Dokumenttyp	Framtagen inom	Organisation	Version
Rutin	Samverkansarenan Nya perspektiv	Region Värmland	2
Dokumentägare	**Fastställare**	**Giltig fr.o.m.**	**Giltig t.o.m.**
Ali Vahedi Överläkare	Beredningsgruppen Nya perspektiv	2026-11-11	2028-11-10

Bedömning av skörhet hos äldre

Gäller för: Hälso- och sjukvård, Kommunal vård och omsorg

Utarbetad av: Ali Vahedi och Hanne Guro Lier Hauge, Region Värmland

Värmlands kommuner | Region Värmland

Innehållsförteckning

Vad är skörhet? 3

Varför ska vi skatta skörhet? 3

Hur kan skörhet skattas? 3

När ska skattningen rutinmässigt utföras? 4

Hur ska skattningen göras? 4

Clinical Frailty Scale, figur 5

Skörhet hos individer med demens 6

Dokumentation 6

Cosmic patientjournal 6

Cosmic Link 6

Vem ska utföra och dokumentera skattningen? 6

På vårdcentral, kommunal hälso- och sjukvård 6

På annan mottagning 7

På akutmottagning 7

På vårdavdelning 7

Att tänka på vid skattning med Clinical Frailty Scale 7

Tips på frågor till patient eller anhöriga 8

Fallgropar 9

Hur används skörhetsbedömningen 9

Mortalitetsdata 10

Sammanfattning 11

Referenser 11

Vad är skörhet?

Skörhet beskriver ett tillstånd av ett accelererat biologiskt (fysiologiskt) åldrande där kroppen successivt förlorar förmågan att hantera fysiska, psykiska och sociala påfrestningar på grund av minskade organreserver. Skörhetssyndromet ökar risken för negativa hälsoutfall och är ett begrepp som bättre än multisjuklighet och/eller kronologisk ålder identifierar äldre personer som är i behov av en noggrannare kartläggning ur ett helhetsperspektiv.

Varför ska vi skatta skörhet?

Det är möjligt att förebygga och bromsa skörhetsförloppet, särskilt i tidiga grader av skörhet, vilket är av stor vikt då en ökande grad av skörhet orsakar tilltagande besvär och hälsorisker för individen och skapar stora samhällskostnader. All utredning och behandling vi erbjuder förutsätter att det finns en tillräcklig återstående fysiologisk reserv för att man ska erhålla förväntad effekt. Skattningen hjälper oss därför att:

- identifiera äldre personer som har störst behov av en mer noggrann kartläggning ur ett helhetsperspektiv,
- riskstratifiera och underlätta kliniskt beslutsfattande inför olika ingrepp och behandlingar.

Skörhetsyndromet är för många en kliniskt osynlig faktor och ofta förklaringen till varför planerade ingrepp och behandlingar inte går som förväntat. Skörhetsgraden uppskattar en persons biologiska ålder baserad på funktionsnivå och är även kopplad till överlevnad. Skörhetsskattning är därför ett robust och praktiskt verktyg som vägleder läkaren i dennes kliniska beslut. Till exempel så ska en mycket skör person sannolikt inte genomgå omfattande sjukdomsspecifika utredningar och behandlingar. Hos en allvarligt skör person bör vården i stället planeras utifrån ett palliativt förhållningssätt där fokus ligger på relevant rehabilitering, optimering av individens livskvalitet och att förebygga negativa hälsoutfall som falltillbud, konfusion och nedsatt funktion. En robust person bör dock oberoende av kronologisk ålder bedömas om denne är aktuell för sjukdomsspecifika interventioner då det är viktigt att betona att majoriteten av alla äldre (80+) inte är sköra.

Skörhetsbedömning har använts framgångsrikt som riskstratifieringsverktyg inom exempelvis allmänmedicin, kardiologi, intensivvård och kirurgi. Därmed är kunskap om funktionsnivån värdefull för hela teamet runt patienten, även för läkaren. Bedömning av skörhet inför ingrepp och behandlingar kan med god precision förutsäga risken för till exempel ett ökat hjälpbehov, ökad risk för komplikationer, behandlingssvikt, risk för inläggning på sjukhus, flytt till särskilt boende och död. De mest sköra har en längre återhämtningstid och mindre än en tredjedel återfår sin föregående funktionsnivå inom tolv månader efter utskrivning från vårdavdelning.

Skörhetskattningen ska således 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*. Skörhetsgrad ska inte ensamt avgöra beslut om vårdnivå och behandling men är vägledande i den *sammantagna kliniska bedömningen* av patienten.

Hur kan skörhet skattas?

Det finns flera grundläggande modeller för hur skörhet kan bedömas och utifrån dessa har man utvecklat bedömningsinstrument där ett av de bäst validerade och mest använda internationellt är Clinical Frailty Scale (CFS). Instrumentet är en skala i nio steg som graderar skörhet och funktionsnedsättning. *Skattningen ska alltid göras utifrån den funktion och sjukdomsbild som patienten hade innan det akuta insjuknandet, det vill säga individens habituella status för cirka två veckor sedan!*

När ska skattningen rutinmässigt utföras?

- På patienter ≥65 år (skalan är validerad från och med denna ålder).
- Vid årskontroll eller inför remiss till annan enhet.
- Vid inskrivning i slutenvården, vid anslutning till kommunal hälso-och sjukvård och vid inflytt på särskilt boende.
- På mottagningsbesök inför ställningstagande till sjukdomsspecifika interventioner, på årskontroller etc.

Hur ska skattningen göras?

Den information som ingår i en skörhetsskattning är baserat på patientens personliga och instrumentella ADL-förmåga:

P-ADL*	I-ADL*
Äta och dricka Förflyttning Toalettbesök På- och avklädning Personlig hygien Övrig kroppsvård	Resor Matlagning Inköp av dagligvaror Städning Tvätt Läkemedelshantering Ekonomihantering

Skörhetsskattningen görs sedan med hjälp av Clinical Frailty Scale (nästa sida).

**Personliga aktiviteter i det dagliga livet i hemmet.*

***Instrumentella aktiviteter som stödjer aktiviteter i hemmet och samhället, kräver högre kognitiva funktioner.*

Clinical Frailty Scale, figur



Figur 1. Skörhet enligt CFS * (Clinical Frailty Scale). © 2009. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495. 2009. Rockwood K, Theou. Using the Clinical Frailty Scale in Allocating Scarce Health Care Resources. Can Geriatr J. 2020. Version 2.0 översattes till svenska av Niklas Ekerstad, Anne-Marie Boström, Susanne Guidetti, Kristina Åhlund, oktober - december 2020, Trollhättan, Linköping och Stockholm.

Skörhet hos individer med demens

En demensdiagnos leder till att personen skattas i skörhetsgrad 5, 6 eller 7 oberoende av övrig funktionsnivå eller hjälpbehov, baserat på demenssjukdomens svårighetsgrad.

CFS minst 5 (mild)	CFS minst 6 (medelsvår)	CFS minst 7–8 (svår)
Vanliga symptom 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.	Närminnet mycket försämrat, samtidigt som individen tycks ha god förmåga att minnas tidigare händelser i livet. De kan oftast utföra sin personliga egenvård på uppmaning.	Individer kan inte utföra sin personliga egenvård utan hjälp.

Dokumentation

Cosmic patientjournal

Clinical Frailty Scale (CFS) dokumenteras på sökordet Clinical Frailty Scale, se refererat dokument ***Dokumentation av skörhet med Clinical Frailty Scale (CFS) (RUT-27025)***.

Cosmic Link

Sökordet Clinical Frailty Scale (CFS) finns i mallarna:

- Statusmeddelande inför utskrivning
- Statusmeddelande inför inskrivning

Slutenvården kan kommunicera genomförd CFS-bedömning i *Statusmeddelande inför utskrivning*. Kommun och primärvård kan kommunicera genomförd CFS-bedömning av patienter på SÄBO eller ordinärt boende i *Statusmeddelande inför inskrivning*.

Syftet är att kunna dela information om patientens skörhetsgrad mellan vårdgivare vid in- och utskrivning.

Vem ska utföra och dokumentera skattningen?

På vårdcentral, kommunal hälso- och sjukvård

Optimalt av sjuksköterska eller läkare med god patientkännedom om patient >65 år med kronisk sjukdom och regelbundna symtom vid planerat kontroll eller inför remiss. Vid anslutning till kommunal hälso-och sjukvård och vid inflytt på särskilt boende. Läkaren fastställer skörhetsgraden efter att ha inhämtat information under patientbesöket och det kan behövas flera besök innan man kan utföra en god skattning.

Skörhetsskattning genomförs vid årskontroller både på mottagning samt hembesök i ordinärt eller särskilt boende:

- som vägledning i beslut om förväntad överlevnad vid primärprevention,
- inför remiss för avancerad utredning och vårdåtgärder,
- vid vårdplan som involverat bedömningar avseende om sjukhusvård är aktuellt,
- inför beslut om vårdbegränsningar,
- för att väcka behovet av samtal vid allvarlig sjukdom och identifiering av palliativa vårdbehov,

- CFS-skattningen kan även vara ett stöd vid bedömning av kognitiv funktion utifrån ADL, förutsatt att nedsättningarna är sekundära till kognitiv svikt.

På annan mottagning

Skörhetsskattning ingår i vissa kvalitetsregister och i dessa fall kan patientansvarig sköterska genomföra skattningen självständigt efter informationsinhämtning. Skörhetsgraden ska fastställas av läkare där det även används för den kliniska bedömningen.

Skörhetskattning som del av helhetsbedömning bör göras på personer >65 år till exempel inför ställningstagande till interventioner som koloskopi, CABG/TAVI, operation av aortaaneurysm samt om patienten ska ingå i kontrollprogram enligt kvalitetsregister och surveillance-undersökningar.

På akutmottagning

Om patienten saknar en aktuell skattning från primär- eller specialistvården kan man behöva komplettera med en ny skattning inför ställningstagande till avancerade vårdåtgärder. som till exempel för akut trombektomi eller PCI, om patienten behöver läggas in samt på vilken vårdnivå. Det är inte säkert att all information går att säkerställas jourtid, framför allt om man fattar beslut rörande behandlingsbegränsning. Då bör informationen som ligger till grund för skattningen rekapituleras snarast möjligt kommande dag så att en korrekt bedömning kan göras. Det kan leda till omprövning av tidigare fattade beslut.

På vårdavdelning

Man bör fastställa lokala rutiner utifrån bemanning. Antingen har sjuksköterska som tjänstgör på gruppen eller utskrivningssamordnare huvudansvar för inhämtning av information första vardag efter inskrivning och på helgdagar görs detta alltid av patientansvarig sköterska. Övrig personal (till exempel undersköterskor och rehabpersonal) bidrar med informationsinhämtning. Man kan ofta behöva kontakta närstående och/eller kommunens sjuksköterska och biståndshandläggare (via Link) för att säkra så korrekt information som möjligt. Bedömningen görs därefter på nästkommande rond med sjuksköterska och läkare.

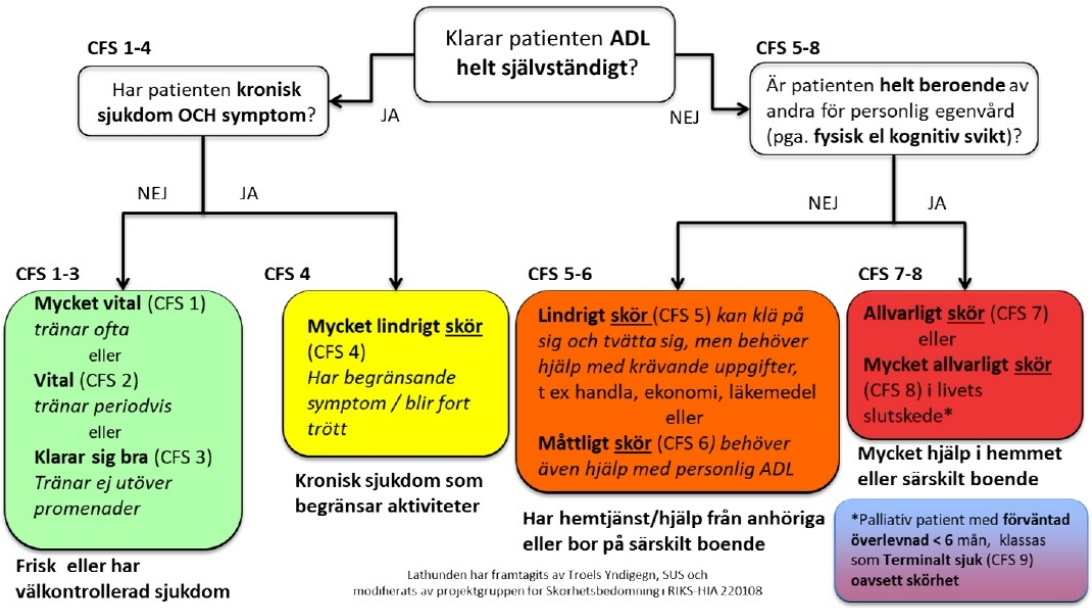
Att tänka på vid skattning med Clinical Frailty Scale

Kom ihåg att det viktigaste inte är att skilja mellan CFS 1–2, eller 7-8-9. Det är däremot viktigt att identifiera skörhetsgrad 3 eller 4 för att säkerställa att dessa patienter erhåller adekvata rehabiliterande åtgärder då interventioner i tidigt skede har störst effekt. Steget mellan 4 och 5 extra viktigt vid riskbedömning till exempel vid hjärtsjukdom eller intensivvård och patienter med CFS 5 och 6 bör genomgå en mer noggrann bedömning inför ställningstagande till medicinskt indicerade interventioner. I slutet av dokumentet finns mer information om CFS och överlevnad.

- Bedöm hur patienten är i sitt **habituella tillstånd** (det vill säga för cirka två veckor sedan).
- Bedöms funktionen hamna mellan två skörhetsnivåer rekommenderas att man skattar patienten som den högre skörhetsgraden.
- Bedömningen gäller en *förvärvad n*edsättning, det vill säga jämfört med vad man klarat tidigare i livet.

Tips på frågor till patient eller anhöriga

Fråga	Om Ja →	CFS-skattning
Har patienten välkontrollerade kroniska sjukdomar där symptom inte begränsar aktivitetsnivå?	→	Max CFS 4
Har patienten börjat få problem klara av samma aktiviteter som förut?	→	Minst CFS 4
Kan patienten gå 30 minuters promenad utomhus?	→	CFS 1–3
Kan patienten gå i trappor?	→	CFS 1–6
Använder patienten gånghjälpmedel?	→	Minst CFS 4
Blir patienten utmattad av att gå korta sträckor eller ramlar ofta?	→	Minst CFS 4
Patienten behöver vila större delen av dagen?	→	Minst CFS 7
Sköter patienten sin P-ADL utan uppmaning eller stöd?	→	CFS 1–5
Klarar patienten av I-ADL utan uppmaning eller stöd?	→	CFS 1–4
Behov av mycket hjälp av anhöriga?	→	Minst CFS 5
Bor patienten på SÄBO?	→	Minst CFS 6
Har patienten hemtjänst eller hälso- och sjukvård i hemmet?	→	Minst CFS 5



Figur 2. Skörhet enligt CFS (Clinical Frailty Scale). *Utbildningsmaterial från Swedeheart.*

Fallgropar

Ålder: Skalan är inte validerad för patienter <65 år.

Rule in/out: CFS är inte lämpad att ensamt avgöra om en patient är skör eller robust och ska ses som en del i en tvärprofessionell helhetsbedömning som i sin tur stöttar andra vårdgivare. En nyligen utförd, väl underbyggd och väldokumenterad helhetsbedömning ökar tillförlitligheten och möjliggör att man använder skattningen i en akut situation.

ADL: All funktionsbedömning baseras på om man har utfört uppgiften tidigare eller ej då man letar efter en funktionsnedsättning. Har man aldrig lagat mat eller skött ekonomin så har man inte heller en nedsättning i dessa funktioner.

”Ableism”: = Handikappsdiskriminering. Patienter med medfödda eller tidigt förvärvad handikapp kan vara robusta även om de behöver assistans. CFS-skalan är inte validerad för denna patientgrupp.

CFS9: ”Terminalt sjuk” reserveras för patienter med kort förväntad överlevnad under sex månader oberoende av aktuell funktionsnivå. Det kan till exempel både röra sig om patienter med vård i livets slut eller uppegående cancerpatienter med kort förväntad överlevnad.

Konfusion: En tillfällig förvirring ska inte tolkas som en demenssjukdom även om konfusion i sig är ett tydligt uttryck för sårbarhet. Man behöver ha kännedom om patientens kognitiva och kroppsliga funktionsnivå två veckor innan den aktuella bedömningen. En patient med en mild demens och som blir konfusorisk av influensa kan fortfarande hamna på CFS 5.

Hur används skörhetsbedömningen

Skörhetsskattningen är en del av en helhetsbedömning av patienten och ska stimulera till en helhetsbedömning om det inte redan har utförts. Syftet är att identifiera robusta respektive sköra individer samt eventuella palliativa vårdbehov hos de allra sköraste.

För en robust individ kan målet med vården vara botande, förebyggande och livsförlängande medan vården för en skör individ kan vara lindrande utan att förlänga ett lidande. Det är mycket viktigt att man i dialog med patient och närstående presenterar sin bedömning av skörhet och utifrån det vilka medicinska insatser som är möjliga och rimliga att erbjuda. Och det är också helt grundläggande att ställa frågan till patienten och ta del av vilka tankar hen har om framtiden och dennes önskemål för vården. Detta är grunden för att i samråd med patienten lägga upp en plan som har hänsyn till både dennes individuella medicinska, etiska och existentiella förhållanden.

Skörhetsgrad	CFS 1–4	CFS 5–6	CFS 7–9
Beskrivning	Robusta	Lindrig till måttlig skörhet	Svår skörhet
Handläggning	Handläggs enligt gällande rutiner och erfarenhet	I regel tvärprofessionell fördjupad skörhetsutredning inför interventioner, skörhetsförebyggande rehabilitering och planering. Dokumenteras i journal och eventuellt epikris. Vid IVA/IMA-vård eventuellt medicinskt rådrum om svårt att utföra skörhetsskattning.	Ej aktuellt med avancerade vårdåtgärder. Bedömning av och fokus på ett palliativt förhållningssätt. Avancerade åtgärder kan i undantagsfall vara aktuella om de är symtomlindrande (till

Skörhetsgrad	CFS 1–4	CFS 5–6	CFS 7–9
		På mottagningen eventuellt remiss för bedömning hos arbetsterapeut eller fysioterapeut för patienter som är aktuella för elektiv intervention eller surveillance.	exempel trombektomi vid perifer ischemi).
Läkemedel	Sedvanlig handläggning utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet	Fördjupad läkemedelsgenomgång	Fördjupad läkemedelsgenomgång
Rehab	Vid tillfälligt nedsatt funktionsnivå återfås sannolikt tidigare funktion med riktad rehabilitering	Individanpassad rehabilitering kan bromsa eller reversera förloppet om kognitiva och fysisk funktion finns för riktad rehabilitering.	Omfattande rehabilitering är ej aktuellt. Anpassad aktivitet rekommenderas utifrån patientspecifika mål.
Uppföljning	Regelbunden uppföljning 1x/år. Vid skörhetsprogression ska man sätta in förebyggande insatser med stor individ- och samhällsnytta.	Regelbunden uppföljning 1x/år. Vid skörhetsprogression ska man sätta in insatser som förebygger detta med måttlig individ- och samhällsnytta.	Med fokus på livskvalitet och symtomlindrande åtgärder, i linje med patientens önskemål och värderingar.
Övrigt	Föreslå pulshöjande promenader 30 minuter per dag, träning med lätta vikter 3x/v. Mångsidig nutrition, eventuellt dietistkontakt.	Bedömning av: • Fysisk funktion och fallrisk • Nutritionsstatus • Konfusionsscreening, kognitiv bedömning • Ångest och depression • Social situation	Risken är större än nyttan vid utredningar och interventioner. Nyttan är begränsad då patienten högst sannolikt inte tillgodogör sig av intervention eller behandling utifrån en uttalat nedsatt fysiologisk reserv.

Mortalitetsdata

Det finns tillgängligt mortalitetsdata vid skörhet för flera specialiteter. Exempelvis visar allt fler studier att graden av skörhet är en viktig parameter för att bland annat skatta mortaliteten hos patienter som

läggs in på IVA. Skörhet visar på en annan dimension än traditionella riskjusteringssystem inom intensivvården och detta gäller även för yngre individer. Registrering av skörhet ger också en beskrivning av vilka patienter det är som kommer till intensivvården. Bedömning av skörhet används även för att identifiera individer med hög risk att drabbas av komplikationer och andra negativa händelser i samband 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. Man ser även att sköra patienter behöver längre tid på sig för återhämtning och att de allra mest sköra behöver längre tid på sig på avdelning innan de klarar av krävande insatser som transport.

Sammanfattning

Det går inte nog att understryka att skörhetsskattning bara ger en del av helhetsbilden av den äldre patienten och det finns därför risk för felanvändning. Verktyget ska initiera en helhetsbedömning hos patienter i särskilda riskgrupper och användas som en del av en helhetsbedömning. Återigen upprepar vi att CFS inte ska användas ensamt för att inkludera eller exkludera patienten från åtgärder. Rätt använt kan dock CFS ge oss värdefull information och vara till hjälp, till exempel:

- Identifiera robusta personer oavsett ålder, (till exempel över 90 år) som skulle kunna klara av planerade elektiva operationer och interventioner eller andra avancerade medicinska åtgärder, så att de inte diskrimineras av enbart kronologisk ålder.
- Identifiera de mest sköra som är betjänta av ett omhändertagande av ett komplett geriatriskt team.
- Identifiera de 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 tvärprofessionell bedömning till exempel med Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) kan sedan kartlägga detta samt identifiera vilka insatser som behövs i det enskilda fallet.

Referenser

Nationellt programområde äldres hälsa och palliativ vård. vardprogram-skorhet-hos-aldre.pdf. 2025-12-20

Munir Ehrlington S, Hörlin E, Toll John R, et al. Frailty is associated with 30-day mortality: a multicentre study of Swedish emergency departments Emergency Medicine Journal 2024;41:514-519

Ekdahl A et al Skörhetsbegreppet viktigt för att förstå den äldre patientens behov. Läkartidningen. 2020,117:F3HE

Ekerstad N et al Clinical frailty scale – skörhet är ett sätt att skatta biologisk ålder. Läkartidningen. 2022

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

Palese A, Gonella S, Moreale R, Guarnier A, Barelli P, Zambiasi P, et al. Hospital-acquired functional decline in older patients cared for in acute medical wards and predictors: Findings from a multicentre longitudinal study. Geriatric Nursing. 2016;37(3):192-9

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

https://www.regionorebrolan.se/contentassets/ed32331f11ac4c61a34574a730e2d436/2023.56-skattning-av-skorhet-och-effekt-av-kliniska-interventioner---en-scoping-review.pdf