
Skåringsverktøy for vurdering av skrøpeligheit

FRA FAGMILJØENE

HÅKON IHLE-HANSEN

haaihl@vestreviken.no

Håkon Ihle-Hansen er ph.d., overlege og forsker ved Seksjon for geriatri, slag og rehabilitering, Bærum sykehus. Han er leder i Norsk forening for geriatri. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt foredragshonorar fra Pfizer, Astellas, AstraZeneca og Bayer.

SIRI ROSTOFT

Siri Rostoft er ph.d., spesialist i indremedisin og i geriatri og er overlege ved Geriatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus og professor ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Hun er styremedlem i Norsk forening for geriatri og i European Academy for the Medicine of Ageing. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARIT STORDAL BAKKEN

Marit Stordal Bakken er spesialist i indremedisin og i geriatri, overlege ved Medisinsk klinikk, Haraldsplass diakonale sykehus og førsteamanuensis ved Klinisk institutt 2, Universitetet i Bergen. Hun er styremedlem i Norsk forening for geriatri. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KRISTIN MORK HAMRE

Kristin Mork Hamre er spesialist i indremedisin, overlege ved Geriatrisk avdeling, Akershus universitetssykehus, stipendiat ved Avdeling for helsetjenesteforskning (HØKH), Akershus universitetssykehus og er styremedlem i Norsk forening for geriatri. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

NATALYA SEREDKINA

Natalya Seredkina er lege i spesialisering i geriatri ved Universitetssykehuset Nord-Norge og er styremedlem i Norsk forening for geriatri.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ELISABETH EGSTAD

Elisabeth Egstad er spesialist i geriatri og overlege ved Medisinsk avdeling, Kristiansund sykehus. Hun er styremedlem i Norsk forening for geriatri.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Grad av skrøpeligheit har stor betydning for forløpet av sykdom og overlevelse. Derfor er det behov for et felles verktøy for å klassifisere skrøpeligheit.


Personer som lever med skrøpeligheit har økt risiko for negative hendelser. Skrøpeligheit er en tilstand med redusert reservekapasitet og motstandskraft, og kjennetegnes ofte av lavt energinivå, nedsatt fysisk og kognitiv funksjon samt svekket helse (1).

Forekomsten øker med alderen (2). Tilstanden kan betraktes som et kontinuum, der graden av skrøpeligheit har stor betydning for prognose og er nært korrelert med overlevelse (3).

Behandling og omsorgsnivå

Stadig flere lever lenger, og andelen eldre øker. De fleste vil oppleve en viss grad av skrøpeligheit mot slutten av livet. Samtidig utvikles nye terapier og behandlingstilgjeldingar for en rekke sykdommer. For å sikre persontilpasset behandling og ivareta pasienter på best mulig måte, er det nødvendig å kunne vurdere graden av skrøpeligheit. En stratifisering av skrøpeligheit kan være nyttig for å planlegge riktig intervensjon ved sykdom, vurdere prognose og tilrettelegge for passende omsorgsnivå (3). Skrøpeligheit er nært knyttet til risiko ved sykdom, og kartlegging av skrøpeligheit er derfor avgjørende for samvalg. Samtidig kan identifisering av skrøpeligheit åpne for målrettede forebyggende tiltak som kan bidra til bedret funksjon og helsetilstand, ettersom skrøpeligheit ikke er en statisk tilstand.

Skrøpeligheit er en kompleks, multidimensjonal tilstand, og det finnes ingen universell gullstandard for hvordan skrøpeligheit skal kartlegges. I 2005 utviklet Rockwood og medarbeidare Clinical Frailty Scale (CFS), en nipunkts skala for å vurdere grad av skrøpeligheit (4). Skalaen er illustrert med bilder og korte beskrivelser som karakteriserer hvert nivå. Den er rask å bruke, svært robust (høy reliabilitet), og krever minimal opplæring. Den viser sterk korrelasjon med mer omfattende verktøy for vurdering av skrøpeligheit, kan brukes i de aller fleste settinger og har høy grad av brukervennlighet og validitet (den måler det den er ment å måle) (4). Klinisk skrøpeligheitsskala er oversatt til norsk og kan lastes ned fra Legeforeningens nettsider (figur 1 på tidsskriftet.no) (5, 6).

CLINICAL FRAILITY 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 mobile. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekkeste i sin aldersgruppe.	Personer som ikke har aktive sykdomssymptomer, men er mindre sprekke 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 «sårbara». Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvløpene. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktivitet. De klaget ofte over at de er «langsomme» og/eller blir slitne/trøtte ilt dagen.	Disse er mer tydelig langsomme, og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet (personlig økonomi, transport, tungt husarbeid). Vanligvis vil mid skjøpeighet i skilende grad føre til problemer med å handle eller gå utenfor hjemmet alene, lage mat, håndtere medisiner, og begynner å begrense litt husarbeid.	Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utenfor og med å stille 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). Liker 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 ligger personer med en forventet levetid <6 måneder uten at de lever med alvorlig skjøpeighet. (Mange terminalt syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden).
<p>SKÅRING AV SKRØPELIGHET HOS PERSONER MED DEMENS</p> <p>Graden av skjøpeighet tilsvare vanligvis graden av demens (CFS 5,6,7 eller 8). Vanlige symptomer ved mild demens inkluderer det å glemme detaljer rundt en ny hendelse, selv om man husker selve hendelsen, å gjenta de samme spørsmålene/historiene og sosial tilbaketrekning.</p> <p>Ved moderat demens er kortidsminnet svært svekket, selv om de virker å huske hendelser fra tidligere i livet. De kan være egenomsorg under veiledning.</p> <p>Ved alvorlig demens må de ha hjelp til all egenomsorg.</p> <p>Ved svært alvorlig demens er de ofte sengeliggende. Mange har mistet all språk.</p> <p>Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (N). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicine.com</p> <p>Translated with permission by Rosoft S. Engstad TT, Sjøba B, Flaatten H.</p> <p>Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.</p> <p> DALHOUSIE UNIVERSITY</p>								

Figur 1 Norsk oversettelse av Clinical Frailty Scale (6).

Riktig bruk

Klinisk skjøpeighetsskala skal brukes som et screeningsverktøy for å identifisere personer med skjøpeighet. Pasientene skal vurderes ut fra hvordan de fremstår i sin habituelle tilstand. Ved mistanke om skjøpeighet vil det ofte være behov for en mer omfattende vurdering og kartlegging av funksjonsnivå, og i noen tilfeller en vurdering av geriater. Riktig bruk av verktøyet kan bidra til en mer pasientsentrert behandling, men skal ikke benyttes for å ekskludere pasienter fra utredning og behandling.

Vi mener at Klinisk skjøpeighetsskala er et godt egnet verktøy som kan brukes i alle settinger og på tvers av spesialiteter, både i spesialist- og primær-/kommunehelsetjenesten. Norsk forening for geriatri ønsker derfor å arbeide for at Klinisk skjøpeighetsskala blir etablert som standardverktøy for screening for skjøpeighet i Norge.

REFERENCES

1. Dent E, Martin FC, Bergman H et al. Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. Lancet 2019; 394: 1376–86. [PubMed][CrossRef]
2. Kyrvalen IL, Strand BH, Selbæk G et al. Prevalence and future estimates of frailty and pre-frailty in a population-based sample of people 70 years and older in Norway: the HUNT study. Aging Clin Exp Res 2024; 36: 188. [PubMed][CrossRef]
3. Kim DH, Rockwood K. Frailty in Older Adults. N Engl J Med 2024; 391: 538–48. [PubMed][CrossRef]

4. Rockwood K, Song X, MacKnight C et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005; 173: 489–95. [PubMed][CrossRef]
 5. Dejgaard MS, Rostoft S. Systematisk vurdering av skrøpeligheit. *Tidsskr Nor Legeforen* 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.20.0944. [PubMed][CrossRef]
 6. Legeforeningen. Clinical Frailty Scale – Norwegian.
https://www.legeforeningen.no/contentassets/21ef25cf569d44749573de21a8d6b043/cfs_norsk_horisontal_2021.pdf Lest 5.5.2025.
-

Publisert: 2. juni 2025. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.25.0249

Mottatt 11.4.2025, godkjent 5.5.2025.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. juli 2026.