

Clinical Frailty Scale (CFS) - delregional rutin

Skörhetsskattning enligt CFS

Skörhetsskattning enligt CFS används för att bedöma den enskildes habitualtillstånd utifrån funktion och sjukdomsbild och är endast en del i en större helhetsbedömning.

Skörhet

Skörhet är ett tillstånd som beskriver minskad förmåga att hantera påfrestningar och som delvis går att förebygga och behandla. Skörhet är ett begrepp som bättre kan användas för att identifiera personer med behov av helhetsbedömning än multisjuklighet och/eller kronologisk ålder.

Skattningsskalans begränsningar

Skattningsskalan CFS är validerad för personer över 65 år.

Syfte och mål

Syftet är att:

- arbeta förebyggande
- identifiera de personer som efter skattning med CFS behöver fler bedömningar ur ett helhetsperspektiv
- underlätta i vårdövergångar med ett gemensamt verktyg för kommunikation

Målet är att:

- säkerställa rätt stöd, insatser och åtgärder
- stärka livskvalitet
- höja eller bibehålla aktivitetsförmåga

Skörhetsskattning enligt CFS

Skattning enligt CFS genomförs för personer 70 år och äldre. Vid behov kan skattning genomföras även för yngre personer. Skattning utförs av arbetsterapeut, fysioterapeut, läkare, sjuksköterska och socialsekreterare. Skattning enligt CFS genomförs inom regional och kommunal primärvård, socialtjänst och specialistvård.

Skattning genomförs:

- vid första kontakt med sjuksköterska vid vårdcentral
- vid första kontakt med arbetsterapeut eller fysioterapeut i regional primärvård
- vid första kontakt med socialsekreterare i kommunen
- inför in- och utskrivning i kommunal primärvård
- för identifierade mångsökare inom regional vård
- inom slutenvården
- vid öppenvårdsmottagning för de som varaktigt följs av mottagningen
- vid förändring av den enskildes status (ej vid tillfällig försämring)

CLINICAL FRAILITY SCALE - SWEDISH

1	2	3	4	5	6	7	8	9
MYCKET VITAL	VITAL	KLARAR SIG BRA	LEVER MED MYCKET LINDRIG SKÖRHEIT	LEVER MED LINDRIG SKÖRHEIT	LEVER MED MÄTLIG SKÖRHEIT	LEVER MED ALLVARLIG SKÖRHEIT	LEVER MED MYCKET ALLVARLIG SKÖRHEIT	TERMINALT SJUK
Personer som är starka, aktiva, energiska och motiverade. De tränar regelbundet och hör till dem som är mest vitala för sin ålder.	Personer som inte har några sjukdomssymtom men som är mindre vitala än personer i kategori 1. De tränar ofta eller är emellanåt mycket aktiva, t.ex. beroende på årstid.	Personer vars medicinska problem är väl kontrollerade, även om de emellanåt har symtom. De är sällan regelbundet aktiva utöver vanliga promenader.	Denna kategori markerar en tidig övergång från fullständig oberoende. Är inte beroende av andras hjälp i vardagen, men har ofta symtom som begränsar deras aktiviteter. Ett vanligt klagomål är att de "saktar ned" och/eller är trötta under dagen.	Dessa personer är ofta uppenbart långsammare och behöver hjälp med komplexa instrumentella aktiviteter i det dagliga livet (IADL) (ekonomi, resor, tungt hushållsarbete). Lindrig skörhet försämrar i allmänhet förmågan att handla och gå ut på egen hand, förbereda måltid, sköta medicinering och börjar begränsa lättare hushållsarbete.	Personer 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 (uppmärksamhet, stöd) med att klä på sig.	Är helt beroende av andra för sin personliga vård oavsett orsak (fysisk eller kognitiv). Trots det framstår de som stabila och utan hög risk för att dö (inom ungefär 6 månader).	Är helt beroende av andra för sin personliga vård, och närmar sig livets slut. De kan i allmänhet inte tillfrisknas från en lindrig sjukdom.	Närmar sig livets slut. I den här kategorin ingår personer med en förväntad återstående livslängd på mindre än 6 månader, men som inte i övrigt lever med allvarlig skörhet (Många terminalt sjuka kan fortfarande träna fram till mycket nära sin bortgång).

ATT SKATTA SKÖRHEIT HOS PERSONER MED DEMENS

Graden av skörhet motsvarar i allmänhet graden av demens. Vanliga symtom vid lindrig demens är att glömma bort detaljer om en nyligen inträffad händelse, men minnas själva händelsen, att upprepa samma fråga/berättelse och att dra sig undan socialt.

Vid måttlig demens är närminnet mycket försämrat, samtidigt som personen kan ha

god förmåga att minnas tidigare händelser i livet. De kan utföra sin personliga vård på uppmaning.

Vid svår demens kan de inte utföra sin personliga vård utan hjälp.

Vid mycket svår demens är de ofta sängliggande. Många är praktiskt taget stumma.

Clinical Frailty Scale © 2005–2020 Rockwood, Version 2.0 (SV). Alla rättigheter förbehålles. För tillstånd: www.geriaticmedicineresearch.ca

Translated with permission to Swedish by Niklas Ekerstad, Anne-Marie Boström, Susanne Guidetti and Kristina Åhlund, Trollhättan-Linköping-Stockholm, 2020.

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



Stöd vid skattning enligt CFS

Vid osäkerhet och tveksamhet mellan två värden så välj det högre värdet.

- Har symtom som begränsar aktiviteter i vardagen? Ja → CFS minst 4
- Klarar personlig ADL (P-ADL) själv? Ja → CFS 1–5 Nej → CFS minst 6
- Klarar instrumentell ADL (I-ADL), till exempel ekonomi, resor, tungt hushållsarbete eller läkemedel själv? Ja → CFS 1–4 Nej → CFS minst 5
- Motionerar den enskilde regelbundet? Ja → CFS 1–2
- Går promenader? Ja → CFS 1–5
- Är inskriven i kommunal primärvård? Ja → ofta CFS minst 6
- Bor på särskilt boende? Ja → nästan alltid CFS minst 7

ADL = Aktiviteter i det Dagliga Livet innefattar Instrumentell ADL (I-ADL) och Personlig ADL (P-ADL).

I-ADL: Ekonomi, transporter, hushållsarbete, medicinering.

P-ADL: Förflyttning, toalettbesök, på- och avklädning, personlig hygien och övrig kroppsvård.

Ställningstagande

Utifrån skörhetsskattningen behövs ett ställningstagande av fortsatta åtgärder.

Ställningstagandet sker i dialog med den enskilde och utgår från individuella förutsättningar och behov.

- Vad är viktigt för den enskilde?
- Vilka förutsättningar har den enskilde?
- Vilka åtgärder har den enskilde behov av?
- Behöver den enskilde hänvisas vidare och i så fall till vem?
- Vilken uppföljning är aktuell för den enskilde?

Rekommenderade åtgärder

CFS 1–3: Ej sköra

- Ge enkla råd kring levnadsvanor, till exempel kost, fysisk aktivitet, kognitiv träning och sociala aktiviteter.
- Erbjud FaR (fysisk aktivitet på recept) vid behov.
- Informera om kommunens öppna verksamheter (hänvisa till växel/hemsida).
- Informera om Förebyggande team äldre om det finns och vid behov erbjuda kontakt med teamet.

CFS 4: Lever med mycket lindrig skörhet (är inte beroende av andras hjälp)

Om den enskilde inte själv kan kontakta aktuell verksamhet enligt nedan ska den som genomfört skörhetsskattningen förmedla kontakt (med samtycke).

- Ge enkla råd kring levnadsvanor, till exempel kost, fysisk aktivitet, kognitiv träning och sociala aktiviteter.
- Erbjud FaR (fysisk aktivitet på recept) vid behov.
- Informera om kommunens öppna verksamheter (hänvisa till växel/hemsida).
- Erbjud kontakt med Förebyggande team äldre om det finns. Kontakt tas med någon av det lokala teamets medarbetare i aktuell verksamhet.
- Vid behov av medicinska insatser vidtas åtgärder eller förmedlas kontakt med vårdcentral eller fast vårdkontakt.
- Vid nedsatt aktivitets- eller funktionsförmåga tas kontakt med arbetsterapeut eller fysioterapeut för bedömning.
- Vid behov av socialtjänstinsatser tas kontakt med handläggare.

CFS 5 - 6: Lever med skörhet (har ofta hemtjänst eller hjälp från anhöriga)

- Ge enkla råd kring levnadsvanor, till exempel kost, fysisk aktivitet, kognitiv träning och sociala aktiviteter.
- Erbjud FaR (fysisk aktivitet på recept) vid behov.
- Vid behov av socialtjänstinsatser vidtas åtgärder eller förmedlas kontakt med handläggare.
- Vid behov av medicinska insatser vidtas åtgärder eller förmedlas kontakt med vårdcentral eller fast vårdkontakt.
- Vid nedsatt aktivitets- eller funktionsförmåga tas kontakt med arbetsterapeut eller fysioterapeut för bedömning.
- Vid tecken till kognitiv svikt vidtas åtgärder eller förmedlas kontakt med vårdcentral. Personer med mild kognitiv svikt har i regel minst CFS 5. Personer med medelsvår kognitiv svikt har i regel minst CFS 6.
- Erbjud samordnad individuell plan (SIP) vid behov.
- Ställningstagande ska göras om inskrivning i kommunal primärvård är aktuell.

CFS 7 - 8: Lever med allvarlig skörhet

- Bedömningar och riskbedömningar görs av respektive yrkeskategori och åtgärder vidtas.
- Vid tecken till kognitiv svikt vidtas åtgärder eller förmedlas kontakt med vårdcentral. Personer med svår kognitiv svikt har i regel minst CFS 7.
- Erbjud samordnad individuell plan (SIP) vid behov.

- Genomför samtal om den senare tiden i livet, den enskildes önskemål, vård- och behandlingsplan samt begränsning av vårdinsats, till exempel 0 HLR och brytpunktssamtal.
- Ställningstagande ska göras om inskrivning i kommunal primärvård är aktuell.

CFS 9: Förväntad överlevnad mindre än 6 mån utan tecken på skörhet

- Genomför samtal om den senare tiden i livet, den enskildes önskemål, vård- och behandlingsplan samt begränsning av vårdinsats, till exempel 0 HLR och brytpunktssamtal.
- Respektive yrkeskategori utför bedömningar, riskbedömningar och uppföljningar.
- Åtgärder vidtas.

Dokumentation och informationsöverföring

- Skattningen dokumenteras i respektive verksamhets journalsystem.
- Utfallet av skattningen förmedlas enligt rutin i SAMSA. [Delregional tillämpning gällande information som dokumenteras i IT-tjänsten SAMSA vid slut- och öppenvårdsprocess](#)
- Utfallet av CFS-skattning dokumenteras även på ViSam-blankett vid ViSam-bedömning om ett utfall finns sedan tidigare.

Länkar

[Skörhet hos äldre | Kunskapsstyrning vård | SKR](#)


[Skörhet hos äldre och skörhetsskattning med CFS](#)


Digital utbildning - 3 korta separata filmer (12, 22 respektive 14 minuter)


Komplement till validerad skattningsskala


Grafiken på sidan 5, med möjlighet till separat utskrift, är en fristående modell, tänkt som en hjälp för att, på ett enkelt och överskådligt sätt, skatta personer enligt CFS. Observera formuleringen ”i behov” och att bedömningen alltså avser om det föreligger ett hjälpbehov och inte om patienten faktiskt får hjälp.


Grafiken är framtagen av Sahlgrenska Universitetssjukhuset och tänkt som ett komplement till den validerade skattningsskalan.


-
- 


1 ADL: Självständig
Hälsotillstånd: Inga medicinska besvär
Fysisk aktivitet: Mycket hög (tränar regelbundet)
 - 


2 ADL: Självständig
Hälsotillstånd: Inga medicinska besvär eller välkontrollerade symtom
Fysisk aktivitet: Hög (tränar regelbundet)
 - 


3 ADL: Självständig
Hälsotillstånd: Välkontrollerade symtom
Fysisk aktivitet: Medel (dagliga promenader)
 - 

4 ADL: Självständig
Hälsotillstånd: Ofta begränsande symtom (t.ex. trötthet, yrsel, falltendens)
Fysisk aktivitet: Låg (kortare promenader)
 - 

5 ADL: I behov av viss hjälp (IADL*)
Hälsotillstånd: Ofta begränsande symtom
Fysisk aktivitet: Låg (kortare promenader, ofta uppenbart långsammare)
 - 

6 ADL: I behov av hjälp (IADL* + 1–2 PADL**)
Hälsotillstånd: Ofta mer uttalade symtom
Fysisk aktivitet: Mycket låg (går sällan ut, i behov av hjälp vid all utomhusaktivitet)
 - 

7 ADL: I stort behov av hjälp (IADL* + 3–5 av PADL**)
Hälsotillstånd: Ofta mer uttalade symtom
Fysisk aktivitet: Mycket låg/ingen
 - 

8 ADL: Helt beroende av hjälp
Hälsotillstånd: Närmar sig livets slut
Fysisk aktivitet: Ingen
 - 

9 "Förväntad återstående livslängd på mindre än 6 månader utan övriga uppenbara tecken på skörhet."

ADL = Aktiviteter i det Dagliga Livet. Innefattar Instrumentell ADL (I-ADL) och Personlig ADL (P-ADL).

*I-ADL: Ekonomi, transporter, hushållsarbete, medicinering.

**P-ADL: Förflyttning, toalettbesök, på- och avklädning, personlig hygien och övrig kroppsvård.