

Frailty score för accessval och konservativ behandling

Gunilla Welander

Njurmedicinkliniken Karlstad

Medlem styrgrupp Svenska Njurregistret

Doktorand Institutionen för medicinska vetenskaper Uppsala Universitet



UPPSALA
UNIVERSITET

Njurersättande behandling

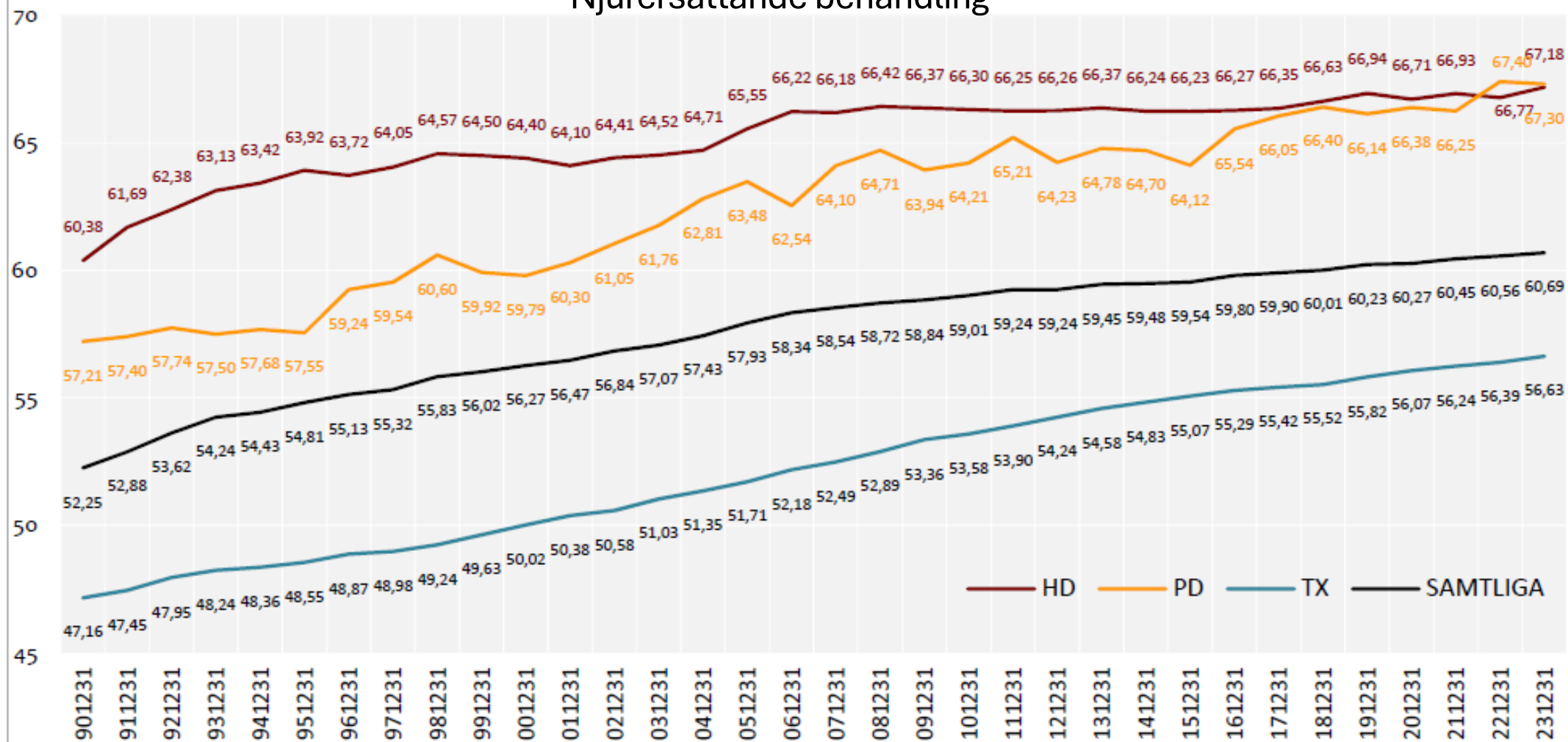
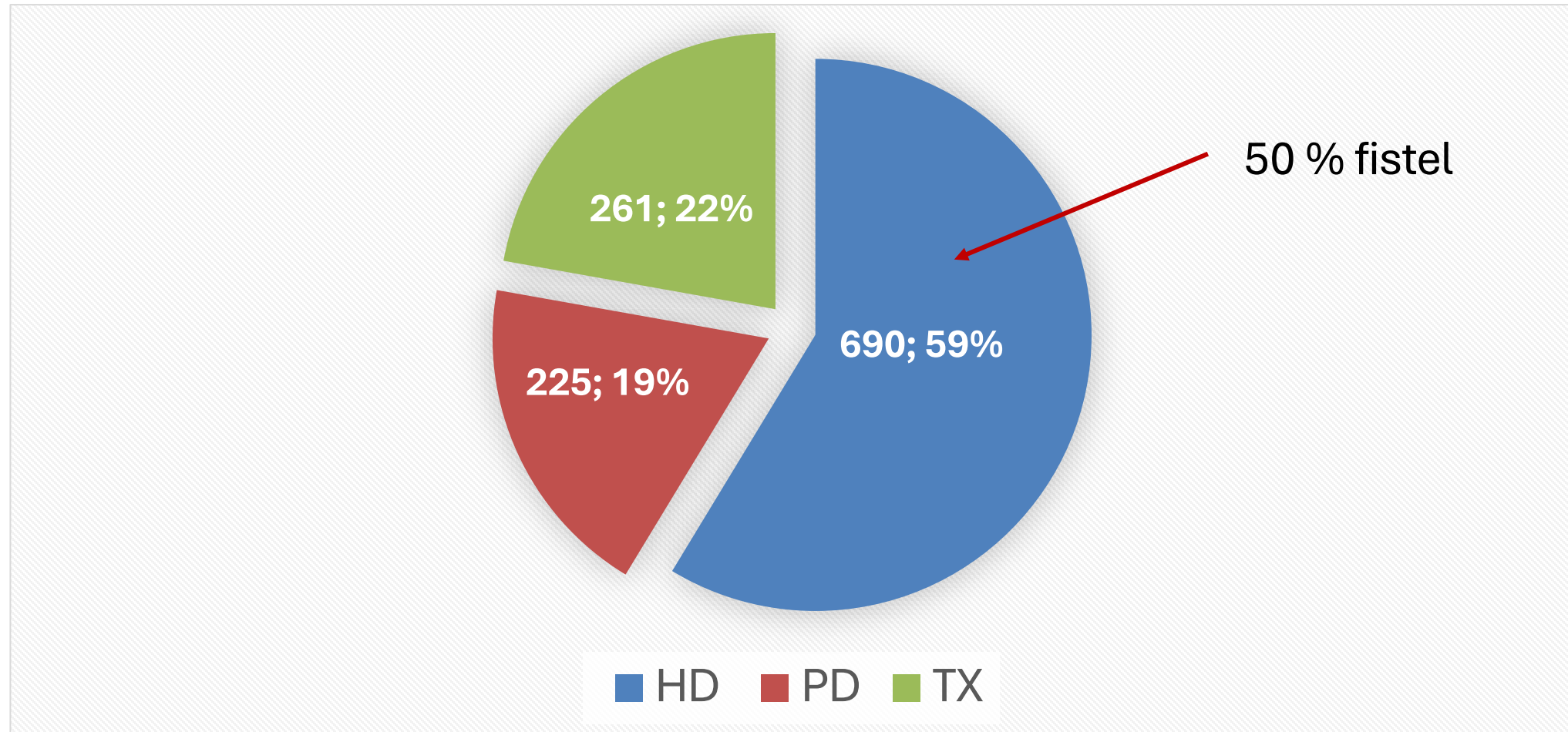


Fig 4. Medelålder vid årsskiftena 901231-231231. Fördelad på behandlingsform

Njurersättande behandling patienter 80 år eller äldre n= 1176



Nationell uppföljning av patientöverlevnad efter anläggning
av fistel
och fistelfunktion hos män och kvinnor
80 år eller äldre

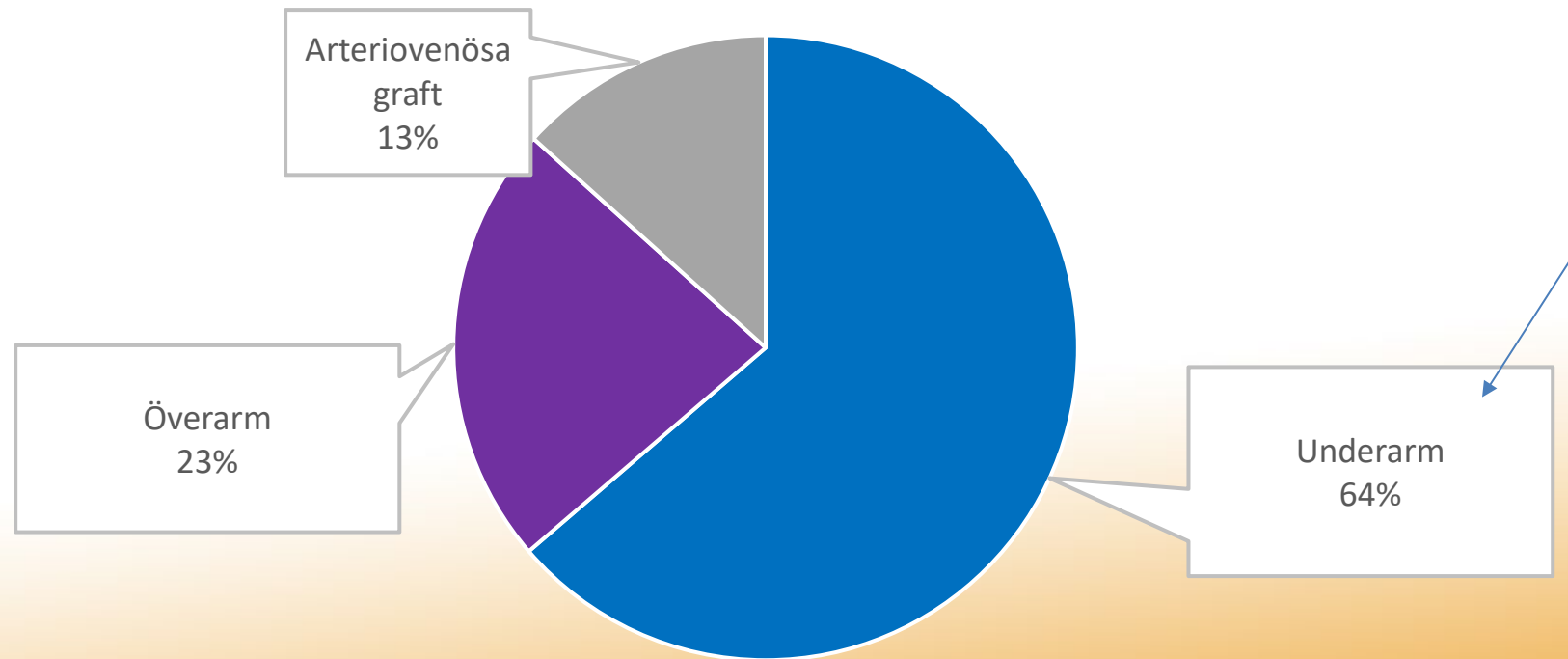
Retrospektiv observationsstudie
Data från Svenska Njurregistret

G.Welander¹ F. Lundin² B. Sigvant³

¹ Dep.Med.Sci ³Dep.surg.Sci Uppsala Universitetet ²Centrum för klinisk forskning Region Värmland

Anlagda fistlar på patienter ≥ 80 år 2011 - 2017

6020 fistlar var registrerade i SNR
samtliga operationssjukhus registrerar
675 (11%) av patienterna ≥ 80 år
30% kvinnor

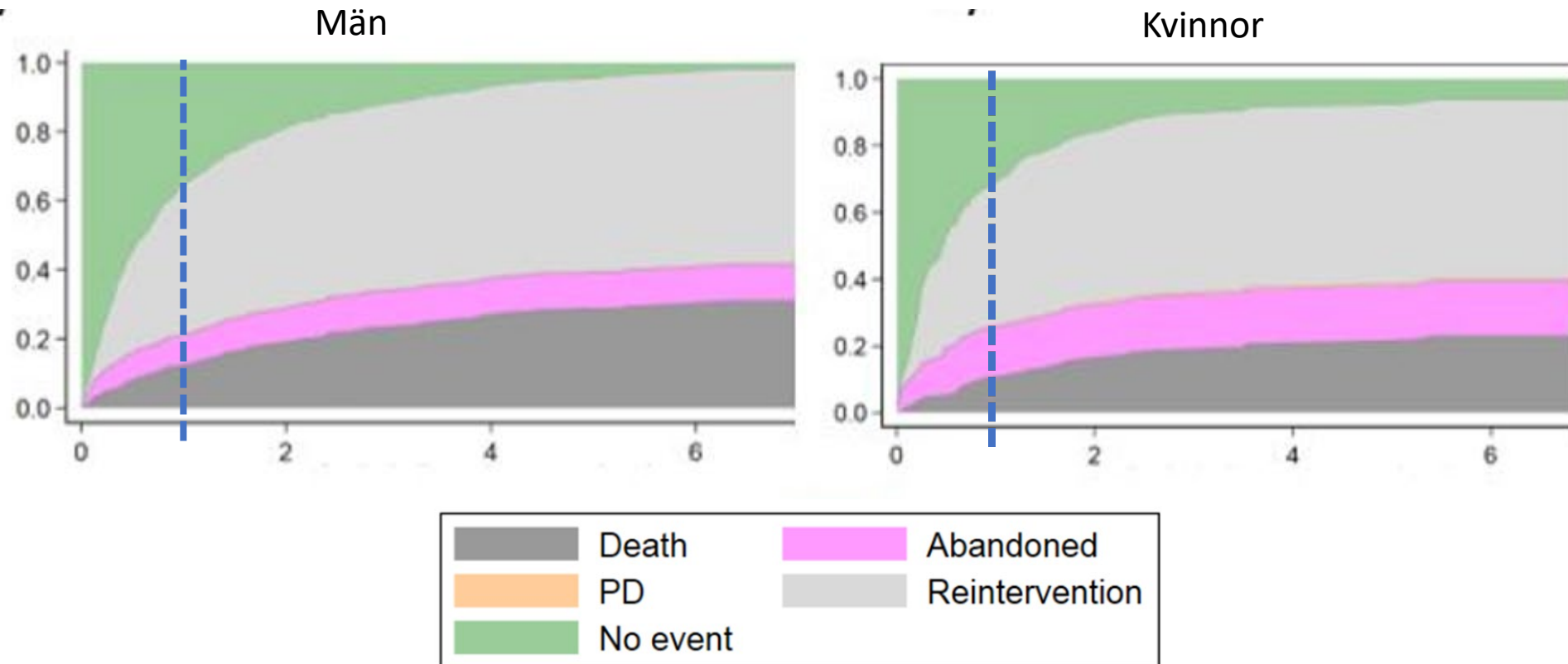


Ålder som riskfaktor för reintervention och abandonment underarm, överarm och arteriovenösa graft.

Hazard ratio (HR) och 95% konfidensintervall

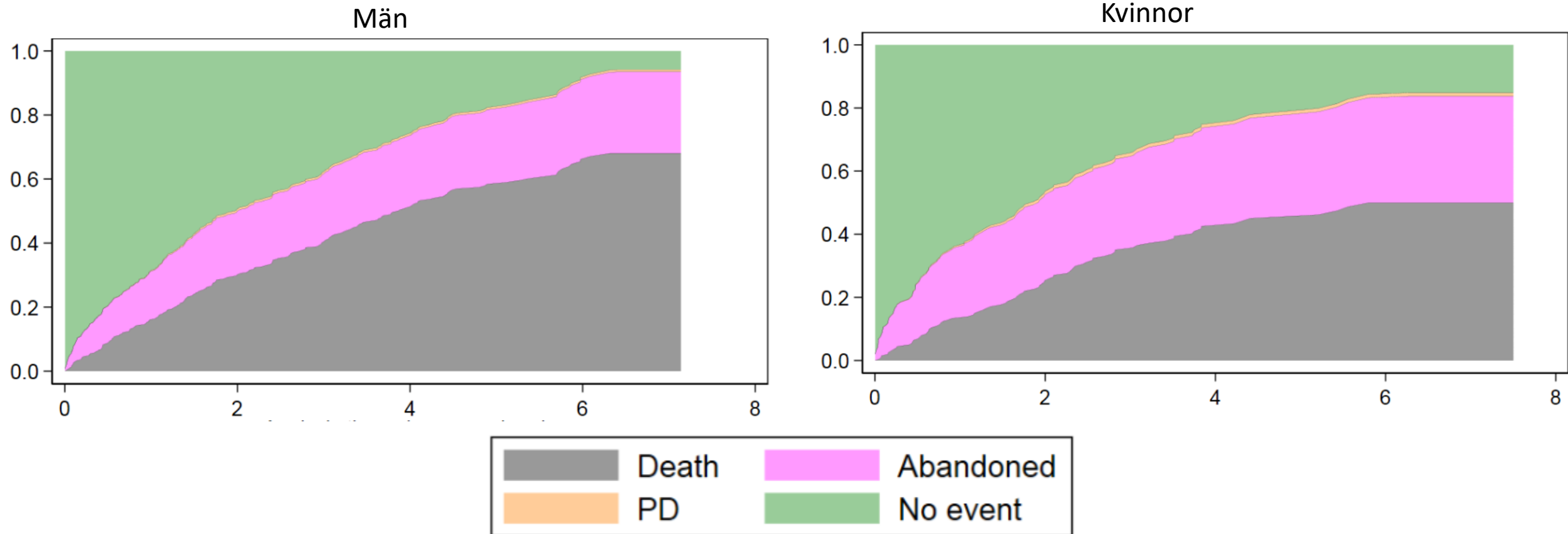
	Reintervention			Abandonment		
	HR	95% C.I.	p-value	HR	95% C.I.	p-value
Forearm fistula	1.11	[1.06-1.15]	<0.001	1.00	[0.95-1.05]	0.936
Upper- arm fistula	1.03	[0.98-1.09]	0.261	1.01	[0.93-1.09]	0.884
Graft fistula	1.00	[0.93-1.07]	0.931	1.03	[0.95-1.13]	0.448

Kumulativ incidens för anlagda fistlar och tid till första händelse
män (a) n=472 and kvinnor (b) n=202 ≥80 år
Uppföljning i år



- Efter ett år har 33% av de överlevande patienterna en "eventfri" fistel

Kumulativ incidens anlagda fistlar män och kvinnor ≥ 80 år med assisterad patency och tid till abandonment eller observationstidens slut.



- ▶ Assisterad patency hos överlevande patienter var efter ett och tre år var 66% och 64%.
Abandonment av fistlar vanligare hos kvinnor $p < 0.01$

Klinisk betydelse

Reinterventioner vanliga, särskilt underarmsfistlar. Bara en av tre överlevande patienter har en eventfri access efter ett år

Beroende på kärnen – om tveksam kvalitet välj i första hand en överarmsfistel eller arteriovenöst graft.

Vid planering .

Ta hänsyn till risken för reinterventioner

Arteriovenöst graft
Kan användas med kort framförhållning



Den äldre patienten

Nefroscleros. Hypertoni, 25 år tidigare en hjärtinfarkt. Aldrig rökt. Sköter sig självständigt.

Startas i hemodialys vid 90-års ålder via en proximal radiocephal AV fistel anlagd predialytiskt, god funktion aldrig krävt någon åtgärd.

Under behandlingstiden i dialys, sjukhusvårdad vid ett tillfälle pga pneumoni

En period behandling två gånger i veckan, väljer sedan att avsluta aktiv behandling, avlider vid 97 års ålder.

95 år på denna bild

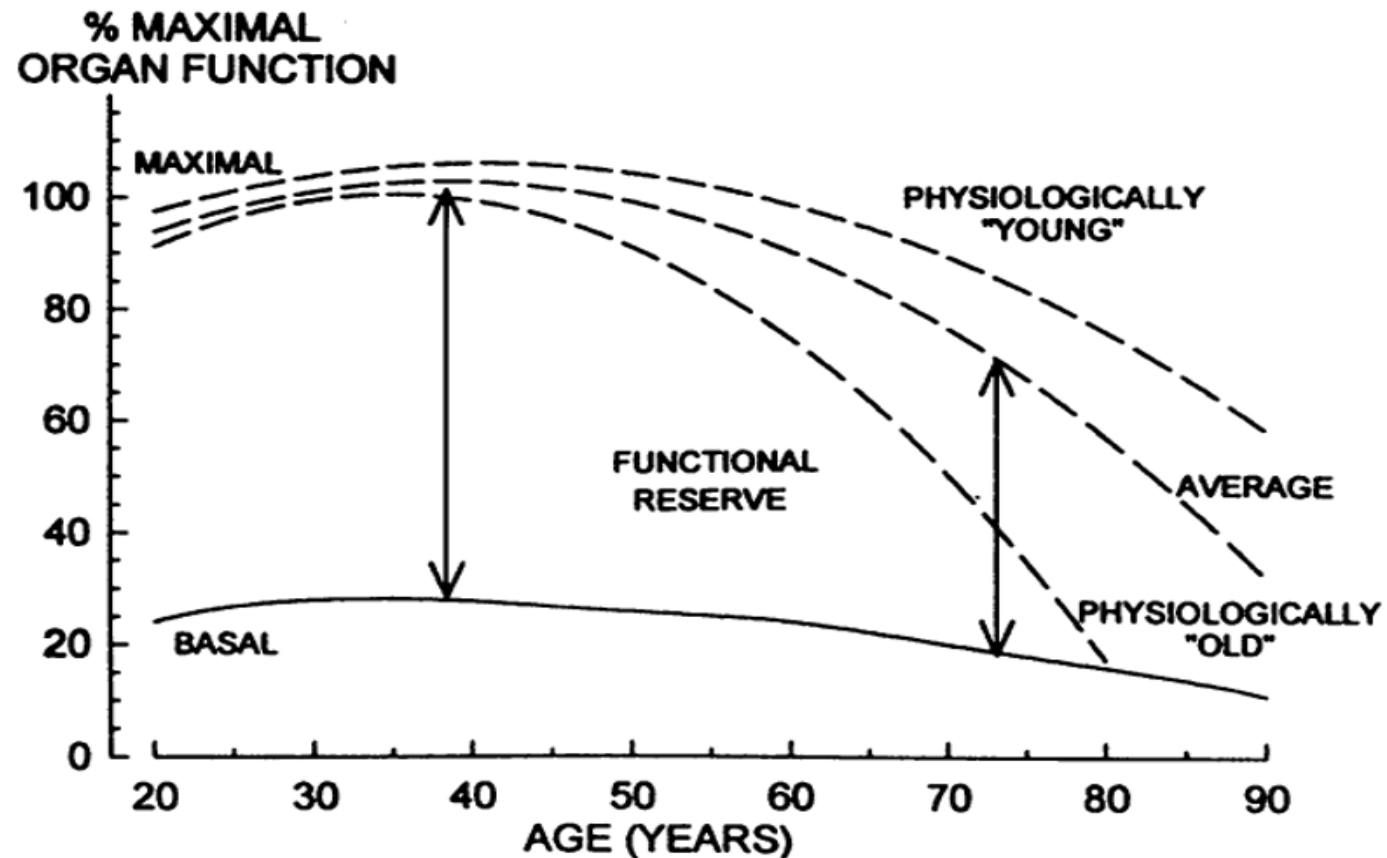
Medgivande från patienten att publicera bild

Hur ska vi tänka?

Kronisk njursvikt är en åldersrelaterad sjukdom.

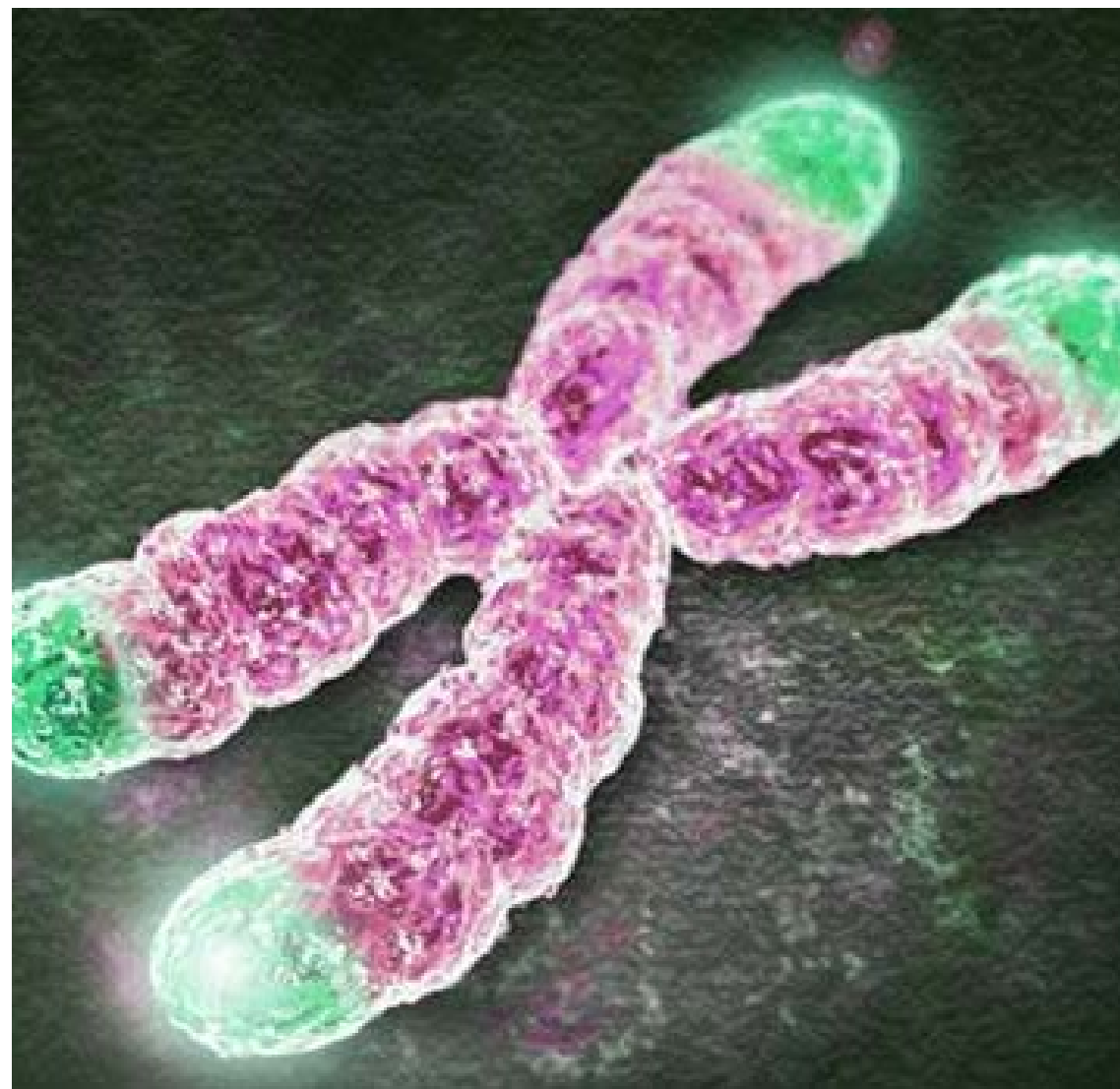
Vi vill inte utsätta den äldre patienter för risker eller onödiga ingrepp. Vi kan inte generalisera och ha en åldersgräns

Fysiologiskt åldrande



Biologisk ålder

- Kliniskt subjektivt uppskattat
- Ansamling av objektiva kliniska fynd, som habitus, kognitiv förmåga, fysisk funktion, sarkopeni eller kakexi etc.
- Subjektivt uppskattad ålder har god korrelation mot överlevnad, även efter justering för kronologisk ålder, kön och omgivning, enligt tvillingstudier, där den äldsta tvillingen dog först i kohortstudie*
- **Skörhet beskriver biologisk ålder**



Clinical Frailty Scale*



1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2 Well – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally.



3 Managing Well – People whose **medical problems are well controlled**, but are **not regularly active** beyond routine walking.



4 Vulnerable – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being “slowed up”, and/or being tired during the day.



5 Mildly Frail – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



6 Moderately Frail – People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



7 Severely Frail – **Completely dependent for personal care**, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).



8 Very Severely Frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9 Terminally Ill - Approaching the end of life. This category applies to people with a **life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**.

Scoring frailty in people with dementia

The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.

In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.

In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.

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

Frailty Phenotype



Reference:

Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56:M146-156

Förlångsamning. Viktnedgång. Låg fysisk aktivitet. Självrapporterad utmattning. Svaghet.

Den svenska versionen av Clinical Frailty Scale (CFS-9)

Clinical Frailty Scale*

- 1 **Mycket vital** – individer som är starka, aktiva, energiska och motiverade. De brukar ofta träna regelbundet. De tillhör de som är i bäst skick för sin ålder.
- 2 **Vital** – individer som **inte har några sjukdomssymtom** men som är i sämre skick än individer i kategori 1. De tränar ofta eller är emellanåt mycket aktiva, t.ex. beroende på årstid.
- 3 **Klarar sig bra** – individer vars **medicinska problem är väl kontrollerade**, men som **inte regelbundet är aktiva** utöver vanliga promenader.
- 4 **Sårbar** – är **inte beroende** av andras hjälp i vardagen, men har ofta **symtom som begränsar deras aktiviteter**. Ett vanligt klagomål är att de begränsas ("saktas ned") och/eller blir trötta under dagen.
- 5 **Lindrigt skör** – dessa individer är ofta **uppenbart långsammare**, och behöver hjälp med **komplexa IADL (Instrumental Activities of Daily Living)-aktiviteter** (ekonomi, transporter, tungt hushållsarbete, medicinering). Lindrig skörhet försämrar i allmänhet förmågan att handla och gå ut på egen hand, laga mat och utföra hushållsarbete.
- 6 **Måttligt skör** – individer som behöver hjälp med **alla utomhusaktiviteter och hushållsarbete**. Inomhus har de ofta problem med trappor, behöver **hjälp med att tvätta sig**, och kan behöva minimal hjälp (uppmaning, stöd) med att klä på sig.
- 7 **Allvarligt skör** – är **helt beroende av andra för personlig egenvård** oavsett orsak (fysisk eller kognitiv). Trots det framstår de som stabila och utan hög risk för att dö (inom ungefär 6 månader).
- 8 **Mycket allvarligt skör** – helt beroende, närmar sig livets slut. De kan i allmänhet inte tillfriskna ens från en lindrig sjukdom.
- 9 **Terminalt sjuk** – närmar sig livets slut. I den här kategorin ingår individer med en **förväntad återstående livslängd på mindre än 6 månader utan övriga uppenbara tecken på skörhet**.

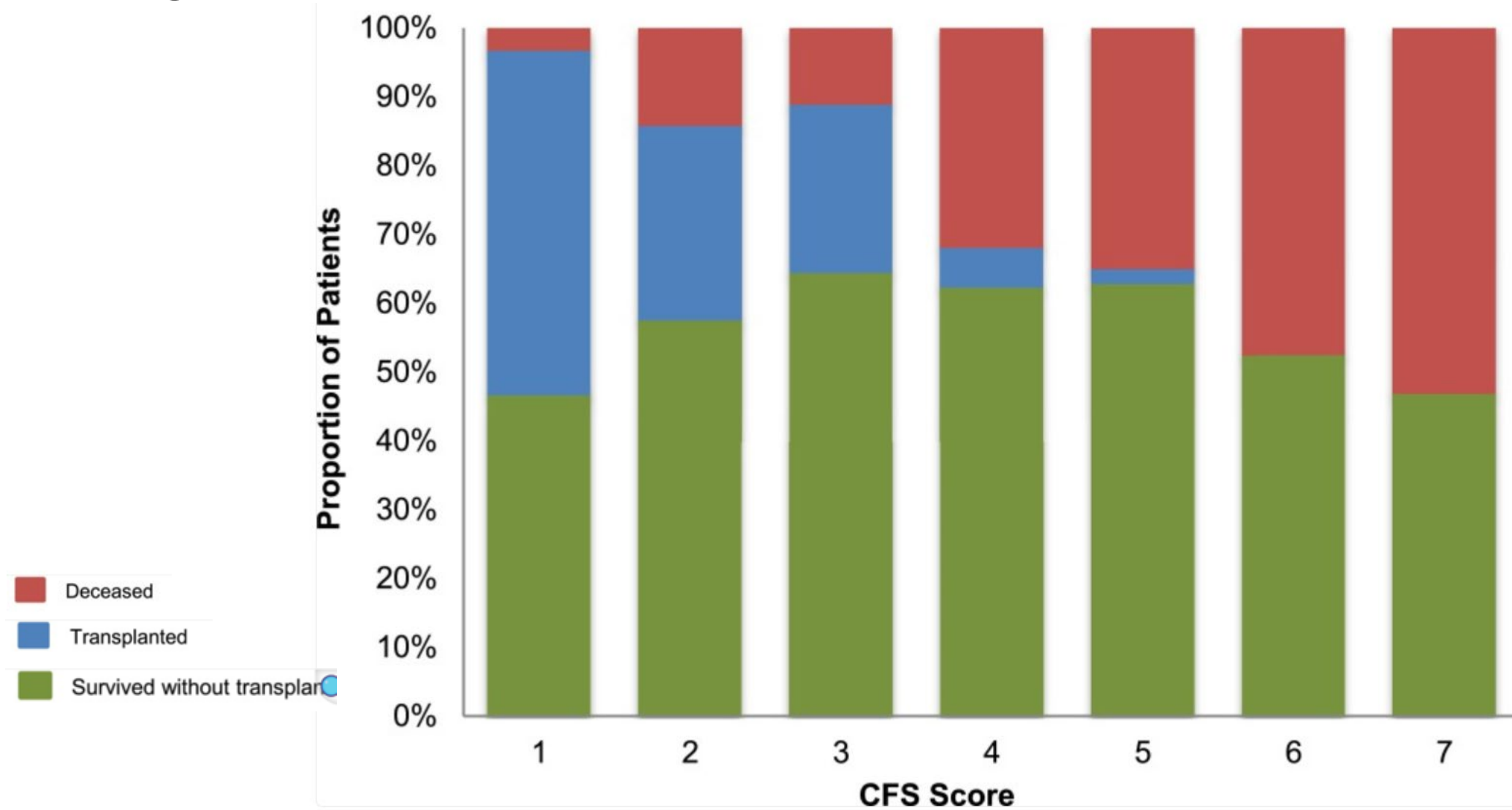




Clinical Frailty Scale – kan vara till hjälp

- Förutsäger behov av vård på vårdhem eller sjukhus
 - Förutsäger återstående förväntad livslängd
 - Identifierar äldre som kan dra nytta av en övergripande geriatrisk handläggning (CGA)
 - Bidrar till riskstratifiering som stöd till medicinskt beslutsfattande
-

Högre CFS associerad med ökad mortalitetsrisk incidenta dialyspatienter



Alfaadhel et al Clin J Am Soc Nephrology 2015

Frailty and outcomes of vascular access – a scoping review

Dias et al Angiol Vasc Surg 2024

- Ökad risk för perioperativa komplikationer
- Ökad risk för trombos
- Ökad risk för reinterventioner
- Association med non-maturation
- Längre tid till funktionsstart

Geriatrisk kompetens i dialysrådet



Vi får hjälp med bedömning

Minnestester vid behov

CGA Comprehensive Geriatric Assessment kan utföras vid behov

CFS skattning görs av njursvikts koordinator

Clinical Practice Guideline on management of older patients with chronic kidney disease stage 3b or higher (eGFR)

European Renal Best Practice Group

Nephrol Dial Transplant (2017) 32: 9–16

Q6: WHAT IS THE BENEFIT OF DIALYSIS IN FRAIL AND OLDER PATIENTS?

- För den äldre patienten kan livskvalitet, autonomi och undvikande av sjukhusvård vara särskilt viktigt.
- Konservativ uremivård ska vara ett alternativ vid planering.
- Observationsstudier visar ingen eller liten överlevnadsfördel med dialysbehandling hos patienter ≥ 80 år med ökad samsjuklighet och nedsatt funktion.

Patienten i teamet- information och kommunikation. Gemensamt beslut

Progress bedömning

Kognitiv
nedsättning
vanligt vid CKD



Det här fotot av Oléne författare licensieras enligt CC BY-NC-ND



Anhöriga viktiga

Konservativ vård behandlingsalternativ

Dialys eller konservativ behandling



• “Surprise question”

Tack

Lästips

Kidney replacement therapies in the older person:
challenges to decide the best option

Selwood et al Clinical Kidney Journal, 2025