



## KARLSKRONA LÄKAREFÖRENING Protokoll fört vid Karlskrona Läkareförenings 1428:e sammankomst á Sjöofficersmässen, Karlskrona den 3:e november 2019

Ordförande Dag Benoni förklarar möte nummer 1428 öppnad.

Sekreterare Philip Mattsson presenterar föregående föreläsningsprotokoll. Protokoll antages. Förändring i styrelse där sekreterare Benjamin Cosby slutar.

Ordförande presenterar dagens föreläsare Lena De Geer, medicine doktor och anestesiläkare på ANOPIVA på universitetssjukhuset Linköping. Titeln för föreläsningen är "'Frailty' – den sköra patienten på IVA och operation."

Föreläsningen inleds med presentation av begreppet "frailty" – skörhet på svenska. Vad är det för något? Sammanfattningsvis är det ett multidimensionellt begrepp av saker som har negativ inverkan på en individ, skilt från ex. enbart komorbiditeter eller nedsatt kognition.

Inget konsensus existerar hur skörhet definieras. Svårigheter uppstår i hur begreppet ska särskiljas från andra negativa väldefinierade faktorer som till exempel komorbiditeter och ålder. Som några exempel på hur skörhet ska uppskattas nämns olika enklare rörelseförmågetest. Det presenteras också en studie där ortopedier gjort en snabb okulär bedömning om en patient ser ut att vara 75 år eller äldre. Studien visade att i de fall ortopederna bedömde att patienterna såg ut att vara 75 år eller äldre, så fanns det en stark korrelation till negativa utfall som fraktur och död.

Skalan CFS (Clinical Frailty Scale) presenteras som ett strukturerat exempel för att uppskatta skörhet. Det är en nio-gradig skala från "Very fit" till "Terminally ill". "Very fit" anges till personer som regelbundet motionerar. Nästa steg - "Well" – är de personer som endast motionerar periodvis och således är mindre vältränade än föregående kategori.

Största skillnaden är från fjärde kategorin, så kallade "Vulnerable" – personer som självständigt, men långsamt sköter ADL - till femte kategorin "Mildly frail" som behöver hjälp med viss ADL, t.ex. tyngre hushållsarbete, ekonomi eller transport.

Vilka faktorer påverkas av skörhet? Det som har visats är risk för död efter IVA-vård, IVA-vårdtid, adverse events, återinläggningar och försämrad quality of life. Inom kirurgin är skörhet en tydlig oberoende faktor för förlängd vårdtid och ökad mortalitet.

Faktorer som däremot inte påverkas av skörhet är intagningsorsak, sjukdomsgrad vid inskrivning,

preferens av vårdnivå eller IVA-insatser. Det har inte heller visat på ökad mängd komplikationer, men när sköra patienter väl drabbas av komplikationer är prognosen mycket sämre än när icke-sköra drabbas.

Till sist presenteras förslag på hur skattning av skörhet kan tillämpas i praktiken. Ska det användas för anpassning av pre/posthabilitering? För att skapa en tidig och stark vårdkedja med andra aktörer? Tidig inkoppling av multidisciplinära team för att tillgodose nutritionsbehov, mobilisering och förebygga konfusion? Minska sedering? Finna optimal vårdnivå? Tidigarelägga IVA-vård? Hantera förväntningar på IVA och efterförlopp? Ska det kombineras med ASA-klassifikation som annars bara klassificerar utifrån komorbiditeter?

Den största nyttan har visats finnas i primärvården där fysisk aktivitet är mycket viktig, men det i absolut särklass viktigaste är att undvika malnutrition.

Efter föreläsningen fortsätter livliga publikdiskussioner om hur vi kan använda CFS. Ska det användas som hjälp för att fatta beslut vid multidisciplinära konferenser? Det är möjligt - men det poängteras också att det inte är ovanligt att ingen som närvarar vid konferensen faktiskt har fysiskt träffat patienten, vilket kan upplevas problematiskt.

Slutligen ställs frågan om psykiatriska funktionsnedsättningar ingår i begreppet skörhet. Där är svaret enkelt – ja det gör de så länge de medför begränsningar i funktionsnivån som beskrivs i skalan CFS.

Föreläsningen avslutas med rungande applåder.

Vid Protokollet



Gabriel Grubb, tillträdande sekreterare  
Karlskrona läkarförening