

Sköra Äldre och Clinical Frailty Scale (CFS), SÄS

Förändringar sedan föregående version

Redaktionella förändringar.

Sammanfattning

Riktlinjen beskriver sjukhuset arbetssätt kring att identifiera och omhänderta sköra äldre med indikation för inskrivning i slutenvård.

Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version	1
Sammanfattning	1
Bakgrund och syfte	2
Förutsättningar.....	2
Utförande.....	2
Vägledning för vårdens inriktning	4
Arbetsgrupp	6
Källförteckning	7
Bilaga 1 – Råd till användare av Clinical Frailty Scale.....	8
Bilaga 2 - Vad ska särskilt värderas när?	9

Bakgrund och syfte

Skörhet är ett tillstånd som tillkommer i samband med ökande biologisk ålder, där patientens reservkapacitet minskar kopplat till försämrade fysiologisk och kognitiv funktion. Skörhet är en tydligare prediktor till ökad mortalitet och komplikationer än ren kronologisk ålder.

Clinical frailty scale (CFS) är ett validerat skattningsinstrument för att identifiera skörhet hos personer som är 65 år eller äldre, [se bilaga 1](#). Skattningen kan användas som vägledning i det kliniska arbetet för att bättre värdera lämpliga interventioner utifrån patientens förutsättningar och riskläge.

Vid akut sjukdom och inskrivning på sjukhus av skör patient, ökar särskilt risken med stigande CFS-grad för följande:

Akut Delirium	Undernäring	Fall
Vårdrelaterade infektioner	Trombos	Trycksår
Fysisk och kognitiv funktionsnedsättning	Försämrade ADL	

Tabell 1

Förutsättningar

Läkare eller sjuksköterska ansvarar för att skattning sker i samband med triagering och ställningstagande till inskrivning på vårdavdelning.

Utförande

Genomföra skattning

Vem utför:	När:
Läkare eller Sjuksköterska	Vid triagering eller ställningstagande till.

CFS skattas på alla patienter över 70 år i samband med att behov av inskrivning värderas. **Skattningen bygger på patientens habitualtillstånd och inte det aktuella tillståndet vid akut försämring.** Värdera därför CFS utifrån patientens tillstånd 2 veckor tillbaka i tiden. Om det är ett bristfälligt informationsunderlag i det

akuta skedet, får skattningen revideras så snart ytterligare information framkommer. Skörhet skattas utifrån 9 kategorier enligt bild 1. Notera särskilt att CFS 9 innefattar annars vitala personer med en förväntad livslängd under 6 månader.










	1	MYCKET VITAL	Personer som är starka, aktiva, energiska och motiverade. De tränar regelbundet och hör till dem som är mest vitala för sin ålder.
	2	VITAL	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.
	3	KLARAR SIG BRA	Personer vars medicinska problem är väl kontrollerade, även om de emellanåt har symtom. De är sällan regelbundet aktiva utöver vanliga promenader.
	4	LEVER MED MYCKET LINDRIG SKÖRHET	Denna kategori markerar en tidig övergång från fullständigt 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.
	5	LEVER MED LINDRIG SKÖRHET	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.
	6	LEVER MED MÄTLIG SKÖRHET	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 (uppmaning, stöd) med att klä på sig.
	7	LEVER MED ALLVARLIG SKÖRHET	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).
	8	LEVER MED MYCKET ALLVARLIG SKÖRHET	Är helt beroende av andra för sin personliga vård, och 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 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).

Bild 1. Observera att CFS 9 särskiljer sig.

Dokumentation

CFS dokumenteras i patientjournalen under sökord *Clinical Frailty Scale* och med datum för genomförd bedömning.

Vid handläggning på akutmottagning noteras CFS-grad i kommentarsfältet i Elvis för att vägleda i handläggning och prioritering både på akutmottagning och för vårdavdelning.

Vägledning för vårdens inriktning

Följande stycken är en vägledning för hur [bilaga 2](#) ska användas i klinisk praxis.

Det är av vikt att säkerställa att sköra individer i så stor utsträckning som möjligt erbjuds anpassade vårdinsatser i hemmet, då vård i sjukhusmiljö ofta innebär en mental påfrestning med påföljande risk för delirium/kognitiv svikt eller andra negativa händelser enligt [tabell 1](#).

Vården behöver alltså ha som inriktning att anpassa vistelsen på sjukhus till kortast nödvändiga för sköra äldre, och samtidigt säkerställa ett lugnt och tryggt omhändertagande genom hela vårdkedjan, som tillgodoser de faktiska vårdbehov som patienten har. [Se bilaga 2](#) för vägledning i vad som behöver värderas kopplat till de olika CFS-nivåerna.

All bedömning och planering för interventioner är individuell och behöver ske i dialog med patienten. CFS-skattningen är en vägledning i den bedömningen, och kan inte ensamt användas för beslut om vårdens inriktning.

CFS som prioriteringsgrund

Om väl beslut om inskrivning fattats behöver det akuta omhändertagandet påskyndas för att minimera patientens tid på akutmottagningen. Det innebär att patienter med CFS ≥ 7 ska prioriteras i samma medicinska prioriteringsgrupp.



Patienter med CFS ≥ 7 ska beredas ordinarie vårdplats, utan väntetid, i en lugn och trygg miljö och ej placeras i korridor, då det ökar risken för akut konfusion.

Se bilaga 2 för rekommendation av åtgärder/ställningstaganden utifrån skattad CFS-nivå. Vägledning skrivs utifrån tre skeenden i patientens vård:

Handläggning innan inskrivning

Baserat på patientens skörhet och fysiska funktionsnivå kan man göra olika typer av överväganden för att undvika eventuell inskrivning.

Vitala äldre kan med fördel, om indikation finns, planeras in för t.ex. ett subakut besök nästkommande dag. Skörare individer kräver ett mer robust och holistiskt tillvägagångssätt, där inkoppling av omsorgscoordinator och dialog med den primära vården för snabb uppföljning i hemmet, är viktiga delar i bedömning om patienten kan vårdas i hemmet.

Handläggning i slutenvården

Vård och omvårdnad under vårdtillfället behöver ges utifrån en helhetssyn på patienten och dennes behov, med fokus att minimera de risker som skörheten medför. Involvering av anhöriga är en viktig del i att fånga helheten av patientens vårdbehov.

- Riskbedömning för trycksår, fall, UVI och undernäring ska alltid ske.
- Identifiera och behandla förekomst av hypotension/ortostatism.
- Bedömning om förekomst av delirium (ta hjälp av instrumentet 4AT, se riktlinje [Delirium konfusion hos sköra äldre](#)).
- Förebygg risk för pneumoni, genom regelbunden munvård, adekvat sängläge, mobilisering och andningsträning. Se riktlinje [Pneumoni - förebyggande av vårdrelaterad infektion](#).
- Förenklad läkemedelsgenomgång behöver alltid genomföras. Värdera och seponera ogynnsamma läkemedel utifrån VGR:s vägledning Äldrekompassen: [Äldrekompassen](#)
- Säkerställ snabbt stöd till mobilisering samt remiss till fysio- och arbetsterapeut för tidig bedömning av funktionsnivåer och hjälpmedel.
- **Undvik om möjligt miljöombyten/byte av vårdavdelning vid CFS ≥ 7 , då detta ökar risken för konfusion.**

- Överväg remiss för inskrivning i närsjukvårdsteam, se riktlinje [Remiss till närsjukvårdsteam](#).
- Vid hög CFS ≥ 7 föreligger en uttalad skörhet och låg reservkapacitet. Målet för vården ska vara att ge en optimal vård enligt principen ”allt som bör göras, men inte allt som kan göras”. Maximal vård är inte alltid optimal vård. Värdera vårdens inriktning med symtomlindring kontra kurativt syftande åtgärder. Föreligger behov av brytpunktssamtal?

Handläggning innan/i samband med utskrivning

Planering för hemgång behöver starta redan vid inskrivning för att säkerställa ett tryggt och ordnat mottagande när behovet av sjukhusvård inte längre kvarstår. Här är tidig dialog med övriga involverade vård- och omsorgsgivare central. Fallpreventiva åtgärder i hemmet behöver särskilt värderas liksom måltidsstöd vid nedsatt aptit.

Vid högre CFS-grader är det av stor vikt att säkerställa skyndsam uppföljning efter utskrivning för att motverka försämring.

Arbetsgrupp

För innehållet svarar

Johan Bergfors, vårdenhetschef, VO kirurgi, ortopedi och öron-näsa-hals, SÄS

Mia Ädel, läkarchef, VO anestesi, operation, intensivvård, SÄS

Haval Mostafa, ST-läkare, VO medicin, SÄS

Josefin Blomberg, specialistläkare, VO kirurgi, ortopedi och öron-näsa-hals, SÄS

Sara Lundqvist, vårdenhetschef, VO neurologi, rehabilitering och nära vård, SÄS

Cecilia Johansson, sjuksköterska, VO neurologi, rehabilitering och nära vård, SÄS

Beata Krentz, överläkare, VO neurologi, rehabilitering och nära vård, SÄS

Louise Andersson Weström, akutsjuksköterska, VO akutsjukvård, SÄS
Susanne Svensson, överläkare, VO akutsjukvård, SÄS

Remissinstanser

Verksamhetschefer, SÄS

Källförteckning

1. Acute Care toolkit 3, Acute care for older people living with frailty. (2020). Royal college of physicians.
2. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. Lancet. 2013 Mar 2;381(9868):752-62. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9. Epub 2013 Feb 8. Erratum in: Lancet. 2013 Oct 19;382(9901):1328. PMID: 23395245; PMCID: PMC4098658.
3. Delregional rutin för skörhet och användning av clinical frailty scale CFS-9, Närvårdssamverkan Södra älvborg (2023).
4. Ekdahl A, et al. Clinical frailty scale – Skörhet är ett sätt att skatta biologisk ålder. Läkartidningen. 2022;199:22040
5. Joining the dots: A blueprint for preventing and managing frailty in older people (2023), British Geriatrics Society.
6. Skörhet och användning av CFS, Revisionsnummer 2, Regional riktlinje, Region Kronoberg. (2022).
7. Delirium konfusion hos äldre. Sjukhusövergripande rutin, Sahlgrenska universitetssjukhuset
<https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/su>
8. Sköra äldre på vårdavdelningar inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Sjukhusövergripande rutin, Sahlgrenska universitetssjukhuset
<https://insidan.vgregion.se/forvaltningar/su>
9. Läkemedel som bör undvikas till äldre. Socialstyrelsen
www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/aldre-olampliga-lakemedel-for-aldre-lista.pdf

Bilaga 1 – Råd till användare av Clinical Frailty Scale

Goda råd till dig som använder Clinical Frailty Scale

Clinical Frailty Scale (CFS) skapades i syfte att snabbt kunna uppskatta resultatet av en fullständig bedömning. Skalan används idag världen över som ett triageverktyg och som stöd vid viktiga kliniska beslut, det är därför viktigt att den används på rätt sätt.

#1 **Det gäller att fånga grundnivån**

Om personen du bedömer är akut sjuk, bedöm hur den mådde för 2 veckor sedan, inte hur hen mår idag.

#2 **Ta en ordentlig sjukhistoria**

CFS är ett objektiva kliniskt bedömningsverktyg. Skörhet måste observeras, beskrivas och mätas – det är ingen gissningslek.

#3 **Lita på din patient, men dubbelkolla**

Vad personen framför sig beskriver är alltid viktigt, men måste verifieras med anhöriga och/eller vårdare. **CFS baseras på din bedömning**, du måste således väga samman vad som berättas för dig, med vad du ser och med din kliniska erfarenhet från tidigare möten med äldre.

#4 **Endast 65+ (På SÄS skattas 70+)**

CFS är inte validerat för personer under 65 års ålder eller för dem med enskilt handikapp. Det är oavsett viktigt att dokumentera hur en person rör sig, fungerar i vardagen samt hens upplevelse av sitt hälsotillstånd, det bidrar till en mer individualiserad bild och hjälper oss värdera just den personens sårbarhet.

#6 **Kroniska sjukdomar betyder inte att individen automatiskt är CFS 3**

Personer som inte besväras av sin sjukdom och där symtomen inte påverkar deras vardag, kan mycket väl vara CFS 1 eller 2 om hen är aktiv och självständig

#7 **Glöm inte ”Sårbar” (CFS 4)**

Individer i denna kategori är självständiga (de kan behöva hjälp med tunga hushållssysslor), men klagar ofta över att de är långsamma och blir snabbt trötta. De blir alltmer stillasittande och har tilltagande sjukdomssymtom.

#8 **CFS fungerar även vid demens**

Funktionsbortfallet vid demens följer ett mönster liknande det vid skörhet; mild, måttlig och svår demens motsvarar ofta CFS 5, 6 respektive 7. Om du inte vet hur uttalat demensen är, bedöm CFS precis som vanligt

#9 **Grotta ner dig ordentligt i hur funktionsförmågan förändras**

När du bedömer mer komplexa vardagsaktiviteter (som matlagning, hur hen hanterar ekonomin och sköter hemmet), så bör du fokusera på om individens funktionsförmåga har förändrats. En person som aldrig själv utfört en viss uppgift utan låtit någon annan utföra den, kan inte anses osjälvständig bara för att hen inte kan utföra sagd uppgift och kanske inte ens vet hur man gör.

Kenneth Rockwood, Sherri Fax, Olga Theou & Linda Dyles • v.2.0 5 june 2020 •

Översatt av svenska Anna Alberg med tillstånd

Rubrik: Sköra Äldre och Clinical Frailty Scale (CFS), SÄS

Dokument-ID: SAS9642-738863596-665

Version: 2.0

Bilaga 2 - Vad ska särskilt värderas när?

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Inskrivning?	Kan vården istället ges som subakut besök nästkommande dag eller annan typ av öppenvård/egenvård?									
	Kan vården bedrivas med stöd av riktade insatser i hemmet istället för inskrivning i slutenvården?									
	Kan omsorgskoordinering lösa hemgång utan inskrivning?									
	Prioriterad handläggning: Avklara skyndsamt nödvändiga bedömningar på akutmottagningen. Vid inskrivning. Bestäm vårdbehov och transportera omgående patienten till vårdplats.									
Slutenvård	Upptäck och behandla geriatriska tillstånd, t.ex. delirium, hypotension/ortostatism.									
	Riskbedöm och förebygg: Trycksår, fall, UVI, nutrition. Vid misstanke om delirium utför bedömning enl. 4AT									
	Förebygg pneumoni: Regelbunden munvård, adekvat sängläge, mobilisering och andningsträning.									
	Värdera särskilt: Kommer planerad utredning verkligen att hjälpa patienten?									
	Värdera vårdens inriktning: Palliativ vs kurativ. Ta ställning till behandlingsbegränsningar.									
	Enkel läkemedelsgenomgång: Finns behov av fördjupad läkemedelsgenomgång (CFS 5-8)?									
	Tillse tidig bedömning av fysio- & arbetsterapeut.									
Överväg kontakt med närsjukvårdsteam. Brytpunktssamtal: Vad vill patienten med sin sista tid i livet? Säkerställ plan för god vård i livets slut.										
Utskrivning	Värdera och erbjud omsorgsplanering inkl. fallpreventiva åtgärder i hemmet. Aktualisera till primärvård för uppföljning t.ex. minnesutredning?									
	Säkerställ skyndsam uppföljning efter utskrivning för att motverka potentiell försämring av co-morbiditeter. Finns behov av utökade omsorgsinsatser?									

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Johan Bergfors, (johla21), Vårdenhetschef

Granskad av: Johan Bergfors, (johla21), Vårdenhetschef

Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Dokument-ID: SAS9642-738863596-665

Version: 2.0

Giltig från: 2026-01-15

Giltig till: 2028-01-15