

OM FORSKNINGSOMTALEN

Forskningsomtalen skal være til støtte for beslutningstakere i kommunen.

FORSKNINGSOMTALE

Hva mener helsepersonell og de eldre er viktig ved implementering av skrøpelighetsscreening i primærhelsetjenesten?

Kunnskap om og forståelse av skrøpelighet, samt tydelig informasjon om hvorfor skrøpelighetsscreening er viktig, fremheves av helsepersonell og eldre som sentralt i implementering av skrøpelighetsscreening. Det viser en systematisk oversikt publisert i 2022.

Kommunene Molde og Hustadvika ønsket å vite mer om hvilke faktorer som fremmer og hemmer implementering av skrøpelighetsscreening med klinisk skrøpelighetsskala (Clinical Frailty Scale). Denne forskningsomtalen er en del av en mini-metodevurdering som vurderer innføring av klinisk skrøpelighetsskala i disse kommunene, parallelt med innføring i helseforetaket.

HOVEDBUDSKAP

Den systematiske oversikten oppsummerer både helsepersonells og de eldres perspektiver på innføring av skrøpelighetsscreening i primærhelsetjenesten. Klinisk skrøpelighetsskala var en av flere screeningverktøy som ble benyttet.

Følgende faktorer vil **sannsynligvis** påvirke implementeringen:

Fremmere:

- Undervisning til helsepersonell og informasjon til eldre for å styrke deres kunnskap og forståelse av skrøpelighet og skrøpelighetsscreening
- Helsepersonells egentro på at skrøpelighetsscreening er effektivt og viktig

Hemmere:

- Eldres frykt for skrøpelighet
- Helsepersonells manglende tro på at skrøpelighetsscreening er effektivt og viktig, samt tvil om at primærhelsetjenesten har tilstrekkelige ressurser til oppfølging av skrøpelige eldre



Mens nedenstående faktorer **kanskje** vil påvirke implementeringen:

Fremmere:

- Bevissthet blant helsepersonell knyttet til at skrøpelighet kan oppleves som stigmatiserende begrep blant eldre, og at hensynsfull kommunikasjon og implementering er viktig for å øke deltakelsen i screeningen og skape en god relasjon mellom helsepersonell og den eldre
- Bruk av et velegnet screeningsverktøy som er raskt og enkelt
- Bruk av et screeningsverktøy som undersøker flere skrøpelighetsfaktorer, som funksjonsnivå, ernæringsstatus og medisinbruk etc.
- Involvering av tverrfaglige team i implementeringen
- En klar plan for når og hvor ofte man skal utføre skrøpelighetsscreening

Hemmere:

- Opplevelse av at screeningverktøyet er mangelfullt for formålet
- Manglende plan for implementering

Overordnet vurderes resultatene fra den systematiske oversiktsartikkelen relevante for utforming av kommunenes implementeringsstrategi, men funnene må vurderes med forsiktighet, da de er forbundet med noe usikkerhet.

BAKGRUNN

Eldre med skrøpeligheit har en betydelig reduksjon i fysiske og/eller kognitive funksjoner som fører til mindre motstandsdyktighet ved sykdom og større og mer sammensatte tjenestebehov. Klinisk skrøpeligheitsskala (Clinical Frailty Scale) er et validert skåringsverktøy og kan være nyttig for å planlegge riktig behandling, og vurdere sykdomsforløp, samt fremme samarbeid og tilpasse omsorgsnivået etter den eldres behov.

Eldre med skrøpeligheit er en av fem prioriterte grupper i samhandlingsarbeidet til helsefelleskapene, som er gitt støtte i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027. Helsedirektoratet viser til bruk av klinisk skrøpeligheitsskala som et enkelt verktøy for integrerte helsetjenester. Internasjonalt finnes kunnskapsbaserte retningslinjer for bruk av klinisk skrøpeligheitsskala til skrøpeligheitsscreening og anbefalinger om målrettede tiltak avhengig av skrøpeligheitsnivå.

HVA ER DENNE INFORMASJONEN BASERT PÅ?

En systematisk oversikt publisert i 2022 oppsummerer helsepersonells og eldre personers perspektiver på implementering av skrøpeligheitsscreening i primærhelsetjenesten. Oversikten inkluderte seks primærstudier som alle rapporterte kvalitative data. To av studiene var fra Australia, de resterende fra henholdsvis England, Irland, Canada og Europa (Italia, Polen og Storbritannia). Studiene ble publisert mellom 2017 og 2021. Fem av studiene inkluderte helsepersonell (bl.a. allmennleger og fysioterapeuter) og to studier inkluderte eldre, både skrøpelige og ikke-skrøpelige. Deres synspunkter ble innhentet via individuelle intervjuer eller fokusgruppeintervjuer. To av studiene involverte også pårørende, men deres synspunkter var ikke mulig å hente ut grunnet for tynt datagrunnlag.

Basert på 63 rapporterte funn i de inkluderte studiene sammenstilte forfatterne disse i 12 kategorier av perspektiver på implementering av skrøpeligheitsscreening i en meta-syntese. De 12 kategoriene ble videre inndelt i tre hovedtemaer; 1) kompetanse om skrøpeligheit og skrøpeligheitsscreening, 2) muligheter for god implementering og 3) motivasjon.

TILLIT TIL RESULTATENE

Tilliten til resultatene er ikke vurdert utover forfatternes egen vurdering, og de må derfor tolkes med forsiktighet. Resultater med moderat tillit er omtalt av oss som fremmere og hemmere som *sannsynligvis* vil påvirke implementeringen, mens resultater med lav tillit er omtalt som faktorer som *kanskje* påvirker implementeringen.

Vi gjorde en vurdering av overførbarheten av resultatene i oversiktsartikkelen til implementering av screening i Molde og Hustadvika, og så spesielt på to faktorer:

- **Land:** De inkluderte studiene er gjennomført i vestlige land med antatt overordnet høy standard på helsetjenester og høy levealder. Det rapporteres

ikke om hvor i primærhelsetjenesten screeningen er gjennomført. Vi er i mindre grad bekymret for at konteksten i studiene er annerledes enn i Norge.

- **Studiepopulasjon:** En høy andel av helsepersonell som uttalte seg i studiene var allmennleger, én studie omhandlet kun fysioterapeuter, og utover dette er deltakerne omtalt som helsearbeidere uten spesifikk profesjonsbeskrivelse. I Molde og Hustadvika vil skrøpeligheitsscreeningen i første omgang gjøres av sykepleiere i hjemmetjenesten og på sykehjem, mens det på sikt planlegges å involvere flere faggrupper. Dette gjør at vi er moderat bekymret for at perspektivene som kommer frem i studiene ikke er overførbare til kommunesettingen. Når det gjelder de eldres perspektiver er vi i liten grad bekymret for at resultatene ikke er overførbare.

Overførbarheten av resultatene til implementeringsarbeidet i Molde og Hustadvika er forbundet med noe usikkerhet grunnet andre studieland og forskjell i studiepopulasjon, men vurderes allikevel å kunne bidra inn i innrettingen av implementeringsstrategien.

OM DENNE FORSKNINGSMOTALEN

Bibliotekar gjennomførte søk etter systematiske oversikter i november 2025. Søket ble utført i databasene Cochrane og Epistemonikos, og forskere og oppdragsgiver var med i planleggingen av søket. I søket brukte vi søkeord for skrøpeligheit, screening og relaterte ord (for eksempel scale, score, index, screen, assessment) og søkene ble tilpasset den enkelte litteraturdatabase. Tidsavgrensning for publikasjonsår ble satt til siste 5 år.

Vi gjennomgikk 1641 unike referanser fordelt på to forskere, og vurderte 23 av disse i fulltekst uavhengig av hverandre. Metodisk kvalitet på relevante systematiske oversikter ble vurdert og sammen med oppdragsgiver valgte vi ut den systematiske oversiktsartikkelen som omtales her.

TA KONTAKT

E-post: kommunestotte@fhi.no

KILDE

Nan, J., Duan, Y., Wu, S. *et al.* Perspectives of older adults, caregivers, healthcare providers on frailty screening in primary care: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *BMC Geriatr* 22, 482 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03173-6>

SITERING

Molvik M, Bjornes SS og Refsdal TL. Hva mener helsepersonell og de eldre er viktig ved implementering av skrøpeligheitsscreening i primærhelsetjenesten? Forskningsomtale [internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2026.

