala faktorer. Smärtanalysen ska utreda orsaken till smärta och mekanismen bakom (49).

Som ett komplement till eller i stället för läkemedel kan multimodal behandling med icke-farmakologisk smärtbehandling användas. Fysioterapeut och arbetsterapeut kan utifrån smärtanalysen ta fram en individanpassad behandlingsplan med uppföljning utifrån personens symptom, förmåga och önskemål med syfte att uppnå smärtlindring, bättre funktion och ökad livskvalitet.

Exempel på åtgärder för smärtbehandling är:

- anpassad träning
- behandling med värme eller kyla
- transkutan elektrisk nervstimulering (TENS)
- utprovning av hjälpmedel.

Läkemedel mot smärta bör till en början ordineras i låga doser med långsam dosökning och täta regelbundna utvärderingar av effekt och biverkningar (49). Samtidigt är det viktigt att inte underbehandla smärta eftersom det kan försämra skörhet.

Tryckskada och trycksår

Äldre personer med skörhet som har nedsatt rörelse- och aktivitetsförmåga, nedsatt allmäntillstånd och undernäring löper en ökad risk för tryckskada och trycksår. En strukturerad riskbedömning bör genomföras tillsammans i teamet för att förebygga att tryckskada uppstår. En sjuksköterska och en arbetsterapeut utför lämpligen både riskbedömning och ordination av förebyggande åtgärder i samråd för optimal handläggning.

Även nutritionsbehandling bör inledas och kontakt med dietist bör övervägas för personer med trycksår eller risk för trycksår. Strukturerade bedömningsinstrument såsom Modifierad Nortonskala (MNS) och Risk Assessment Pressure Sores-skala (RAPS) bör användas som komplement till den kliniska bedömningen. Mer information finns här:

[Blanketter \(senioralert.se\)](http://senioralert.se)

[Trycksår \(vardhandboken.se\)](http://vardhandboken.se)

Svårläkta sår

Definitionen av svårläkta sår innebär sår som inte läkt eller inte förväntas läka inom fyra till sex veckor. Till dessa räknas sår med diagnoser som venösa arteriella och arteriovenösa sår, traumatiska sår, diabetesrelaterade fotsår med flera. Svårläkta sår hos sköra äldre är ett stort problem som ger smärta och nedsatt livskvalitet och risken att drabbas av svårläkta sår ökar med stigande ålder. För den enskilde individen innebär svårläkta sår smärta och ökat lidande och risken att drabbas av nedstämdhet, oro, ångest och social isolering ökar. Multisjuklighet, hög ålder, samt förekomst av många läkemedel inverkar på sår läkningen.

Orsaksutredning, smärtanalys, behandling och symtomlindring vid svårläkta sår finns i [Nationellt vårdprogram svårläkta sår \(PDF\)](#).

Tarmfunktion och urinblåsa

Såväl urin- som avföringsinkontinens är vanligt förekommande hos äldre personer med skörhet. Det har stor inverkan på livskvalitet men kan vara svårt för personen att prata om och måste efterfrågas aktivt.

Blåsdysfunktion kan innebära olika problem såsom urinläckage, trängningar och tömningssvårigheter. Orsakerna till inkontinens hittas ofta i bakomliggande sjukdom och en basal utredning ska erbjudas. Råd och vägledning kring att utreda och hantera blåsdysfunktion finns i [kvalitetsprogrammet vuxen blåsa \(nikola.nu\)](#).

Andra områden att uppmärksamma är förstoppning och diarré. Dessa problem är ofta relaterade till läkemedel och bör uppmärksammas vid läkemedelsbehandling, läs mer i avsnittet [Läkemedel](#).

Förstoppning och diarré kan också orsakas av bakomliggande sjukdomar och en basal utredning ska erbjudas även här.

Mer utförlig information relaterad till tarmfunktion finns i Vårdhandbokens kapitel [Tarmfunktion \(vardhandboken.se\)](https://vardhandboken.se).

Vaccinationer

Äldre personer med skörhet är infektiöskänsliga och utgör därför en riskgrupp som ska erbjudas vaccinering mot covid-19, influensa och pneumokocker.

Psykologiskt

Nedstämdhet och depression

Det kan vara svårt att upptäcka depression hos äldre då symtomen är mindre tydliga eller tolkas enbart som fysiska besvär. Därför är det viktigt att efterfråga förekomst av till exempel nedstämdhet. Depression kan också yttra sig oväntat, exempelvis som upprördhet. Vanliga tecken kan vara känslor av hopplöshet, ångest, oro och sömnproblem. Det är viktigt att veta att depression kan behandlas även hos sköra äldre personer (50).

Tidiga tecken på depression hos äldre kan vara:

- nedstämdhet som förnekas eller döljs
- uttryck av hopplöshet
- irritabilitet
- sömnstörningar
- minskad aktivitet och trötthet
- minnessvårigheter
- viktminskning och minskad aptit.

Mer om tidiga tecken på depression hos äldre finns på Vård och insats webbplats; [Tecken hos äldre \(vardochinsats.se\)](https://vardochinsats.se)

Depression utgör den främsta riskfaktorn för suicid bland äldre, framför allt hos äldre män. Upplevelse av ensamhet är en riskfaktor. Insatser för att minska ensamhet och utanförskap är därför viktiga åtgärder för att förebygga depression och suicid (50).

Geriatric Depression Scale (GDS) är ett verktyg för att identifiera och följa upp tecken på depression hos äldre personer och återfinns på [GDS-15 \(Geriatric Depression Scale\) \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se). Även MADRS kan användas även om det inte är specifikt för äldre. Bägge skalorna kan användas av personal utan specialistkompetens inom psykiatri, samt av den äldre själv. Mer information finns på 1177 för vårdpersonals webbplats, [Depression hos vuxna \(vardpersonal.1177.se\)](https://vardpersonal.1177.se).

Oro och ångest

Ångest är en vanlig komponent i flera psykiatriska och kroppsliga tillstånd, liksom vid begynnande demenssjukdom. Symtom bör kartläggas med avseende på dygnsvariation och intensitet. Även läkemedelsbiverkan kan orsaka ångest. Samtidig sömnstörning, rastlöshet, nedstämdhet och irritabilitet är vanliga symtom.

Den primära utredningen syftar till att hitta eventuell bakomliggande orsak inklusive hypoglykemi, hjärt-lungsjukdom, depression, läkemedelsbiverkan och smärta.

Sociala och existentiella problem bör också beaktas. Vid behov av läkemedelsbehandling bör man starta med låga doser (50).

Existentiella behov

Existentiella behov hos äldre kan handla om frågor och reflektioner över livet som varit och dess mening, döden, hopp och hopplöshet, skuld och försoning. Det innefattar behov av att känna sammanhang, få stöd i andliga frågor, hantera ensamhet och bearbeta livserfarenheter. Bara att få hjälp att lyfta dessa frågor, bli lyssnad på och få utrymme för reflektion kan vara hjälpsamt för en person med skörhet. Detta är också en viktig del i [Samtal vid allvarlig sjukdom](#). Andra resurser som kan erbjudas är samtal med kurator eller kontakt med trossamfund. Palliativt kompetenscentrum i Stockholm erbjuder en webbutbildning och förslag på litteratur (51).

Funktion och aktivitet

Om svårigheter i vardagliga aktiviteter uppmärksammas vid screening och gradering av skörhet rekommenderas tidig kontakt med fysioterapeut och/eller arbetsterapeut. Även vid lägre grad av skörhet kan tidiga insatser stödja ett aktivt och självständigt liv. Eftersom skörhet kan påverka individens livssituation på flera plan, bör bedömningen utgå från en helhetssyn med biopsykosocialt perspektiv, exempelvis CGA. ICF är ett alternativt ramverk med biopsykosocialt perspektiv.

Bedömningen bör ha en bred ansats som inkluderar fysiska, psykiska, sociala och personliga faktorer samt funktion i interaktion med omgivningen. Syftet är att identifiera åtgärder för att förebygga, fördröja eller minska skörhet (52).

Muskelsvikt

Muskelsvikt (sarkopeni) definieras enligt European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP2) som en progressiv muskelsjukdom och kännetecknas av förlust av muskelmassa och styrka, med en ökad risk för negativa utfall som funktionsnedsättning och död. Genom att tidigt uppmärksamma symptom såsom nedsatt muskelstyrka, gånghastighet och fysisk aktivitetsbegränsning kan rehabiliterande åtgärder sättas in för att motverka utveckling av sarkopeni.

Se avsnitt om Fysisk förmåga för val av bedömningsinstrument som rekommenderas för att mäta styrka och fysisk förmåga.

Fallrisk och balans

Risk för fall ökar med högre grad av skörhet. Fallrisk beror oftast på en kombination av olika faktorer, till exempel nedsatt muskelstyrka, försämrad balans och gångförmåga, nedsatt syn, fallrädsla, nedsatt kognition, psykologiska faktorer, läkemedel, missbruk, undernäring, sjukdom eller faktorer i miljön (33).

En första screening av fallrisk kan göras genom att fråga om personen har fallit någon gång under det senaste året samt fråga dig själv som vårdgivare om det finns risk att personen kan ramla om inga åtgärder sätts in. För en mer strukturerad fallriskbedömning finns exempelvis Downtown Fall Risk Index (DFRI) (53) som inkluderar även riskvärdering avseende medicinering, sensoriska funktionsnedsättningar, kognitiv funktionsnedsättning och gångförmåga.

Efter utförd fallriskbedömning planeras och erbjuds åtgärder för att förebygga fall. FoU Sörmland har utvecklat ett [kunskapsstöd för fallprevention \(fou.sormland.se\)](https://fou.sormland.se/kunskapsstod-for-fallprevention) för personer över 65 år.

Andra användbara länkar inkluderar:

[Värdera och utreda fallrisk \(kunskapsguiden.se\)](https://kunskapsguiden.se/)

[Riskbedömning \(vardhandboken.se\)](https://vardhandboken.se/)

Fysisk förmåga

Fysioterapeut genomför bedömning av gångförmåga, uthållighet, balans och muskelstyrka. Detta för att gradera och bedöma utvecklingen av skörhet över tid, upptäcka fallrisk och lägga upp en individanpassad rehabiliteringsplan.

Vid bedömning och uppföljning av fysisk förmåga används strukturerade bedömningsinstrument. Val av lämpligt instrument utgår ifrån individens behov, resurser samt i vilken miljö fysioterapeuten utför bedömningen på sjukhus, mottagning alternativt i bostaden.

För till exempel bedömning av gånghastighet kan tre, fyra alternativt 10 meter väljas. För Chair-stand test finns flera olika protokoll, exempelvis five times sit-to-stand som kräver att personen klarar fem uppresningar alternativt 30-second sit-to-stand, där antal uppresningar på 30 sekunder räknas (54).

Exempel på användbara bedömningsinstrument med cut-off värden enligt EWGSOP2:

- Handgreppstyrka: Män <26 kg, kvinnor <16 kg (55)
- Gånghastighet: $\leq 0,8$ m/s (56)
- Timed Up and Go (TUG): ≥ 20 s (57)
- Chair-stand test: > 15 s för 5 uppresningar (54)
- Short Physical Performance Battery (SPPB): ≤ 8 poäng (58).

Aktivitetsförmåga

Personer med skörhet har nedsatt förmåga att utföra aktiviteter i dagliga livet (ADL). Detta omfattar både personlig ADL, till exempel förflyttning, hygien, måltider och kommunikation, samt instrumentell ADL, till exempel förflyttning matlagning, städning, inköp och transporter. Om vardagens aktiviteter upplevs som hanterbara och meningsfulla har det stor betydelse för personens välbefinnande. Vid svårigheter rekommenderas bedömning av arbetsterapeut. Bedömningen inkluderar grad av självständighet, säkerhet, ansträngning samt möjlighet till delaktighet. Den bygger inte enbart på vad personen gör, utan även på hur och varför en aktivitetsnedsättning förekommer, inklusive omgivningens påverkan (59). I samband med bedömningen bör även kartläggning av boendemiljö, se avsnitt [Bostadsmiljö](#) och hjälpmedelsbehov genomföras (59). Vid bedömningen används strukturerade bedömningsinstrument som är avsedda för ändamål och situation, såsom exempelvis ADL-taxonomin (60) eller Canadian Occupational Performance Measure (COPM) för bedömning av aktivitetsförmåga (61).

För att stödja äldre personer att bibehålla ett aktivt vardagsliv utifrån sina förutsättningar bör bedömningen också inkludera en proaktiv inriktning och psykologiska aspekter av aktivitetsutförande såsom resurser, engagemang, delaktighet, aktivitetsbalans och vad som skapar mening (62). Utifrån aktivitetsbedömningen planeras lämpliga åtgärder för att stärka personens kapacitet att göra det

denne vill och behöver kunna göra. Ibland syftar åtgärderna till att minska risken för negativa hälsoutfall som till exempel fallhändelser och trycksador. Bedömningen kan också utgöra underlag för planering av insatser genom socialtjänsten, såsom dagvård, hemtjänst eller särskilt boende. Det finns ett starkt stöd för att arbetsterapeutiska insatser förbättrar förmågan till ett fungerande vardagsliv för äldre personer med skörhet (63).

Kognitiv svikt

Kognitiv svikt är vanligt förekommande hos äldre personer med skörhet och bör utredas enligt vårdförloppet för [Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom \(vardpersonal.1177.se\)](http://Kognitiv%20svikt%20vid%20misst%20t%20nkt%20demen%20ssjukdom%20(vardpersonal.1177.se)). Utredningen bör utesluta att den kognitiva svikten beror på något annat än en kognitiv sjukdom. Andra tillstånd som kan påverka kognitionen är till exempel hyper- och hypotyreos, depression, missbruk och vissa läkemedel. Infektioner hos personer med skörhet kan också yttra sig som kognitiv svikt, se avsnitt Akut förvirring, delirium. Hos personer med kognitiv svikt riskerar symtom på andra sjukdomar att förbises genom att beteenden tolkas som del av kognitiv svikt. Det är därför viktigt att vara uppmärksam på ospecifika symtom och behandla besvär som faktiskt går att lindra eller avhjälpa såsom förstoppning, smärta eller oro. Särskilt viktigt är att utreda personens behov av insatser från socialtjänsten och ta närståendes behov av stöd i beaktande. Under utredning av kognitiv svikt är läkaren skyldig att utreda lämplighet för vapeninnehav och körkort.

Akut förvirring, delirium

Akut förvirring eller delirium är ett uttryck för en övergående så kallad hjärnsvikt, med eller utan bakomliggande demenssjukdom. I samband med sjukhusvistelse är det vanligt att äldre personer med skörhet, på grund av sitt fysiska tillstånd och eventuellt i kombination med vårdmiljön, utvecklar delirium. Delirium är ett farligt tillstånd som medför längre vårdtider och är förknippat med ökad mortalitet (64). Tillståndet är obehagligt och ångestskapande för patienten. Bakomliggande orsak kan vara av psykisk, fysiskt eller social karaktär, eller en kombination av dessa. En vanlig orsak är ett akut medicinskt tillstånd eller läkemedelsbiverkan. Vid misstanke om delirium kan instrumentet Rapid clinical test for delirium 4AT användas. Testet laddas ner från [Rapid clinical test for delirium 4AT \(the4AT.com\)](http://Rapid%20clinical%20test%20for%20delirium%204AT%20(the4AT.com)). I Västra Götalandsregionen finns ett exempel på rutin för handläggning av delirium i [Delirium/konfusion hos äldre \(PDF\)](#).

Delirium kan förväxlas med demenssjukdom och leda till att personer presterar dåligt på kognitiva tester som Mini Mental State Examination (MMSE) (65). Vid dessa tillfällen bör kognitiv utredning ske i ett lugnt skede enligt vårdförloppet.

Tal och språk

Svårigheter att uttrycka sig eller förstå vad andra säger kan bidra till att den sköra äldre personen drar sig undan vilket leder till sämre livskvalitet. Detta kan bero på talsvårigheter eller röststörningar men också på bristfälliga kunskaper i svenska. Patienten har alltid rätt att få en tolk vid samtal med vården om det finns kommunikationsproblem såsom olika språk, hörsel- eller synnedsättning. Via vårdhandboken finns generella råd vid svårigheter med tal och språk. Vid misstanke om kommunikationsstörningar kan logoped kontaktas för bedömning och information om hjälpmedel och underlättande åtgärder såsom bildstöd.

Mer information om talsvårigheter:

[Dysartri – artikulationssvårigheter \(1177.se\)](http://Dysartri%20-%20artikulationssv%20righeter%20(1177.se))

Hörsel och syn

Nedsatt syn och hörsel kan också bidra till att den äldre personen med skörhet drar sig undan. Hörselnedsättning är förknippat med ökad risk för utveckling av demenssjukdom (66).

För att underlätta kommunikationen bör man tala tydligt, undvika bakgrundsljud, se till att ansiktet är vänt mot personen och se till att belysningen är god. Det är också viktigt att vara nära personen vid samtal och att se till att eventuell hörapparat fungerar. Det går också att använda hjälpmedel som röstförstärkare. Det är betydelsefullt att glasögon för avstånd och läsning används och har rätt styrka. Vid misstanke om hörselnedsättning kan audionom kontaktas för bedömning och information om hjälpmedel och underlättande åtgärder. Vid synnedsättning som innebär att glasögon inte ger tillräckligt stöd kan kontakt med syncentralen för synhjälpmedel vara aktuellt. Mer information om hörsel och syn:

[Nedsatt hörsel \(1177.se\)](http://1177.se)

[Synnedsättning \(1177.se\)](http://1177.se)

Socialt och omgivning

Sociala behov och ofrivillig ensamhet

Ofrivillig ensamhet kan negativt påverka livskvalitet och hälsa, fysisk såväl som psykisk. Äldre personer med skörhet har ofta flera riskfaktorer som är särskilt kopplade till ofrivillig ensamhet, isolering och social utsatthet, till exempel:

- förlust av en partner
- minskat socialt nätverk
- olika former av funktionsnedsättning
- psykisk ohälsa
- svag ekonomi.

Ensamhet kan vara omgärdad av ett stigma och för att fånga upp ensamhet hos äldre personer med skörhet behöver frågor om ensamhet ställas systematiskt och upprepat över tid. Kommunens socialtjänst har genom socialtjänstlagen (2001:453) ett särskilt ansvar för att äldre personer har en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra och underlättar för den enskilde att bo hemma, ha kontakt med andra och bryta oönskad isolering. Handläggare inom socialtjänsten kan bistå med att lotsa den äldre vidare till kommunala insatser och det finns ofta ett uppbyggt samarbete med föreningsliv och civilsamhälle.

Det kan också behöva utredas om ensamheten beror på förutsättningar att ta sig ut i samhället och om det exempelvis finns behov av färdtjänst, bostadsanpassning eller ekonomiskt stöd. Mer information finns i avsnitt om [Försäkringsmedicin och intyg samt Ekonomisk ersättning och bidrag](#).

I Socialstyrelsens [Vägledning för att förhindra ofrivillig ensamhet bland äldre personer \(PDF\)](#) finns mer information om ofrivillig ensamhet.

Bostadsmiljö

Bostadsmiljön kan både stödja och hindra personens möjlighet till självständighet och delaktighet. En arbetsterapeut bör kopplas in vid misstanke om att bostadsmiljön är hindrande för personen med skörhet. En arbetsterapeut bedömer bostadsmiljön i förhållande till personens förmågor och identifierar hinder och risker för att komma fram till åtgärder som ökar självständighet, tillgänglighet, säkerhet och funktion. En observation av hemmiljön kan också visa tecken på psykisk ohälsa eller kognitiv svikt, även om personen själv inte visar symtom på detta.

Åtgärder för anpassning av bostaden kan till exempel handla om:

- användning av hjälpmedel
- fallförebyggande åtgärder
- belysning
- kognitivt stöd
- tekniska lösningar för automatik eller justeringar i höjd på möbler
- bostadsanpassning.

Åtgärder i bostadsmiljön är effektiva för att minska fall och fallrädsla samt förbättra aktivitetsförmåga hos äldre personer med skörhet (42, 67) och har bäst effekt i kombination med träning i att använda förskrivna hjälpmedel och/eller utföra aktiviteter i den förändrade miljön (68).

Våld och utsatthet

De största riskfaktorerna både för att utsättas för och utöva våld är att man är beroende av andra för att klara sig i sitt dagliga liv, antingen på grund av fysiska begränsningar eller kognitiv svikt/sjukdom (69). Ofta sker våld i dessa fall utan intention att skada och medför lidande och negativa hälsokonsekvenser både för den som utsätts för våld och den som utövar våld (70).

Fördomar om att äldre inte utsätts för eller utövar våld kan också bidra till att våld inte upptäcks, eller att den utsattas berättelse inte tas på allvar.

Våld i nära relationer förknippas ofta med fysiskt våld, men det finns flera andra former att vara uppmärksam på, såsom:

- psykiskt våld
- sexuellt våld
- ekonomiskt våld
- materiellt våld
- försummelse.

Försummelse kan innebära att personen inte får tillräckligt med mat, att nödvändig hjälp uteblir eller att viktiga hjälpmedel eller medicin undanhålls. Tecken på våld kan vara synliga, som blåmärken eller rivmärken men kan också yttra sig genom långvarig stress, oro, ångest eller förändrat beteende. Den äldre kan dra sig undan, undvika att uttrycka sin åsikt eller visa rädsla inför den person hen är beroende av (69, 70).

Det är därför viktigt att ställa frågor om våld både till den äldre personen och närstående som ger vård och omsorg och att uppmärksamma när det är den närstående som är utsatt för våld, till exempel till följd av en demenssjukdom hos den äldre personen.

Som stöd för att ställa frågor om våld specifikt till äldre personer finns tre validerade formulär på svenska: REAGERA-S (för personer utan kognitiv sjukdom), REAGERA-S20 (för personer med mild till medelsvår kognitiv sjukdom eller omsorgsbehov av andra skäl) samt REAGERA-N (för närstående). Formulären finns på [REAGERA - Demens: Att upptäcka övergrepp mot personer med demenssjukdom \(liu.se\)](https://liu.se/reagera).

Vid misstanke om, eller bekräftat våld behöver hanteringen anpassas efter personens behov och situation. Kommunens socialtjänst har ansvar (5 kap. 11 § socialtjänstlagen) för att ge stöd och hjälp till våldsutsatta och kan även samordna insatser med andra myndigheter och aktörer. Mer information finns här:

[Våld i nära relationer \(vardpersonal.1177.se\)](https://vardpersonal.1177.se)

[Våld i nära relationer \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se)

Närståendes och anhörigas behov

Omkring var femte vuxen person i Sverige, ofta i arbetsför ålder, vårdar en närstående. Om deras omsorgsinsatser ska kunna vara frivilliga och på en rimlig nivå krävs att resten av omsorgen fungerar.

För att säkerställa att närståendes perspektiv beaktas i handläggningen samt planeringen av vård och omsorg för den äldre personen med skörhet, kan följande frågor ställas till närstående:

- Inom vilka områden i livet ger du stöd till eller vårdar din närstående?
- Inom vilka av dessa områden är det viktigast att din närstående får stöd, omsorg eller vård?
- På vilket sätt stödjer eller vårdar du din närstående?
- Vill och kan du ansvara för samt utföra stöd, omsorg eller vård?

Enligt Socialtjänstlagen (2001:453) 5 kap. 10 § har kommuner skyldighet att erbjuda stöd för att underlätta för närstående som hjälper eller vårdar en person som är långvarigt sjuk, äldre eller har en funktionsnedsättning. Denna stödskyldighet syftar till att underlätta de närståendes situation. Stödet kan ges i olika former, utifrån behov.

Hos Socialstyrelsen finns ytterligare råd om samtal med närstående och anhöriga, och på 1177.se samt regeringens webbplatser finns samt stöd för närstående:

[Individens behov i centrum – Stöd för samtal med anhöriga \(PDF\)](#)

[Anhörigstöd – stöd för dig som vårdar eller stödjer en närstående \(1177.se\)](https://1177.se).

[Nationell anhörigstrategi - inom hälso- och sjukvård och omsorg \(regeringen.se\)](https://regeringen.se)

Diagnosbesked – information om tillståndet

När en person identifierats som skör, ska personen informeras om vad tillståndet skörhet innebär och vilka åtgärder som kan minska konsekvenserna av skörhet, och bevara funktion och livskvalitet.

Betona vad personen kan göra själv för att stärka sin hälsa och att skörhet går att påverka samtidigt som det också är en del av det normala åldrandet. Efterfråga om personen och närstående behöver psykosocialt stöd.

Om skörhet upptäcks utanför primärvården bör personen erbjudas att en remiss skickas dit för att säkerställa en fast läkarkontakt och vårdkontakt samt för fortsatt utredning och omhändertagande. Helhetsbedömning vid skörhet är ett stöd vid fortsatt handläggning.

Om en person lider av måttlig till svår skörhet, är det lämpligt att genomföra så kallat Samtal vid allvarlig sjukdom, se avsnitt [Samtal vid allvarlig sjukdom](#).

Om personen önskar och har möjlighet att ha sin fasta vårdkontakt utanför primärvården, rekommenderas att aktuell vårdenhet ser till att relevanta delar av Helhetsbedömning vid skörhet genomförs och att uppföljning sker. Även här bör man överväga Samtal vid allvarlig sjukdom.

Planering av vården

För personer med skörhet är en strukturerad och välfungerande samordning och planering en avgörande del av en trygg vård. En koordinerad planering minskar risken för informationsglapp, vårdskador och undvikbara återinläggningar.

Det finns flera begrepp som beskriver koordinerad planering av vården. Vårdplan, hälsoplan, dokumenterad överenskommelse och samordnad individuell plan (SIP) är i grunden olika dokument, men har alla som syfte att säkerställa god och koordinerad vård.

Vårdgivarna har ett särskilt ansvar att samordna insatserna och göra planerna tillgängliga för varandra och för patienten. En fungerande samordning bygger på god kommunikation och gemensamma arbetssätt kring planering, ansvarsfördelning och informationsöverföring.

Dokumenterad överenskommelse

Dokumenterad överenskommelsen är en gemensam plan mellan patient, närstående och vårdgivare. Den ska spegla vad som är viktigt för patienten, bygga på patientens egna förmågor och resurser, och förena patientens kunskap om sin hälsa med vårdgivarens professionella kompetens. Överenskommelsen ska tydliggöra ansvarsfördelning, vad som ska göras, när det ska ske och vem patienten kan kontakta vid behov av samordning.

För att skapa samsyn och delat ansvar bör överenskommelsen upprättas oavsett vårdnivå och göras tillgänglig för både patient och vårdgivare. Närstående har en viktig roll i planeringen, särskilt om patienten har svårt att själv uttrycka sina behov. Den kommunala primärvården har ofta en central roll i det långsiktiga omhändertagandet och bör ingå i den dokumenterade överenskommelsen för äldre personer med skörhet. Mer information finns i [Dokumenterad överenskommelse \(skr.se\)](#).

Samordnad individuell plan (SIP)

Samordnad individuell plan (SIP) används vid behov av att samordna alla pågående och planerade vård- och omsorgsinsatser för en person med insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

SIP är en lagstadgad skyldighet och ska upprättas när följande kriterier är uppfyllda:

- Den äldre har behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst.
- Det finns ett behov av samordning mellan aktörerna.
- En plan behövs för att den enskildes behov ska tillgodoses.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har lika stort ansvar att initiera en SIP när behovet identifieras. Den äldre själv, eller en närstående, kan också begära att en SIP upprättas. Upprepade besök i vården eller återinskrivningar på sjukhus kan vara tecken på att det finns ett behov av samordning för att få en överblick av patientens sammantagna situation. Mer information finns i [Samordnad individuell plan - SIP \(1177.se\)](https://www.ssi.se/om-oss/om-oss-i-nytt-lanskap/samordnad-individuell-plan-sip-1177.se).

Medicinsk behandlingsplan eller vårdplan

Den medicinska behandlingsplanen utgör planeringen där läkarmedverkan är nödvändig för ordination, medicinsk bedömning och planering. Den medicinska behandlingsplanen upprättas av fast läkarkontakt, patient och ansvarig sjuksköterska. Planen ska tydligt beskriva:

- Patientens aktuella medicinska tillstånd och relevant prognos.
- Vårdsnivå och inriktning vid tillkommande allvarlig försämring.
- En handlingsplan för hur försämring i kronisk sjukdom och återkommande akuta medicinska problem ska hanteras.
- Tydliga instruktioner för vad patienten själv kan göra vid försämring.
- När och hur kontakt ska tas med hälso- och sjukvården.

Planen ska uppdateras regelbundet för att säkerställa att den är aktuell och anpassad till patientens förändrade behov och hälsotillstånd. Planen behöver vara tillgänglig för patienten och andra berörda vårdgivare. God planering kan förebygga behov av akutsjukvård genom att subakuta tillstånd hanteras bättre.

Rehabiliteringsplan

En rehabiliteringsplan ska utformas när ett rehabiliteringsbehov identifierats och bör inkluderas i en sammanhållen plan om sådan finns för att integrera rehabiliteringsplanen med den övriga hälso- och sjukvården. Rehabiliteringsplanen bör innehålla en sammanfattande bedömning, mål, planerade åtgärder, tidplan och uppföljning. Planen kan också innehålla information om vad patienten själv, utifrån sina förutsättningar ska utföra. Kunskapsstödet nedan beskriver utformningen av rehabiliteringsplanen i detalj. Mer information finns i [Generisk modell för rehabilitering och delar av försäkringsmedicinskt arbete – för klinisk verksamhet \(PDF\)](#).

Genomförandeplan

Insatser som utförs i enlighet med socialtjänstlagen, exempelvis hemtjänst och omsorg på särskilt boende, ska planeras och dokumenteras i en genomförandeplan. Vilka insatser personen har rätt till beslutas om i biståndsbedömningen. Utföraren av insatsen upprättar därefter en genomförandeplan med en överenskommelse om hur och när insatserna ska genomföras. Personens delaktighet i planeringen är central. Alla personer med insatser från hemtjänsten har rätt till en fast omsorgskontakt för att skapa trygghet och kontinuitet i omsorgsarbetet.

I vissa avseenden kan hälso- och sjukvårdsinsatser samt socialtjänstinsatser överlappa varandra, exempelvis vid måltidsinsatser, gångträning och förflyttning. Det är därför viktigt att dessa hälso- och

sjukvårdsinsatser kommuniceras till den som ansvarar för att upprätta genomförandeplanen, vanligen den fasta omsorgskontakten.

Vårdbegränsningar

Vårdbegränsningar hos sköra äldre innebär att man i samråd med patient, närstående och vårdteamet beslutar att avstå från vissa medicinska åtgärder som inte tydligt gynnar patientens livskvalitet. Detta sker utifrån en helhetsbedömning av patientens hälsa, livskvalitet och önskemål.

Det är viktigt att planering av vårdbegränsningar och vårdnivå sker i lugnt läge, i samråd med patienten, helst innan personen blir akut sjuk. Vidare bör beslut om vårdbegränsningar betraktas som dynamiska bedömningar. Vårdnivåbedömning och vårdbegränsningar behöver kontinuerligt omvärderas då patientens grundtillstånd förändras över tid, inte alltid till det sämre. Vårdnivåbegränsningsbeslut behöver tydligt dokumenteras, dateras och motiveras.

Exempel på vårdbegränsningar kan vara att avstå från hjärt-lungräddning då denna åtgärd ger låg chans för överlevnad hos sköra äldre och hög risk för komplikationer såsom revbensfrakturer och hjärnskador (71). Det kan också vara att helt avstå eller begränsa intensivvård, där man exempelvis kan ge blodtrycksstödande behandling men inte lägga personen i respirator vid begränsad möjlighet för att förlänga livet med god livskvalitet (72). Andra vårdbegränsningar som kan övervägas är att avstå från utredning eller behandling med enteral- och parenteral närings- och vätsketillförsel. Även livsförlängande behandlingar som dialys och cytostatika bör avstås om det inte tydligt gagnar personens livskvalitet.

Prioriterade insatser utifrån grad av skörhet

Anpassa insatser och åtgärder efter grad av skörhet för att kunna prioritera det viktigaste för individen. Här följer exempel på vad som är viktigast att tänka på vid olika grader av skörhet.

Tabell 1 Prioriterade insatser utifrån grad av skörhet.

Skörhetsgrad	Insatser eller åtgärder
Allvarlig skörhet	Fokus på god omsorg och symtomlindring. Uppmärksamma palliativa vårdbehov. Ta ställning till vårdbegränsningar och avsluta ej nödvändig behandling. Uppdatera medicinsk behandlingsplan.
Lindrig till måttlig skörhet	Genomför helhetsbedömning. Upprätta överenskommelse/vårdplan, planera för försämring. Rehabiliterande och stödande insatser. Säkra fast läkarkontakt samt fast vårdkontakt och god tillgänglighet. Individuell information om skörhet, erbjud närståendestöd.
Övergång från helt självständig till mycket lindrig skörhet	Preventiva insatser inom levnadsvanor och egenvård/friskvård. Optimera behandling av kronisk sjukdom. Säkra fast läkarkontakt. Allmän information om skörhet.

I bilaga C finns en tabell med en översikt av evidensläget för olika typer av insatser som också är uppdelad efter skörhetsgrad.

Skörhet och akut sjukdom

Alla kan bli akut sjuka, även sköra äldre. Skörhet är en komplicerande faktor vid akut sjukdom och handläggningen är beroende av hur skör den äldre är. Det ställs stora krav på vården att ha både beredskap och kompetens att kunna hjälpa den akut sjuka sköra äldre personen. Bedömning vid akut sjukdom hos äldre med skörhet sker av flera aktörer så som primärvård, hemsjukvård och sjukhusvården. Den akuta vårdkedjan och omhändertagandet vid larm och via ambulans till akutmottagning är ofta fragmenterad och bristfälligt samordnad vilket är en särskild nackdel för sköra äldre. Vårdplaner och annan dokumentation är inte alltid tillgänglig, vilket försvårar den akuta bedömningen, särskilt om patienten inte själv kan berätta.

Vid akut sjukdom uppvisar en patient med skörhet ofta ospecifika symptom, också vid allvarliga och tidskritiska tillstånd som stroke, hjärtinfarkt, sepsis (73, 74) som då kan vara svåra att identifiera. Vidare är en äldre person med skörhet som ramlat i hemmet en av de vanligaste traumapatienterna på akutmottagningen.

Vanliga symptom vid akut sjukdom hos äldre med skörhet är att patienter som tidigare kunnat gå inte kan komma ur sängen, har ramlat eller uppvisar generell trötthet och orkeslöshet och också olika grader av påverkat medvetande. Detta är viktigt att fånga upp då det finns ett starkt samband mellan nedsatt medvetandegrad och mortalitet (75). Akut förvirring/delirium är vanligt och ska aktivt eftersökas. Instrumentet Rapid Clinical Test for delirium 4AT kan användas för att identifiera delirium, mer information finns i avsnittet [Akut förvirring, delirium](#).

En noggrann anamnes med fokus på patientens normala funktionsnivå och nyttillkomna symptom är central och utgör grunden för en korrekt differentialdiagnostisk bedömning. Vitalparametrar kan vara normala eller endast lätt avvikande trots allvarlig sjukdom. Det är därför svårt att prioritera och upptäcka tidskritisk och allvarlig sjukdom hos sköra äldre, eftersom vanliga triagesystem ofta missar att de kan vara svårt sjuka trots nästan normala vitalparametrar.

Det är ofta motiverat att komplettera med riktade undersökningar och vidare diagnostik så som blodprov och bildiagnostik för att förstå vad den akuta försämringen beror på för att kunna ta ställning till fortsatt handläggning. Infektioner är den vanligaste orsaken till att äldre patienter med ospecifika presentationer söker vård på akutmottagningen (76).

Utredning av akut sjukdom hos sköra äldre bör vara holistisk och utgå från patientens önskemål och behov, med fokus på vilken vård som faktiskt är värdefull snarare än på enskilda avvikande prov eller parametrar. Mer information finns i avsnittet Vårdbegränsningar.

Omhändertagande av sköra äldre prehospitalt och på akutmottagning

En individuell bedömning behöver göras om vård på en akutmottagning tillför värde eller ej för patienten, även för äldre personer med skörhet. Äldre personer med skörhet kommer oftast till akutmottagningen med ambulans. Skörhetsgraden påverkar prognosen och därmed vilken behandling som är till nytta för patienten.

Om vård på en akutmottagning är värdefull eller inte beror till stor utsträckning på orsaken till att patienten söker vård. Om besöket på akutmottagningen främst beror på omvårdnadsbrist hos en person med uttalad skörhet bör vården i större utsträckning ha kunnat planeras i förväg och på så sätt undvika ett besök på akutmottagningen.

Det är en fördel om en person med skörhet i förväg kan diskutera med sin ansvarige läkare vad som är värdefullt och önskat vid en akut försämring eller tillkomst av allvarlig eller tidskritisk sjukdom. En sådan dialog behöver alltså ske i en trygg miljö innan det akuta insjuknandet. Ett alternativ till behandling på sjukhus kan vara att behandling och symtomlindring ges i hemmet, om tekniska och medicinska förutsättningar finns.

Vid lindrig skörhet är akut vård, inklusive vård på akutmottagning, ofta viktig. Även vid uttalad skörhet kan akut vård vara nödvändig i vissa situationer, till exempel vid misstänkt höftfraktur efter fall. Det är därför inte korrekt att generalisera och hävda att äldre personer med skörhet inte ska vårdas på akutmottagning.

Inom vissa regioner finns mobila team som kan göra akuta bedömningar i hemmet och ge stöd till kommunal hälso- och sjukvård vid plötslig försämring hos personer med skörhet. Dessa team utgår från olika verksamheter, bland andra primärvård, geriatrik och akutsjukvård, och kan medverka både vid akuta insatser och vid uppföljning efter bedömning av ambulans eller akutmottagning. Det saknas dock nationell enhetlighet i organisation och uppdrag för mobila team. På flera håll i landet finns möjlighet till direktinläggning från hemmet eller boendet, ofta efter konsultation med mobilt team. Även här saknas nationella riktlinjer.

Identifiera skörhet inom akutsjukvård

Det är av största vikt att överväga skörhet som en del av helhetsbedömningen. Om patienten är skör, påverkar det den fortsatta vården. Användning av ett etablerat skattningssystem i bedömningen av misstänkt skörhet rekommenderas både inom ambulansen och på akutmottagningen. Både FRESH och CFS har prövats och fungerar väl inom akutsjukvård. Målet är att identifiera skörhet, värdera risk och anpassa omhändertagandet i samråd med patienten.

Det är viktigt att påpeka att skörhetsskattningen syftar till att identifiera skörhet som del av patientens vanliga tillstånd och inte utgå från tillståndet som är orsakad av det akuta insjuknandet vid bedömningen av skörhetsgraden.

Ambulanssjukvård

Ambulanssjukvården utgör det första steget i den akuta vårdkedjan. Ambulanspersonal träffar och undersöker patienten och har en nyckelroll i att bedöma vilken vårdnivå som är till nytta för patienten, till exempel vård i hemmet, sjukhusvård eller vård på akutmottagning.

När ambulanspersonal kommer hem till patienten kan de också uppmärksamma omgivningsfaktorer som tyder på social och kognitiv svikt, våldsutsatthet eller skadligt bruk av rusningsmedel. Sådana tillstånd kan vara svåra att upptäcka på en akutmottagning.

Om patienten inte bedöms vara hjälpt av vård på akutmottagning eller inom slutenvård kan det, när det är medicinskt möjligt, vara en fördel att bedömning och vård sker i patientens hem eller boende.

Omhändertagande på akutmottagningen

En konsekvens av att äldre med skörhet ofta har normala eller nära normala vitalparametrar är att de ofta får medel till låg triagenivå. Det kan i sin tur leda till långa vistelsetider på akutmottagningen vilket i sin tur kan leda till en försämring av patientens tillstånd. Äldre personer med skörhet är extra känsliga för värme, kyla, ljud, uttorkning, övervätskning, tryckskada, brist på sömn och vila.

Det finns omvårdnadsåtgärder som syftar till att patienten inte försämras under vård på akutmottagningen. Det innebär exempelvis frikostighet med övervakning, särskilt om patienten är ensam på akutmottagningen, regelbundna toalettbesök och blåsvolymsmätning och stor försiktighet med blodtryckssänkande läkemedel för att undvika fall. Utöver detta har de vanligtvis många läkemedel till följd av många kroniska sjukdomar som på olika sätt kan försämra tillståndet i samband med akut sjukdom. Därför rekommenderas att äldre patienter med skörhet bör ha triagenivå gul som lägsta nivå och få förtur inom sin triagekategori.

Mer information finns i [Blåsövervakning vid sjukhusvård - Översikt \(vardhandboken.se\)](https://vardhandboken.se/).

Andra viktiga åtgärder är att tillse att patienten regelbundet får mat och dryck, har tryckfördelande underlag som används tillsammans med regelbundna lägesändringar för att förebygga trycksår och en lugn miljö som inte utlöser eller förvärrar ett tillstånd av delirium (77). Se till att patienten har tillgång till hjälpmedel, som till exempel gånghjälpmedel, glasögon och hörapparat. Låt om möjligt en närstående vara hos patienten. Ett exempel på en rutin för omhändertagande av äldre med skörhet på akutmottagning kommer från Sahlgrenska universitetssjukhuset, [Sköra äldre på akutmottagningar inom Sahlgrenska universitetssjukhuset \(PDF\)](#).

Det är viktigt att ta hänsyn till det växande antalet sköra äldre med palliativa vårdbehov. Det innebär behov av kompetens och resurser på akutmottagningen för att kunna fatta beslut om att eventuellt avstå från ytterligare undersökningar och utredningar som inte främjar patientens tillstånd. Det är också angeläget att akutmottagningar har kompetens, processer och resurser för att erbjuda vård i hemmet till de personer som inte bedöms gagnas av fortsatt sjukhusvård.

Palliativ vård

Högre grader av skörhet, nivå 6 och däröver på skörhetsskalan CFS, är ett allvarligt tillstånd som hotar att begränsa patientens överlevnad inom veckor, dagar eller år. I det läget behöver patientens palliativa vårdbehov efterforskas och inkludering i vårdförloppet [palliativ vård \(1177.se\)](https://www.1177.se/) övervägas. Även nationell vårdplan för palliativ vård (NVP) [Nationell vårdplan för palliativ vård \(cancercentrum.se\)](https://www.cancercentrum.se/) är användbar.

Syftet med palliativ vård är att främja livskvalitet, lindra lidande och ge existentiellt stöd hos patienter med livshotande tillstånd. Ett palliativt förhållningsätt kännetecknas av helhetssyn på människan där

samtal om döden och döendet får ta plats. Det går ut på att erbjuda patienten kontinuerlig information kring sjukdomens/tillståndets förväntade utveckling, efterhöra deras egna önskemål om den fortsatta vården och på så sätt kunna leva med största möjliga värdighet och välbefinnande under sin sjukdomstid fram till livets slut. Även närståendes situation och behov av stöd ingår och bör uppmärksammas tidigt. Ett multiprofessionellt team krävs för att identifiera och möta palliativa vårdbehov. Mer information finns i [Nationellt vårdprogram palliativ vård \(kunskapsbanken.cancercentrum.se\)](https://kunskapsbanken.cancercentrum.se).

Samtal vid allvarlig sjukdom och brytpunktssamtal

Samtal vid allvarlig sjukdom erbjuds till patienten för att gemensamt planera vården framåt och säkerställa att patientens preferenser uppmärksammas. Samtal vid allvarlig sjukdom kan erbjudas vid upprepade tillfällen under ett sjukdomsförlopp. Om patienten medger bör närstående inkluderas. Mer information finns här:

[Samtalsguide - Samtal vid allvarlig sjukdom \(regionkronoberg.se\)](#)

[Filmer om samtal vid allvarlig sjukdom \(cancercentrum.se\)](#)

Det är viktigt att kommunicera med patient och närstående samt med all inblandad vårdpersonal när en sjukdom eller ett sjukdomstillstånd inte kan påverkas av sjukdomsspecifika och/eller livsförlängande insatser och vårdens inriktning helt fokuserar på symtomlindring och livskvalitet. Det är läkarens ansvar att hålla brytpunktsamtal när vården övergår till palliativ vård i livets slutskede.

Vårdinriktning och vilka behandlingsbegränsningar som beslutas vid samtal om allvarlig sjukdom eller vid ett brytpunktssamtal bör framgå i befintliga vårdplaner. Tydlig dokumentation och samordning mellan kommun och region är avgörande för att undvika sjukvårdsinsatser som inte gagnar patienten. Detta skapar förutsättningar för god vård under sjukdomstiden och fram till livets slut.

Symtomlindring

Att strukturera arbetet med att efterfråga och skatta symtom är en av hörnpelarna i palliativ vård. Symtombilden i livets slutskede är ofta relativt likartad oavsett vilken eller vilka sjukdomar som ligger bakom.

Vanliga symtom i livets slutskede är:

- smärta
- andnöd
- illamående
- ångest
- delirium.

Det nationella vårdprogrammet ([Nationellt vårdprogram palliativ vård \(kunskapsbanken.cancercentrum.se\)](https://kunskapsbanken.cancercentrum.se)) ger förslag på farmakologisk och icke-farmakologisk symtomlindring.

Skattningsinstrument som ofta används är:

- Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) [IPOS \(palliativutvecklingscentrum.se\)](https://palliativutvecklingscentrum.se)

- Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-r) [ESAS-r \(palliativtutvecklingscentrum.se\)](https://www.palliativtutvecklingscentrum.se)

Skattning av smärta och övriga symtom är viktigt även om personen inte kan uttrycka sig i ord. Skattningsinstrument finns tillgängliga och validerade inom demensvård och palliativ vård, exempelvis instrumentet [Abbey Pain Scale - SWE \(PDF\)](#).

Uppföljning

Äldre personer med skörhet har nedsatt reservkapacitet och oftast komplexa behov på grund av kroniska sjukdomar. Det medför försämring och lång återhämtningstid, inklusive rehabilitering, efter sjukdom eller skada.

Ett gott omhändertagande som syftar till att förhindra försämring eller återfå tidigare funktionsförmåga kräver en tydlig plan för uppföljning, se avsnitt [Planering av vården](#). Planen kan behöva uppdateras både efter planerade och akuta behandlingar, operationer eller andra åtgärder. En god uppföljning kräver nära samverkan mellan aktörerna inom regional och kommunal primärvård, kommunal omsorg och sjukhusvård inklusive närstående och omsorgspersonal då det ofta är de som ser till att åtgärder såsom rehabilitering, nutrition och läkemedel utförs.

Äldre personer med skörhet ska utöver en uppdaterad vårdplan eller överenskommelse ha både en fast läkarkontakt och en fast vårdkontakt. Den fasta vårdkontakt behöver vara tillgänglig till exempel genom direktnummer för att underlätta snabb åtgärd vid försämring.

Personer med skörhet har ofta kognitiva svårigheter som kan påverka förmågan att kommunicera med vårdens olika instanser, vilket också kan leda till problem att söka vård på rätt vårdnivå. Därför behöver sjukvården, tandvården och omsorgen arbeta förebyggande för att säkerställa att dessa patienter får den vård de behöver. Det kan innebära ett aktivt uppsökande av patienten, exempelvis via hembesök eller erbjuda stöd att lotsa personen rätt.

Försäkringsmedicin och intyg

Körkort

Äldre personer med skörhet kan ha nedsatt eller helt upphävd förmåga både att köra bil och att använda allmänna kommunikationer. Ansvarig läkare ska utreda och ta ställning till körförmåga och ge tydlig rekommendation till personen och eventuell närstående angående detta. Om personen bedöms vara olämplig som bilförare och det inte går att göra en tydlig överenskommelse om att undvika bilkörning är läkare skyldiga att göra en anmälan om olämplighet som bilförare till Transportstyrelsen.

Mer information om trafikmedicinsk utredning finns i [Vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom - Bilaga F - Körkort och demenssjukdom \(1177.se\)](#).

Parkeringsstillstånd

Ett parkeringstillstånd för rörelsehindrade är ett dokument som ger personer med funktionsnedsättning rätt att parkera på särskilt avsedda platser. Tillståndet utfärdas av kommunen

där personen är folkbokförd. För att ansöka om tillståndet krävs ett läkarintyg som styrker personens svårigheter.

Personen ansöker hos sin kommun om intyg för parkeringstillstånd som förare eller passagerare. Oftast krävs läkarintyg. Mer information finns hos Transportstyrelsen och [Parkeringstillstånd för rörelsehindrade \(transportstyrelsen.se\)](https://transportstyrelsen.se/parkeringstillstand-for-rorelsehindrade).

Färdtjänst

En person kan få färdtjänst om det finns funktionsnedsättningar som medför stora svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med kollektivtrafik. Kommunen eller myndigheten som ansvarar för kollektivtrafiken i regionen beviljar färdtjänst. Rätten till färdtjänst är densamma i hela Sverige och regleras i lag, men det finns ofta lokala eller regionala regler som kompletterar lagen. Mer information finns här:

[Färdtjänst \(1177.se\)](https://1177.se/fardtjanst)

Bostadsanpassning

Bostadsanpassningsbidrag är ett kommunalt bidrag som i vissa fall kan beviljas för att anpassa bostaden för personer med funktionsnedsättning. Ansökan görs till kommunens bostadsanpassningshandläggare. Behovet styrks ofta med intyg från arbetsterapeut, fysioterapeut eller läkare. Särskilda villkor som måste vara uppfyllda är att funktionsnedsättningen är varaktig och att det finns ett tydligt samband mellan funktionsnedsättningen och de åtgärder som ansökan gäller.

Vanliga bostadsanpassningar är:

- borttagning av trösklar
- duschplats i stället för badkar
- installation av spisvakt
- breddade dörröppningar
- dörrautomatik.

Orosanmälan

En orosanmälan innebär att en myndighet, yrkesverksam eller enskild anmäler till socialtjänsten att man misstänker att en person kan behöva stöd eller skydd. Informera personen om möjligheten till stöd och hjälp från socialtjänsten och hjälp den enskilde till kontakt om det finns samtycke. I orosanmälan, som sker muntligt eller skriftligt, bör det framgå vad oron består i och om personen vill ha hjälp eller inte. Tvångsvård kan endast tillämpas på grund av missbruk, genom lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), eller på grund av psykisk störning, genom lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

I situationer där en person beviljats insatser genom socialtjänsten har kommunen en skyldighet att följa upp och verkställa beslutet. Självbestämmande gäller dock vilket innebär att personen har rätt att tacka nej till insatsen. Om det finns osäkerhet kring personens beslutsförmåga att förstå konsekvenserna av att avstå från beviljad hemtjänst, ska detta utredas. Vid behov ska samverkan ske med hälso- och sjukvården för att göra en medicinsk eller kognitiv bedömning. Om personen saknar

beslutsförmåga kan andra rättsliga stödformer bli aktuella, såsom god man, förvaltare eller insatser enligt annan lagstiftning (se avsnitt god man och förvaltare). Mer information finns här:

[Lag \(1988:870\) om vård av missbrukare i vissa fall \(LVM\) \(lagen.nu\)](#)

[Lag \(1991:1128\) om psykiatrisk tvångsvård \(LPT\) \(lagen.nu\)](#)

Vapeninnehav

Enligt vapenlag (1996:67) 6 kap. 6§ ska en läkare som bedömer att en person av medicinska skäl är olämplig att inneha skjutvapen omedelbart anmäla detta till polismyndigheten. Kognitiv svikt vid demenssjukdom är ett av de sjukdomstillstånd som kan utgöra ett hinder för fortsatt vapeninnehav.

Om så är fallet ska personen informeras om att ett intyg kommer att skickas till polismyndigheten.

God man eller förvaltare

En skör äldre person med kognitiv svikt kan ha svårt att bevaka sin rätt och tillgodose sina behov, vilket kan innebära behov av god man. Enligt huvudregeln krävs personens samtycke. Godmanskap kan dock anordnas för en person utan dennes samtycke om personen inte är beslutskapabel i den aktuella frågan. Tingsrätten beslutar om en person får en god man eller behöver förvaltare. Tingsrätten kan behöva samtycke, läkarintyg och andra uppgifter för att kunna fatta beslut.

Om ett godmanskap inte räcker för att hjälpa en person kan det bli aktuellt med ett förvaltarskap. Ett förvaltarskap ska bara användas i undantagsfall, när ett godmanskap inte är tillräckligt. Förvaltarskap är en tvingande åtgärd och kan därför anordnas utan samtycke från personen eller dennes närstående. Mer information finns här:

[God man eller förvaltare? \(domstol.se\)](#)

[Ifyllnadsstöd för läkarintyg i ärende om anordnande av godmanskap eller förvaltarskap \(socialstyrelsen.se\)](#)

Framtidsfullmakt

En framtidsfullmakt är ett juridiskt dokument där en person i förväg bestämmer vem som ska företräda honom eller henne i framtiden, när personen själv inte längre kan ta hand om sina ekonomiska eller personliga angelägenheter på grund av sjukdom, skada eller liknande. Den bygger på den enskildes egen vilja och beslut. Framtidsfullmakter regleras i lag. Mer information finns här:

[Lag \(2017:310\) om framtidsfullmakter \(riksdagen.se\)](#)

Ekonomisk ersättning och bidrag

Närståendepenning

Personer med skörhet och kort tid kvar i livet eller livshotande tillstånd har rätt till närståendepenning. Intyget utfärdas av läkare och skickas till Försäkringskassan. Flera olika närstående kan utnyttja personens 100 dagar med närståendepenning. Mer information finns här:

Tandvårdsstöd

Äldre personer med skörhet kan ha rätt till ett tandvårdsstöd som berättigar subventionerad tandvård. Individuella bedömningar krävs och ansökningsförfarandet skiljer sig åt beroende på vilket tandvårdsstöd patienten söker.

Följande tandvårdsstöd kan vara aktuella för sköra äldre:

- Bedömningen av munhälsan – utförs av en tandläkare eller tandhygienist som ger till personer med ett varaktigt och omfattande behov som tillgodoses av närstående, genom hemtjänst eller i ett särskilt boende.
- Nödvändig tandvård – för personer med stort omvårdnadsbehov. Här rör det sig om olika behandlingar som gör det lättare att tugga eller minskar smärtor eller obehag i munnen. Intyget för nödvändig tandvård skrivs vanligen av personal från kommunen, såsom biståndshandläggare eller sjuksköterska och regionen avgör om personen får intyget. Kostnaden för nödvändig tandvård räknas med andra avgifter för hälso- och sjukvård och ingår i sjukvårdens högkostnadsskydd.
- Särskilt tandvårdsstöd – inkluderar undersökning och olika behandlingar och kan ansökas av personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättning. Tandvårdsenheten bedömer om en person har rätt till särskilt tandvårdsstöd som då kan ses som ett led i en sjukdomsbehandling under en kortare period.
- Särskilt tandvårdsbidrag – gäller enbart för undersökning och förebyggande åtgärder och kan ges till personer med sjukdom eller funktionsnedsättning som medför risk för försämrad tandhälsa. Tandvårdsenheten bedömer om en person ska få bidraget och det utbetalas av Försäkringskassan.

Mer information finns här: [Tandvård om du har stort omvårdnadsbehov i dagliga livet \(1177.se\)](https://forsakringskassan.se/1177/se)

Kvalitetsuppföljning

Indikatorer för uppföljning

För närvarande finns ingen tillgänglig statistik eftersom tillståndet skörhet inte finns i diagnosregister. Register och indikatorer nedan gäller hela gruppen äldre personer och kan ses som ett indirekt mått på kvaliteten på vården för sköra patienter.

Det finns ett behov av att utveckla indikatorer som är specifikt riktade mot personer som lever med skörhet. En förutsättning är att den kommande diagnoskoden MG2A Åldersrelaterad skörhet i ICD-11

används rutinmässigt vid konstaterad skörhet. Då kan åtgärder och vård riktad till personer med skörhet följas i befintliga indikatorer.

Nedanstående indikatorer är exempel på mått kvalitet i vården av äldre personer med skörhet:

[Oplanerad återinskrivning inom 30 dagar 65+ \(vardenisiffror.se\)](http://vardenisiffror.se)

[Utskrivningsklara patienter på sjukhus \(vardenisiffror.se\)](http://vardenisiffror.se)

[Vårdtillfällen med påverkbar slutenvård i urval av diagnoser 65+ \(vardenisiffror.se\)](http://vardenisiffror.se)

[Utlökaliserade patienter i somatisk slutenvård \(vardenisiffror.se\)](http://vardenisiffror.se)

[Total vistelsetid på akutmottagning 80 år och äldre \(vardenisiffror.se\)](http://vardenisiffror.se)

[Influensavaccination för personer 65+ \(vardenisiffror.se\)](http://vardenisiffror.se)

[Väntetid till läkare på akutmottagning 80+ \(vardenisiffror.se\)](http://vardenisiffror.se)

I Primärvårdskvalitet finns följande indikatorer som har betydelse för äldre personer med skörhet:

- andel patienter ≥ 75 år som behandlas med läkemedel som bör undvikas
- andel patienter ≥ 75 år som har uppmätt njurfunktion av dem som behandlas med läkemedel som påverkas av njurfunktion
- andel patienter 80 år eller äldre med undernäring.

Utöver detta finns flera betydelsefulla indikatorer som går att filtrera på åldersgrupper som till exempel andel patienter med:

- fast vårdkontakt
- överenskommelse, vårdplan, SIP
- >65% av läkarkontakterna hos sin fasta läkare
- samsjuklighet och 0 till >6 läkarbesök
- kronisk sjukdom som inte har varit på återbesök, i primärvård eller på sjukhus.

Kvalitetsregister

[Senior alert För personal \(senioralert.se\)](http://senioralert.se)

[Svenska palliativregistret \(palliativregistret.se\)](http://palliativregistret.se)

[Om SveDem \(ucr.uu.se\)](http://ucr.uu.se)

[Välkommen till Svenska Akutvårdsregistret \(ucr.uu.se\)](http://ucr.uu.se)

[Primärvårdskvalitet - ett stöd för kvalitetsarbete i primärvården \(skr.se\)](http://skr.se)

[Välkommen till BPSD-registret \(bpsd.se\)](http://bpsd.se)

Relaterad information

Referenser:

1. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care--ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2011;10(4):248-51.
2. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *The Lancet*. 2013;381(9868):752-62.
3. Gill T, Gahbauer E, Allore H, Han L. Transitions between frailty states among community-living older persons. *Archives of Internal Medicine*. 2006;166(4):418-23.
4. Ensrud K, Ewing S, Taylor B, Fink H, Stone K, Cauley J, et al. Frailty and risk of falls, fracture, and mortality in older women: the study of osteoporotic fractures. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007;Jul(62):7.
5. Ekdahl A, Ekerstad N, Alfredsson J, Johanson M, Metzner C, Strandberg T, et al. Skörhet – ett begrepp för att förstå den äldre patientens särskilda behov. *Läkartidningen*. 2020.
6. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146 - 56.
7. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005;173(5):489-95.
8. Gobbens RJ, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols J. Towards an integral conceptual model of frailty. *J Nutr Health Aging*. 2010;14(3):175-81.
9. Cesari M, Gambassi G, van Kan GA, Vellas B. The frailty phenotype and the frailty index: different instruments for different purposes. *Age Ageing*. 2014;43(1):10-2.
10. WHO: Healthy ageing and functional ability. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability?utm_source=chatgpt.com. [7/3, 2025]. 2020.
11. Buckinx F, Rolland Y, Reginster J, Ricour C, Petermans J, Bruyère O. Burden of frailty in the elderly population: perspectives for a public health challenge. *Arch Public Health*. 2015;73(1):19.
12. Kim DH, Rockwood K. Frailty in Older Adults. *New England Journal of Medicine*. 2024;391(6):538-48.
13. Socialstyrelsen. Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2022. Available at: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2023-4-8498.pdf> Assessed March 7th, 2025. 2022.
14. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2023. 2023.
15. Socialstyrelsen. Statistik om socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform. Available at: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2022-3-7784.pdf>. 2022.
16. Socialstyrelsen. Anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära, available at: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-6-7464.pdf> Assessed March 7th, 2025. 2021.
17. Riksförbundet A. Available at: <https://anhorigasriksforbund.se>. Assessed 20/3, 2024.
18. Song X, Mitnitski A, Rockwood K. Prevalence and 10-Year Outcomes of Frailty in Older Adults in Relation to Deficit Accumulation. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010;58(4):681-7.
19. SCB. Befolkningsprognos för Sverige. Available at: <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/befolkningsprognos-for-sverige/>. 2023.
20. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *The Journals of Gerontology: Series A*. 2004;59(3):M255-M63.
21. Cruz-Jentoft AJ, Sayer AA. Sarcopenia. *The Lancet*. 2019;393(10191):2636-46.
22. Kirk B, Cawthon PM, Arai H, Ávila-Funes JA, Barazzoni R, Bhasin S, et al. The Conceptual Definition of Sarcopenia: Delphi Consensus from the Global Leadership Initiative in Sarcopenia (GLIS). *Age Ageing*. 2024;53(3).
23. Wang X, Hu J, Wu D. Risk factors for frailty in older adults. *Medicine (Baltimore)*. 2022;101(34):e30169.
24. Vetrano DL, Palmer K, Marengoni A, Marzetti E, Lattanzio F, Roller-Wirnsberger R, et al. Frailty and Multimorbidity: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2019;74(5):659-66.
25. Kojima G, Taniguchi Y, Iliffe S, Walters K. Frailty as a Predictor of Alzheimer Disease, Vascular Dementia, and All Dementia Among Community-Dwelling Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(10):881-8.
26. Poudel A, Gautam S. Age of onset of substance use and psychosocial problems among individuals with substance use disorders. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):10.
27. Allison R, 2nd, Assadzandi S, Adelman M. Frailty: Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. 2021;103(4):219-26.
28. WHO. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care, second edition. Geneva: World Health Organization; 2024.
29. Rockwood K, Theou O, Mitnitski A. What are frailty instruments for? *Age and Ageing*. 2015;44(4):545-7.
30. Richter D, Guasti L, Walker D, Lambrinou E, Lionis C, Abreu A, et al. Frailty in cardiology: definition, assessment and clinical implications for general cardiology. A consensus document of the Council for Cardiology Practice (CCP), Association for Acute Cardio Vascular Care (ACVC), Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professions (ACNAP), European Association of Preventive Cardiology (EAPC), European Heart Rhythm Association (EHRA), Council on Valvular Heart Diseases (VHD), Council on Hypertension (CHT), Council of Cardio-Oncology (CCO), Working Group (WG) Aorta and Peripheral Vascular Diseases, WG

e-Cardiology, WG Thrombosis, of the European Society of Cardiology, European Primary Care Cardiology Society (EPCCS). *Eur J Prev Cardiol.* 2022;29(1):216-27.

31. Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty Consensus: A Call to Action. *Journal of the American Medical Directors Association.* 2013;14(6):392-7.

32. Stoop A, Lette M, van Gils PF, Nijpels G, Baan CA, de Bruin SR. Comprehensive geriatric assessments in integrated care programs for older people living at home: A scoping review. *Health Soc Care Community.* 2019;27(5):e549-e66.

33. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017(9).

34. Pilotto A, Cella A, Pilotto A, Daragjati J, Veronese N, Musacchio C, 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-e11.

35. Garrard JW, Cox NJ, Dodds RM, Roberts HC, Sayer AA. Comprehensive geriatric assessment in primary care: a systematic review. *Aging Clin Exp Res.* 2020;32(2):197-205.

36. Nord M, Lyth J, Marcusson J, Alwin J. Cost-Effectiveness of Comprehensive Geriatric Assessment Adapted to Primary Care. *J Am Med Dir Assoc.* 2022;23(12):2003-9.

37. Nord M, Östgren CJ, Marcusson J, Johansson M. Staff experiences of a new tool for comprehensive geriatric assessment in primary care (PASTEL): a focus group study. *Scand J Prim Health Care.* 2020;38(2):132-45.

38. Nord M, Lyth J, Alwin J, Marcusson J. Costs and effects of comprehensive geriatric assessment in primary care for older adults with high risk for hospitalisation. *BMC Geriatrics.* 2021;21(1):263.

39. FYSS allmänna rekommendationer om fysisk aktivitet och stillasittande för äldre (från 65 år) available at: <https://www.fyss.se/wp-content/uploads/2021/06/Rek-aldre-Uppdaterad-2021.pdf>. Assessed March 7th, 2025. 2021.

40. Veronese N, Soysal P, Demurtas J, Solmi M, Bruyère O, Christodoulou N, et al. Physical activity and exercise for the prevention and management of mild cognitive impairment and dementia: a collaborative international guideline. *Eur Geriatr Med.* 2023;14(5):925-52.

41. Riktlinjer för fysisk aktivitet och stillasittande – Kunskapsstöd för främjande av fysisk aktivitet och minskat stillasittande, Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/r/riktlinjer-for-fysisk-aktivitet-och-stillasittande/>. Assessed March 7th, 2025. 2021.

42. Liu CJ, Chang WP, Chang MC. Occupational Therapy Interventions to Improve Activities of Daily Living for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *Am J Occup Ther.* 2018;72(4):7204190060p1-p11.

43. Wang S, Wu Z, Guo Z, Wang F, Liu B. The impact of physical and mind exercise on functional disability in activities of daily living among the oldest old. *BMC Public Health.* 2025;25(1):1813.

44. Kivipelto M, Solomon A, Ahtiluoto S, Ngandu T, Lehtisalo J, Antikainen R, et al. The Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (FINGER): study design and progress. *Alzheimers Dement.* 2013;9(6):657-65.

45. Cereda E, Pedrollo C, Klersy C, Bonardi C, Quarleri L, Cappello S, et al. Nutritional status in older persons according to healthcare setting: A systematic review and meta-analysis of prevalence data using MNA®. *Clin Nutr.* 2016;35(6):1282-90.

46. Tinnirello A, Mazzoleni S, Santi C. Chronic Pain in the Elderly: Mechanisms and Distinctive Features. *Biomolecules.* 2021;11(8).

47. Jover J, Abasolo L. Early intervention to restore function and maintain healthy trajectory. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology.* 2017;31(2):275-88.

48. Abbey J, Piller N, De Bellis A, Esterman A, Parker D, Giles L, et al. The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *Int J Palliat Nurs.* 2004;10(1):6-13.

49. SBU. Läkemedelsbehandling av vanliga smärttillstånd hos äldre personer. Effekter, biverkningar samt upplevelser av vård. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. SBU-rapport nr 315. 2020.

50. Köhler S, Palmer BW. New Perspectives on Late-Life Psychosis. *The American Journal of Geriatric Psychiatry.* 2013;21(2):97-9.

51. Strang P. Existentiella frågor hos äldre : en introduktion. ISBN: 9789187345210 2021.

52. Kokorelias KM, Cronin SM, Munce SEP, Eftekhari P, McGilton KS, Vellani S, et al. Conceptualization of frailty in rehabilitation interventions with adults: a scoping review. *Disabil Rehabil.* 2023;45(1):117-53.

53. Rosendahl E, Lundin-Olsson L, Kallin K, Jensen J, Gustafson Y, Nyberg L. Prediction of falls among older people in residential care facilities by the Downton index. *Aging Clin Exp Res.* 2003;15(2):142-7.

54. Bohannon RW. Grip Strength: An Indispensable Biomarker For Older Adults. *Clinical Interventions in Aging.* 2019;14(null):1681-91.

55. Abizanda P, Navarro JL, García-Tomás MI, López-Jiménez E, Martínez-Sánchez E, Paterna G. Validity and usefulness of hand-held dynamometry for measuring muscle strength in community-dwelling older persons. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;54(1):21-7.

56. Studenski S, Perera S, Patel K, et al. GAIT speed and survival in older adults. *JAMA.* 2011;305(1):50-8.

57. Podsiadlo D, Richardson S. The Timed "Up & Go": A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *Journal of the American Geriatrics Society.* 1991;39(2):142-8.

58. Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, Glynn RJ, Berkman LF, Blazer DG, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol.* 1994;49(2):M85-94.

59. Clark F, Wood W, Larsson E. Occupational Science: Occupational Therapy's Legacy for the 21st Century. In M. E. Neistadt & E. B. Crepeau (Red). *Occupational Therapy* (pp. 13-21) (9th ed.). Philadelphia: Willard & Spackman's. 1998.

60. Tornquist K, Sonn U. Towards an ADL taxonomy for occupational therapists. Previously published in Scandinavian Journal of Occupational Therapy 1994; 1:69-76. Scand J Occup Ther. 2014;21 Suppl 1:20-7.
61. Larsen AE, Law M. Canadian Occupational Performance Measure the state of the art - a review. Scand J Occup Ther. 2025;32(1):2473045.
62. Granholm Valmari E, Andersson J, Johansson A, Nygren U. Defining the complexities of an occupational pattern-A concept analysis and theoretical validation. Scand J Occup Ther. 2024;31(1):2362840.
63. De Coninck L, Bekkering GE, Bouckaert L, Declercq A, Graff MJL, Aertgeerts B. Home- and Community-Based Occupational Therapy Improves Functioning in Frail Older People: A Systematic Review. J Am Geriatr Soc. 2017;65(8):1863-9.
64. Arneson ML, Oliveira J, e Silva L, Stanich JA, Jeffery MM, Lindroth HL, Ginsburg AD, et al. Association of delirium with increased short-term mortality among older emergency department patients: A cohort study. The American Journal of Emergency Medicine. 2023;66:105-10.
65. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12.
66. Griffiths TD, Lad M, Kumar S, Holmes E, McMurray B, Maguire EA, et al. How Can Hearing Loss Cause Dementia? Neuron. 2020;108(3):401-12.
67. Carlsson G, Nilsson MH, Ekstam L, Chiatti C, Malmgren Fänge A. Falls and Fear of Falling among Persons Who Receive Housing Adaptations-Results from a Quasi-Experimental Study in Sweden. Healthcare (Basel). 2017;5(4).
68. Chase CA, Mann K, Wasek S, Arbesman M. Systematic review of the effect of home modification and fall prevention programs on falls and the performance of community-dwelling older adults. Am J Occup Ther. 2012;66(3):284-91.
69. Storey JE. Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. Aggression and Violent Behavior. 2020;50:101339.
70. Yunus RM, Hairi NN, Choo WY. Consequences of Elder Abuse and Neglect: A Systematic Review of Observational Studies. Trauma Violence Abuse. 2019;20(2):197-213.
71. Hu FY, Streiter S, O'Mara L, Sison SM, Theou O, Bernacki R, et al. Frailty and Survival After In-Hospital Cardiopulmonary Resuscitation. J Gen Intern Med. 2022;37(14):3554-61.
72. Muscedere J, Waters B, Varambally A, Bagshaw SM, Boyd JG, Maslove D, et al. The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. Intensive Care Med. 2017;43(8):1105-22.
73. Ivic R, Kurland L, Vicente V, Castrén M, Bohm K. Serious conditions among patients with non-specific chief complaints in the pre-hospital setting: a retrospective cohort study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2020;28(1):74.
74. Rutschmann OT, Chevalley T, Zumwald C, Luthy C, Vermeulen B, Sarasin FP. Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints. Swiss Med Wkly. 2005;135(9-10):145-50.
75. Erwander K, Agvall B, Ivarsson K. The role of vital signs in predicting mortality risk in elderly patients visiting the emergency department. BMC Emerg Med. 2025;25(1):144.
76. Yang Y, Che K, Deng J, Tang X, Jing W, He X, et al. Assessing the Impact of Frailty on Infection Risk in Older Adults: Prospective Observational Cohort Study. JMIR Public Health Surveill. 2024;10:e59762.
77. Ekermo D, Ronnäs M, Muntlin Å. Fundamental nursing actions for frail older people in the emergency department: A national cross-sectional survey and a qualitative analysis of practice guidelines. J Adv Nurs. 2023.

Hänvisningar till andra källor:

[Nationellt vårdprogram palliativ vård för vuxna \(kunskapsbanken.cancercentrum.se\)](https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/)

[Varje dag räknas: Nationell demensstrategi 2025-2028 \(PDF\)](#)

[Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom – en modell för mångprofessionell samverkan.pdf \(socialstyrelsen.se\)](#)

[Tandvård \(skr.se\)](#)

Kompletterande underlag

[Bilaga A Rekommenderade instrument för screening för och gradering av skörhet](#)

[Bilaga B Guide, helhetsbedömning vid skörhet](#)

[Bilaga C Sammanfattning av evidensläget på populationsnivå](#)

Bilaga D Konsekvensbeskrivning Vårdprogram Skörhet hos äldre

Bilaga E Ekonomisk utvärdering av åtgärder i Vårdprogram Skörhet hos äldre