

CLINICAL FRAILTY SCALE- EN INTRODUKSJON

Fagdag om eldre og skrøpelighet, mars 2026

Paal Naalsund

Overlege ved geriatrisk seksjon HDS.

SKÅRING MED CFS, HVOR OG HVEM?

Integrerte pasientforløp for pasienter med skrøpelighet

- Innføring HDS og på HUS.
- Innføring hos fastlegen, i hjemmetjenestene, og etter hvert på sykehjem.
- CFS kan utføres på få minutter, av de fleste leger og sykepleiere, gitt at man har tilstrekkelig med informasjon om pasient/bruker.
- **Nyttig både ved akutt sykdom og funksjonsendring, og ved annen vurdering og utredning.**
- **Endring over tid? I gangsette tiltak i tide?**
- **CFS ved vurdering av utrednings- og behandlingsnivå.....**

CFS

- Har vist seg som et enkelt screeningsverktøy med god nytte for å identifisere grad av skrøpelighet.
- Identifiserer pasienter som trenger en grundigere vurdering.
- Gjør oss oppmerksom på potensielle risikoer for pasienter.
- CFS vurderer hvordan pasienter klarer seg i hverdagen. Den er en objektiv beskrivelse av funksjonsnivå, hvor kognitiv svikt/demens i tillegg vurderes spesifikt.



Praktisk

- Skåres tidligst mulig (helst innen 24 timer) etter innleggelse, for å tilpasse utredning og behandling.
- Vurdering med CFS ved innleggelse i sykehus: habituell tilstand 2 uker før akutt sykdom.
- Ved vurdering hjemme, hos fastlege, på sykehjem, eller ved poliklinisk vurdering på sykehus: CFS skåres “i øyeblikket”.
- En helhetlig vurdering, som inkluderer samtale med pasient/bruker, kliniske observasjoner og informasjon fra pårørende evt hjemmesykepleie.
- Pasienter over 70 år (65 år i kommunen).
- Et felles språk på tvers av helsetjenester.



CLINICAL FRAILTY SCALE - NORWEGIAN



1	2	3	4	5	6	7	8	9
VELDIG SPREK	SPREK	KLARER SEG BRA	LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET	LEVER MED MILD SKRØPELIGHET	LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET	LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET	LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET	TERMINALT SYK
Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekeste i sin aldersgruppe.	Personer som ikke har aktive sykdomssymptomer, men er mindre spreke enn kategori 1. De kan ofte trene eller være veldig aktive av og til, f.eks. sesongbasert.	Personer med velkontrollerte medisinske problemer, selv om de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive utover vanlig gange.	Tidligere «sårbar». Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvhjulpen. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktivitet. De klager ofte over at de er «langsomme» og/eller blir slitne/trøtte illa dagen.	Disse er mer tydelig langsomme, og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet (personlig økonomi, transport, tungt husarbeid). Vanligvis vil mild skrøpeligheit i økende grad føre til problemer med å handle eller gå utenfor hjemmet alene, lage mat, håndtere medisiner, og begynner å begrense lett husarbeid.	Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utendørs og med å stelle hjemmet. Innendørs har de ofte problemer med trapper, trenger hjelp til bading/dusj og kan trenge litt hjelp til å kle på seg (veiledning, tilsyn).	Helt avhengige av hjelp til personlig stell uansett årsak (fysisk eller kognitiv). Likevel fremstår de som stabile og uten høy risiko for å dø (innen ~6 måneder).	Helt avhengige av hjelp til personlig stell og nærmer seg livets slutt. Vanligvis vil de ikke komme seg igjen selv etter mild sykdom.	Nærmer seg livets slutt. I denne kategorien inngår personer med en forventet levetid <6 måneder uten at de lever med alvorlig skrøpeligheit. (Mange terminalt syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden).

SKÅRING AV SKRØPELIGHET HOS PERSONER MED DEMENS

Graden av skrøpeligheit tilsvarer vanligvis graden av demens (CFS 5,6,7 eller 8). Vanlige symptomer ved mild demens inkluderer det å glemme detaljer rundt en nylig hendelse, selv om man husker selve hendelsen, å gjenta de samme spørsmålene/historiene og sosial tilbaketrekking.

Ved moderat demens er kortidsminnet svært svekket, selv om de virker å huske hendelser fra tidligere i livet. De kan ivareta egenomsorg under veiledning.

Ved alvorlig demens må de ha hjelp til all egenomsorg.

Ved svært alvorlig demens er de ofte sengeliggende. Mange har mistet alt språk.

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (NO). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicineresearch.ca

Translated with permission by Rostoft S, Engstad TT, Sjøbø B, Flaatten H.

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



Ta utgangspunkt i ADL-funksjon

- **I-ADL:** Instrumentelle aktiviteter i dagliglivet
Matlaging(middag...), husarbeid, klesvask, bruk av telefon (ulike funksjoner), transport og evne til å reise på egen hånd, handling /innkjøp, økonomi,medisinhandling
- **P-ADL:** Personnære aktiviteter i dagliglivet:
Personlig hygiene, av- og påkledning, toalettbesøk, spising, fysisk bevegelse og forflytning

Selvhjulpen

Hjelpebehov i en
eller flere I-ADL

Hjelpebehov i en
eller flere P-ADL

Hjelp til alle(eller
nesten alle) P-ADL

CFS
1-4

CFS
5

CFS
6

CFS
7-8

**1****2****3****4****5****6****7****8****9****Aktivitetsnivå:**

Regelmessig

Av og til/
sesongbasert

Kun gange

Slitne/ trøtte
i løpet av
dagenIngen
aktivitet**Symptomer av kroniske sykdommer:**

Ingen

Av og til

Begrenser
aktivitet**Selvhjulpenhet:**Helt
selvhjulenSelvhjulen,
men greier
mindre enn
førTrenger hjelp
til komplekse
aktiviteter
(Eks: å handle,
lage mat,
håndtere
medisiner)Trenger hjelp
til f.eks.
husstell,
dusjing og
veiledning/
tilsyn ved
påkledningHelt
avhengig av
hjelp til
personlig
stell

Selvhjulen

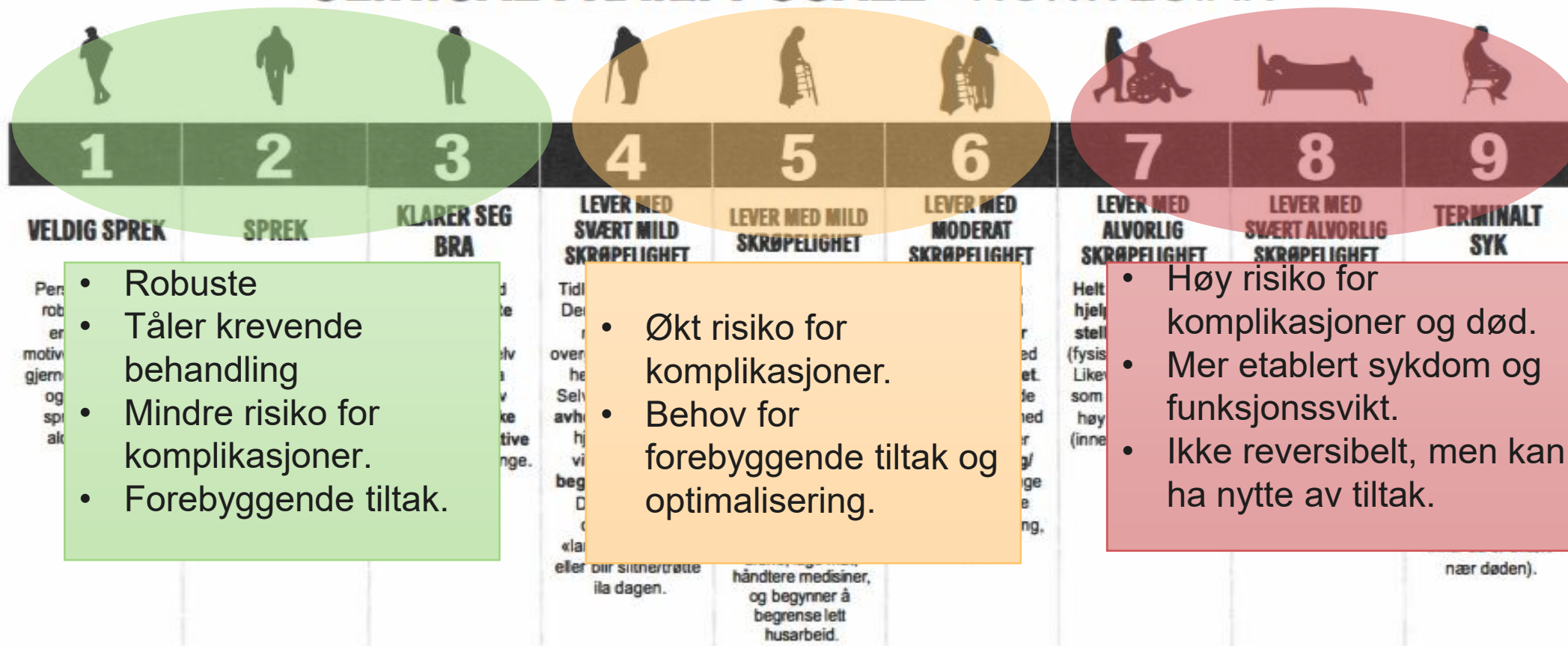
Økende grad av behov for hjelp

Leveutsikter:

Stabile

Nærmer seg
livets sluttTerminale –
forventet
levetid <
6mnd

CLINICAL FRAILITY SCALE - NORWEGIAN



SKÅRING AV SKRØPELIGHET HOS PERSONER MED DEMENS

Graden av skrøpeligheit tilsvarer vanligvis graden av demens (CFS 5,6,7 eller 8). Vanlige symptomer ved mild demens inkluderer det å glemme detaljer rundt en nylig hendelse, selv om man husker selve hendelsen, å gjenta de samme spørsmålene/historiene og sosial tilbaketrekking.

Ved moderat demens er kortidsminnet svært svekket, selv om de virker å huske hendelser fra tidligere i livet. De kan ivareta egenomsorg under veiledning.

Ved alvorlig demens må de ha hjelp til all egenomsorg.

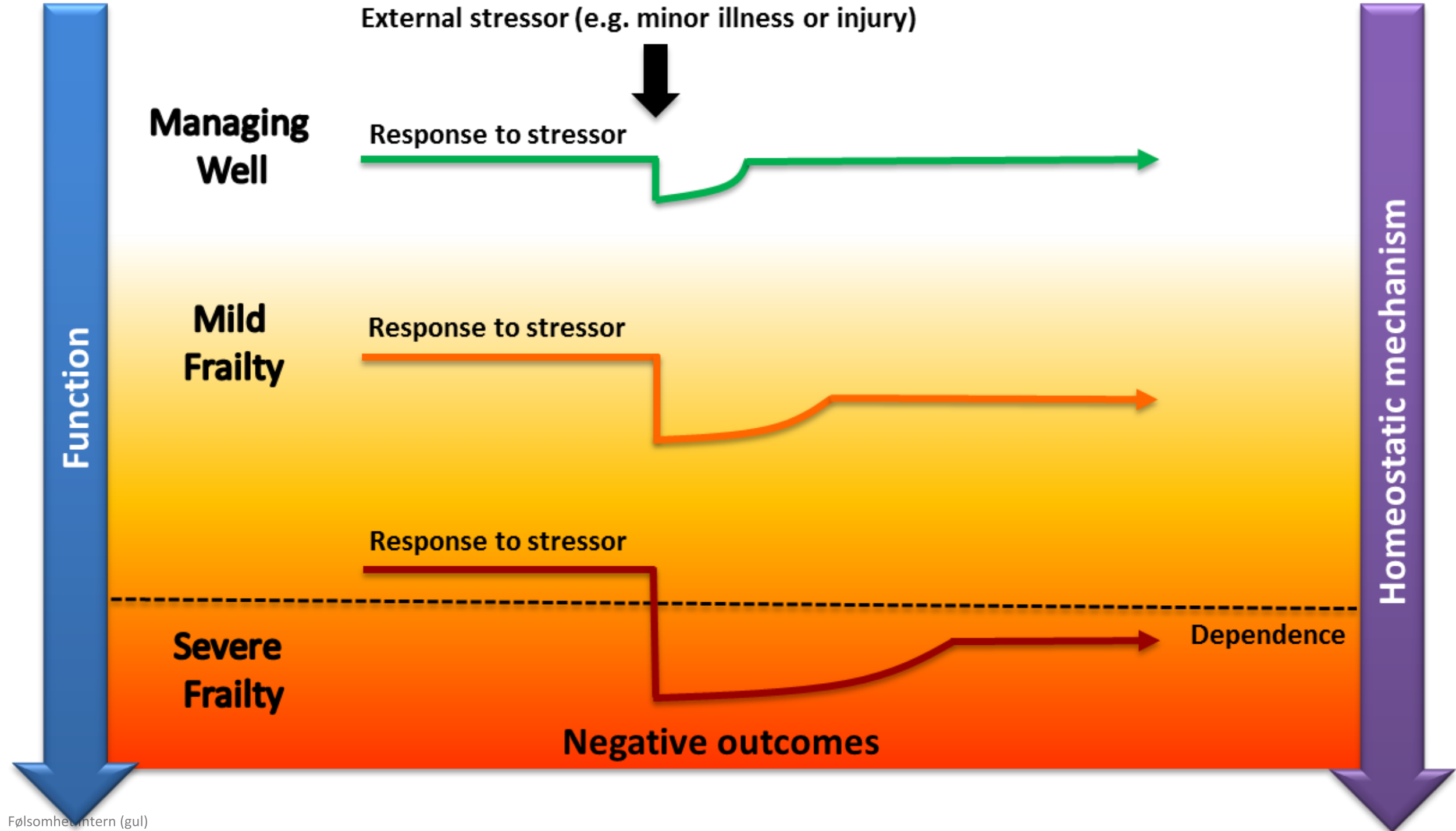
Ved svært alvorlig demens er de ofte sengeleggende. Mange har mistet alt språk.

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (NO). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicineresearch.ca

Translated with permission by Rostoft S, Engstad TT, Sjøbø B, Flaatten H.

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





CFS skår? Kasuistikk 1.

- Mann 90 år. Gift. Han og kona har ikke hjemmesykepleie, eller annen offentlig hjelp. Har 1 datter, god kontakt med henne.
- Har hatt en del hjertesykdom, benign prostatahypertrofi, men ingen andre aktuelle sykdommer.
- Innlegges med ryggsmarter siste ukene, ingen traumer. Obstipasjon og noe urinretensjon. Lavgradig infeksjon.
- Vekttap ca 8 kg siste året. Fikk ikke fornyet sertifikatet i desember
- Han og kona går daglige turer, ofte flere kilometer.
- Handler, lager mat, og gjør husarbeidet sammen.
- **CFS skår?**



CFS skår, Kasuistikk 1 –del 2.



- Obstipasjon og urinretensjon behandles. Anitibiotikabehandling av usikker UVI
- CT TAB uten vesentlige funn.
- Påvist kompresjonsbrudd TH 9, flere sammenfalte thorakale virvler-osteoporose som også behandles. Trenger Oxycontin mot smertene.
- Mye sengeliggende, passiv, redusert hørsel, mulig noe kognitiv svikt. Opphold på 10 dager. Tverrfaglig behandling, mobiliseres. Kognitiv vurdering: MMS 24/30, klokke 1/5
- Komparent fra datter: «Fallert» siste året. Noe kognitiv svikt, noe mer ustø med noen fall, vekttap/ redusert appetitt.
- Hun har bestilt rullator, vil at medikamentene skal adm av HSYK. Hjelper sine foreldre allerede med økonomien/digitale tjenester.

- **Endre CFS skår?**

CFS skår-Kasuistikk 2

- Kvinne, 87 år. Enke. Bo i egen leilighet. Datter i underetasjen.
- Fall med kjevebrudd og håndleddsbrudd sist høst. KTO, hjemmefysio. Bedring av funksjon, mindre hjelpebehov.
- Siste 3-4 uker mer i seng, passiv, spiser mindre, noe desorientert siste dagene. Påvist ribbensbrudd ved innkomst, fall en uke før innleggelsen.
- Har nå HSYK morgen for noe hjelp til morgenstell, utdeling av medisiner morgen og kveld. Hjelp til dusj x 1 pr uke. Har støttekontakt x 1 pr uke, som hun handler med. Har hjemmehjelp.
- CFS? Mer info?

CFS skår? Kasuistikk 2, del 2.

- Klarer en del selv i hverdagen. Klarer seg i pADL, bortsett fra noe hjelp morgen og dusj x 1 pr uke. Er med støttekontakt, evt datter, og handler. Lager seg alle måltider selv. Holder det ryddig i leiligheten. Er klar og orientert.
- Får ellers hjelp til økonomi/digital kommunikasjon av datter. Bruker noe mobil, fjernkontroll fjernsyn ok. Går ute med rullator, med følge.
- CFS?



NOEN UTFORDRINGER MED CFS

- Hvordan skåre en pasient med en subakutt funksjonssvikt over mer enn 2 uker?
- Vurdere CFS på personer som ikke vil ta imot hjelp?
- Skåring av personer med demens? Kan være fysisk spreke, selvstendig i pADL, kan fortsatt klare en del iADL.....
- Skåring ved sykdom som gir stor fysisk funksjonssvikt, men godt bevart kognitiv funksjon? For eksempel MS, Parkinson, ALS, sekvele hjerneslag

TIL SLUTT:

- Skrøpeligheitsvurdering med CFS gir et «nytt språk», og forståelse på tvers av de ulike helsenivåer.
- Gir en dynamisk vurdering over tid, og kan gi et objektive bilde av et menneskes utvikling av funksjonsnivå, og hjelpebehov over tid.
- Økende CFS skår over et begrenset tidsrom bør føre til vurdering av årsak(er), og igangsetting av behandling og tiltak i tide.
- Ved etablert høy CFS bør man unngå nytteløs overbehandling, mens en lav CFS kan bidra til at også de eldre får tilgang til behandling som gir en definert nytte med tanke på funksjon og videre liv.
- **CFS vurdering hjelper oss å velge rett behandlingsnivå ved akutt og pågående sykdom, men må samtidig ikke bli et lettvint verktøy for å prioritere bort behandling og tiltak som kan bedre de enkeltes livsfunksjon!**

