
Skåringsverktøy for vurdering av skrøpelighet

FRA FAGMILJØENE

HÅKON IHLE-HANSEN

haaahl@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 skrøpelighet har stor betydning for forløpet av sykdom og overlevelse. Derfor er det behov for et felles verktøy for å klassifisere skrøpelighet.

Personer som lever med skrøpelighet har økt risiko for negative hendelser. Skrøpelighet 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 skrøpelighet 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 skrøpelighet mot slutten av livet. Samtidig utvikles nye terapier og behandlingsmuligheter for en rekke sykdommer. For å sikre persontilpasset behandling og ivareta pasienter på best mulig måte, er det nødvendig å kunne vurdere graden av skrøpelighet. En stratifisering av skrøpelighet kan være nyttig for å planlegge riktig intervensjon ved sykdom, vurdere prognose og tilrettelegge for passende omsorgsnivå (3). Skrøpelighet er nært knyttet til risiko ved sykdom, og kartlegging av skrøpelighet er derfor avgjørende for samvalg. Samtidig kan identifisering av skrøpelighet åpne for målrettede forebyggende tiltak som kan bidra til bedret funksjon og helsetilstand, ettersom skrøpelighet ikke er en statisk tilstand.

Skrøpelighet er en kompleks, multidimensjonal tilstand, og det finnes ingen universell gullstandard for hvordan skrøpelighet skal kartlegges. I 2005 utviklet Rockwood og medarbeidere Clinical Frailty Scale (CFS), en nipunkts skala for å vurdere grad av skrøpelighet (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 skrøpelighet, 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 skrøpelighetsskala er oversatt til norsk og kan lastes ned fra Legeforeningens nettsider (figur 1 på tidsskriftet.no) (5, 6).

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 sprekste 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 «sårbar». Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvhjulpne. 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 slite/trøtte ilt dagen.	Disse er mer tydelig langsomme, og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet (personlig økonomi, transport, tungt husarbeid). Vanligvis vil mild skrøpelighet 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 stille hjemmet. Inne dersom 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 skrøpelighet. (Mange terminalt syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden).
SKÅRING AV SKRØPELIGHET HOS PERSONER MED DEMENS Graden av skrøpelighet tilsvarende 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 tilbaketrekning. Ved moderat demens er kortidsminnet svært svekket, selv om de vil ha 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 all språk.								
Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (NC). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicine.ca Translated with permission by Rostoft S. Engstad TT, Sjøba B, Flaatten H. Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:499-505.								
DALHOUSIE UNIVERSITY								

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

Riktig bruk

Klinisk skrøpelighetsskala skal brukes som et screeningsverktøy for å identifisere personer med skrøpelighet. Pasientene skal vurderes ut fra hvordan de fremstår i sin habituelle tilstand. Ved mistanke om skrøpelighet 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 skrøpelighetsskala 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 skrøpelighetsskala blir etablert som standardverktøy for screening for skrøpelighet 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. Kyrдалen 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 skrøpelighet. *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 29. mars 2026.