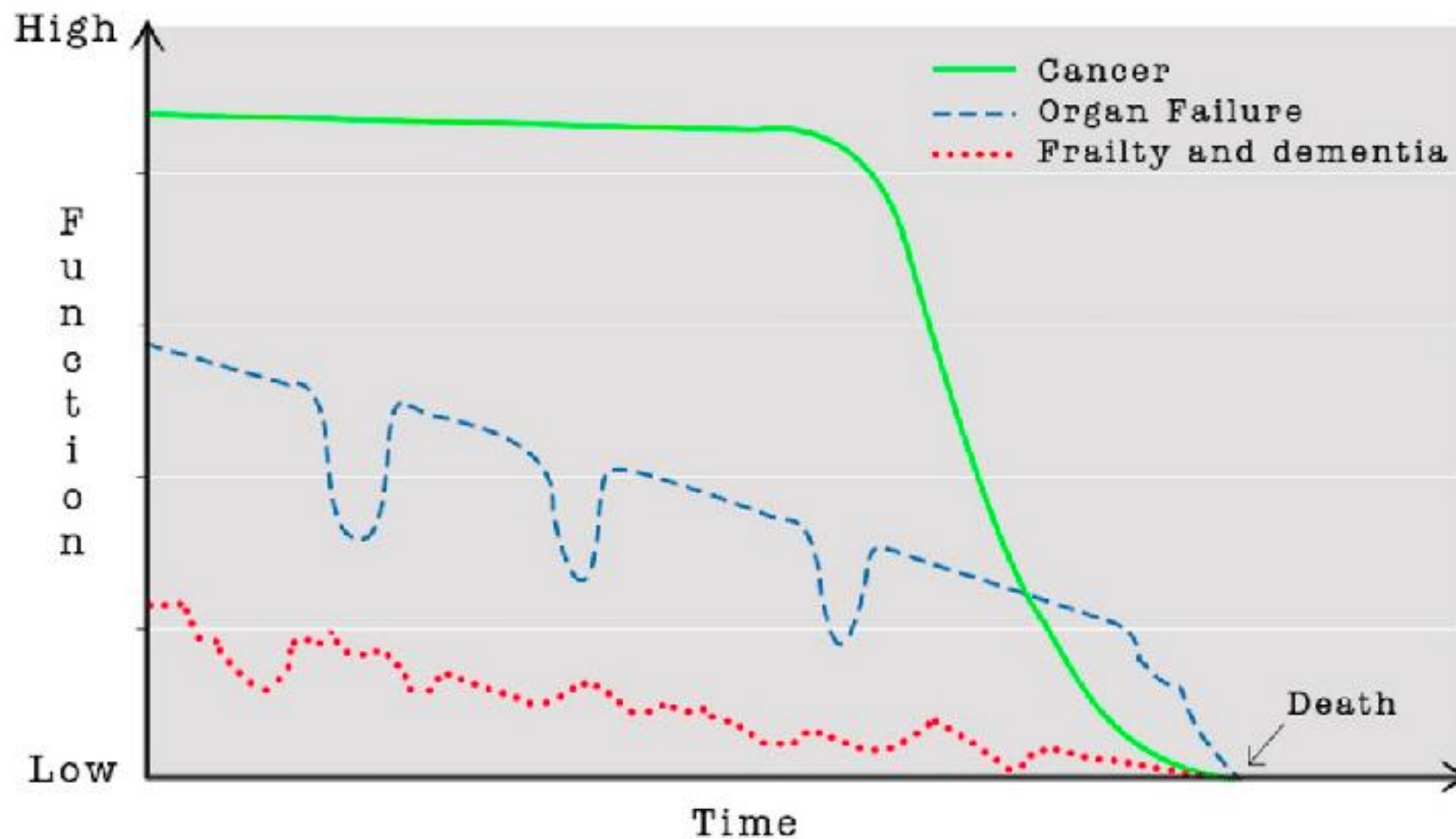


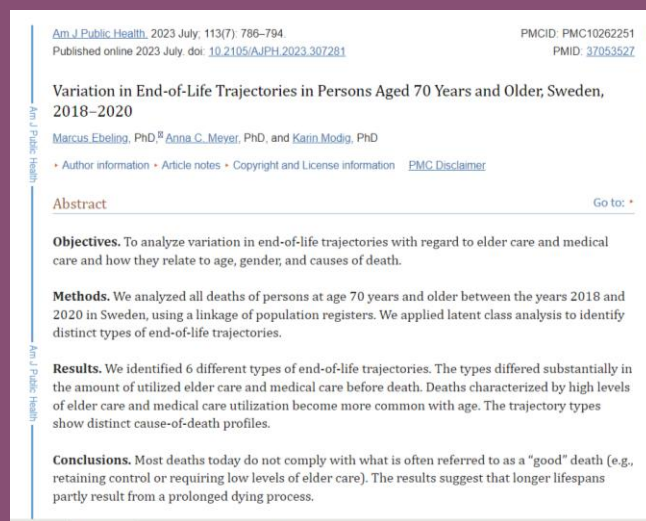
Den svækkede ældre ved livets afslutning

Karine Vigestad Rauff
Ledende overlæge, Geriater
Kolding, september 2026

Tre baner ved livets afslutning



Svensk befolkningsstudie



- ”Den gode død” – At bevare kontrol i eget liv til det sidste, og have lavt behov for hjælp fra andre til det sidste
- Overgang fra syg – død kan for nogle tage dage, for andre flere år. Des mere vi kan i sundhedsvæsesnet, des flere vil være i gruppen af kronisk syge i længere tid.
- Hvordan er det at være døende i et system der kan behandle mere og mere?
- Hvornår er overgangen fra kronisk syg til døende?

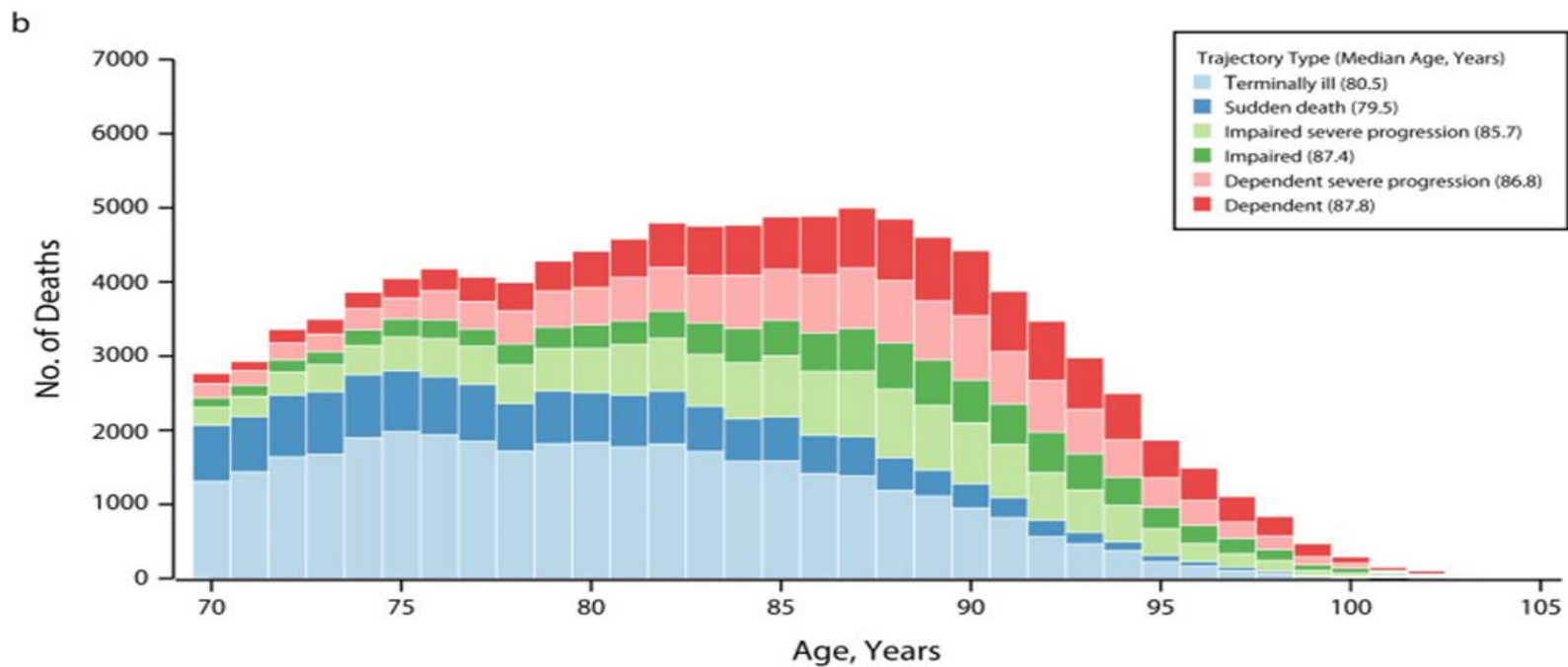
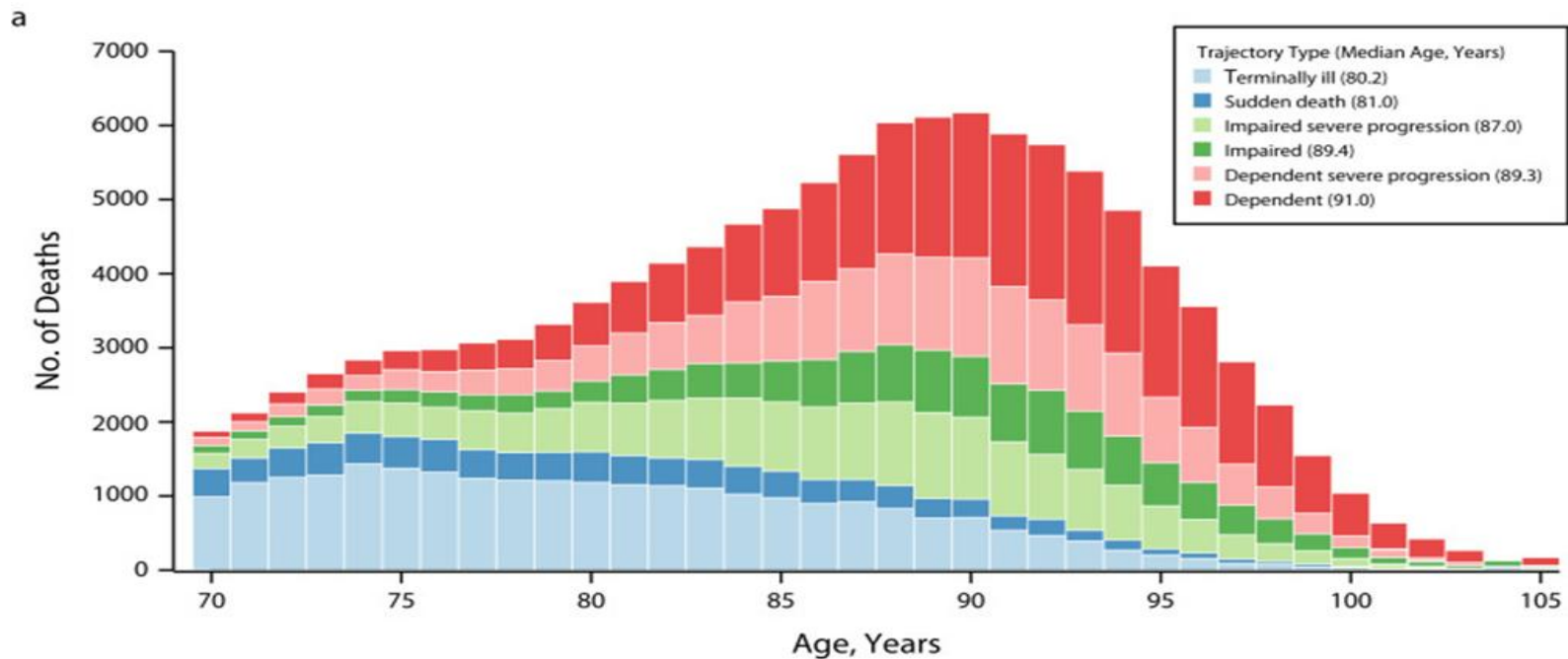
Svensk befolkningsstudie

Studiet så på døde > 70 år i Sverige fra 2018-2020 (228.000 dødsfald) , og hvordan de anvende sundhedssektoren og serviceydelser fra kommunen det sidste år før dødsfaldet.

Formål: Hvordan fordeler de forskellige livsafslutnings-baner sig på alder, køn, dødsårsag.

- Dage indlagt sidste år
- Ambulante besøg på sygehus sidste år
- Behandling i hjemmet (opdelt i akut behandling, palliativ behandling og hjemmesygepleje)
- Plejebehov – graderet fra selvhjulpen-hjemmepleje behov –plejehjemsbeboer: et år før død, samt lige før dødens indtræffen.

(OBS at besøg hos egen læge ikke er talt med – da disse oplysninger ikke er tilgængelige i registre)



**Hvordan går det den skrøbelige
ældre efter akut sygdom?**

CLINICAL FRAILITY SCALE

	1	MEGET GOD FORM	Mennesker der er robuste, aktive, energiske og motiverede. De motionerer typisk regelmæssigt og er blandt dem i bedst form for deres alder.
	2	GOD FORM	Mennesker uden aktive symptomer på sygdom , men i mindre god form end kategori 1. Ofte motionerer de eller er meget aktive en gang imellem , f.eks. på bestemte årstider.
	3	KLARER SIG GODT	Mennesker med velkontrollerede sygdomsproblemer , selvom de indimellem har symptomer. Oftest er de ikke regelmæssigt aktive udover rutinemæssige gåture.
	4	LEVER MED MEGET MILD SKRØBELIGHED	Denne kategori markerer en begyndende overgang fra komplet uafhængighed. Mennesker der ikke er afhængige af andre til daglige gøremål, men som ofte har symptomer, der begrænser aktiviteterne . En almindelig klage er at føle sig "langsom" eller træt i løbet af dagen.
	5	LEVER MED MILD SKRØBELIGHED	Mennesker der ofte er mere tydeligt langsomme , og har behov for hjælp til komplekse daglige gøremål (<i>Instrumental Activities of Daily Living</i> – økonomi, transport, hovedrengøring). Typisk vil mild skrøbelighed i stigende grad hæmme indkøb, gåture alene udenfor, madlavning, medicin og begynde at begrænse let husarbejde.

	6	LEVER MED MODERAT SKRØBELIGHED	Mennesker der har behov for hjælp til alle udendørs aktiviteter og med at holde hus . Ofte har de problemer med indendørs trappegang og behøver hjælp til at gå i bad og kan eventuelt have brug for minimal hjælp til påklædning (stikord, let støtte ved behov).
	7	LEVER MED SVÆR SKRØBELIGHED	Fuldstændig afhængige af hjælp til egenomsorg , uanset årsag (fysisk eller kognitiv). Alligevel virker de stabile og ikke i høj risiko for at dø inden for ca. 6 måneder.
	8	LEVER MED MEGET SVÆR SKRØBELIGHED	Fuldstændig afhængige af hjælp til personlig pleje og nærmer sig livets afslutning. Typisk vil de ikke engang komme sig efter let sygdom.
	9	TERMINALT SYG	Mennesker der nærmer sig livets afslutning. Denne kategori gælder mennesker med en forventet levetid på mindre 6 måneder , som ikke lever med svær skrøbelighed i øvrigt (Mange terminalt syge mennesker kan stadig motionere helt indtil livets afslutning).

BEDØMMELSE AF SKRØBELIGHED HOS MENNESKER MED DEMENS

Mennesker med demens er oftest skrøbelige (scorer oftest minimum 5) og graden af skrøbelighed svarer som regel til graden af demens. Typiske **symptomer ved mild demens** er at glemme detaljer om en nylig begivenhed, selvom man kan huske selve begivenheden og at gentage det samme spørgsmål/historie og social tilbagetrækning.

Ved **moderat demens** er hukommelsen for nylige begivenheder svært nedsat, selvom man kan huske gamle minder tydeligt. Man kan udføre personlig pleje med vejledning.

Ved **svær demens** kan man ikke udføre personlig pleje uden hjælp.

Ved **meget svær demens** er man ofte sengeliggende. Mange er nærmest ophørt med at tale.



**DALHOUSIE
UNIVERSITY**

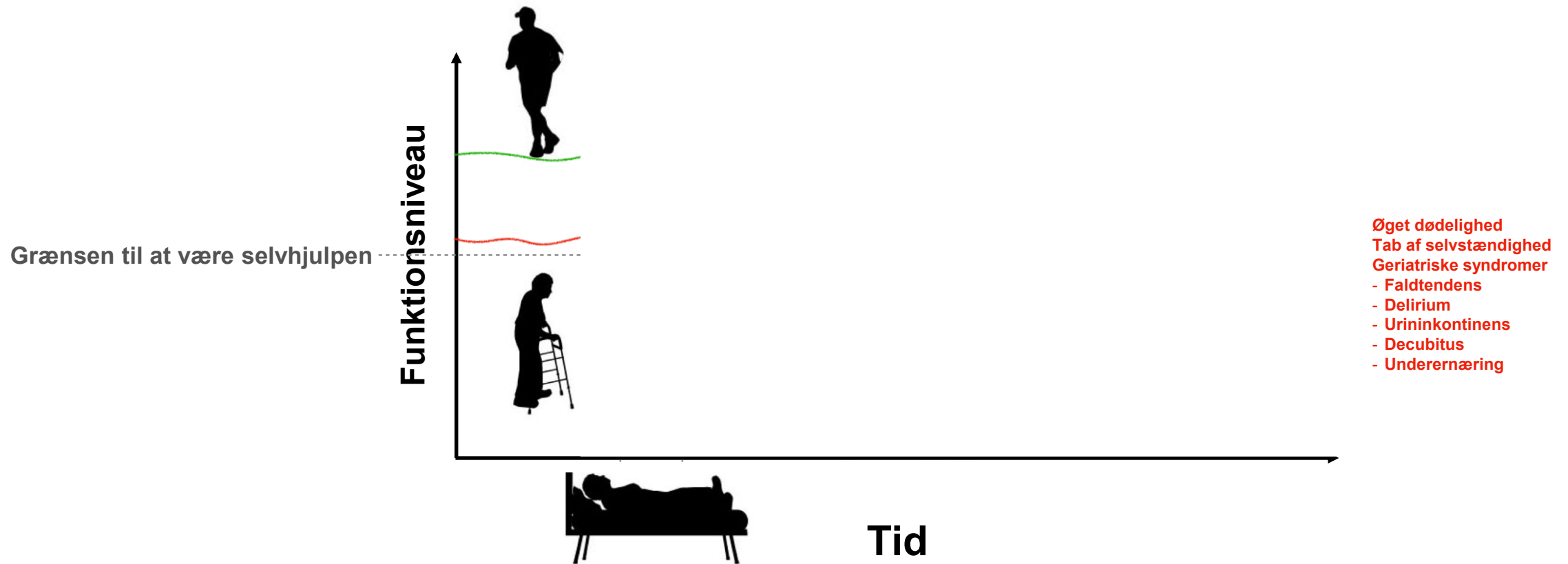
Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission:

www.geriatricmedicineresearch.ca

Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

Danish Version 2.0, 2020, translated by Anders Fournaise and Søren Kabell Nissen, University of Southern Denmark.

Konceptuel forståelse af skrøbelighed





Association between clinical frailty, illness severity and post-discharge survival: a prospective cohort study of older medical inpatients in Norway

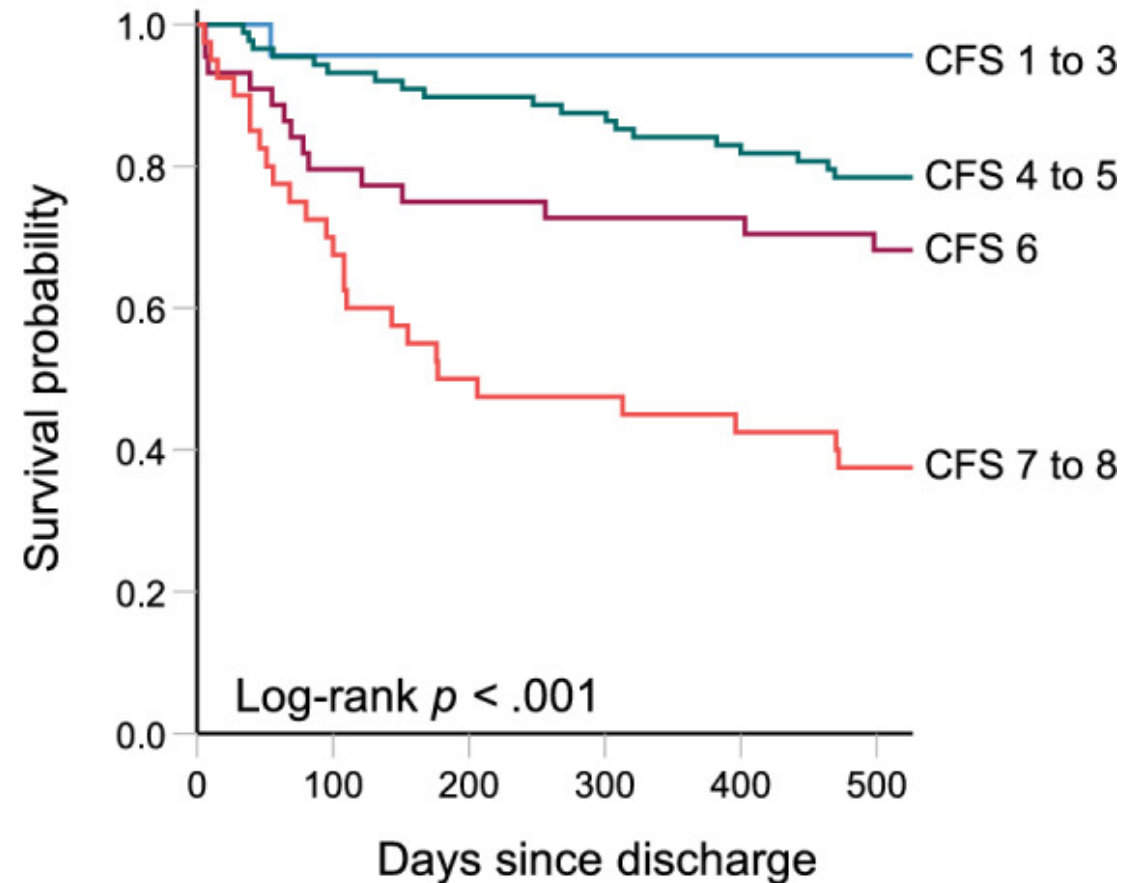
Andreas Engvig^{1,2} · Torgeir Bruun Wyller^{3,4} · Eva Skovlund⁵ · Marc Vali Ahmed³ · Trygve Sundby Hall¹ · Kenneth Rockwood⁶ · Anne Mette Njaastad¹ · Bjørn Erik Neerland³

Received: 10 May 2021 / Accepted: 11 August 2021 / Published online: 21 August 2021
© The Author(s) 2021

Key summary points

Ved kombination af CFS og NEWS
(Britisk TOKS):

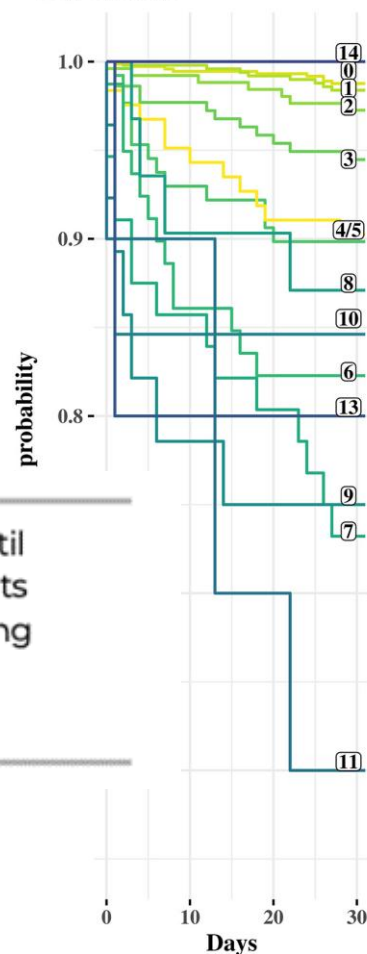
- Patienter med høj CFS og høj NEWS: 87% døde efter 20 mdr.
- CFS stærkere prædiktør for død end NEWS



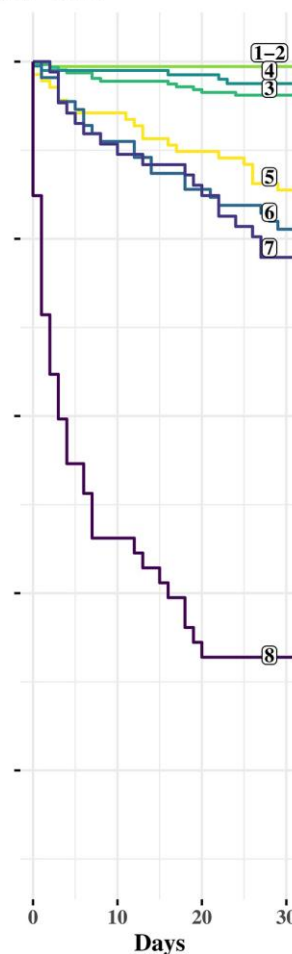
Prognosis for older people at presentation to emergency department based on frailty and aggregated vital signs

Søren Kabell Nissen MD^{1,2} | Marco Rueegg MD³ |
 Christopher R. Carpenter MD, MSc⁴ | Tobias Kaeppli MD³ |
 Jeanette-Marie Busch MD³ | Anders Fournaise MPH^{5,6,7} |
 Thomas Dreher-Hummel MScN³ | Roland Bingisser MD³ |
 Mikkel Brabrand MD, PhD^{1,8} | Christian H. Nickel MD³

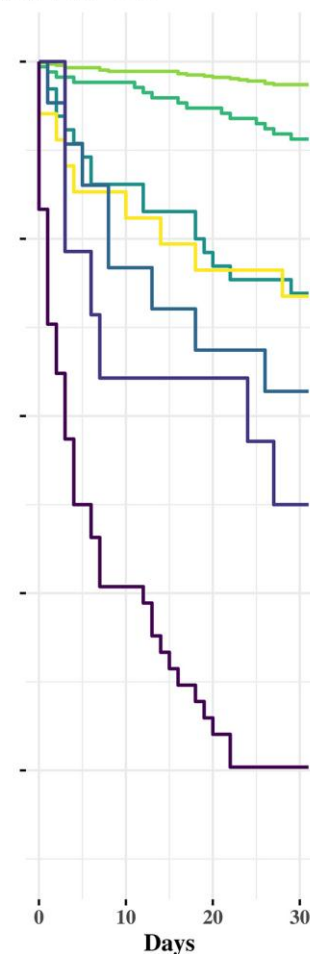
(A) NEWS



(B) CFS



(C) FaP-ED



FaP-ED,
30-day mortality
probability:

- Below 4%
- 4 – 7.9%
- 8 – 11.9%
- 12 – 15.9%
- 16 – 19.9%
- 20 – 23.9%
- 24% or above



8

**LEVER MED
MEGET SVÆR
SKRØBELIGHED**

Fuldstændig afhængige af hjælp til
personlig pleje og nærmer sig livets
afslutning. Typisk vil de ikke engang
komme sig efter let sygdom.

Hvordan går det plejehjemsbeboeren efter akut indlæggelse?

Multicenter Study > J Am Med Dir Assoc. 2021 Feb;22(2):393-398.e3.

doi: 10.1016/j.jamda.2020.05.033. Epub 2020 Jul 11.

Nursing Home Residents' Functional Trajectories and Mortality After a Transfer to the Emergency Department

Vincent Guion ¹, Philippe De Souto Barreto ², Yves Rolland ²

Affiliations + expand

PMID: 32660854 DOI: 10.1016/j.jamda.2020.05.033

Abstract

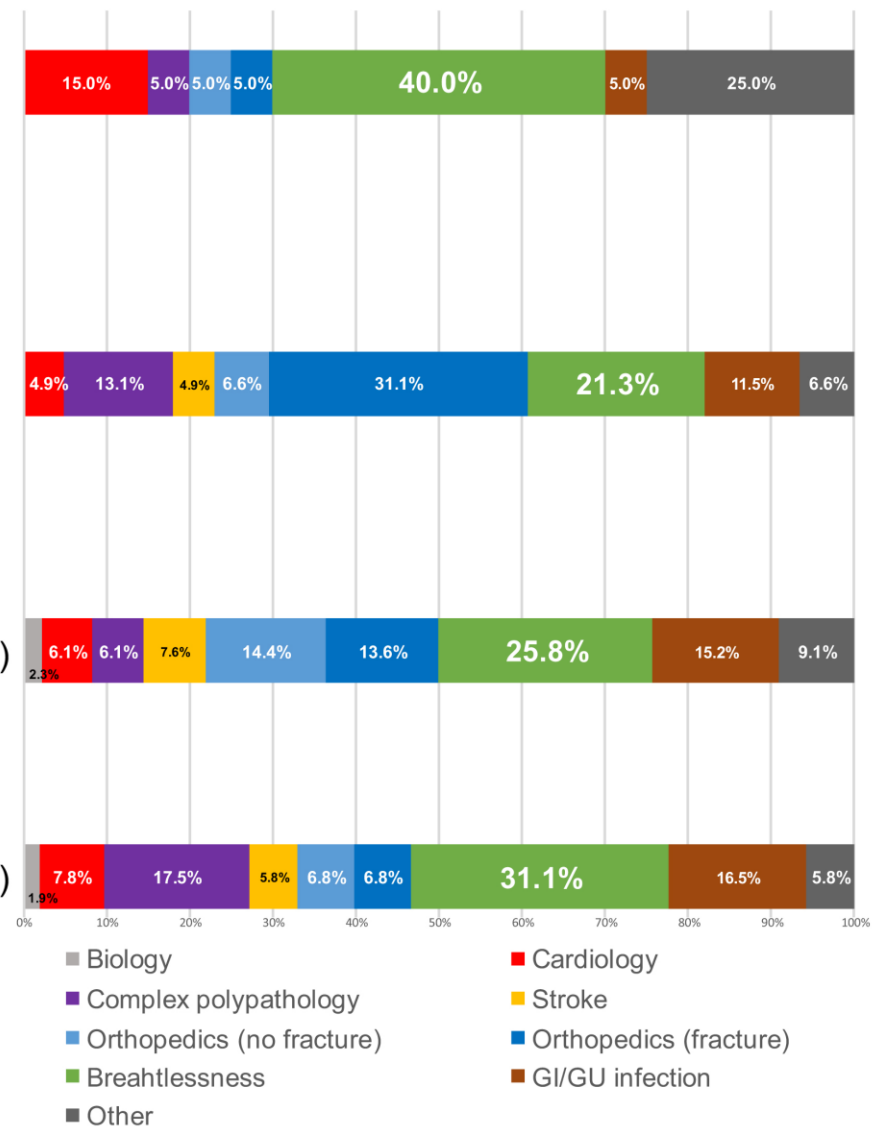
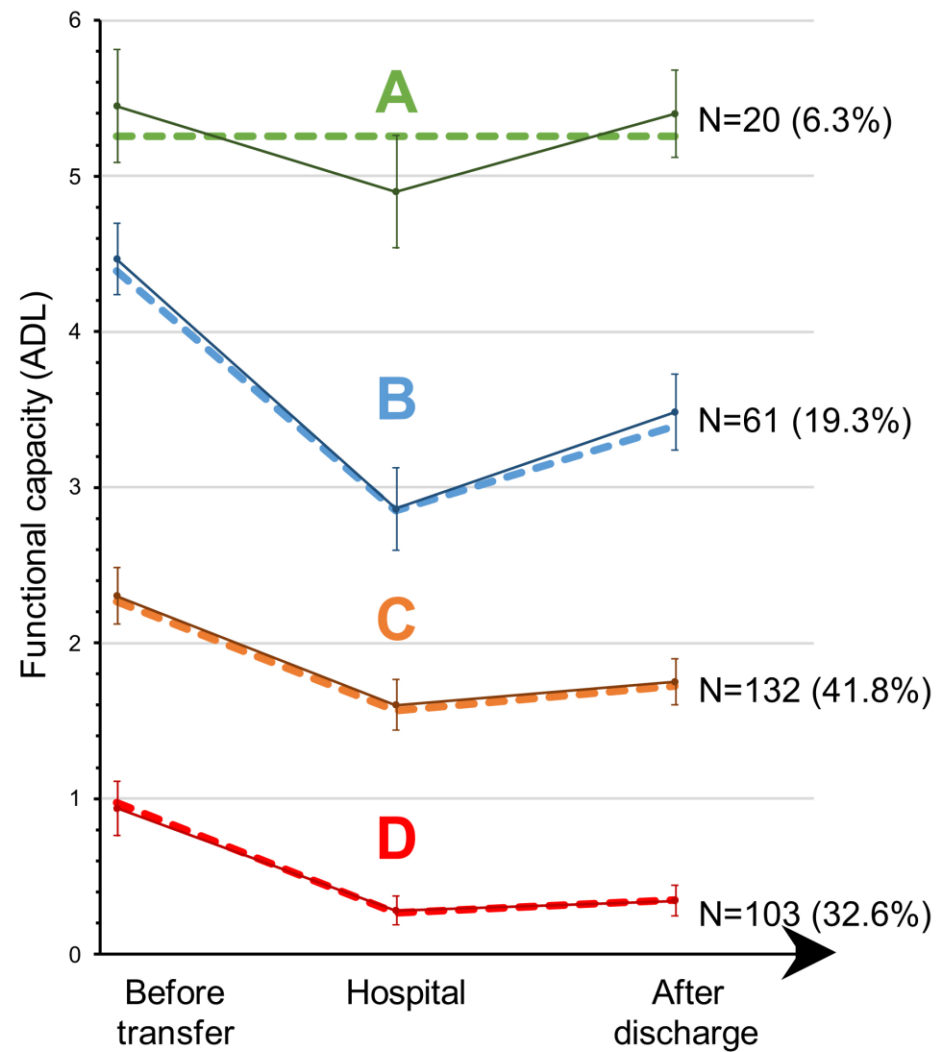
Objective: To describe nursing home residents' (NHRs) functional trajectories and mortality after a transfer to the emergency department (ED).

Design: Case-control observational multicenter study.

Setting and participants: In total, 1037 NHRs presenting to 17 EDs in France over 4 nonconsecutive weeks in 2016.

Methods: Finite mixture models were fitted to longitudinal data on activities of daily living (ADL) scores before transfer (time 1), during hospitalization (time 2), and within 1 week after discharge (time 3) to identify groups of NHRs following similar functional evolution. Factors associated with mortality

- 29%-62% af plejehjemsbeboere har en eller flere indlæggelser/år
- Des lavere funktionsniveau, des større risiko for at dø af akut sygdom, eller at tabe funktioner som ikke genvindes.
- Formål: At beskrive forandring i funktionsniveauet hos plejehjemsbeboere før, under og efter en akut indlæggelse, samt at undersøge moralitet efter indlæggelse, afhængig af funktionsniveau.
- Multicenter studie 2016, Frankrig, 1037 indlæggelser, 17 Akutafdelinger.



Konklusioner fra studiet:

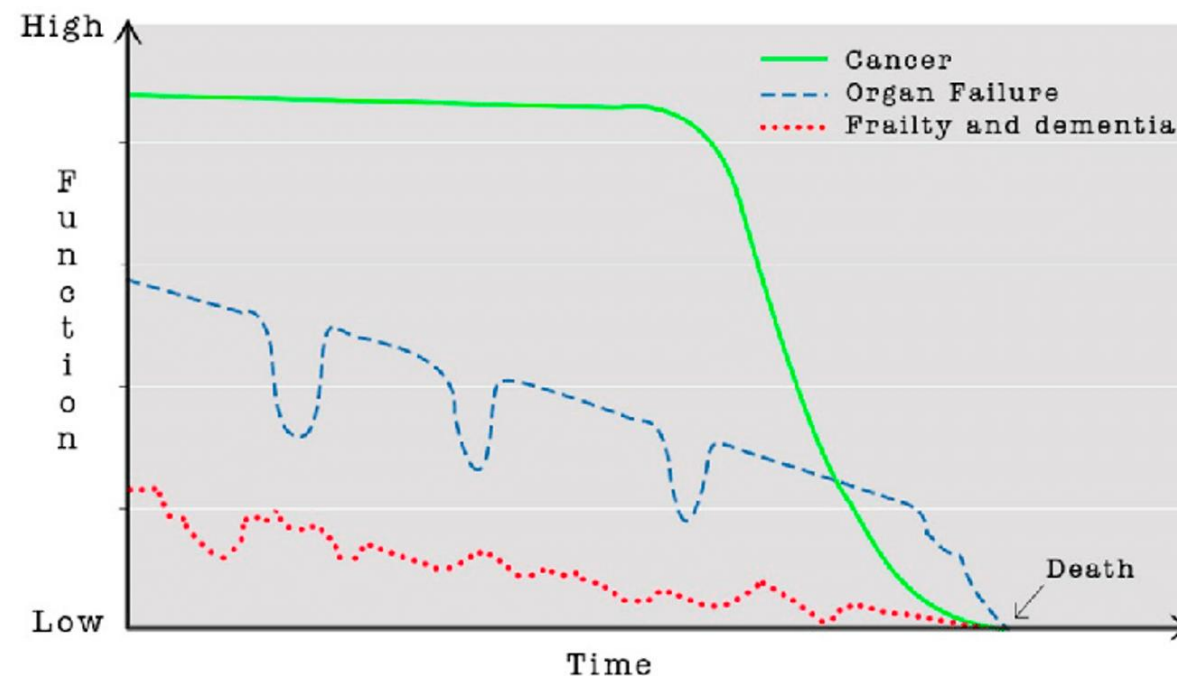
- Mortalitet indenfor 7 dage kunne bedst forudsiges af antallet af indlæggelser det sidste år og alvorlighed af akut sygdom ved indlæggelse.
- Evnen til at genvinde funktion efter udskrivelse kunne bedst forudsiges af funktionsniveau før indlæggelse.
- Forfattere opfordrer: Vurder antal af indlæggelser indenfor det sidste år og patientens funktionsniveau før indlæggelse, når der besluttes om indlæggelse vil gavne patienten.

Dilemmaet

Vi ved aldrig hvilken lungebetændelse, der bliver den sidste.

Hvornår siger vi stop?

Skrøbelige kan være tæt på livets afslutning rigtig længe.



Case 1, Carsten

- 77 år, kendt fremskreden parkinsons sygdom
- Bor i eget hjem med ÆF, får hjemmepleje x 8, lift, kørestol, makes. Begyndende synkebesvær.
- Meget sparsomt sprog – hustru oplever ham klar og relevant, neurolog har stillet diagnosen parkinsons demens.
- Indlægges pga. fejlsynk – Intuberes i hjemmet af ambulancelægen, kommer derfor på intensiv.
- Overflyttes til medicinsk afdeling på dag 4 – besluttet behandlingsniveau i afdelingen, og ingen genoplivning, Hustru meget ked af dette.

Case 1, Carsten

- High flow ilt, kontinuerlig sonde, antibiotika, refeeding – svært akut syg, men i let bedring, faldende infektionstal, faldende iltbehov.
- Kan ingenting synke.
- Sonde:
 - Frarådes hos patienter med fremskreden demenssygdom og aspirationspneumonier, da det ikke bedrer langtidsprognosen.
- Bør sondebehandling fortsætte, da Carsten vil dø hurtigere uden sondebehandling?

Den etiske udfordring	Fakta	Berørte parter	Analyse	Handlemuligheder
Bør sondebehandling fortsætte, da Carsten vil dø uden sondebehandling?	• Parkinsons sygdom, fuldt afhængig • Kan ikke give udtryk for egne ønsker • Vil dø uden sondemad • Langtidsprognos en bedres ikke af sondemad • Er alvorlig syg, men lige nu i bedring • Hustru ønsker aktiv behandling	• Carsten • Hustru • Plejepersonalet på afdelingen • Afdelingens Læge • Intensivpersonalet?	Undgå skade: Sondebehandling kan forlænge dødsproces Autonomi: Hustru kender patient bedst, svarer hun på hans vegne? Konsekvensetik: Seponering af sonde medfører hurtigere død	• Seponere og overgå til lindrende behandling, da patienten er i palliativ fase. • Fortsætte sondeernæring, da det er patientens nærmeste klare ønske • Sætte slutdato på sondebehandling, fortsætte i håb om bedring om nogle dage, så spise-evne genvindes

Bør sondebehandling fortsætte, da Carsten vil dø uden sondebehandling?

Ja, fordi: Vi behandler lungebetændelsen, så er det forkert at også lade ham dø af mangel på føde.

Nej, fordi: Langtidsprognosen bedres ikke, og Carsten var allerede før indlæggelse i palliativ fase. Døden forlænges

Case 2, Flora

Flora, 92 år, kendt svær alzheimers sygdom, fysisk relativt velbevaret.

Plejehjemsbeboer pga. kognition – forstår ikke egen situation eller omgivelser. CFS 7 på denne baggrund.

Kender nære pårørende, deltager i sociale aktiviteter på plejecenter – når det passer hendes humør. Bevaret sprog.

Tidligere skolelærer; bærer sig selv med myndighed – siger til og fra overfor personalet. Nogle gange tager hun ikke medicin, nogle gange bliver hun i sengen – fordi hun bestemmer.

Case 2, Flora

Indlægges med lungebetændelse. Crp 400, feber, åndenød, iltmangel, røntgen med stort infiltrat.

Har brug for ilt og penicillin som livreddende behandling.

Vil ikke indtage tabletter. Seponerer PVK gentagne gange. Tager ilt af. Fast vagt forsøges – det bliver hun mere vred af. Ligger stille og roligt, når hun ikke forstyrres, med saturation 88-86% og respiration 28/min og feber.

Søn (69 år) fortvivlet - Flora accepterer behandling så længe han er der, han har dog ikke mulighed for at blive på sygehuset under hele behandlingen. På den ene side ønsker han at hun modtager behandling og presser lidt på, på den anden side kan han se at det bliver svært, og kæmper med dårlig samvittighed over ikke at strække til.

Case 2- Flora

- Bør Flora behandles med tvang, da hun ikke forstår sin egen situation, og tilstanden er reversibel? (Juraen giver mulighed for det – men er det det rigtige at gøre?)
 - Hvem er berørte parter i sagen?
 - Hvordan kan situationen analyseres (ud fra fakta fra casen, og begreber som autonomi, værdighed, sårbarhed, patientens bedste, undgå skade, konsekvensetiske overvejelser etc.)
 - Hvilke handlemuligheder er der?
- Besvar med *Ja, fordi* og *Nej, fordi* – gerne både argument for ja og nej

Den etiske udfordring	Fakta	Berørte parter	Analyse	Handlemuligheder
Bør Flora behandles med tvang, da hun ikke forstår sin egen situation, og tilstanden er reversibel?	• Alzheimers sygdom, 92 år • Høj afhængighed fra andre, CFS 7 • Forstår ikke egen situation. • Alvorlig akut syg, ilt og penicillin kan være livsreddende • Siger nej til behandling, når søn ikke er der • . • . • . • . • .			
Bør Flora behandles med tvang, da hun ikke forstår sin egen situation, og tilstanden er reversibel? Ja, fordi: Nej, fordi:				