

Skörhet och användning av CFS

Gäller för: Region Kronoberg

Faktaägare: Pär Lindgren, chefläkare Region Kronoberg
Anna Falk, apotekare Läkemedelsenheten
Helene Reimertz, överläkare Palliativa teamet
Liban Mohamed, ST-läkare Akutgeriatriska kliniken
Fanny Simonsson, sjukgymnast Lasarettets rehab

Innehållsförteckning

1	Vad är skörhet?	2
2	Varför ska vi skatta skörhet?	2
3	Hur kan skörhet skattas?.....	2
4	När ska skattningen göras?	3
5	Vem ska göra och dokumentera skattningen?.....	3
6	Hur ska skattningen göras?.....	4
7	Tips vid skattning med Clinical Frailty Scale-9:	5
8	Tips på frågor till patient/anhöriga:.....	6
9	Skörhet hos individer med demens.....	6
9.1	Bedömning av skörhet vid demens.	7
10	Hur ska informationen angående skörhet vi får fram användas?.....	7
11	Patienter med behov av palliativa insatser	7
12	Patienter inom slutenvården	8
13	Patienter med behov av fördjupad geriatrisk bedömning	8
14	Skattningsskalans begränsningar.....	8
15	Sammanfattning	8
16	Referenser:	9

1 Vad är skörhet?

Skörhet betecknar ett tillstånd av accelererat biologiskt åldrande där kroppen successivt förlorar förmågan att hantera fysiska, psykiska och sociala påfrestningar. Skörhet är ett begrepp som bättre än multisjuklighet och/eller kronologisk ålder identifierar äldre personer i behov av en noggrannare kartläggning ur ett helhetsperspektiv.

2 Varför ska vi skatta skörhet?

Ett huvudsyfte med att identifiera skörhet är att hitta de äldre personer som behöver en noggrannare kartläggning ur ett helhetsperspektiv. Målet är att ge de bästa förutsättningarna för fortsatt vård och planering inklusive rehabilitering och att optimera individens livskvalitet och undvika negativa hälsoutfall.

Ett annat huvudsyfte är att identifiera de många kronologiskt åldrade personer som inte är sköra och som därför sannolikt skulle gynnas av interventioner som de i dag inte erhåller till följd av sin höga ålder.

När det gäller riskstratifiering har skörhetsbedömning använts framgångsrikt inom exempelvis allmänmedicin, kardiologi, intensivvård och kirurgi. Värdering av skörhet inför ingrepp och behandlingar kan med god precision förutsäga risken för till exempel ytterligare behov av hjälp/beroende av andra, inläggning på sjukhus, flytt till särskilt boende för äldre och död.

Det ska poängteras att skattningen ska användas för att identifiera personer som behöver särskilda insatser och inte för att exkludera dem från insatser det vill säga rätt insats till rätt person. Skattning av skörhet kan ses som ett verktyg vid aktiviteter kopplade till Patientkontrakt.

3 Hur kan skörhet skattas?

Det finns tre olika modeller som beskriver skörhet (fenotyp-, deficit- resp. den integrerade modellen). För praktisk klinisk vägledning fungerar vanligen ett riskbedömningsinstrument bättre än de övergripande modellerna.

Med utgångspunkt i deficitmodellen har Rockwood och medarbetare utvecklat ett riskbedömningsinstrument - en skala i 9 steg som möjliggör gradering av skörhet och funktionsnedsättning, Clinical Frailty Scale (CFS). Skalan är enkel att använda och är internationellt vedertagen.

Skattningen ska alltid göras utifrån den funktion och sjukdomsbild som patienten hade före det akuta insjuknandet, det vill säga individens habituella status.

4 När ska skattningen göras?

- Patienter >65 år då skalan är validerad från denna ålder.
- Vid sjukvårdskontakter som exempelvis inskrivning i hemsjukvård eller på äldremottagning, årliga kontroller på VC, på akuten, på mottagning och vid ankomstsamtal på avdelning.
- Primärvårdens äldremottagningar och HSV årligen.

5 Vem ska göra och dokumentera skattningen?

- Bedömningen görs, i multiprofessionell samverkan, av vård- och omsorgspersonal som har god kännedom om individen.
- Dokumentationen görs i Cosmic under sökord ”skörhet”. Se figur 1 nedan. Sökordet finns förnärvarande i mallar som avser sjuksköterskans ankomstsamtal. Sökordet kan läggas in i valfri anteckning och om verksamheten önskar att ytterligare mallar inkluderar sökordet så får man ta kontakt med vårddokumentation inom VIS.
- Registrering i kvalitetsregister sker för närvarande i Swedeheart och SIR (Svenska intensivvårdsregistret) kan påbörjas i höst. Specifika riktlinjer för respektive kvalitetsregister publiceras på registrens hemsida. Kan bli aktuellt inom fler register framöver. Swedeheart har utbildningsmaterial: <https://www.ucr.uu.se/swedeheart/dokument-sh/skorhet-sh>

Skörhet ⓘ ↻ 📄

1. Mycket vital	2. Vital	3. Klarar sig bra	4. Sårbar	5. Lindrigt skör	6. Måttligt skör	7. Allvarligt skör
8. Mycket allvarlig skörhet	9. Terminalt sjuk					

Individer som inte är beroende av andras hjälp i vardagen, men har ofta symtom som begränsar deras aktiviteter. Ett vanligt klagomål är att de begränsas (saktas ned) och/eller blir trötta under dagen.

Kommentar

Här skriver man hur man gjort sin bedömning. Anamnes från patienten, från boendet etc. Vad är det som begränsar patienten etc.

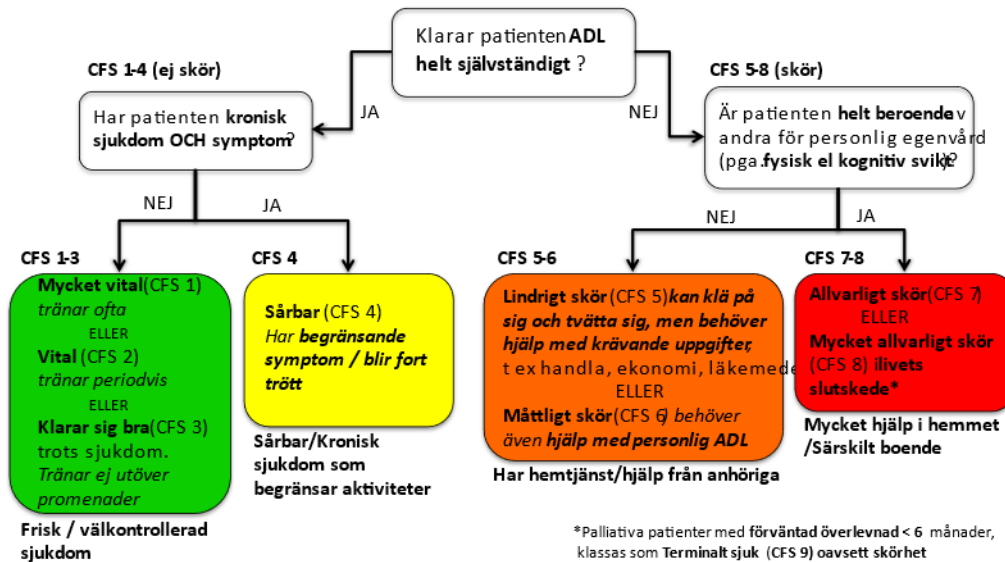
Figur 1. Registrering av CFS i Cosmic.

6 Hur ska skattningen göras?

Skattningen görs med hjälp av Clinical Frailty Scale, CFS-9.

	1. Mycket vital – individer som är starka, aktiva, energiska och motiverade. De brukar ofta träna regelbundet. De tillhör de som är i bäst skick för sin ålder.
	2. Vital – individer som inte har några sjukdomssymtom men som är i sämre skick än individer i kategori 1. De tränar ofta eller är emellanåt mycket aktiva, t.ex. beroende på årstid.
	3. Klarar sig bra – individer vars medicinska problem är väl kontrollerade, men som inte regelbundet är aktiva utöver vanliga promenader.
	4. Sårbar – är inte beroende av andras hjälp i vardagen, men har ofta symtom som begränsar deras aktiviteter. Ett vanligt klagomål är att de begränsas ("saktas ned") och/eller blir trötta under dagen.
	5. Lindrigt skör – dessa individer är ofta uppenbart långsammare, och behöver hjälp med komplexa IADL (Instrumental Activities of Daily Living)-aktiviteter (ekonomi, transporter, tungt hushållsarbete, medicinering). Lindrig skörhet försämrar i allmänhet förmågan att handla och gå ut på egen hand, laga mat och utföra hushållsarbete.
	6. Måttligt skör – individer 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. Allvarligt skör – är helt beroende av andra för personlig egenvård oavsett orsak (fysisk eller kognitiv). Trots det framstår de som stabila och utan hög risk för att dö (inom ungefär 6 månader).
	8. Mycket allvarligt skör – helt beroende, 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 individer med en förväntad återstående livslängd på mindre än 6 månader utan övriga uppenbara tecken på skörhet.

Figur 2. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173:489-495. © 2009. Version 1.2_EN. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only. Översättning till svenska av Niklas Ekerstad och medarbetare, Trollhättan 2017. Översättningen är auktoriserad av instrumentägaren för användning i SWEDEHEART, och den skedde i nära samarbete med Linköpings universitet, enligt ISPOR-inspirerad metodik.



Figur 3. Skörhet enligt CFS* (Clinical Frailty Scale). © 2009. Version 1.2_EN. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Gränsen mellan skör och inte skör går mellan 4 och 5. Översättning till svenska av Niklas Ekerstad och medarbetare, Trollhättan 2017.

7 Tips vid skattning med Clinical Frailty Scale-9:

Kom ihåg att det viktigaste inte är att skilja mellan CFS = 1 eller 2, alternativt 8 eller 9. Det är däremot viktigt att identifiera skörhetsgrad 3 eller 4 för att säkerställa att dessa patienter erhåller adekvata rehabiliterande åtgärder. Dessutom är steget mellan 4 och 5 extra viktigt vid riskbedömning t.ex. vid hjärtsjukdom eller intensivvård. Mer om detta senare i dokumentet och i kompletterande dokument.

- Jämför patienten med motsvarande åldersgrupp.
- Bedöm hur patienten är i sitt habituella tillstånd.
- En punkt på en högre skörhetsgrad räcker för att hamna i denna grupp.

8 Tips på frågor till patient/anhöriga:

- Blir patienten utmattad av att gå korta sträckor eller ramlar hen ofta? Om ja, minst CFS 4.
- Har patienten symtom av sina kroniska sjukdomar? Om ja, minst CFS 4.
- Har patienten symtom som begränsar aktiviteter i vardagen? Om ja, minst CFS 4
- Motionerar patienten regelbundet? Om ja, troligen CFS 1-4.
- Hur långt klarar patienten av att gå?
- Har patienten hemtjänst/hemsjukvård och vad får hen i så fall hjälp med? Patienter med hemtjänst har ofta CFS 5 eller mer.
- Får patienten hjälp av anhöriga? Behov av mycket hjälp av anhöriga? Minst CFS 5.
- Patienter som bor på särskilt boende har nästan alltid minst CFS 7.
- Sköter patienten sin helt ADL självständigt? Om ja, troligen CFS 1-4.
- Använder patienten gånghjälpmedel?
- Kan patienten gå utomhus? Gå i trappor?
- Kan patienten själv sköta sin ekonomi? Denna fråga kan behöva kompletteras då en del patienter kanske aldrig skött ekonomin. Fråga även om andra sysslor som kan avslöja kognitiv skörhet.

9 Skörhet hos individer med demens

I litteraturen framförs att skörhetsgraden motsvarar demensgraden men det finns avvikande uppfattning.

Vanliga symtom vid lindrig demens är att glömma bort detaljer om en nyligen inträffad händelse, men minnas själva händelsen, att upprepa samma fråga och berättelse samt att dra sig undan socialt.

Vid måttlig demens är närminnet mycket försämrat, samtidigt som individen tycks ha god förmåga att minnas tidigare händelser i livet. De kan utföra sin personliga egenvård på uppmaning.

Vid svår demens kan dessa individer inte utföra sin personliga egenvård utan hjälp.

9.1 Bedömning av skörhet vid demens.

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

10 Hur ska informationen angående skörhet vi får fram användas?

Efter att en individ har bedömts vara skör bör en vidare utredning vidtas för att kunna erbjuda bästa behandling, rehabilitering, planering och uppföljning.

Den fördjupade skörhetsutredningen behöver kartlägga:

- den fysiska funktionsförmågan
- nutritionsstatus, inklusive vikt förlust och undernäring
- risk för fall
- polyfarmaci
- konfusion och kognitiv nedsättning
- social situation
- behov av åtgärder/planering

Ställningstagande utifrån kartläggningen:

- vilka åtgärder är patienten i behov av?
- vilken uppföljning är aktuell för patienten?

Ovanstående sammanfattas i en individuell plan.

11 Patienter med behov av palliativa insatser

Vid en högt skattad poäng enligt CFS-9 (≥ 7) är det viktigt att fördjupa bedömningen med avseende behov av palliativa insatser. Syftet är att identifiera och samordna patientens palliativa vårdbehov i syfte att patient och dess närstående ges möjlighet att planera, förbereda sig och göra de prioriteringar som är viktiga och meningsfulla vid allvarlig sjukdom eller då tiden kvar i livet är begränsad. Se vidare i nationell vårdplan för palliativ vård. [Bedömning av palliativt vårdbehov](#)

12 Patienter inom slutenvården

Beroende på graden av skörhet kan rehabinsatser anpassas utifrån den enskilde patientens status och behov. Se kompletterande riktlinje om Skörhet och rehabinsatser.

Allt fler studier visar att graden av frailty (skörhet) är en viktig parameter för bland annat mortaliteten hos patienterna som läggs in på IVA. Frailty visar på en annan dimension än riskjusteringssystem som t.ex. SAPS3 inom intensivvården. Det gäller även för yngre individer. Registrering av frailty ger också en beskrivning av vilka patienter det är som kommer till intensivvården. Bedömning av frailty kan användas för att identifiera individer med hög risk att drabbas av negativa händelser eller komplikationer isamband med intensivvård eller efter kirurgi och därmed behöver extra omsorg vid flytt från IVA till vårdavdelning samt för att identifiera individer som trots hög ålder har goda möjligheter att tåla en avancerad behandling.

13 Patienter med behov av fördjupad geriatrisk bedömning

Överväg fördjupad bedömning (ffa 4 – 6) med hjälp av Comprehensive Geriatric Assessment, CGA (en behandlingsmetod för ett helhetsomhändertagande av äldre patienter). Vid behov konsult till geriatriken.

Se kompletterande riktlinje Skörhet och fördjupad geriatrisk bedömning.

14 Skattningsskalans begränsningar

- Är inte validerad för patienter <65 år.
- Ska **inte** användas som en enskild faktor utan som en del i en helhetsbedömning av flera professioner.

15 Sammanfattning

Det går inte nog att understryka att CFS och andra skattningar av skörhet bara ger en del av helhetsbilden av en äldre patient och det finns risk för felanvändning. Rätt använd kan dock CFS ge oss värdefull information och vara till hjälp. Exempel på detta kan vara att:

- Identifiera de trots hög ålder mest robusta personerna (t.ex. över 90 år) som skulle kunna klara av en TAVI-operation eller andra avancerade medicinska åtgärder så att de inte diskrimineras av ålder enbart.
- Identifiera de mest sköra som är betjänta av ett omhändertagande av ett komplett geriatriskt team.

- Identifiera dem som behöver snabb uppföljning efter utskrivning från sjukhus.
- Identifiera de med risk för skörhet så att man med rätt insatser kan minska risken för att de blir sköra.
- Identifiera personer med behov av palliativa vårdåtgärder.

Skörheten kan bero på olika orsaker hos olika individer och en fördjupad bedömning t.ex. med CGA kan sedan kartlägga detta samt identifiera vilka insatser som behövs i det enskilda fallet.

För att ge bästa möjliga vård till patienten och göra bästa möjliga individuella bedömning, genom kännedom till patienten och eventuell multisjuklighet, dialog med både patient och anhöriga, samtal omkring vårdmål och riskidentifiering, så bidrar skattning av skörhet till en bättre helhetsbedömning av patienten.

16 Referenser:

- Ekdahl A et al [Skörhetsbegreppet viktigt för att förstå den äldre patientens behov](#) Läkartidningen. 2020;117:F3HE
- Rockwood K et al. [A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people](#). CMAJ 2005;173:489-495
- Walker DM, Gale CP, Lip G, et al. [Frailty and the management of patients with acute cardiovascular disease](#): A position paper from the Acute Cardiovascular Care Association. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2018;7:176–193.
- De Geer L, Fredrikson M, Tibblin AO. [Frailty predicts 30-day mortality in intensive care patients](#): A prospective prediction study. Eur J Anaesthesiol. november 2020;37(11):1058–65.
- Broschyr: Att skatta skörhet på Sahlgrenska universitetssjukhuset – Manual och praktiska råd från Geriatriskt utvecklingscentrum.
- [Hemsida från NHS](#) (Storbritannien)

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare