



Sygeplejevidenskab.dk

Journal for Sygeplejevidenskab

Fag | Disciplin | Fagkundskab

Tilgængelig online på Sygeplejevidenskab.dk



SPL Publishing

Clinical Frailty Scale - Et fælles sprog om skrøbelighed - APN-sygeplejerskers erfaringer med implementering af CFS i Aalborg kommune

Catrine Dalsgaard Hansen¹ Sarah Louise Mortensen²¹ APN-Sygeplejerske, Cand.cur.-APN, Det Nære Sundhedsvæsen, Aalborg Kommune.² APN-Sygeplejerske, Cand.cur.- APN, Det Nære Sundhedsvæsen, Aalborg Kommune.

Tegnehimlen.dk

Læs artiklen og få viden om

- Struktureret brug af Clinical Frailty Scale og et fælles sprog
- Praksisnær implementering
- Strategi og løsninger på udfordringer
- Systematisk vurdering af skrøbelighed i kommunal praksis

Introduktion

Forestil dig Ellen – en ældre dame, som indlægges i akutmodtagelsen.

Hun fremstår delirøs, svækket, klamtsvedende og iklædes hvidt hospitalstøj ved modtagelsen på sygehuset.

I akutmodtagelsen er personalet nysgerrige på:

“Hvad er hendes funktionsniveau?”

“Hvad fejler hun i øvrigt?”

“Bor hun i egen bolig eller kommer hun mon fra et plejehjem?”

Spørgsmål, der alle er relevante at stille for at opnå indsigt i borgerens tilstand, skrøbelighed samt tilrettelæggelsen af den bedst mulige pleje og behandling, men som kan være vanskelige at besvare i den akutte fase af medarbejdere, som ikke kender Ellen.

Borgerens skrøbelighed vurderet i en kommunal kontekst via et fælles sprog og *Clinical Frailty Scale* kan sandsynligvis bidrage til at besvare disse spørgsmål og være med til at forebygge, at Ellen ender i akutmodtagelsen.

Nøgleord: *Clinical Frailty Scale, Klinisk sygeplejespecialist, Advanced Practice Nurse, implementering, det nære sundhedsvæsen, Fællessprog III, skrøbelighed hos ældre*

Baggrund

I Aalborg Kommune har vi implementeret Clinical Frailty Scale (CFS), SE **FAKTABOKS 1**.

CFS er et redskab til at identificere skrøbelighed hos borgere. Det har vi gjort med udgangspunkt i, at kommunale sundhedsprofessionelle har en indgående viden om borgernes hverdagsliv og er derfor centrale aktører i forhold til at opspore ændringer i funktionsniveau, begyndende sygdom og skrøbelighed. Formålet med implementeringen af CFS er ikke alene at øge opmærksomheden på skrøbelighed, men også at etablere et fælles fagligt sprog, der kan anvendes på tværs af professioner og sektorer.

FAKTABOKS 1

Aalborg Kommune deltager i DANFRAIL styregruppen. DANFRAIL står for *Dansk Kvalitetsdatabase for Ældre med Skrøbelighed* og er en national klinisk kvalitetsdatabase, der blev etableret i 2023 og er i drift fra 2024. Formålet med databasen er at monitorere og forbedre behandlingskvaliteten for ældre patienter med skrøbelighed i hele det danske sundhedsvæsen, på tværs af sektorer og specialer. Aalborg Kommune er en af få danske kommuner, der implementerer CFS på ældreområdet.

Hvad er Clinical Frailty Scale - CFS?

CFS er en valideret metode til at vurdere om og i hvilken grad ældre borgere lever med skrøbelighed (1). Metoden understøtter en fælles referenceramme for skrøbelighed på tværs af faggrupper. CFS er hurtig at anvende og er let at kommunikere mellem sektorer, hvilket fremmer fælles sprog og fælles beslutningstagning (2, 3).

Skemaet med CFS, som kan ses i **FIGUR 1** har hjælpsomme piktogrammer og korte beskrivelser til at vurdere graden af skrøbelighed hos den enkelte borger. Skalaen for graden af skrøbelighed går fra 1-8, hvor CFS 1 beskriver et robust menneske og CFS 8 beskriver et menneske, som er fuldstændig afhængig af hjælp til personlig pleje og som nærmer sig livets afslutning.

Skæringspunktet for vurderet skrøbelighed ligger mellem CFS 4 og CFS 5. CFS 9 er for dem, der har en terminal sygdom, men som ikke lever med svær skrøbelighed i øvrigt (4).

Vurderingen af CFS bør ske i borgerens habituelle tilstand og minimum to uger forud for akut opstået sygdom, hvorfor det er meningsfuldt at screeningen finder sted i en kommunale kontekst med udgangspunkt i borgerens hverdagsliv (4).

Hvad ved vi fra forskningen om CFS?

Forskningen viser, at CFS er et brugbart og pålideligt redskab til at vurdere skrøbelighed hos ældre borgere i både kommunal kontekst og hospitalspraksis. Et dansk studie dokumenterer fx, at CFS kan anvendes med høj enighed mellem forskellige fagpersoner, hvilket gør redskabet velegnet som fælles sprog på tværs af sektorer (5). CFS giver samtidig et hurtigt overblik over borgerens samlede sårbarhed og hjælper med at identificere borgere, der har behov for en særlig opmærksomhed eller tidlige indsatser.

Nyere forskning viser bl.a., at skrøbelighed er en stærkere indikator for risici end både alder og diagnose samt at skrøbelighed ofte først bliver synlig ved akut sygdom, hvor konsekvenserne allerede er betydelige i form af længere indlæggelser og øget risiko for komplikationer.

I sundhedsvæsenet møder vi patienter, som på grund af alder og skrøbelighed er særligt sårbare i forbindelse med indlæggelseskrævende sygdom og overgange mellem sektorer. Der er ofte tale om komplekse problemstillinger, og det kan være udfordrende at prioritere indsatser samt identificere, hvor der er behov for særlig opmærksomhed.

Studier viser, at hvis hospitalspersonale i akutte forløb mangler viden om patientens habituelle funktionsevne, bliver visitation, behandlingsplan og forventningsafstemning derved vanskeliggjort (6).

FIGUR 1

CLINICAL FRAILTY SCALE			
	1	MEGET GOD FORM	Mennesker der er robuste, aktive, energiske og motiverede . De motionerer typisk regelmæssigt og er blandt dem i bedst form for deres alder.
	2	GOD FORM	Mennesker uden aktive symptomer på sygdom , men i mindre god form end kategori 1. Ofte motionerer de eller er meget aktive en gang imellem , f.eks. på bestemte årstider.
	3	KLARER SIG GODT	Mennesker med velkontrollerede sygdomsproblemer , selvom de indimellem har symptomer. Oftest er de ikke regelmæssigt aktive udover rutinemæssige gåture.
	4	LEVER MED MEGET MILD SKRØBELIGHED	Denne kategori markerer en begyndende overgang fra komplet uafhængighed. Mennesker der ikke er afhængige af andre til daglige gøremål, men som ofte har symptomer, der begrænser aktiviteterne . En almindelig klage er at føle sig "langsom" eller træt i løbet af dagen.
	5	LEVER MED MILD SKRØBELIGHED	Mennesker der ofte er mere tydeligt langsomme , og har behov for hjælp til komplekse daglige gøremål (<i>Instrumental Activities of Daily Living</i> - økonomi, transport, hovedrengøring). Typisk vil mild skrøbelighed i stigende grad hæmme indkøb, gåture alene udenfor, madlavning, medicin og begynde at begrænse let husarbejde.
	6	LEVER MED MODERAT SKRØBELIGHED	Mennesker der har behov for hjælp til alle udendørs aktiviteter og med at holde hus . Ofte har de problemer med indendørs trappegang og behøver hjælp til at gå i bad og kan eventuelt have brug for minimal hjælp til påklædning (stikord, let støtte ved behov).
	7	LEVER MED SVÆR SKRØBELIGHED	Fuldstændigt afhængige af hjælp til egenomsorg , uanset årsag (fysisk eller kognitiv). Alligevel virker de stabile og ikke i høj risiko for at dø inden for ca. 6 måneder.
	8	LEVER MED MEGET SVÆR SKRØBELIGHED	Fuldstændigt afhængige af hjælp til personlig pleje og nærmer sig livets afslutning . Typisk vil de ikke engang komme sig efter let sygdom.
	9	TERMINALT SYG	Mennesker der nærmer sig livets afslutning. Denne kategori gælder mennesker med en forventet levetid på mindre end 6 måneder , som ikke lever med svær skrøbelighed i øvrigt . (Mange terminalt syge mennesker kan stadig motionere helt indtil livets afslutning.)

BEDØMMELSE AF SKRØBELIGHED HOS MENNESKER MED DEMENS

Mennesker med demens er skrøbelige (scorer altid minimum 5) og graden af skrøbelighed svarer som regel til graden af demens.

Typiske symptomer ved mild demens er at glemme detaljer om en nylig begivenhed, selvom man kan huske selve begivenheden, og at gentage det samme spørgsmål/historie og social tilbagetrækning.

Ved **moderat demens** er hukommelsen for nylige begivenheder svært nedsat, selvom man kan huske gamle minder tydeligt. Man kan udføre personlig pleje med vejledning.

Ved **svær demens** kan man ikke udføre personlig pleje uden hjælp.

Ved **meget svær demens** er man ofte sengeliggende. Mange er nærmest ophørt med at tale.



DALHOUSIE
UNIVERSITY

Clinical Frailty Scale 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicineresearch.ca
Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495. Danish Version 2.0, 2020, translated by Anders Fournaise and Søren Kabbell Nissen, University of Southern Denmark.

Ved at orientere hospitalspersonalet om den enkelte borgers skrøbelighed allerede i indlæggelsesrapporten, skabes et mere realistisk udgangspunkt for vurderinger, hvilket styrker beslutningsgrundlaget for både patient og fagprofessionelle. En ensartet og tidlig vurdering af skrøbelighed i kommunen udgør derfor et vigtigt forebyggende og tværsektorielt redskab, der kan understøtte målrettede indsatser, bedre koordinering af forløb og potentielt øget livskvalitet for den enkelte borger. Den eksisterende forskning understreger tydeligt behovet for systematisk og tidlig opsporing af skrøbelighed (5) (6), hvilket er et centralt formål med Aalborg Kommunes implementering af CFS.

På denne baggrund har vi følgende undersøgelsesspørgsmål:

- Hvordan vurderinger af skrøbelighed bliver systematiske ud fra en faglig vurdering i en kommunal kontekst.
- Hvordan vi kan få et fælles sprog om skrøbelighed både internt i egen sektor og på tværs af sektorer i samarbejdet om den enkelte borger.
- Hvordan CFS-scoren kan implementeres i en kommunal kontekst, så den bliver integreret i praksis og bringer værdi.

Disse spørgsmål forsøger vi at besvare i artiklen, hvor vi samtidigt præsenterer vores erfaringer, som APN-sygeplejersker med at understøtte implementeringen af CFS i en kommunal kontekst.

Vi beskriver de konkrete implementeringstiltag og de erfaringer, vi har gjort os undervejs i processen. Erfaringer, som vi vurderer, har relevans for andre kommunale - og tværsektorielle aktører. I de følgende afsnit redegør vi for implementeringsstrategien i Aalborg Kommune, herunder mål, organisering, undervisning og praksisnær kompetenceudvikling samt løbende evaluering. Afslutningsvist præsenteres de vigtigste erfaringer, læringspointer og perspektiver, som kan bidrage til videreudvikling af arbejdet med skrøbelighed i kommunal kontekst og på tværs af sektorer.

Vores vej – sådan gjorde vi.

De fem implementeringsgreb

For at sikre en systematisk og ensrettet arbejdsgang har arbejdet med implementering af CFS i kommunal kontekst taget afsæt i en implementeringsstrategi baseret på følgende implementeringsgreb:

- 1 **Ledelsesforankring**
- 2 **Afgrænsning og beskrivelse af indsatsen**
- 3 **Lokale implementeringsteams & teamets opgaver**
- 4 **Undervisning og praksisnær kompetenceudvikling**
- 5 **Opfølgning og evaluering**

De fem implementeringsgreb er anvendt i en dynamisk interaktion, mens ledelsesforankring og afgrænsning af indsatsen har været grundlæggende forudsætninger for de øvrige.

Implementeringsgreb 1: Ledelsesforankring

Implementering betyder at omsætte en plan for en organisationsændring fra tanke til virkelighed (7). I denne proces er ledelsesinvolvering og understøttelse afgørende i alle faser. Implementeringen af CFS er foregået praksisnært i tæt samarbejde med de udkørende sygeplejersker og med solid ledelsesopbakning.

Implementeringsstrategien er derfor også udviklet med aktiv involvering af både driftsnære og strategiske ledere, som har godkendt strategien og løbende understøttet udmøntningen i praksis.

Implementeringsstrategien indeholder bl.a. etablering af lokale implementeringsteams, en møderække for undervisning i CFS blandt medarbejdere samt formidling af processen via indlæg i lokale nyhedsbreve. Indsatser som kun kan gennemføres med ledelsesinvolvering og -opbakning.

Ledelsen har derfor fra starten været involveret i at udvikle, planlægge og tage beslutninger om implementeringsprocessen med henblik på at skabe ejerskab, engagement og den nødvendige opbakning til at gå fra tanker til virkelighed i praksis.

Implementeringsgreb 2:

Afgrænsning og beskrivelse af indsatsen

Målgruppedefinition

CFS er et valideret redskab til borgere over 65 år. I Aalborg kommune har vi imidlertid truffet et valg om, at alle borgere uanset alder skal have en CFS-score. Argumentet herfor er, at det ikke er alder, der er afgørende for graden af skrøbelighed, men om hvorvidt borgeren lever med én eller flere sygdomme og hvordan borgerens funktionsniveau udspiller sig i hverdagslivet.

Vi tager således afsæt i en individuel vurdering af skrøbelighed med udgangspunkt i den enkelte borgers funktionsniveau i hverdagslivet (4). Derudover ønskede vi en smidig arbejdsgang i forhold til beslutningen om, hvilke borgere der skal CFS-scores, for at gøre implementeringen lettere i praksis.

Dokumentation

CFS bidrager til et nuanceret billede af borgerens ressourcer og funktionsevne, og det var derfor naturligt at integrere vurderingen af skrøbelighed via CFS-scoren, som en del af den sygeplejefaglige udredning (SFU) (8).

En sygeplejefaglig vurdering omfatter en systematisk udredning af, om en borger har aktuelle problemer eller risici inden for de 12 sygeplejefaglige problemområder, tildeling af indsatser, udarbejdelse af handlingsanvisninger og stillingtagen til opgave overdragelse.

FAKTABOKS 2 indeholder en oversigt over de 12 sygeplejefaglige områder.

Fællessprog III er en fælleskommunal standard for dokumentation af den kommunale opgaveløsning på Sundheds- og ældreområdet, som skal skabe overblik, data, struktur og sammenhæng i kommunernes elektroniske omsorgs-journaler.

For at sikre et tværsektorielt sprog og ensartethed i dokumentationen af CFS blev dokumentationsansvarlige tidligt inddraget i processen, med henblik på beslutningstagen samt ændring i arbejdsgangen for SFU (9).

FAKTABOKS 2. De 12 sygeplejefaglige problemområder

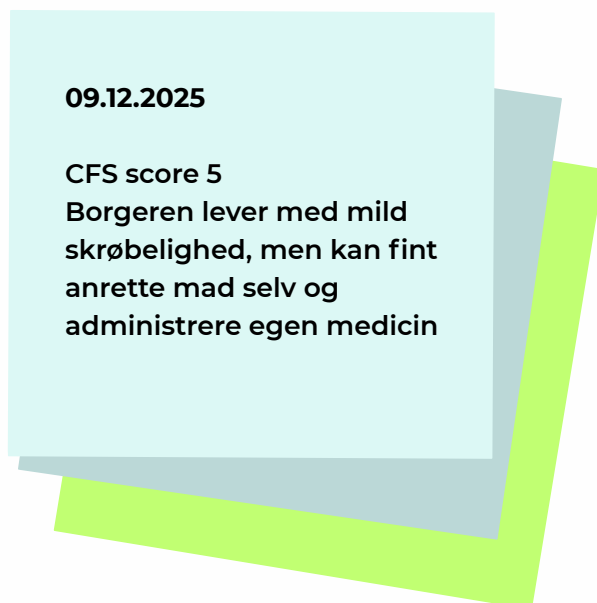
De 12 sygeplejefaglige problemområder er en fast ramme til systematisk vurdering og dokumentation af en borgers tilstand. De bruges både til at finde aktuelle problemer og til at opdage risici tidligt.

1. Funktionsniveau – evne til at klare sig i dagligdagen (personlig pleje, påklædning, mad, toilet, hjælpemidler).
2. Bevægeapparat – muskel- og ledfunktion, gangfunktion, faldtendens, behov for træning eller hjælpemidler.
3. Ernæring – appetit, vægt, vægttab/vægstigning, væskebalance, tygge- og synkefunktion.
4. Hud og slimhinder – hudens tilstand, sår, tryksår, risiko, mundhygiejne, negle, fodpleje.
5. Kommunikation – tale-, sprog- og høreproblemer, kognitive problemer, behov for hjælpemidler, sprogbarrierer.
6. Psykosociale forhold – trivsel, ensomhed, relationer, misbrug, livsstil, psykisk sårbarhed.
7. Respiration og cirkulation – vejrtrækning, hoste, åndenød, puls, blodtryk, kredsløb, iltbehov.
8. Seksualitet – ændret lyst, funktion eller intimitet pga. sygdom, medicin eller livssituation.
9. Smerte og sanseindtryk – akutte/kroniske smerter, syn, hørelse, sensibilitet og brug af hjælpemidler.
10. Søvn og hvile – søvnmønster, indsovningsbesvær, opvågninger, dagtræthed og behov for hvile.
11. Viden, udvikling og mestring – indsigt i sygdom, behandling og medicin, evne til at lære og mestre egen situation.
12. Udskillelse af affaldsstoffer – tarmfunktion og vandladning (afføringsmønster, inkontinens, urinens udseende, obstipation, diarré).

En afgørende faktor for journalføringen var ønsket om, at CFS-scoren automatisk blev overført via indlæggelsesrapporten ved en eventuel indlæggelse.

Dansk Selskab for Geriatri peger på, at CFS er et objektivt klinisk beslutningsværktøj og at skrøbelighed derfor skal observeres, beskrives - ikke måles (4). Som noget særligt for Aalborg kommune blev der derfor taget beslutning om, at CFS-scoren ikke kan stå alene, men skal ledsages af en kort begrundelse for den valgte vurdering. Dette giver en forståelse for den valgte CFS-score og ligeledes bedre forudsætninger for en eventuel revurdering af den valgte CFS-score, se eksempel på CFS-score i **FIGUR 2**.

FIGUR 2. Eksempel på dokumentation af CFS-score



Mål for implementering af CFS

For at sikre en realistisk og bæredygtig implementering blev der – med respekt for den eksisterende opgaveløsning – formuleret både et kortsigtet, et mellemlangt og et langsigtet mål for implementeringen af CFS. Arbejdet med både et kortsigtet, mellemlangt og langsigtet mål har, ifølge sygeplejerskerne, skabt mulighed for løbende succesoplevelser, hvilket har styrket både motivation og engagement i processen.

- **Et kortsigtet mål** var undervisning af alle ud-kørende sygeplejersker: Alle sygeplejersker er undervist i CFS inden udgangen af 2025
- **Et mellemlangt mål** var, at 50 % af borgere tilknyttet sygeplejen var CFS-scoret: Minimum 50% af borgerne tilknyttet sygeplejen er CFS-scoret inden udgangen af april 2025.
- **Et langsigtet mål** er, at CFS-scoring integreres som en naturlig del af arbejdsgangen ved sygeplejefaglig udredning og ved ændringer i borgerens tilstand.

Implementeringsgreb 3: Lokale implementeringsteams og teamets opgaver

Ifølge Fixsen et al., en amerikansk implementeringsforskergruppe som står bag *Implementation Research Network*, kræver vellykket implementering, at der skabes *implementation-drivers*, dvs. organisatoriske og personbårne mekanismer, der understøtter indsatsen i hverdagen (10).

Lokale implementeringsteams fungerer netop som sådanne drivere ved at kombinere ledelsesopbakning med faglig ekspertise og kollegial støtte. Med henblik på at skabe lokalt drive og engagement, sikre ejerskab, samt arbejde med praksisnær implementering har hvert område dannet et implementeringsteam bestående af 1-3 sygeplejersker, én leder samt én APN-sygeplejerske.

Nyere litteratur peger på, at implementering bedst lykkes, når der etableres strukturer, der sikrer løbende refleksion og dialog i praksisfællesskaber (11). For at sikre CFS som en integreret del af den daglige arbejdsgang havde teamet til opgave, at italesætte CFS i hverdagen ved blandt andet morgenmøder, ved sygeplejemøder og konferencer samt besvare spørgsmål relateret til brugen af CFS i dagligdagen.

De lokale implementeringsteams indtog således en dobbeltrolle i form af forandringsagenter, der skaber retning og motivation, og som nærværende sparringspartnere, der kan understøtte kolleger i konkrete situationer. Se **FIGUR 3**, som illustrerer implementeringsteamets sammensætning og opgaver.

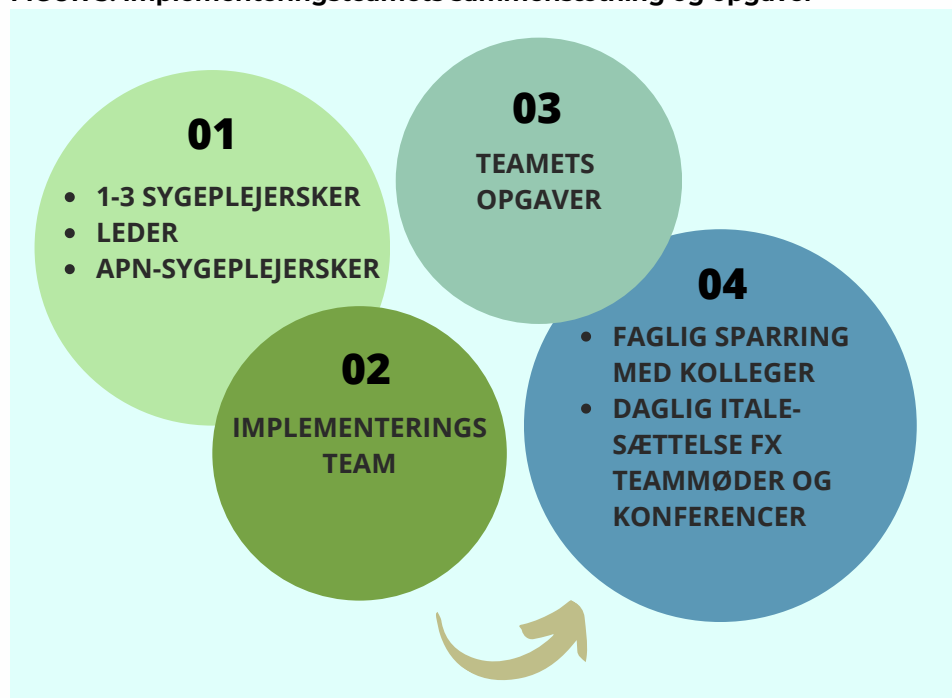
Ved at organisere indsatsen gennem implementeringsteams var hensigten at skabe en bro mellem den overordnede strategi og den daglige kliniske praksis, hvilket anses som afgørende for, at CFS kan integreres bæredygtigt og med høj kvalitet.

Implementeringsprocessen blev styrket via såkaldte "tjek-in-møder" i implementeringsgruppen. Tjek-in møder fandt sted ved enten fysisk fremmøde eller ved virtuelt møde ca. hver 14. dag med en varighed på mellem 15-60 minutter.

Tjek-in-mødet gav blandt andet mulighed for at justere undervisning og praksisnære drøftelser med udgangspunkt i behov beskrevet af det lokale team. Information om og kendskab til implementeringsprocessen blev desuden delt via lokale nyhedsbreve med særligt fokus på positiv understøttelse. Der blev desuden udarbejdet et generisk støtteredskab i form af Frequently Asked Questions (FAQ), som et opslagsværk for medarbejderne.



FIGUR 3. Implementeringsteamets sammensætning og opgaver



Implementeringsgreb 4: Undervisning og praksisnær kompetenceudvikling

Med antagelsen om at undervisning og praksisnær kompetenceudvikling er centralt for at sikre en fælles forståelse og fælles udgangspunkt for anvendelse af CFS i klinisk praksis, blev alle sygeplejersker tilbudt undervisning med udgangspunkt i eksisterende materiale fra Dansk Selskab For Geriatri på geriatri.dk (4).

Undervisningen havde til hensigt at sikre fælles forståelse af CFS som begreb, forståelsesramme og i anvendelsen af CFS som fælles sprog, både internt og på tværs af sektorer. Ifølge den danske lærings-teoretiker og professor Knud Illeris består læring af tre dimensioner: indhold (viden og færdigheder), drivkraft (motivation og engagement) og samspil (social interaktion) (12).

Undervisningen i CFS adresserede alle tre dimensioner ved at kombinere faglig viden fra eksisterende materiale, refleksioner over konkrete borgerforløb og dialog i kollegiale fællesskaber. Undervisningen blev således tilrettelagt med afsæt i fælles refleksioner og drøftelser om konkrete borgerforløb med mulighed for at tildele en CFS-score til udvalgte borgere.

De schweizisk-amerikanske lærings-teoretikere Jean Lave og Étienne Wenger peger på, at læring bedst finder sted i situeret læring og praksisfællesskaber, hvor viden tilegnes og udvikles gennem aktiv deltagelse i autentiske situationer (13). Ved at lade sygeplejerskerne arbejde med CFS i relation til konkrete borgerforløb blev undervisningen dermed praksisnær og meningsfuld. I undervisningen blev teori om CFS, fælles refleksion og anvendelse af scoren i praksis dermed koblet sammen.

Gennem praksisnær kobling blev der skabt et læringsrum, hvor sygeplejerskerne ikke blot tilegnede sig viden om CFS, men også udviklede kompetencer til at anvende metoden selvstændigt og konsistent i arbejdet med borgerne.

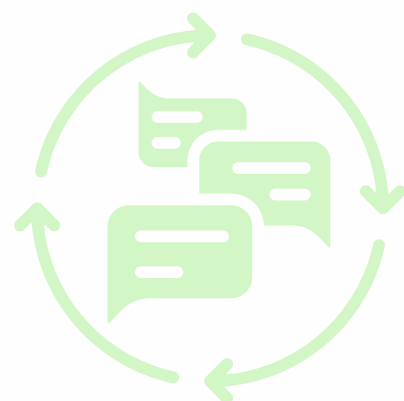
Implementeringsgreb 5: Opfølgning og evaluering

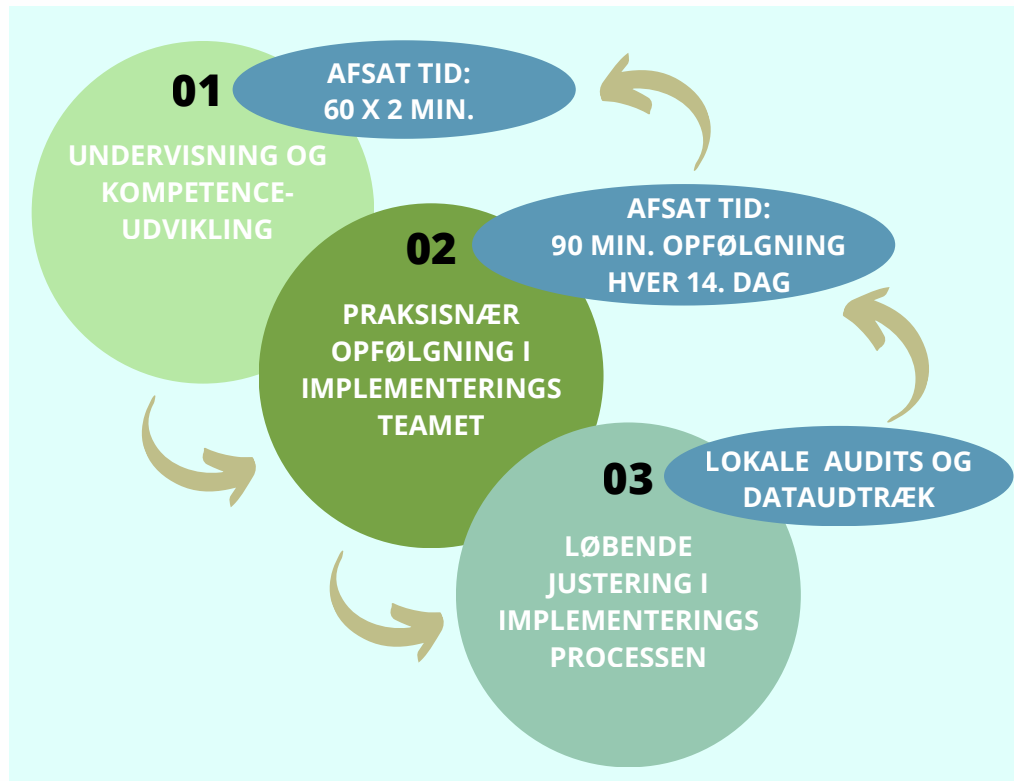
Løbende evaluering og opfølgning undervejs i en implementeringsproces er af afgørende betydning for læring om, hvad der virker og hvorfor. Herigennem skabes mulighed for at opnå feedback fra ledere og medarbejdere for at justere lokale - og centrale implementeringsgreb med henblik på at nå målene på både kort og langt sigt (14) (15).

For at følge og evaluere implementeringsprocessen blev systematiske og regelmæssige evalueringer, audits og dataudtræk gennemført undervejs i tæt samarbejde med implementeringsteamet.

Den tætte opfølgning og de løbende evalueringer blev drøftet både lokalt i implementeringsteams, internt i gruppen af APN-sygeplejersker og med den strategiske ledelse. Dette bidrog til lokal og organisatorisk læring, hvilket gav mulighed for justering af indsatsen med fokus på de udfordringer, der opstod undervejs.

FIGUR 4 illustrerer, hvordan løbende evalueringer og praksisnær opfølgning var et integreret element i implementeringsprocessen i samspil med f.eks. undervisning og kompetenceudvikling. Figuren illustrerer desuden, at evaluering og opfølgning er et element, som kræver både tid og struktur, dvs. der er behov for konkret planlægning af disse aktiviteter på lige fod med undervisning.



FIGUR 4. Implementeringsprocessen: undervisning, opfølgning og evaluering

I ovenstående har vi beskrevet de fem overordnede implementeringsgreb i strategien for implementering af CFS i Aalborg Kommune. I det følgende vil vi præsentere resultaterne af implementeringsarbejdet. Afsnittet indledes med en kort beskrivelse af de metoder, vi har anvendt.

Anvendte evalueringsmetoder

I implementeringsprocessen er forskellige evalueringsmetoder anvendt med det formål at skabe læring og afsæt for praksisnære forbedringer. Evalueringen omfatter både kvantitative og kvalitative metoder.

Dataudtræk på cirka 10 tilfældige borgere i hvert sygeplejeområde

I marts 2025 blev der udtrukket data på 1/3 af alle nye sygeplejefaglige udredninger på CPR-numrene tilknyttet sygeplejen inden for de seneste 3 uger. Dette med henblik på at gøre status på implementeringen og vurdere, hvorvidt den kortsigtede målsætning om at 50 % af borgerne var scoret inden udgangen af april var opnået. Data blev trukket centralt via kommunens Kvalitets- og Innovationsafdeling.

Journalaudit på 20 tilfældige borgere i hvert sygeplejeområde

Lokale og læringsorienterede journalaudits af borgerjournaler i omsorgssystemet blev gennemført i 5 af de 6 områder af de lokale implementeringsteams. Journalauditten havde fokus på, om der var dokumenteret en CFS score i forbindelse med SFU. Auditeringen skabte dialog, refleksion og viden om implementeringsindsatsernes virkning, om kvaliteten af CFS-scoren i områderne, men også læring om hvor der kunne gennemføres lokale forbedringer.

Spørgeskemaundersøgelse af sygeplejerskernes oplevelser af undervisning og med implementeringen af CFS

For at skabe læring og viden om sygeplejerskernes oplevelser af arbejdet med implementeringen af CFS blev der gennemført en mindre spørgeskemaundersøgelse i de 6 sygeplejeområder.

Evalueringen af implementeringsstrategien læner sig op ad det kortsigtede, mellemlange og langsigtede mål for CFS-implementeringen.

TABEL 1. Oversigt over dataudtræk på de enkelte områder

Område	Borgere inkluderet	Med CFS-score	Uden CFS-score	Procentvis fordeling med CFS-score	Procentvis fordeling uden CFS-score
A	10	7	3	70 %	30 %
B	10	5	5	50 %	50 %
C	9	3	6	33 %	67 %
D	10	7	3	70 %	30 %
E	10	7	3	70 %	30 %
F	10	5	5	50 %	50 %
I alt	59	34	25	58 %	42 %

Journalaudit

Som beskrevet i afsnittet ovenfor viste data-udtræk for perioden 1. marts – 31. marts, at i gennemsnit 59 % borgere var CFS-scoret. De lokale- og læringsorienterede journalaudits viste imidlertid en højere grad af målopfyldelse med gennemsnitligt 77 % af 20 tilfældige borgere, som var CFS-scoret. Se **TABEL 2**. Den mellemlange målsætning om, at mindst 50 % af borgerne skal være CFS-scoret, som en naturlig del af den sygeplejefaglige udredning inden udgangen af april 2025, blev dermed opfyldt.

TABEL 2. Oversigt over lokale audits (ét område ej præsenteret)

Område	Antal borgere inkluderet	Antal borgere med CFS-score i SFU	Antal borgere uden CFS-score i SFU	Målopfyldelse
A	32	28	4	87,5 %
B	20	10	10	50 %
C	40	35	5	87,5%
D	20	18	2	90 %
E	20	11	9	55%
I alt	132	102	30	77 %

Spørgeskemaundersøgelse blandt sygeplejersker

Spørgeskemaundersøgelsen indeholdt en blanding af kvantitative og kvalitative spørgsmål om sygeplejerskernes perspektiver og nuancer på sygeplejerskens arbejde med anvendelse af CFS som et redskab til vurdering af skrøbelighed, se fordeling af informanter i de 6 områder i **TABEL 3**.

TABEL 3. Fordeling af informanter

Område	Antal informanter
A	5
B	5
C	8
D	7
E	6
F	16
I alt	47



Resultater af spørgeskemaundersøgelsen

Sammenfattende kan vi konkludere:

- Alle sygeplejersker har haft mulighed for at deltage i undervisningen.
- Sygeplejerskerne anvender CFS aktivt i praksis, hvilket kan tolkes som, at de har opbygget kompetencerne hertil.
- Sygeplejerskerne anser CFS som et meningsfuldt screeningsredskab. Sygeplejerskerne beskrev blandt andet, at CFS giver et godt pejlemærke i forhold til borgerens funktionsniveau og er et anvendeligt redskab i sektorovergangen, som kan bidrage til at målrette borgerforløbet.

Spørgeskemaet tydeliggjorde dog også nogle af de udfordringer, som sygeplejerskerne oplevede i arbejdet med CFS. For eksempel oplever sygeplejerskerne, at det er vanskeligt at anvende CFS ved borgere med psykiske lidelser, da borgerens mentale tilstand ofte gensidigt påvirker den enkelte borgers funktionsniveau, se udvalgte citater i **FIGUR 5**.

Diskussion

Kliniske og etiske implikationer af kommunal CFS-vurdering

Som beskrevet i artiklens indledende afsnit peger både national og international forskning på, at skrøbelighed har væsentlig betydning for patientforløb. Forskning i en dansk hospitals-kontekst dokumenterer, at skrøbelighed har en direkte og målbar betydning for patientforløb, blandt andet i form af længere indlæggelsestid og øget risiko for komplikationer (6).

Det understreger relevansen af et systematisk fokus på tidlig opsporing gennem CFS, som beskrevet i implementeringsdelen af artiklen.

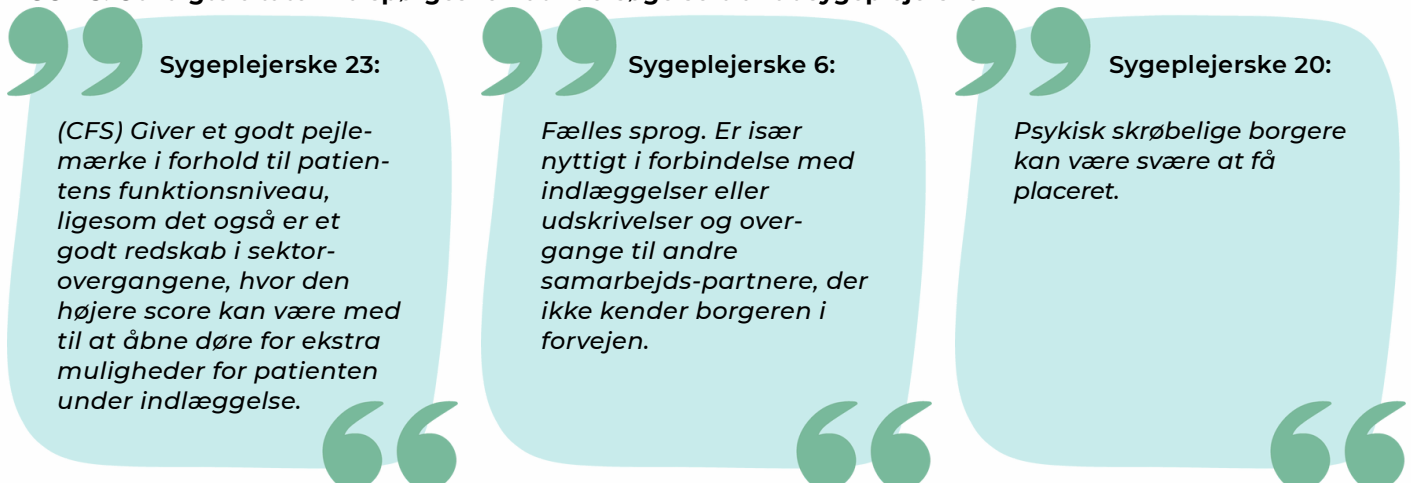
I en kommunal praksis sætter disse resultater fokus på værdien af tidlig opsporing:

Når skrøbelighed identificeres i borgerens habituelle tilstand frem for under akut sygdom, skabes mulighed for at iværksætte forebyggende og målrettede indsatser, der potentielt kan reducere netop de udfordringer, studiet peger på.

Resultaterne fra vores implementeringsproces viser, at en systematisk anvendelse af CFS kan skabe netop det faglige grundlag, der understøtter denne tidlige opsporing. CFS-vurdering i kommunal kontekst kan derfor betragtes som første led i en tværsektoriel kæde af kliniske handlinger, hvor systematisk viden om borgerens eventuelle skrøbelighed ikke blot understøtter lokale indsatser, men også kvalificerer samarbejdet med hospitalet.

En tidlig og velunderbygget skrøbeligheds-vurdering kan bidrage til mere realistiske forventningsafstemninger, bedre behandlingsplanlægning og en styrket sektorovergang. Dette aktualiserer samtidigt spørgsmål om, hvordan kommunen bedst organiserer opfølgningen, samt hvilke faglige kompetencer der kræves for at sikre konsistente og valide vurderinger. Vores fund viser imidlertid, at screening ikke kan stå alene. En systematisk screening af borgere og patienter indebærer altid både etiske overvejelser og opmærksomhedspunkter.

FIGUR 5. Udvalgte citater fra spørgeskemaundersøgelse blandt sygeplejersker



CFS bygger blandt andet på vurdering af borgerens behov for hjælp i hverdagen, hvilket kan risikere at forveksle funktionsevne-nedsættelse – herunder midlertidige eller socialt betingede behov – med egentlig skrøbelighed. WHO's etiske retningslinjer understreger, at kategorisering i sundhedsvæsenet skal ske med omtanke for at undgå stigmatisering og uretfærdig forskelsbehandling (16). Dette fordrer, at CFS anvendes med høj faglig præcision og så vidt muligt i borgerens habituelle tilstand, så både stigmatisering og fejkategorisering undgås.

Disse etiske overvejelser ligger i forlængelse af de erfaringer, sygeplejerskerne selv beskrev i spørgeskemaundersøgelsen, hvor især borgere med psykiske lidelser blev fremhævet som en udfordrende gruppe at CFS-vurdere. Samlet set stiller CFS-implementeringen derfor krav til kvalificeret undervisning, løbende refleksion i praksisfællesskaber og tydelige lokale arbejds-gange der sikrer, at vurderinger ikke alene baseres på hjælp i dagligdagen, men på en helhedsorienteret, klinisk vurdering af skrøbelighed. Når dette lykkes, kan CFS fungere som et værdifuldt redskab i en mere proaktiv, etisk forsvarlig og tværsektorielt sammenhængende indsats for skrøbelige borgere.

Konklusion

Implementering af CFS i kommunal praksis som et fælles fagligt sprog om skrøbelighed har været en lærerig proces, som i høj grad har været båret af en grundig implementeringsstrategi. Løbende praksisnær evaluering i implementeringsteams og i gruppen af APN-sygeplejersker har været med til at målrette og tilpasse processen. En systematisk og løbende opfølgning i hvert sygeplejeområde har bidraget til, at CFS generelt opleves som et meningsfuldt redskab, der styrker den sygeplejefaglige vurdering og understøtter et fælles sprog, både tværprofessionelt og i tværsektorielle overgange. Undervisning, lokale audits, løbende opfølgning og sparring i implementeringsteams har haft positiv effekt og har i høj grad bidraget til læring og engagement blandt medarbejderne.

Implementeringen af CFS har således skærpet det faglige fokus på skrøbelighed og har skabt et solidt fundament for videre udvikling af praksis og samarbejde internt i kommunen og på tværs af sektorer. Vores undersøgelser viser, at vi sammen med de lokale implementeringsteams har nået implementeringsstrategiens mål på kort - og mellemlangt sigte. Med afsæt i en praksisnær læringstilgang anvendes CFS nu i flere lokale teams, som en integreret del af den professionelle forståelsesramme og det fælles sprog i organisationen, hvilket understøtter den samlede implementeringsstrategi.

Vi arbejder med løbende at nå det langsigtede mål om at CFS-vurdering og revurdering anses som en naturlig del af den sygeplejefaglige indsats.

Det videre arbejde med CFS

Implementeringen af en ændret arbejdsgang som CFS-scoren er en organisatorisk ændring, der rækker ind i både arbejds-gange, sprog, faglige forståelser og samarbejds-mønstre. Da en stor organisation som *Aalborg Kommunes Senior og Omsorgsforvaltning* løbende ændrer sig - i takt med ændringer i sundhedsvæsenet, er der behov for løbende at genbesøge implementeringsstrategien, justere, evaluere samt følge op.

Aalborg kommune, Senior og Omsorg overgik pr. 1. april, 2025 til, at borgerne fik faste teams. Organisationsændringen har medført et tættere samarbejde blandt faggrupper både i den daglige organisering af kørelister, i forbindelse med triagemøder samt sygepleje- og borgerkonferencer. Der er således et naturligt behov for at inddrage social- og sundhedsassistenter samt visitatorer i arbejdet med CFS.

APN-sygeplejerskerne har derfor udarbejdet en ny implementeringsstrategi rettet mod borgerens faste team, som tilgodeser det interne tværfaglige samarbejde i relation til det borger-nære arbejde. Fokus for implementeringsstrategien er fortsat undervisning – blandt andet ved introduktions-moduler samt i borgerens faste teams, praksisnære refleksioner og drøftelser. Implementeringsprocessen er iværksat i efteråret 2025.

CFS som grundlag for tidlige og målrettede indsatser

Samlet peger forskning på, at CFS- scoring ikke i sig selv ændrer borgerens tilstand, men at redskabet giver sygeplejersker et fagligt underbygget grundlag for at handle tidligt, iværksætte relevante indsatser og styrke kommunikation og koordinationen omkring skrøbelige borgere (1) (2) (3) (5).

Anvendelsen af CFS i en kommunal kontekst er generelt sparsomt belyst, og det er derfor afgørende fortsat at undersøge, dokumentere og forske i anvendelsen af CFS i både kommuner og tværsektorielle sammenhænge – særligt med fokus på borgerens oplevede værdi, forløbskvalitet og den sygeplejefaglige kvalitet.

I denne artikel har vi kortlagt vores erfaringer med implementeringen af CFS. I det videre arbejde med CFS vil vi – sammen med praksis - udvikle arbejdsgange for målrettede handlinger på baggrund af den kommunalt vurderede CFS. Samtidigt vil vi fortsætte indsamlingen af strukturerede data, som kan belyse både anvendelse, virkning og værdi af CFS for borgere tilknyttet den kommunale sygepleje.

Læringspointer fra implementeringsprocessen

På baggrund af næsten et års arbejde med implementering af CFS er der udover resultaterne skabt vigtig læring, som anvendes i det videre udviklings- og implementeringsarbejde.

Følgende væsentligste læringspointer tænkes ind i den løbende justering af implementeringsstrategien:

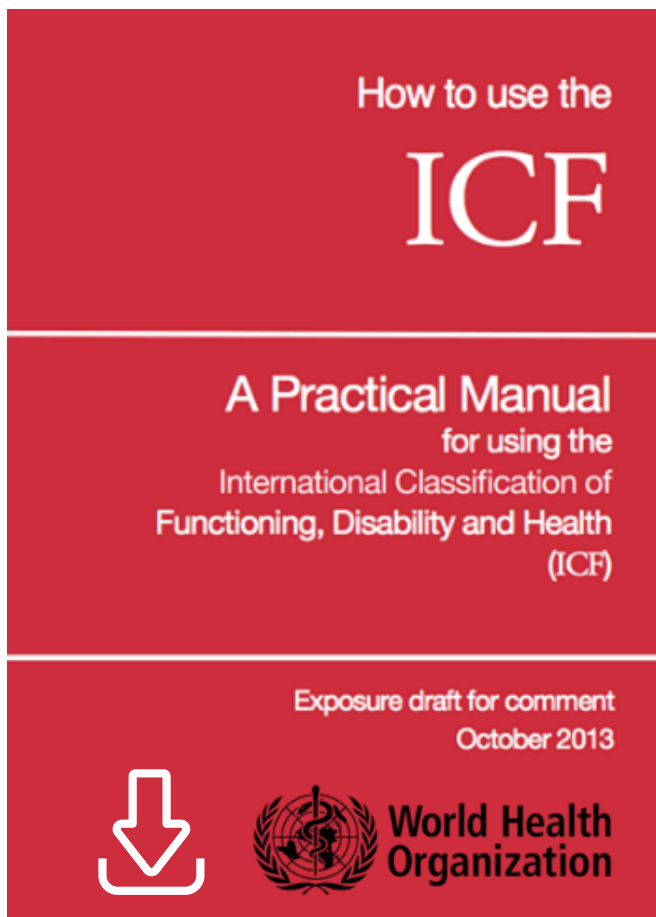
- CFS dokumenteres som fritext i et udvalgt sygeplejefagligt problemområde, hvorfor det ikke er muligt at trække data herpå. Der arbejdes på en mere hensigtsmæssig løsning i Aalborg kommune.
- Der er behov for kontinuerlig undervisning eller sidemandsoplæring for nyansatte medarbejdere samt for medarbejdere ansat i vagtlag.
- CFS forholder sig til den enkelte borgers funktionsevne. Det kan være vanskeligt at adskille eventuelle psykiske udfordringer fra funktionsevne, da vi som sundhedsprofessionelle ser det hele menneske.
- Der er behov for en arbejdsgang for revurdering af CFS ved ændringer i borgers aktuelle funktionsevne. Der kan derfor være behov for at se ind i en ensretning af dette arbejde.

Taksigelser

Vi ønsker at takke vores APN-kolleger for værdifuldt samarbejde om implementeringen af CFS. En særlig tak til samarbejdspartnere, de enkelte implementeringsteams, ledere og øvrige medarbejdere i BFT for deres indsats i implementeringsprocessen og dataindsamlingen.

En særlig tak til Chef for Det Nære Sundhedsvæsen Helen Kæstel, og Sygeplejefaglig leder Mette Bang for opbakning og prioritering af arbejdet med CFS-implementeringen og artikelskrivningen.

Endeligt vil vi rette en stor tak til Charlotte Laubek, Ph.d. og Postdoc, for faglig sparring og støtte i forbindelse med udvikling og kvalificering af manuskriptet.



Referencer

1. Theou, O., Squires, E., Mallery, K., Lee, J. S., Fay, S., Goldstein, J., Armstrong, J. J., & Rockwood, K. What do we know about frailty in the acute care setting? A scoping review. . BMC Geriatrics. 18, (2018). , Årg. 1, 139. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-082>.
2. Church, S., Rogers, E., Rockwood, K., & Theou, O. A scoping review of the Clinical Frailty Scale. In *BMC Geriatrics_Vol. 20*, p. 393, 2020, Issue 1.
3. Fournaise, Anders , et al. Translation of the updated clinical frailty scale 2.0 into Danish and implications for cross-sectoral reliability. BMC geriatrics. 21(1), 2021, Årg. 269, doi: 10.1186/s12877-021-02222-w.
4. Dansk Selskab For Geriatri. www.geriatri.dk. [Online] 12. September 2025.
https://geriatri.dk/forside/cfs_vejl.php
5. Nissen, Søren Kabel, et al. Cross-sectoral inter-rater reliability of the clinical frailty scale – a Danish translation and validation study. BMC Geriatrics. Volume 20, 2020, Article number 443,
<https://doi.org/10.1186/s12877-020-01850-y>.
6. Olesen, Mette Saaugaard. Skrøbelighed blandt kirurgiske patienter. Journal for Sygeplejevidenskab. 2024, <https://doi.org/10.62680/FA3024>.
7. Kotter, John P. Leading change: Why transformation efforts fail. *Harvard Business Review*. 73, 1995, Årg. 2, s. 59-67.
8. KL.dk. Fælles Sprog III 2.0 - Indsatskatalog Kommunale sygeplejeindsatser § 138 (Sundhedslov) version 1.1. 2300 København S : KL.dk, 2025.
9. Fælles Sprog III. *En fælles kommunal datastandard på det kommunale Sundheds- og ældreområde*. 16.12.025.
10. Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. Implementation research: A synthesis of the literature. Florida : Tampa, FL; University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, 2005.
11. Firm, yet flexible: A fidelity debate paper with two case examples. Albers, B., van der Hoek, L. S., van Adrichem, A., Cairney, K., Metz, A., & Agyapong, V. 19(1), 29. , s.l. : Implementation Science, 2024.
<https://doi.org/10.1186/s13012-024-01406-3>.
12. Illeris, K. Læring. København : Samfundslitteratur., 2018.
13. Lave, J., & Wenger, E. Situated learning: Legitimate peripheral participation. Cambridge : Cambridge University Press. , 1991.
14. Mainz, Jan. Basal Kvalitetsudvikling. København : Munksgaard, 2024.
15. Krogstrup, Hanne Kathrine. Evalueringsmodeller. København : Hans Reizels Forlag, 2024.
16. World Health Organization. How to use the ICF: *A Practical Manual for using the International Classification of the Functioning, Disability and Health*. Exposure draft for comment. Ethical guidelines for the use of ICF. Geneva: WHO, 2013. p. 15.