

# Skörhet hos äldre och skattning med Clinical Frailty Scale (CFS)

## Förändringar sedan föregående version

Förtydliganden gällande att verksamheterna själva kan besluta att skörhetsskatta alla patienter  $\geq 65$  år. Tillägg avsnitt rörande akuta åtgärder, till exempel inför akut kirurgi. Flödesschemat uppdaterat. Smärre redaktionella ändringar.

## Syfte

Denna rutin syftar till att optimera omhändertagandet av sköra äldre patienter. Detta görs bland annat genom att bedöma skörhetsgrad och sätta in åtgärder för att minska risken för exempelvis komplikationer och ge bästa förutsättningar för patienten att bibehålla sin funktionsförmåga. För att uppnå detta behöver all berörd hälso-och sjukvårdspersonal ha förståelse och kunskap om skörhet och sköra äldres ökade risk för försämring och komplikationer; därför finns det även ett [kunskapsstöd](#) om skörhet och Clinical Frailty Scale (CFS) i slutet av denna rutin.

Rutinen gäller sjukhusövergripande för verksamheter inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) som vårdar äldre patienter.

## Sammanfattning

Skörhet är ett tillstånd där kroppen med ökande ålder har minskad reservkapacitet på grund av nedsatt funktion i flera fysiologiska system. Bedömning av skörhet ingår i helhetsbedömningen av en äldre patient, och gradering av skörheten görs med Clinical Frailty Scale (CFS) i slutenvård och i öppenvård. Skörhetsbedömningen avser alltid patientens habitualtillstånd.

På akutmottagningar på SU används FRESH för att screena om en patient är skör eller inte; detta ger ingen gradering av skörheten.



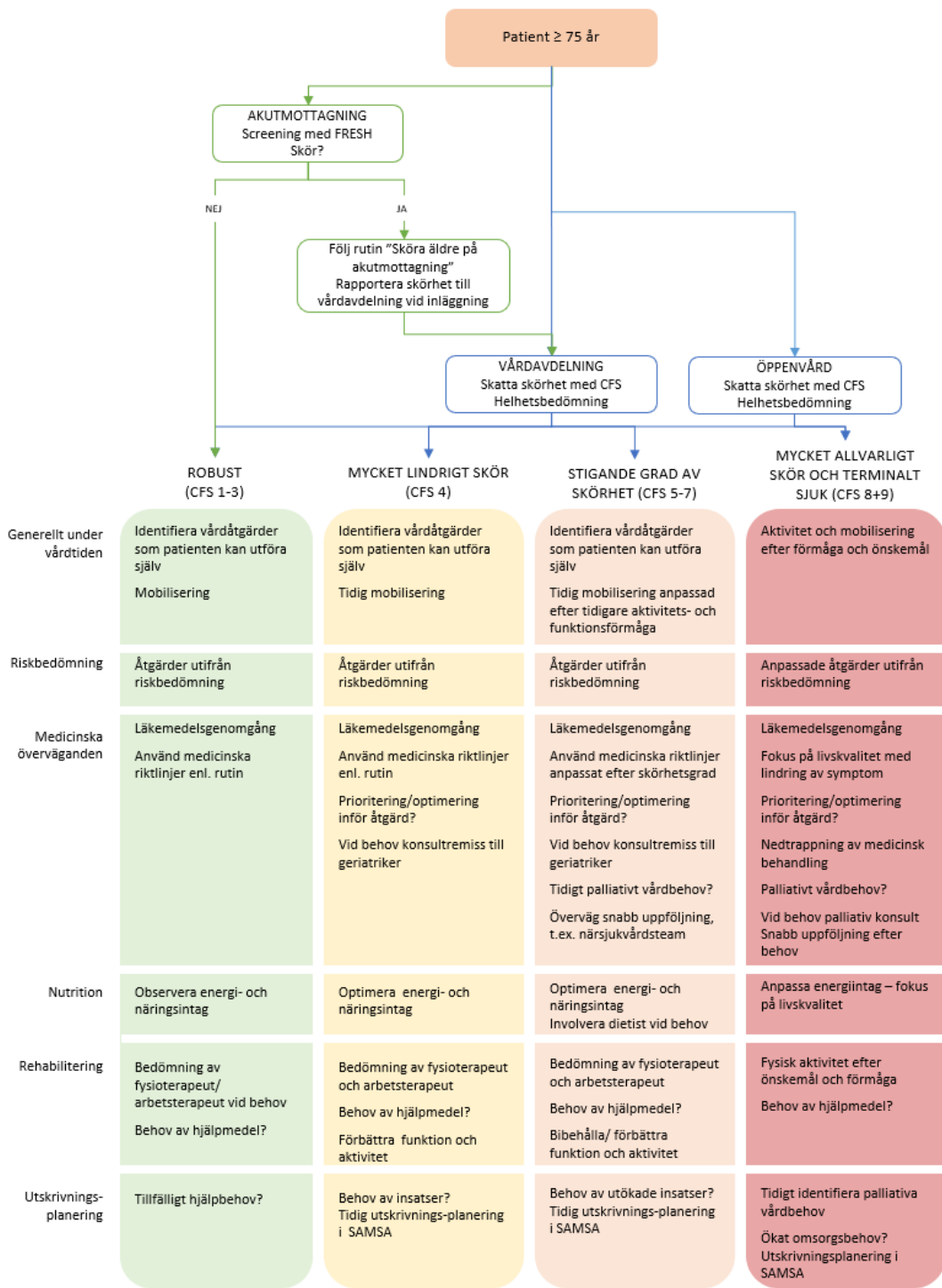
För att undvika försämring och komplikationer är det viktigt att tidigt identifiera sköra patienter och gradera skörheten, oavsett orsaken till sjukhusvistelsen. Skörhetsskattning kan även användas som en del av underlaget för att ta ställning till exempelvis olika utredningar och behandlingar, men handläggningen måste alltid vara personcentrerad och anpassas efter det kliniska sammanhanget och helhetsbedömningen av patienten. Skörhetsgraden får ensamt inte avgöra beslut om den fortsatta handläggningen till exempel att avstå från potentiellt effektiv behandling.

# Innehållsförteckning

<a href="#">Förändringar sedan föregående version</a> .....	1
<a href="#">Syfte</a> .....	1
<a href="#">Sammanfattning</a> .....	2
<a href="#">Flödesschema över skörhetsbedömning och fortsatt handläggning under vårdtiden.</a> .	4
<a href="#">Utförande</a> .....	5
<a href="#">På akutmottagningen</a> .....	5
<a href="#">På vårdavdelning</a> .....	5
<a href="#">På mottagning</a> .....	10
<a href="#">Råd till verksamheterna</a> .....	10
<a href="#">Kunskapsstöd Skörhet och skattning med CFS</a> .....	11
<a href="#">Clinical Frailty Scale (CFS)</a> .....	13
<a href="#">Förutsättningar</a> .....	16
<a href="#">Avsteg från rutin</a> .....	16
<a href="#">Uppföljning</a> .....	17
<a href="#">Relaterad information</a> .....	17
<a href="#">Arbetsgrupp</a> .....	17
<a href="#">Granskare</a> .....	18
<a href="#">Källförteckning</a> .....	19

# Flödesschema över skörhetsbedömning och fortsatt handläggning under vårdtiden.

Flödesschemat är kortfattat och är tänkt som en översikt. Nödvändig och utförligare information om bland annat åtgärder finns beskrivet under respektive rubrik längre ner i rutinen och det är viktigt att all hälso- och sjukvårdspersonal är väl insatt i innehållet.



Figuren ovan är framtagen av arbetsgruppen och kategorierna i flödesschemat baseras på uppdelningen i Kim D.H, Rockwood K. *Frailty in Older Adults N Engl J Med 2024, fig 1 Proposed Approach to Clinical Care of Older Patients According to the Degree of Frailty*. Observera att kategorierna endast är ett stöd och åtgärder måste anpassas efter den kliniska bedömningen.

## Utförande

### På akutmottagningen

#### Skörhetscreening

Patienter som är 75 år och äldre screenas med FRESH på akutmottagningen, se rutin Sköra äldre på akutmottagning på SU. Kommer patienten från ett särskilt boende (SÄBO) definieras patienten redan som skör äldre och behöver inte screenas.

Åtgärder enligt rutin [Sköra äldre på akutmottagning på SU](#).

Tänk på att sköra äldre patienter snabbt kan försämrats i sitt tillstånd, ibland utan föregående alarmsymtom, och därför kan det behövas både tätare kontroller och upprepade bedömningar.

#### Dokumentation

Skörhetscreeningen med FRESH dokumenteras på akutbladet Akutjournal VGR.

### På vårdavdelning

#### Skörhetsskattning

Skörhetsskattning med CFS görs vid ankomst till avdelningen på:

- Patient 75 år och äldre som screenats som skör med FRESH på akutmottagningen
- Patient 75 år och äldre som inte screenats med FRESH
- Patient 65-74 år med kroniska sjukdomar som kan påverka åldrandeprocessen eller där man i övrigt misstänker skörhet (till exempel vid stort beroende i ADL eller hög sjukdomsbelastning, boende på SÄBO)

För att skatta enligt CFS behövs en bred bedömning med beaktande av patientens habitualtillstånd avseende hälsa, fysisk aktivitet och ADL-förmåga, och det är värdefullt att hela teamet bidrar. Hur en teambedömning av skörhetsskattningen går till, behöver anpassas efter enhetens arbetssätt, och om teamrond inte förekommer så görs detta förslagsvis enligt nedan:

- Sjuksköterska gör en första preliminär skattning av skörhet i samband med ankomstsamtalen
- Därefter görs en gemensam bedömning till exempel genom avstämning på medicinsk rond
- Dessutom gör sjuksköterska, och eventuellt undersköterska, avstämning med övriga teammedlemmar utifrån enhetens arbetssätt

Ytterligare information om skattningen finns i avsnittet om CFS i avsnittet

[Kunskapsstöd Skörhet och skattning CFS](#) nedan.

### Viktigt att tänka på vid skattning med CFS:

- Bedöm hur patienten är i sitt habitualtillstånd, det vill säga cirka två veckor innan insjuknandet eller aktuell försämring
- Fråga patienten! Använd gärna frågorna i avsnittet [Relaterad information](#) som hjälp vid bedömningen
- Tänk på att det kan vara skillnad på vad en patient säger sig ha gjort och vad patienten verkligen har klarat av att göra
- Närstående kan bidra med värdefull information
- Skörhetsgraden motsvarar demensgraden, om du inte vet hur uttalad demensen är, bedöm CFS som vanligt. Se även information om bedömning vid demens nederst i bilden på CFS-skalan.

### Dokumentation

Skörhetsgraden (CFS) dokumenteras av sjuksköterska i Melior under sökord *Skörhetsskattning med CFS* i aktivitet *Ankomstsamtal/ Besök inför inskrivning, ssk*.

Via fliken Översikt på patientens journalmapp i Melior finns en sammanställning över tidigare dokumentation på sökordet *Skörhetsskattning med CFS* (och som det tidigare kallats i Melior *Skörhetsscreening enligt CFS*) i den Gemensamma översikten *Skörhetsskattning CFS*, för beskrivning se [här](#).

Om enheten använder kvalitetsregister som registrerar skörhet, görs även registrering enligt respektive registers rutin.

### Generellt under vårdtiden

God omvårdnad med helhetssyn, ett personcentrerat arbetssätt och tidig aktivering och mobilisering ger ökade förutsättningar för sköra äldre patienter att förbättra hälsotillståndet och minskar risken för komplikationer och försämrade aktivitets- och funktionsförmåga under vårdtiden. Det är viktigt att stärka patientens egna resurser genom att tidigt under vårdförloppet stimulera och ge möjlighet till rörelse och delaktighet i vardagsaktiviteter.

- All personal har ansvar för tidig mobilisering. För att förhindra försämring av aktivitets- och funktionsförmåga är det viktigt att stimulera och stödja patienten att vara så aktiv som möjligt under hela sjukhusvistelsen, såsom att sköta personlig vård, sitta på stol vid måltid och klara förflyttningar själv till exempel vid toalettbesök. Hjälpt patienten att bibehålla naturlig dygnsrytm.
- Identifiera vilka vårdåtgärder patienten kan göra själv under vårdtiden till exempel att själv ta läkemedel, sköta stomi etc.
- Vid skörhet skall fysioterapeut och arbetsterapeut kontaktas, se avsnitt om rehabilitering. Övriga professioner i teamet till exempel dietist, logoped och kurator kontaktas utifrån patientens behov.

## Riskbedömningar

När en patient är skör är det särskilt viktigt att bedöma individuell risk för komplikationer. Bedöm risk för

- [trycksår](#)
- [undernäring](#)
- [fall](#)
- [delirium/konfusion](#)
- [munstatus](#)

Bedömning av risker görs med vedertagna bedömningsinstrument enligt respektive rutiner.

- Vid identifierad risk skall Plan i Melior upprättas för individanpassade åtgärder, se respektive rutin för förslag till åtgärder.
- Planerna skall vara kända av patienten och av alla som arbetar med patienten. För att bedöma effekten av vidtagna åtgärder skall planerna följas upp regelbundet och vid behov uppdateras.

## Medicinska överväganden

Skörhetskattningen är en viktig del i helhetsbedömningen av patientens status och behov och är ett underlag även vid planering av den medicinska vården. Det är därför viktigt att ansvarig läkare är delaktig i bedömningen av skörhetsgraden och åtgärder utifrån denna. CFS-graden kan aldrig ensam avgöra fortsatt utredning och behandling, utan behandlingsmål måste alltid vara individuellt anpassade.

Tänk på att sköra äldre patienter snabbt kan försämrans i sitt tillstånd, ibland utan föregående alarmsymtom, och därför kan det behövas både tätare kontroller och upprepade bedömningar.

Sköra äldre har ökad risk för försämring i väntan på utredning och behandling, tex under väntetid till operation. Detta bör noga avvägas mot behov av prioritering och optimering inför ingreppet. Om sådant behov föreligger ska snabb kontakt tas med andra berörda parter som tex anestesi-läkare, dietist eller kardiolog.

Tänk på att

- Enkel läkemedelsgenomgång skall göras, och dokumenteras i Melior under aktiviteten Läkemedelsgenomgång, mall Förenklad läkemedelsgenomgång. Tillse att aktuella ordinationer i Melior är korrekta
- Göra läkemedeländringar utifrån bedömda risker och den aktuella medicinska situationen
- Uppdatera eventuella dosdispenserade läkemedel ("Apodos") inför utskrivning
- Överväga konsultremiss till geriatriker
- Överväga behov av uppföljning av Närsjukvårdsteam efter utskrivning
- Överväga behov av tidig uppföljning på egen mottagning eller vårdcentral
- Bedöma om patienten har ett palliativt vårdbehov:  
Vid stigande grad av skörhet och CFS 9 bör man bedöma om patienten har ett palliativt vårdbehov och erbjuda *Samtal vid allvarlig sjukdom* om vårdens inriktning med patient och närstående, vid behov *Brytpunktssamtal*.  
För att identifiera vuxna patienten med palliativa vårdbehov kan man ta hjälp av SPICT ([Supportive and palliative care indicator tool](#))  
Upprätta en vårdplan med bedömning och åtgärd av symtombörda, omvårdnadsbehov och samordnad planering med kommun och primärvård. Se [Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp palliativ vård](#)  
<https://vardpersonal.1177.se/Vastra-Gotaland/kunskapsstod/vardforlopp/palliativ-varld>  
Kontakta [Palliativa konsultteamet](#) vid behov.

## Nutrition

Om patienten bedöms vara undernärd eller ha risk för undernäring skall avdelningen initiera nutritionsbehandling genom till exempel energi- och proteinberikad kost, energitäta mellanmål och vid behov konsistensanpassad kost. Målsättningen är att patienten skall uppnå sitt energibehov för att bättre kunna tillgodogöra sig medicinsk behandling och rehabilitering. All personal har ansvar för att stimulera näringsintaget. Vid svårigheter att nå energibalans involveras dietist för att optimera nutritionsbehandlingen.

Beakta risker i samband med fasta inför till exempel operation, tillse att väntetiden under fasta minimeras och undvik upprepade fasteperioder.

## Rehabilitering

För sköra patienter skall arbetsterapeut och fysioterapeut kontaktas för tidig bedömning (om möjligt inom första vård dygnet) av patientens tidigare och nuvarande aktivitets- och funktionsförmåga för att identifiera behov av rehabiliteringsinsatser och eventuella hjälpmedel under och efter vårdtiden.

Bedömningen bör omfatta:

- Personlig ADL och Instrumentell ADL
- Förflyttning, gång och balans
- Fördjupad bedömning av fallrisk
- Fördjupad bedömning av trycksår
- Översyn av hjälpmedelsbehov
- Identifiera behov av kognitiv testning

Åtgärder:

- Formulera rehabiliteringsmål tillsammans med patienten
- Rapportera resultat av bedömningar och rehabiliteringsmål till övriga i teamet
- Förebyggande interventioner vid fallrisk och risk för trycksår
- Vid behov individuell träning av aktivitets-och funktionsförmåga.
- För att ge patienten möjlighet att förbättras långsiktigt skall resultat av bedömningar, patientens mål, påbörjade och planerade åtgärder samt hjälpmedel rapporteras i vårdkedjan via SAMSA. Uppdateringar ska ske löpande vid förändrade aktivitets-och funktionsförmågor.

### **Utskrivningsplanering på vårdavdelning**

- Utskrivningsplanering ska startas snarast efter inskrivning i slutenvården. Sköra äldre patienter har ofta behov av insatser från socialtjänst, kommunal primärvård och/ eller regional primärvård efter utskrivning
- Samtliga berörda enheter ska underrättas omgående genom ett inskrivningsmeddelande i SAMSA. I planeringsmeddelandet ska kvarvarande behov efter utskrivningen tydligt framgå, även vad som utförts under slutenvårdsvistelsen. Eventuellt behov av Planeringsmöte ska framgå.
- Relevant information angående patientens behov av vård och omsorg, rehabiliteringsinsatser och eventuella hjälpmedel ska tydligt dokumenteras i SAMSA för att säkerställa en trygg och säker utskrivning.

## På mottagning

### Skörhetsskattning

Inom öppenvård är skörhetsskattning en viktig del av helhetsbedömningen och personcentreringen av vården. Om patienten har en pågående vårdkontakt inom specialistöppenvård eller har dagvård på SU skall skörhetsskattning med CFS göras, om inte detta görs av annan fast vårdkontakt. Skattningen görs årligen eller när habitualtillståndet stadigvarande har förändrats.

Vilken profession som utför skattningen beror på enhetens arbetssätt, men kan utföras av alla professioner i teamet. Det är viktigt med en bred bedömning av patientens medicinska situation, funktionsförmåga och ADL. Se tips ovan ([Viktigt att tänka på vid skattning med CFS](#)) och nedan ([Kunskapsstöd Skörhet och skattning CFS](#)) om skattning med CFS.

Det är viktigt att bedöma skörhet på patienter i öppenvård inför större ingrepp eller behandlingar, till exempel en operation, och överväga optimerande insatser utifrån den totala bedömningen av patienten.

Identifierade behov rapporteras i vårdkedjan enligt sedvanlig rutin, till exempel i SAMSA.

### Dokumentation

Dokumenteras under sökord *Skörhetsskattning med CFS* i sjuksköterskans besöksanteckning, eller enligt lokal rutin.

## Råd till verksamheterna

Varje verksamhet behöver gå igenom aktuellt kunskapsläge utifrån sina respektive kunskapsområden, och utifrån detta skapa ett arbetssätt för hur skörhetsskattning kan bli en del av underlaget för medicinsk handläggning inom respektive specialitet. Det är viktigt att man även i detta arbete har en god förståelse för skalans utformning och nödvändigheten av en bred bedömning.

Sköra äldre har ökad risk för försämring även i väntan på utredning och behandling, vilket man måste ta hänsyn till vid utarbetande av lokala rutiner, tex hur man bedömer väntetid till akut operation. Man behöver även beakta eventuellt behov av optimering inför åtgärden.

Skörhetsskattning är en viktig del av helhetsbedömningen av sköra äldre, och kan användas för att identifiera patienter med hög risk att drabbas av negativa händelser eller komplikationer till exempel under en vårdtid på sjukhus.

Skörhetsskattning kan även användas som en del av underlaget för att värdera olika utredningar och behandlingar, men handläggningen måste alltid vara

personcentrerad och anpassas efter det kliniska sammanhanget och helhetsbedömningen av patienten. Skörhetsgraden får ensam inte avgöra beslut om den fortsatta handläggningen till exempel att avstå från potentiellt effektiv behandling.

Verksamheterna behöver även ta ställning till om åldersgränsen för rutinmässig skattning av patienter inom den egna verksamheten bör läggas på 65 år; detta beroende på patientunderlaget på enheten.

## Kunskapsstöd Skörhet och skattning med CFS

Åldersrelaterad skörhet innebär att kroppen har minskad reservkapacitet på grund av nedsatt funktion i olika fysiologiska system. Hur fort åldrandeprocessen går varierar mycket mellan olika individer. En skör person har minskad motståndskraft mot olika påfrestningar med ökad risk att drabbas av sjukdom och funktionsnedsättning och har ofta ett ökat behov av hälso- och sjukvård. En skör äldre person har ofta

- allmän trötthet
- svaghet
- nedsatt uthållighet
- låg fysisk aktivitet
- ofrivillig viktnedgång
- nedsatt kognition
- nedsatt balans

Det finns olika sätt att definiera skörhet. Ovan definieras skörhet utifrån den nedsatta reservkapaciteten men ofta lägger man även till sjuklighet och aktivitetsförmåga i bedömningen, vilket man gör till exempel vid skattning med CFS.

Oavsett vilken definition av skörhet som används har sköra äldre ökad risk för sämre hälsa, nedsatt funktion och ökad sjukvårdskonsumtion. Under vårdtiden har de bland annat ökad risk att drabbas av komplikationer t ex:

- Trycksår
- Undernäring
- Fall
- Delirium/ konfusion
- Vårdrelaterade infektioner
- Trombos
- Funktionsnedsättning både fysiskt och kognitivt
- Nedsatt förmåga att utföra vardagsaktiviteter (ADL)
- Oro och ångest, tex inför hemgång
- Nedsatt tilltro till den egna förmågan, hospitalisering
- Död

För att kunna sätta in åtgärder för att undvika försämring och komplikationer, är det därför viktigt att oavsett orsak till sjukhusvistelsen tidigt identifiera vilka patienter som är sköra och i vilken grad de är sköra.

Skörhetskattningen kan även användas som en del av underlaget för att ta ställning till exempelvis olika utredningar och behandlingar, men handläggningen måste alltid vara personcentrerad och anpassas efter det kliniska sammanhanget och helhetsbedömningen av patienten. Skörhetsgraden får ensamt inte avgöra beslut om den fortsatta handläggningen till exempel att avstå från potentiellt effektiv behandling.

Sköra äldre patienter gynnas av ett strukturerat omhändertagande av ett multiprofessionellt team, ofta kallat Comprehensive Geriatric Assessment (CGA). En fullständig CGA kan dock inte göras på alla enheter utan man gör valda delar utifrån personens situation.

Äldre personer som inte är sköra kallas i detta sammanhang robusta, och de kan ofta ha en reservkapacitet motsvarande personer som är kronologiskt yngre. Det är viktigt att identifiera även robusta patienter och säkerställa att dessa inte riskerar att man till exempel avstår från behandling enbart på grund av hög kronologisk ålder.

### Instrument för att bedöma skörhet

På Sahlgrenska Universitetssjukhuset används FRESH för att screena för skörhet på akutmottagningarna. Clinical Frailty Scale (CFS) används för skattning/ gradering av skörhet på vårdavdelningar och mottagningar.




**FRESH** är ett screeninginstrumentet som används för att snabbt och enkelt avgöra om en äldre patient riskerar att vara skör, och passar därför på en akutmottagning, men FRESH skattar inte graden av skörhet.

Screening för skörhet		
Nedsatt uthållighet (blir slut av en kort promenad på ca 15-20 min)	Ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
Allmän trötthet/nedsatt ork de senaste tre månaderna	Ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
Ramlar ofta/tror att man kommer ramlar	Ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
Behöver hjälp med att göra sina inköp (ta sig till affären, plocka varor, betala, bära hem)	Ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
Vid minst två ja bedöms behov av vidare åtgärder		
©FRail Elderly Support research group, FRESH		

## Clinical Frailty Scale (CFS)

CFS är ett kliniskt bedömningsverktyg som används för att gradera en patients vitalitet eller eventuella skörhet. CFS-skalan är validerad för personer 65 år och äldre. På SU skattas rutinmässigt personer 75 år och äldre, men vid misstanke om skörhet skattas även patienter 65-74 år, se avsnitt [Utförande](#). Enskilda verksamheter kan besluta att regelmässigt skatta alla patienter 65 år och äldre, beroende på patientunderlaget på enheten, se avsnitt [Råd till verksamheterna](#).

### CLINICAL FRAILTY SCALE SWEDISH

	<b>1</b>	<b>MYCKET VITAL</b>	Personer som är starka, aktiva, energiska och motiverade. De tränar regelbundet och hör till dem som är mest vitala för sin ålder.
	<b>2</b>	<b>VITAL</b>	Personer som <b>inte har några sjukdomssymtom</b> men som är mindre vitala än personer i kategori 1. De tränar ofta eller är <b>emellanåt mycket aktiva</b> , t.ex. beroende på årstid.
	<b>3</b>	<b>KLARAR SIG BRA</b>	Personer vars <b>medicinska problem är väl kontrollerade</b> , även om de emellanåt har symtom. De är <b>sällan regelbundet aktiva</b> utöver vanliga promenader.
	<b>4</b>	<b>LEVER MED MYCKET LINDRIG SKÖRHET</b>	Denna kategori markerar en tidig övergång från fullständigt oberoende. Är <b>inte beroende av andras hjälp</b> i vardagen, men har ofta <b>symtom som begränsar deras aktiviteter</b> . Ett vanligt klagomål är att de "saktar ned" och/eller är trötta under dagen.
	<b>5</b>	<b>LEVER MED LINDRIG SKÖRHET</b>	Dessa personer är ofta <b>uppenbart långsammare</b> och behöver hjälp med <b>komplexa</b> 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.
	<b>6</b>	<b>LEVER MED MÄTTLIG SKÖRHET</b>	Personer som behöver hjälp <b>med alla utomhusaktiviteter och hushållsarbete</b> . Inomhus har de ofta problem med trappor, behöver hjälp <b>med att tvätta sig</b> och kan behöva minimal hjälp (uppmaning, stöd) med att klä på sig.
	<b>7</b>	<b>LEVER MED ALLVARLIG SKÖRHET</b>	Är helt beroende av <b>andra för sin personliga vård</b> oavsett orsak (fysisk eller kognitiv). Trots det framstår de som stabila och utan hög risk för att dö (inom ungefär 6 månader).
	<b>8</b>	<b>LEVER MED MYCKET ALLVARLIG SKÖRHET</b>	Är helt beroende av <b>andra för sin personliga vård</b> , och närmar sig livets slut. De kan i allmänhet inte tillfriskna ens från en lindrig sjukdom.
	<b>9</b>	<b>TERMINALT SJUK</b>	Närmar sig livets slut. I den här kategorin ingår personer med en <b>förväntad återstående livslängd på mindre än 6 månader</b> , men som <b>inte i övrigt lever med allvarlig skörhet</b> (Många terminalt sjuka kan fortfarande träna fram till mycket nära sin bortgång).

#### ATT SKATTA SKÖRHET 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 **mättlig 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.geriatricmedicineresearch.ca](http://www.geriatricmedicineresearch.ca)

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

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



Med CFS graderas vitalitet och skörhet på en 9-gradig skala där 1-3 skattar patientens vitalitet i olika grader, 4 innebär övergång från vital/icke skör till mycket lindrigt skör. Vid 5-7 ökar graden av skörhet och vid 8 är patienten mycket allvarlig skör och bedöms närma sig livets slut. En patient som närmar sig livets slut utan att vara mycket skör skattas 9 vilket innebär att det medicinska tillståndet i sig gör att patienten närmar sig livets slut och detta är överordnat eventuell tidigare skörhet. Vid stigande grad av skörhet och CFS 9 bör man bedöma om patienten har ett palliativt vårdbehov.

Det är viktigt att observera att patienter med skörhetsgrad CFS 4 (*lever med mycket lindrig skörhet*) är i början av skörhetsutvecklingen och har många likheter med de robusta. De särskiljer sig därför från andra grader av skörhet. De bör i många fall behandlas som robusta, men behöver uppmärksammas så att man kan sätta in åtgärder för att om möjligt bromsa skörhetsutvecklingen.

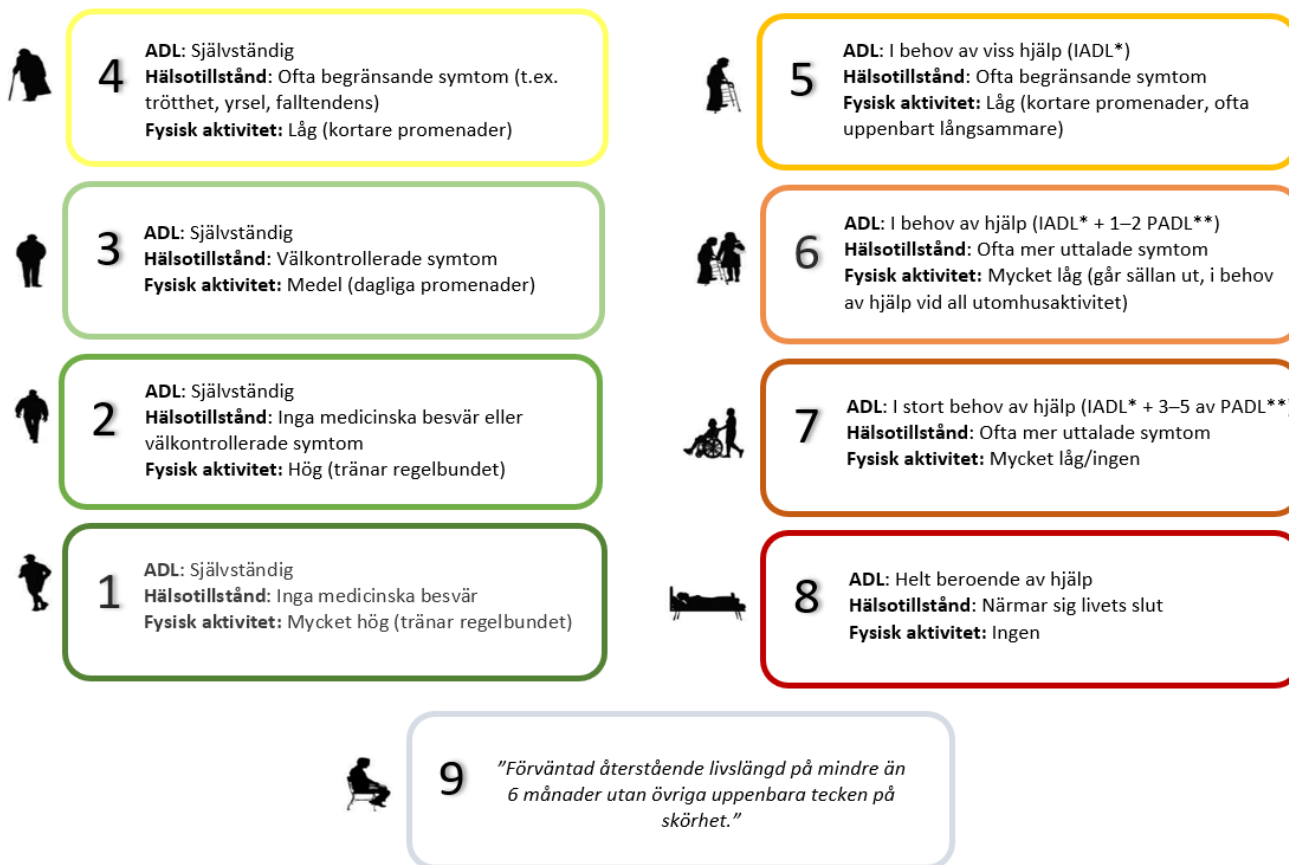
Bedömningen avser alltid patientens habitualtillstånd, det vill säga hur patienten var cirka två veckor före det akuta insjuknandet eller försämringen av kronisk sjukdom. Skattningen innebär en sammantagen bred bedömning av patientens medicinska situation, funktionsförmåga och ADL, bedöm alltså om patienten normalt sett är begränsad av medicinska symtom i vardagliga aktiviteter, hur aktiv patienten är och om hjälpbehov finns. Om kognitiv svikt föreligger motsvaras skörhetsgraden av demensgraden, och om man inte vet graden av demens skattas CFS som vanligt.

Använd gärna frågorna i avsnittet [Relaterad information](#) som hjälp vid bedömningen

Det är viktigt att få med alla aspekter av skörhetens uttryck vid skattningen, därför är det en fördel om patienten bedöms av ett multiprofessionellt team. Arbetssätt för hur teamet delger varandra sin bedömning och deltar i skattningen måste utarbetas på respektive enhet så att det passar med enhetens rutiner i övrigt.


Tänk på att skörhetsgraden ger en viktig del av helhetsbilden och ett underlag för personcentrerad vård, men behandlingsmål måste alltid vara individuellt anpassade.

Nedanstående figur kan användas som en hjälp vid skattningen och förtydligar vikten av en bred bedömning med beaktande av patientens hälsotillstånd, fysiska aktivitet och ADL-förmåga.



**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

Förståelse för en patients skörhetsgrad kan användas för att tillämpa kunskap från studier och klinisk erfarenhet. Observera att kategorierna endast är ett stöd och måste anpassas efter den kliniska bedömningen.

	Robust	Mycket lindrigt skör	Stigande grad av skörhet	Mycket allvarligt skör och terminalt sjuk 
<b>CFS-skattning</b>	1–3	4	5–7	8 och 9
<b>Övergripande mål avseende skörhetsgrad</b>	Öka fysiologisk reservkapacitet	Öka fysiologisk reservkapacitet	Bevara fysiologisk reservkapacitet och förhindra försämring	Lindring av symtom och fokus på livskvalitet
<b>Medicinsk handläggning</b>	Läkemedelsgenomgång	Läkemedelsgenomgång	Läkemedelsgenomgång	Läkemedelsgenomgång
	Använd medicinska riktlinjer enligt rutin	Använd medicinska riktlinjer enligt rutin	Använd medicinska riktlinjer anpassat efter skörhetsgrad	Fokus på livskvalitet med lindring av symtom och nedtrappning av medicinsk behandling
<b>Övriga åtgärder under vårdtillfället</b>	Åtgärder utifrån riskbedömningar	Åtgärder utifrån riskbedömningar	Åtgärder utifrån riskbedömningar	Anpassade åtgärder utifrån riskbedömningar
		Tidig mobilisering. Bedömning av fysioterapeut och arbetsterapeut för att förbättra aktivitets- och funktionsförmåga	Tidig mobilisering. Bedömning av fysioterapeut och arbetsterapeut för att förbättra aktivitets- och funktionsförmåga	Fysisk aktivitet efter önskemål och förmåga
		Optimera näringsintag	Optimera näringsintag, dietistkontakt vid behov	Anpassa näringsintag med fokus på livskvalitet

Figuren ovan är baserad på *Kim D.H, Rockwood K. Frailty in Older Adults N Engl J Med 2024, fig 1 Proposed Approach to Clinical Care of Older Patients According to the Degree of Frailty* och översatt, förkortad och anpassad efter lokala förhållanden av Geriatriskt utvecklingscentrum, SU.

## Förutsättningar

Samtlig sjukvårdspersonal ansvarar för att arbeta enligt denna rutin.

Vårdenhetschefer, enhetschefer och sektionschefer ansvarar för att rutinen är känd och följs.

Utbildning om Skörhet och skattning med CFS finns på Lärportalen [Skörhet hos äldre och skörhetsskattning med CFS](#).

## Avsteg från rutin

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i journalsystemet om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

## Uppföljning

Uppföljning, utvärdering och revidering av rutindokumentet ska ske vid behov, dock senast två år efter godkännande. Innehållsansvarig ansvarar för revidering.

## Relaterad information

[Sköra äldre på akutmottagningar inom Sahlgrenska universitetssjukhuset \(vgregion.se\)](#)

[Exempel på frågor till hjälp vid skattning med CFS](#)

[Trycksårsprevention \(vgregion.se\)](#)

[Undernäring – prevention och behandling \(vgregion.se\)](#)

[Fallprevention \(vgregion.se\)](#)

[Delirium konfusion hos äldre \(vgregion.se\)](#)

[Läkemedelsgenombgång och Vård- och läkemedelsberättelse \(vgregion.se\)](#)

[Läkemedelshantering vid utskrivning från slutenvård \(vgregion.se\)](#)

[Närsjukvårdsteam SU - Kontakt och kommunikation \(vgregion.se\)](#)

[Överrapportering av rehabiliteringsbehov för patient från sjukhus till kommun och primärvård \(vgregion.se\)](#)

[Palliativt konsultteam](#)

Nationellt programområde äldres hälsa och palliativ vård (2023).

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp palliativ vård. [Palliativ vård - 1177 för vårdpersonal](#)

[Rutin för in- och utskrivning från slutenvård hälsa- och sjukvård version 3.0...version 3.0 \(vastkom.se\)](#)

[Samverkan i SAMSA mellan specialist-mottagningar och kommun/primärvård](#)

## Arbetsgrupp

Lena Holmquist Henrikson, Överläkare, VO Akutmedicin och Geriatrik, Centrumchef Geriatriskt utvecklingscentrum

Katarina Wilhelmson, Universitetssjukhusöverläkare, VO Akutmedicin och Geriatrik, adj Professor Geriatrik, AgeCap, Göteborgs Universitet

Lotta Pham, Sjuksköterska/Vårdutvecklare, Palliativt centrum

Kristina Edh, Specialistsjuksköterska/Strateg, Kvalitetsstrategiska avdelningen

Thérèse Garthman, Sjuksköterska/Verksamhetsutvecklare, VO Kirurgi/Östra

Maria Lachonius, Sjuksköterska/Utvecklingsledare, VO Thorax och kardiologi

Beatrice Wiklund, Arbetsterapeut/Enhetschef, Arbetsterapi Sahlgrenska, VO  
Arbetsterapi och Fysioterapi

Gill Asplin, Överfysioterapeut/Sektionsledare, Fysioterapi Mölndal, VO Arbetsterapi  
och Fysioterapi

Nina Uhlebäck, Leg. Dietist/Sektionsledare, Dietistmottagning Medicin Östra, VO  
Medicin Geriatrik och Akutmottagning Östra

Martina Sörensson, Specialistsjuksköterska i palliativ vård, Akutmottagningen, VO  
Medicin Geriatrik och Akutmottagning Östra

Frida Mjörnstedt Oleander, Specialistläkare, sektionschef, VO Medicin geriatrik och  
akutsjukvård Mölndal

Isak Berge, Sjuksköterska Akutgeriatrik, VO Akutmedicin och Geriatrik

Charlotta Larsson, Överläkare VO Kirurgi Östra

Samtliga ovanstående Sahlgrenska Universitetssjukhuset

## Granskare

Helena Gustafson, Förste Chefläkare

Jessica Schiött, Chefsjuksköterska

Lena Holmquist Henrikson, Överläkare, VO Akutmedicin och Geriatrik, Centrumchef  
Geriatriskt utvecklingscentrum

Katarina Wilhelmson, Universitetssjukhusöverläkare, VO Akutmedicin och  
Geriatrik, adj Professor Geriatrik, AgeCap, Göteborgs Universitet

Kristina Edh, Specialistsjuksköterska/Strateg, Kvalitetsstrategiska avdelningen

Andreas Muth, Överläkare, Verksamhetschef VO Kirurgi Sahlgrenska

David Gembäck, tf Avdelningschef VO Medicin Barn. Tidigare MGAÖ

Daniel Johansson, Ställföreträdande verksamhetschef VO Akutmedicin och Geriatrik

Johan Sandelin, Chefläkare

Anna Öwrin, Utvecklingschef Omr 3

Sara Jarl, Verksamhetschef VO Arbetsterapi och Fysioterapi

Samtliga ovanstående Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Kerstin Segesten, patientföreträdare

Anne Ekdahl, Överläkare, Docent, Geriatrik Helsingborgs sjukhus, ordf NPO Äldres  
Hälsa och Palliativ vård och NAG Skörhet

## Källförteckning

”Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre.” Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2013. SBU-rapport nr 221. ISBN 978-91-85413-62-1.

Vårdhandboken [Vårdhandboken \(vardhandboken.se\)](http://vardhandboken.se)

Kim D.H, Rockwood K. Frailty in Older Adults N Engl J Med 2024;391:538-548 DOI: 10.1056/NEJMra2301292 [Frailty in Older Adults | New England Journal of Medicine](https://doi.org/10.1056/NEJMra2301292)

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.

Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ. 2005;173(5):489-95.

Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3):M146-56.

Rockwood K, Theou O, Mitnitski A. What are frailty instruments for? Age Ageing. 2015;44(4):545-7.

Rockwood K, Theou O. Using the Clinical Frailty Scale in allocating scarce health care resources. Can Geriatr J. 2020;23(3):210-5.

Olsson H, Åhlund K, Alfredsson J et al. Cross-cultural adaption and inter-rater reliability of the Swedish version of the updated clinical frailty scale 2.0. BMC Geriatr. 2023;23:803.

Falk Erhag H, Guðnadóttir G, Alfredsson J et al. The Association Between the Clinical Frailty Scale and Adverse Health Outcomes in Older Adults in Acute Clinical Settings - A Systematic Review of the Literature. Clin Interv Aging. 2023;18:249-261.

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, Cederholm T, Boström A-M et al. Clinical frailty scale – skörhet är ett sätt att skatta biologisk ålder Läkartidningen. 2022;119:22040.

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

[Clinical Frailty Scale - Geriatric Medicine Research - Dalhousie University](https://www.dal.ca/~geriatr/clinical_frailty_scale/)

Pham L, Arnby M, Benkel I, Dahlqvist Jonsson P, Källstrand J, Molander U, Ziegert K. Early integration of palliative care: translation, cross-cultural adaptation and content validity of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool in a Swedish healthcare context. *Scand J Caring Sci.* 2020 Sep;34(3):762-771. doi: 10.1111/scs.12781. Epub 2019 Oct 30. PMID: 31667879.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Sahlgrenska Universitetssjukhuset

**Innehållsansvar:** Lena Holmquist Henrikson, (lenho19),  
Överläkare

**Granskad av:** Jessica Schiött, (jessc4), Chefsjuksköterska,  
Katarina Vilhelmsson, (katvi), Universitetssjukhusöverläkare,  
Kristina Edh, (kried3), Strateg, Andreas Muth, (andmu),  
Verksamhetschef, David Gembäck, (davge2), Verksamhetschef  
bitr, Daniel Johansson, (danjo6), Enhetschef, Johan Sandelin,  
(johsa), Chefläkare, Anna Öwrin, (annja76), Utvecklingschef,  
Sara Jarl, (sarja4), Verksamhetschef

**Godkänd av:** Helena Gustafsson, (helgu14), Chefläkare

**Dokument-ID:** SU9992-381335686-217

**Version:** 5.0

**Giltig från:** 2025-09-05

**Giltig till:** 2027-09-05