

Att skatta skörhet

Manual och råd från
Geriatriskt utvecklingscentrum



Guðný Stella Guðnadóttir, överläkare, med dr, specialist i geriatrik

Lena Holmquist Henrikson, överläkare, specialist i geriatrik, centrumchef
Geriatriskt utvecklingscentrum

Katarina Wilhelmson, universitetssjukhusöverläkare, professor, specialist i geriatrik

Johan Bergdahl, ST- läkare geriatrik

Linda Runesson, sjuksköterska geriatrik

Synneve Dahlin-Ivanoff, arbetsterapeut, professor

Denna manual är framtagen mars 2020 och reviderad april 2022 av Geriatriskt Utvecklingscentrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU). Dess syfte är att ge stöd för bedömning av skörhet (frailty) på SU. Manualen baseras delvis på manual framtagen av skörhetsarbetsgruppen hos RIKSHIA inför införandet av skörhetsskattning med Clinical Frailty Scale (CFS) i SWEDEHEART Kvalitetsregistret.

Tillstånd att använda CFS krävs från Dalhousie University. Genom Geriatriskt utvecklingscentrum har Sahlgrenska Universitetssjukhuset tillstånd för klinisk användning av CFS.

Foto: Ines Sebalj 2022

Vad är skörhet?

Skörhet är ett begrepp som är bättre än kronologisk ålder för att t.ex. beskriva och identifiera äldre personer med ökad risk för negativa händelser och risk för stora behov av vård och omsorg. Sköra äldre personer är en grupp med varierande och snabbt föränderliga vård-, omsorgs- och rehabiliteringsbehov. Vid en konsensuskonferens på EU:s initiativ 2013 konstaterades att det finns olika sätt att definiera skörhet, som är starkt relaterade till varandra. I denna manual utgår vi från den fysiska skörheten, som är ett tillstånd där kroppen med ökande biologisk ålder har minskad reservkapacitet på grund av nedsatt funktion i många fysiologiska system, och därmed en minskad motståndskraft mot olika påfrestningar. Fysisk skörhet kan uttrycka sig som allmän svaghet, trötthet, nedsatt uthållighet, undervikt och låg fysisk aktivitet, där vissa aktiviteter tar längre tid att göra och man inte känner sig lika stark som tidigare. Detta leder till att sårbarheten hos personen ökar. Begreppet skörhet kan också definieras ur ett bredare perspektiv där man även lägger till begreppen sjuklighet och aktivitetsförmåga till den fysiska skörheten. Clinical Frailty Scale (CFS) är ett exempel på detta.

För att kunna sätta in åtgärder för att undvika försämring och komplikationer, är det viktigt att tidigt identifiera vilka patienter som är sköra eller börjar bli sköra. Forskning visar att interventioner gör störst nytta i ett tidigt skede, innan personerna är alltför fysisk sköra och beroende av andra för att klara vardagsaktiviteterna.

Varför ska vi skatta skörhet?

Skörhetsskattning kan användas för att identifiera personer med hög risk att drabbas av negativa händelser eller komplikationer under en vårdtid på sjukhus, exempelvis:

- Förvirring
- Fall
- Trycksår
- Förlängd sjukhusvård/institutionsboende
- Ökat beroende i Aktiviteter i Dagligt Liv (ADL)
- Försämrade hälsorelaterad livskvalitet
- Död

När en person har risk för skörhet eller är skör (≥ 4 poäng på CFS) är det särskilt viktigt att göra riskbedömningar och vårdplaner för att förebygga negativa utfall; t.ex. risk för fall, trycksår, undernäring och förvirring, samt att göra en bedömning av ADL-förmågan. Detta görs för att kunna sätta in förebyggande åtgärder och för att skraddarsy och personcentrera handläggningen både medicinskt och omvårdnadsmissigt.

Bedömning av skörhetsgrad bidrar till att:

- Tidigt identifiera sköra äldre personer som kan ha särskild nytta av en övergripande geriatrisk handläggning och ett teambaserat strukturerat omhändertagande av äldre (CGA, comprehensive geriatric assessment), exempelvis genom vård på geriatrisk avdelning inom SU eller kontakt med geriatrikkonsult.
- Underlätta identifiering av äldre personer med ökad risk för komplikationer efter olika ingrepp, underlätta val av behandling och initiera åtgärder för optimering inför redan planerad behandling.
- Underlätta ställningstagande till ineliggande rehabilitering på geriatrisk vårdavdelning innan utskrivning, eller rehabilitering inom öppenvård efter utskrivning.
- Identifiera personer med behov av samordnad utskrivningsplanering tidigt i vårdförloppet innefattande tydlig kommunikation och samarbete med såväl primärvård som kommunal vård och omsorg.
- Identifiera personer med behov av snabb uppföljning efter hembesök från akutmottagning eller efter utskrivning från vårdavdelning. Detta kan exempelvis ske via SU:s olika Närsjukvårdsteam eller hembesöksteam från primärvård eller kommun.

Skörhet ingår i en helhetsbedömning av den äldre patienten


Skörhetsgraden är en viktig del av helhetsbedömningen av den äldre personen, där man gör en individuell bedömning och tar hänsyn till bland annat sjukdomsburda, riskbedömningar, rehabiliteringsbehov och personens egen inställning.

Skörhetsbedömningen är endast en del av helhetsbedömningen, och kan inte ensam utgöra grund för beslut om den fortsatta handläggningen.

Skörhetsskattning med Clinical Frailty Scale (CFS)

Clinical Frailty Scale är en mer omfattande bedömning av graden av skörhet, där det krävs mer detaljerade uppgifter om hur personen klarat sig i sitt habitualtillstånd d.v.s. ca två veckor innan aktuellt insjuknande. Den innebär en sammantagen bedömning av symtom, ADL-förmåga och fysisk skörhet. Bedömaren bör ha kunskap om och förståelse av instrumentet, för att kunna göra en tillförlitlig bedömning av grad av skörhet.

CLINICAL FRAILTY SCALE

	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 SKÖRHEIT	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.
	5	LEVER MED LINDRIG SKÖRHEIT	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 MÅTLIG SKÖRHEIT	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 SKÖRHEIT	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 SKÖRHEIT	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).

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.geriatricmedicinresearch.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.



DALHOUSIE UNIVERSITY

Allmänna råd för skattning med Clinical Frailty Scale, CFS

Skattningen är en sammantagen bedömning av personens skörhet för att underlätta optimering av handläggningen och det är bra om hela teamet är involverat i bedömningen.

Fundera alltid på om personen är begränsad i vardagliga aktiviteter, hur aktiv personen är och om hjälpbehov finns. Många faktorer påverkar skörhetsskattningen, och det är viktigt att utgå ifrån personens egna prioriteringar och behov, och att ha en förståelse för att människor både kan över- och underskatta sin förmåga. Det kan alltså vara en skillnad på vad en person säger att den brukar göra och vad personen verkligen har klarat av att göra.

Det är även viktigt att identifiera personer som börjat utveckla skörhet (CFS 4), eftersom de också kan ha god nytta av förebyggande insatser.

- Börja skattningen under ankomstsamtalet.
- Bedöm hur personens skörhet var cirka **två veckor innan** sjukhusinläggningen.
- Använd till exempel nedanstående frågor, gärna fler, för att göra en rättvis bedömning. Ta gärna hjälp av teamet.
- Tänk på att det kan vara en skillnad på vad en person säger att den har gjort och vad personen verkligen har klarat av att göra.
- Anhöriga kan bidra med värdefull information.
- Bedömningen dokumenteras i Melior under "Ankomstsamtal sjuksköterska" under sökordet "Skörhetsscreening enligt CFS". Finns inte sökordet kan detta hämtas manuellt i Melior.

Hjälp vid bedömning vid skattning med CFS

- Motionerar personen regelbundet? *Om ja, troligen CFS 1-4.*
- Klarar personen att gå en 30-minuters promenad utan att bli trött? *Om ja, troligen CFS 1-3 (andra faktorer kan dock medföra en högre skattning).*
- Blir personen mycket trött av att gå korta sträckor eller ramlar personen ofta? *Om ja, troligen minst CFS 4.*
- Är personen begränsad i sina aktiviteter i vardagen? *Om ja, troligen minst CFS 4.*
- Behöver personen hjälp med ett par (1-2) aktiviteter i personlig ADL (ta på sig, toalettbesök, äta, personlig hygien, ta sig i/ ur säng)? *Om ja, troligen minst CFS 6.*
- Behöver personen hjälp med de flesta (3-5) aktiviteter i personlig ADL (ta på sig, toalettbesök, äta, personlig hygien, ta sig i/ ur säng)? *Om ja, troligen minst CFS 7.*
- Kan personen själv sköta sin ekonomi och sin medicinering? Denna fråga kan behöva kompletteras då en del personer kanske aldrig skött ekonomi. Fråga även om andra sysslor som kan avslöja kognitiv skörhet. *Om nej, troligen minst CFS 5.*
- Har personen hemtjänst/hemsjukvård och vad får personen i så fall hjälp med? *Personer med hemtjänst utöver städning, har ofta CFS 5 eller mer (mer specificerade frågor krävs).*
- Behöver personen hjälp av anhöriga med sin ADL, och vad får personen i så fall hjälp med? *Om ja, troligen minst CFS 5 eller mer (mer specificerade frågor krävs).*
- Personer som bor på särskilt boende har nästan alltid *minst CFS 6.*

Skörhetsbedömning av personer med demens

Observera att lindrig kognitiv störning (mild cognitiv impairment, MCI) inte innebär lindring demens. Skattningen ska i dessa fall göras som för personer utan demens. Om du inte vet hur uttalad demensen är, bedöm CFS som vanligt.

Graden av skörhet motsvarar i allmänhet graden av demens.

- Personer med lindrig demens har minst CFS 5
- Personer med måttlig demens har minst CFS 6.
- Personer med svår demens har minst CFS 7.

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. Kan utföra sin personliga vård på uppmaning.

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

Grafiken på nästa sida är en fristående modell, tänkt som en hjälp för att, på ett enkelt och överskådligt sätt, skatta personer enligt CFS. Observera att fälten 4 och 5 ligger avskilt då dessa kan vara extra viktiga att uppmärksamma samt att fält 9 ligger separat. Observera även formuleringen ”i behov”, bedömningen avser alltså om det föreligger ett hjälpbehov och inte huruvida patienten faktiskt får hjälp. Grafiken är en egen produktion och tänkt som ett komplement till den validerade skalan.



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)



3

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



6

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



2

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



7

ADL:
Helt beroende av hjälp
Hälsotillstånd:
Ofta mer uttalade symtom
Fysisk aktivitet:
Mycket låg/ingen



1

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



8

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

ADL = Aktiviteter i det Dagliga Livet. Innefattar Instrumentell ADL (IADL) och Personlig ADL (PADL).
***IADL:** Ekonomi, transporter, hushållsarbete, medicinering.

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



9

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

Geriatriskt utvecklingscentrum Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Johan Bergdahl, ST
Lena Holmquist Henrikson, ÖL
Guðný Stella Guðnadóttir, ÖL
Katarina Wilhelmson, ÖL
Linda Runesson, SSK

Referenser

RIKSHIA arbetsgruppen för skörhet. Att skatta skörhet i SWEDEHEART. En manual och praktiska råd, 2022-03-04.

<https://www.ucr.uu.se/swedeheart/dokument-sh/skorhet-sh>

[Geriatric Medicine Research vid Dalhousie University. CFS 2.0, 2020. https://www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html](https://www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html)

Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, Cesari M, Chumlea WC, Doehner W, Evans J, Fried LP, Guralnik JM, Katz PR, Malmstrom TK, McCarter RJ, Gutierrez Robledo LM, Rockwood K, von Haehling S, Vandewoude MF, Walston J. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc*. 2013 Jun;14(6):392-7. doi: 10.1016/j.jamda.2013.03.022.

Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004 Mar;59(3):255-63. doi: 10.1093/gerona/59.3.m255.

Linda P. Fried, Catherine M. Tangen, Jeremy Walston, Anne B. Newman, Calvin Hirsch, John Gottdiener, Teresa Seeman, Russell Tracy, Willem J. Kop, Gregory Burke, Mary Ann McBurnie, Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype, *The Journals of Gerontology: Series A*, Volume 56, Issue 3, 1 March 2001, Pages M146–M157

Eklund K, Wilhelmson K, Landahl S, Dahlin-Ivanoff S. Screening for frailty among older emergency department visitors: Validation of the new FRESH-screening instrument. *BMC Emergency Medicine*. 2016. 16:27

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.

Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski A. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005 Aug 30;173(5):489-95. doi: 10.1503/cmaj.050051.

Ekdahl A, Ekerstad N, Alfredsson J, Johanson M, Metzner C, Strandberg T, Cederholm T; Skörhetsbegreppet viktigt för att förstå den äldre patientens behov. *Läkartidningen* 21-22 2020

Ekerstad N, Swahn E, Janzon M, Alfredsson J, Löfmark R, Lindenberger M, Carlsson P. Frailty Is Independently Associated With Short-Term Outcomes for Elderly Patients With Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *Circulation*, 2011;124:2397-2404.

Kontakt

Kontakta gärna Geriatriskt utvecklingscentrum SU vid frågor. Vi erbjuder även utbildningar.

Lena Holmquist Henrikson: lena.homquist.henrikson@vgregion.se

Katarina Wilhelmson: katarina.wilhelmson@gu.se

Desirée Stén: desiree.sten@vgregion.se