



#3

KLINISK SKRØPELIGHETSSKALA (CFS)

Statusrapport til Helsefellesskap Oslo

Fremdrift på de fire målene vedtatt i LSU OUS-sektor 19. januar 2026

Rapport nr. 3 · Rapport 17. juni 2026 · Neste rapport: 15. august 2026

AVSENDER

Koordineringsgruppen for arbeidet med CFS i LSU OUS-sektor: Synne Schou Øhrberg, Thale Asp Strøm, Rannveig Renolen, Ellen Andersen & Johnny Advocaat

Innhold

Statusrapport nr. 3 til Helsefellesskap Oslo · 17. juni 2026

1

Bakgrunn og samlet status

Undersøkelse, de fire målene og samlet måloppnåelse

3

Aktiviteter, plan og kommunikasjon

Arendalsuka, læringsnettverk, tidslinje og rapportering

5

Dekningsgrad

CFS-bruk i sykehjem og bydeler – foreløpige tall

2

Status per mål

Skåring, deling, bruk, fastlegerolle og skalering

4

Måltall, dashbord og evaluering

Indikatorer, dashbordinnspill, evalueringsplan og forskningsspørsmål

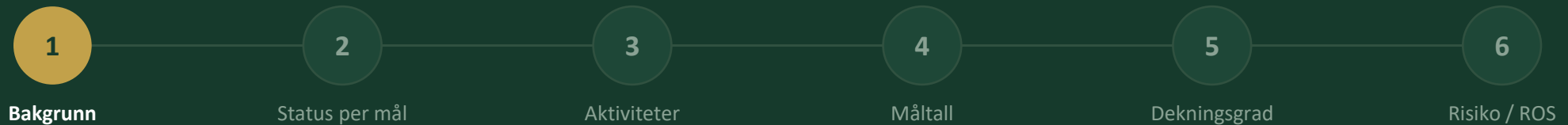
6

Risiko og ROS

Revidert risikovurdering, matriser og tiltakspakke

Bakgrunn og samlet status

Status for måloppnåelse



Klinikerne tror CFS kan bli nyttig i samhandling

95 %

er enige eller delvis enige i at CFS kan bli nyttig i samhandling om eldre med skrøpelighet

60 %

bruker CFS aktivt i dag (30 % rutinemessig + 30 % av og til)

88 %

er trygge på egen forståelse av hva CFS måler og ikke måler

40 %

er trygge på andres forståelse – klart lavere enn egen; et gap som må lukkes

HOVEDFUNN

Nær full enighet på tvers om at CFS kan bli nyttig – også fastlegene (75 %), som selv i liten grad bruker det i dag.

Trygghet på andres forståelse er gjennomgående lavere enn egen – størst gap i OUS (100 % egen / 27 % andres). Felles begrepsbruk og opplæring er derfor et prioritert tiltak.

Kilde: Enkel undersøkelse før workshop 1 (n = 41). Klinikere og ledere fra OUS, helsehus, KAD, sykehjem, bydel og fastleger.

LSU OUS-sektor har forpliktet seg til fire mål

«LSU er enige i at det skal arbeides mot foreslåtte mål, og respektive virksomheter vil bidra til å sikre fremdrift i utviklingsarbeidet og implementering.»

Utdrag fra vedtak – sak 8/26, LSU OUS-sektor, 19. januar 2026. Forankret i SYE, HEL, OUS og 6 bydeler.

1

Omforent modell for skåring, dokumentasjon og deling

Besluttet hvem som skårer, når og etter hvilke prinsipper. Standardisert dokumentasjon. Deling på tvers avklart og testet.

Frist: sommeren 2026

2

Definert, pilotert og etablert ny praksis for bruk

Avklart hva skåringen skal brukes til: klinisk vurdering, dialog, planlegging, beslutningsstøtte. Felles forståelse ved innleggelse, utskrivning og overgang.

Frist definisjoner: sommeren 2026 · ny praksis: høsten 2026

3

Fastlegens rolle tydelig avklart og forankret

Avklart om fastlegen skårer selv, bruker andres skåring – eller begge. Samhandling med OUS og kommune tydeliggjort. Krav til arbeidsflyt og ansvar beskrevet.

Frist: innen utgangen av 2026

4

Skalering: beslutningsgrunnlag for SSU i helsefellesskapet

Erfaringer fra LSU OUS-sektor danner grunnlag for videre spredning. Klinisk nytte, samhandling og gjennomførbarhet vurderes systematisk. Løpende dialog med øvrige LSU og SSU.

Frist: kontinuerlig / 2. halvår 2026

Samlet status for måloppnåelse og endringer siste fire uker

MÅL 1A

Skåring av CFS

Byomfattende rutine på høring. Triggerbasert re-skåring drøftet i WS2.

I RUTE

MÅL 1B

Deling av CFS-data

Produksjonssetting planlagt uke 26.

I RUTE

MÅL 2

Bruk i samhandling

Workshop 2 gjennomført 27.5. Innspill til rutine og ROS levert.

I RUTE

MÅL 3

Fastlegens rolle

Arbeidsmøte med fastleger 12.6. Tre rollemodeller til innspill.

I RUTE

MÅL 4

Skalering og kommunikasjon

Prosjektleder OUS på plass. Innlegg på Arendalsuka 11.8.

I RUTE

HOVEDENDRINGER SISTE FIRE UKER

Prosjektleder for OUS på plass

Engasjement (40 %, ett år) i læringsnettverket for CFS bekreftet. Oppstart etter sommeren; første samling 7.–8.9. Har behov for frikjøpt ressurs i 60% fra en bydel – meld interesse!

Deling kommune til OUS klar for produksjon

Teknisk løsning (PMD 2.0 / nytt API) er ferdig testet og klar for produksjon. HEL mottar prodkode fra Norsk Helsenett fredag 20.6 kl. 12.00; produksjonssetting er planlagt uke 26. Kommunal CFS-skår vil da deles automatisk til OUS ved innleggelse (der kommunen har skåret).

Arbeidsmøte med fastleger 12. juni

Tre rollemodeller (konsument / konsument + skårer / primær skårer) legges fram for innspill. Mål 3 i bevegelse.

Første tall på CFS-bruk i kommunen

Foreløpig øyeblikksbilde: langtidshjem 68,5 %, hjemmetjeneste 8,7 %. Ikke kvalitetssikret; dashboard under utvikling.

Nettsider

Helsedirektoratet har lansert [nettsider](#) om CFS, og Helsefelleskap Oslo har lansert nettsider på [Kompetansebroen.no](#).

Innlegg på Arendalsuka 11. august

Helsefellesskap arrangerer sesjon om persontilpasset tilnærming til eldre med fokus på CFS.

Dashboard

Det arbeides med [dashboard](#) for arbeidet med CFS, og det er ønskelig med innspill på første versjon.

UKE 26

Deling kommune→OUS.
produksjonssetting planlagt (PMD 2.0)

68,5 %

CFS-dekning langtidshjem
(øyeblikksbilde)

8,7 %

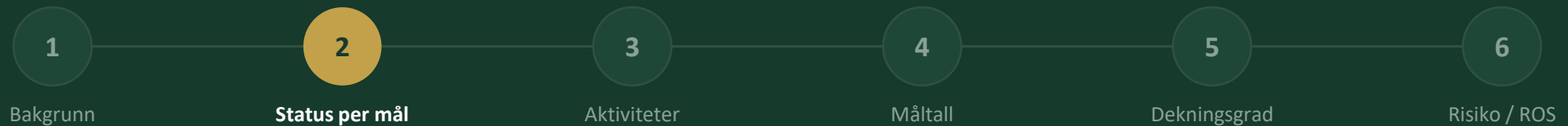
CFS-dekning hjemmetjeneste 65+

sept.

Arbeidsmøte med fastleger rollen
(mål 3)

Status per mål

Skåring, deling, bruk, fastlegerolle og skalering



Skåring: rutiner, intervall og dokumentasjon

Besluttet hvem som skårer, når og etter hvilke prinsipper. Standardisert dokumentasjon i OUS, kommune og bydel. Frist: sommeren 2026.

Historikk per rapporteringsperiode

Rapporteringsperiode	19.1	22.4	17.6 (ny)
Lokale rutiner	Arbeid igangsatt lokalt.	OUS og SYE har publisert egne rutiner. HEL arbeider med byomfattende rutine.	Byomfattende rutine (Oslo kommune) sendt på høring. Frist 22. juni.
Skåringsintervall	Ikke avklart. 3/6/12 mnd og behovsbasert drøftes.	Ulik praksis. Enighet og uenighet mellom klinikere identifisert.	Triggerbasert re-skåring (Modell B) drøftet i WS2. Ber om innspill på dette i høring.
Dokumentasjon	Ingen etablert rutine eller løsning.	ELISE utviklet for CFS. Løsning i DIPS publisert.	Obligatorisk dato, skårer og begrunnelse besluttet (WS2). Automatisk oppgaveopprettelse i ELISE vurderes.

Aksjoner og avklaringer neste ukene

- Samle og vurdere høringsinnspill på byomfattende rutine (frist 22. juni)
- Vurdere og beslutte skåringsmodell og -intervall
- Starte arbeidet med dashbord for dekningsgrad per sykehus, bydel og etat i LIV eller annet sted
- Etablere automatisk oppgaveopprettelse i ELISE for aktuelle virksomheter
- Harmonisere OUS- og SYE-rutiner mot byomfattende rutine

KONTAKTPERSONER

Oslo kommune:

Synne Schou Øhrberg / Johnny Advocaat

Oslo universitetssykehus (OUS):

Ellen Andersen / Thale Asp Strøm

Deling av CFS-data mellom tjenestenivåene

Teknisk løsning er ferdig testet og klar for produksjon. HEL får sannsynligvis prodkode fra Norsk Helsenett fredag 20.6 kl. 12.00; produksjonssetting planlagt uke 26. Deretter forbedringer og ev. toveis deling. Frist for deling en vei: sommeren 2026.

Historikk per rapporteringsperiode

Rapporteringsperiode	19.1	22.4	17.6 (ny)
Teknisk løp	Behov identifisert. Dialog med OUS, HSØ, NHN og Hdir.	Enighet om pilot PMD 2.0 og nytt API. Oppstart mai.	Klar for produksjon: PMD 2.0 og nytt API ferdig testet. Venter på prodkode fra Norsk Helsenett (fredag 20.6 kl. 12.00). Produksjonssetting planlagt uke 26.
Drift og aktører	SYE, OUS, HEL. Sykehuspartner koblet på.	Roller bekreftet. Sykehuspartner, NHN, OUS og HEL samstemte.	Roller bekreftet og samstemt (Sykehuspartner, NHN, OUS, HEL). Produksjonssetting og oppfølging av volum og avvik fra uke 26. Videre utvidelser skal vurderes.
Synlighet av skår	—	—	Alle skår er synlige for klinikere; ingen filtrering av lave skå..

Videre arbeid: forbedringer som utforskes

- Forbedre brukergrensesnitt og varslinger ved ny eller endret skår
- Lettere tilgang til CFS-skår for klinikere ved OUS
- Etablere deling av CFS fra OUS/DIPS til Oslo kommune/ELISE – særlig der kommunen ikke har skåret.
- Utvide deling utover innleggelse (epikrise/PLO tilbake til kommune og fastlege)
- Etablere delingspraksis fastleger ↔ hjemmesykepleie

KONTAKTPERSONER

Oslo kommune:

Ottar Wiklund / Johnny Advocaat

Oslo universitetssykehus (OUS):

Karin Sygna

Bruk av CFS i klinisk samhandling

Definert, pilotert og etablert ny praksis for bruk ved innleggelse, utskrivning, overgang og oppfølging. Frist: sommeren 2026.

Historikk per rapporteringsperiode

Rapporteringsperiode	19.1	22.4	17.6 (ny)
Workshop-serie	Behov identifisert. Datoer satt.	WS1 gjennomført 17.4. WS2 og WS3 satt opp.	WS2 gjennomført 27.5: ansvar, prinsipper og overganger. WS3 satt opp i oktober.
Felles prinsipper	Ikke startet.	Enighet og uenighet identifisert.	Drøftet i WS2: CFS er beslutningsstøtte. Skår på habitualtilstand før akutt sykdom. Innspill til rutine.
Risikovurdering (ROS)	Ikke startet.	Innspill samlet. 3–5 områder identifisert i WS1.	Revidert ROS etter WS2: 15 risikoer med før/etter, eier og frist for alle tiltak.
Læringsnettverk	Idé. Søknad sendt.	TØRN-midler innvilget.	Prosjektleder for OUS på plass (40 %, ett år). Bydelsressurs under rekruttering. Første samling 7.–8.9.

Aksjoner og avklaringer de neste ukene

- Forankre revidert ROS og kvalitetssikre tiltakspakken før byomfattende rutine ferdigstilles
- Rekruttere bydelsressurs til læringsnettverket (TØRN, bydeler i OUS-sektor, ROS)
- Rekruttere bydelsressurs til læringsnettverket og forberede samling 7.–8.9
- Beslutte form for evaluering i løpet av høsten 2026

KONTAKTPERSONER

Oslo kommune:
Synne Schou Øhrberg / Johnny Advocaat

Oslo universitetssykehus (OUS):
Ellen Andersen / Thale Asp Strøm

Fastlegens rolle – og deres bruk av CFS

Avklart om fastlegen skårer selv, bruker andres skåring, eller begge. Krav til arbeidsflyt, ansvar og informasjonsdeling beskrevet. Frist: innen utgangen av 2026.

Historikk per rapporteringsperiode

Rapporteringsperiode	19.1	22.4	17.6 (ny)
Forankring og prosess	Ikke startet.	Ansvar forankret i Helseetaten. Fastlegerepresentasjon i WS2.	Arbeidsmøte med fastleger 12.6 (SYE/HEL): henter innspill til ansvar, oppgaveflyt, deling og forutsetninger.
Rammevilkår	—	—	Takst, tid, opplæringsarena og synlighet i EPJ avklares til høsten som forutsetning for valgt modell.

Aksjoner og avklaringer neste fire uker

- Gjennomføre arbeidsmøtet 12.6 og oppsummere innspill tilbake til fastlegene (SYE/HEL, juni)
- Bearbeide rolleutkast i arbeidsgruppen (HEL/SYE/OUS) sommer/høst
- Avklare takst, opplæringsarena og synlighet i EPJ (høst)
- Forankre rolle, arbeidsflyt, ansvar og informasjonsdeling i LSU innen utgangen av 2026
- Gjennomføre møte med fastleger fra LSU-ene medio september (innspill til rolle, oppgaveflyt og forutsetninger)

KONTAKTPERSONER

Oslo kommune:

Synne Schou Øhrberg / Johnny Advocaat

Skalering, forankring og kommunikasjon

Beslutningsgrunnlag for SSU i helsefellesskapet, dialog med øvrige LSU, og felles budskap – internt, klinisk og innbyggerrettet. Frist: kontinuerlig / 2. halvår 2026.

Historikk per rapporteringsperiode

Rapporteringsperiode	19.1	22.4	17.6 (ny)
Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)	—	Orientering i SSU avtalt 28.4.	Orientering gjennomført. SSU arrangerer sesjon på Arendalsuka 11.8 (CFS som faglig rygggrad).
Øvrige Lokale samarbeidsutvalg	Behov identifisert.	LSU Lovisenberg 14.4 gjennomført. Diakonhjemmet 8.6 og Ahus 17.6 avtalt.	Orienteringsmøter LSU Diakonhjemmet 8.6 og LSU Ahus 17.6 forberedes.
Læringsnettverk / TØRN	Søknad sendt.	TØRN-midler innvilget.	Prosjektleder OUS på plass. Bydelsressurs under rekruttering. Første samling 7.–8.9 (KS).
Kommunikasjon / innbyggerrettet	—	Landingsside planlegges.	Landingsside på Kompetansebroen publisert. Innbyggerrettet vurderes. «Skrøpeligheit» flagget av Eldrerådet/Pårørendealliansen/Eldreombud.

Aksjoner og avklaringer neste fire uker

- Forberede og gjennomføre innlegg og paneler på Arendalsuka 11.8 (omforente dekningstall før 6.8)
- Følge opp LSU Diakonhjemmet (8.6) og gjennomføre LSU Ahus 17.6
- Avklare med HEL/SSU om CFS formelt skal inn i Helsefellesskap Oslos digitale portefølje
- Vurdere oppfølging etter møte med helse- og mestringsdirektørene i bydelene 12.8

KONTAKTPERSONER

Oslo kommune:

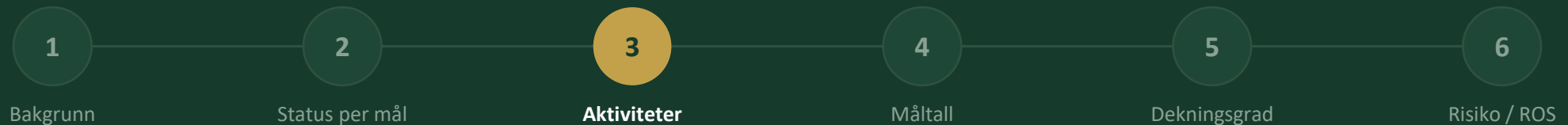
Synne Schou Øhrberg / Johnny Advocaat

Oslo universitetssykehus (OUS):

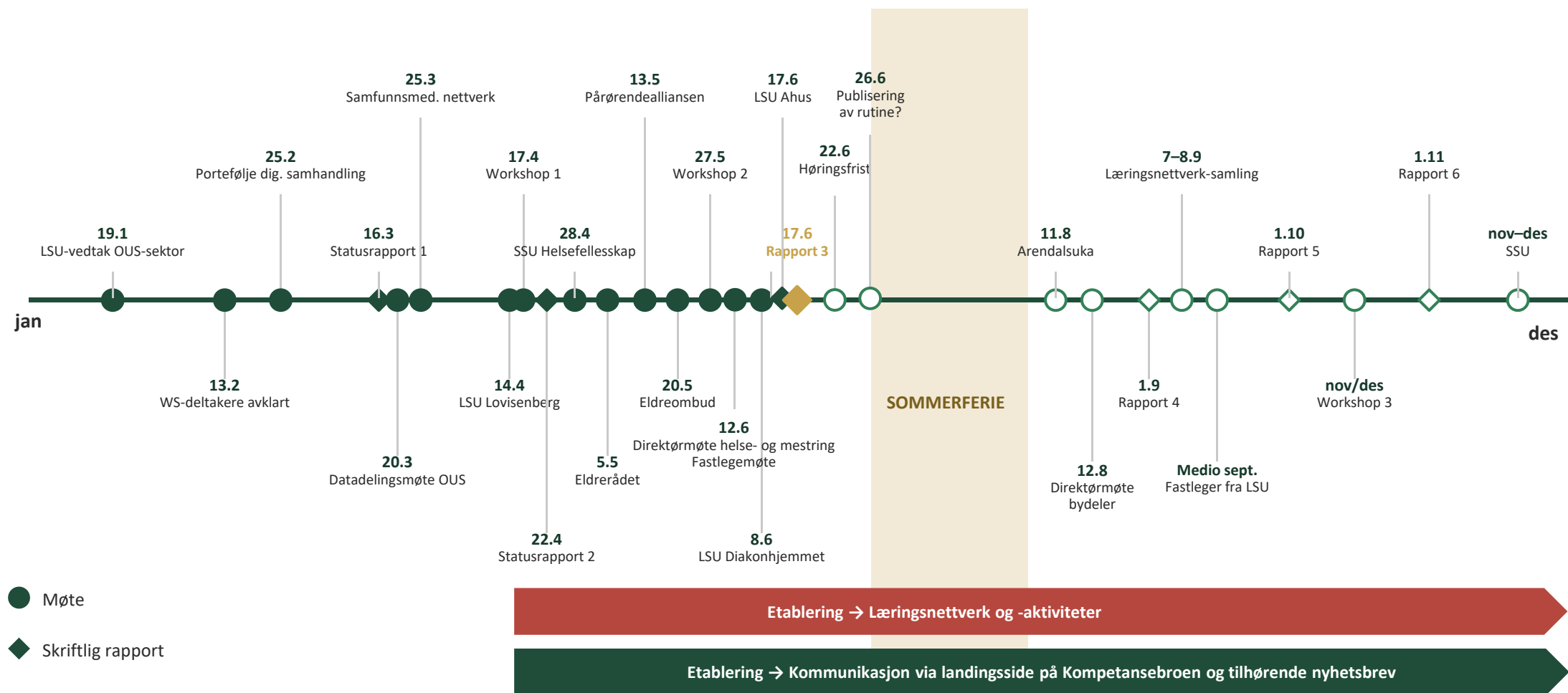
Ellen Andersen / Thale Asp Strøm

Aktiviteter, plan og kommunikasjon

Arendalsuka, læringsnettverk, tidslinje og rapportering



Forankring, kommunikasjon og arbeid på tvers i Helsefellesskap Oslo



Læringsnettverk, TØRN og prosjektledelse

«Felles bruk av CFS for tryggere og mer helhetlige pasientforløp» er ett av prosjektene i KS' læringsnettverk, finansiert av TØRN-midler.

PROSJEKTLEDELSE

Prosjektleder for OUS på plass

Engasjement 40 % i ett år. Oppstart etter sommeren. Implementeringsansvar i MED klinikk, med støtte fra stab samhandling og direktørens stab.

Bydelsressurs under rekruttering

Skal blant annet arbeide opp mot TØRN, bydelene i OUS-sektor og oppfølging av ROS-tiltakene.

Forankring

Koordineringsgruppen for CFS videreføres som drivkraft mellom SYE, HEL, OUS og bydeler.

LÆRINGSNETTVERKET (KS / TØRN)

Eier: KS (Kommunesektorens organisasjon).

Bli-kjent-møte 10.6 og første samling 7.–8.9.

Tre prosjekter i nettverket:

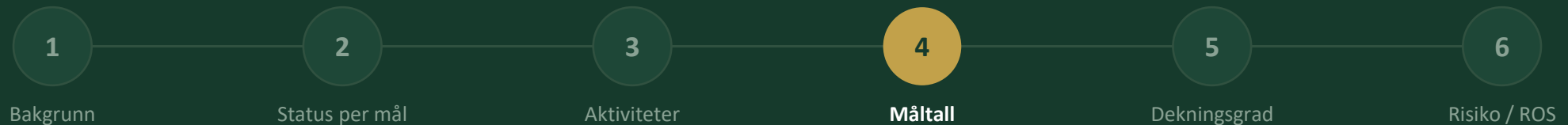
- 1 Hjemmebehandling med antibiotika
- 2 Felles bruk av CFS for tryggere og mer helhetlige pasientforløp (vårt)
- 3 Forslag og utprøving i samarbeidet kommune–spesialisthelsetjeneste

Bygger videre på workshop-arbeidet (WS1/WS2) og målene fra LSU.

Neste steg: rekruttere bydelsressurs og forberede første samling 7.–8.9; koble prosjektplan til ROS og dekningsgradsmål.

Måltall, dashbord og evaluering

Indikatorer, dashbordinnspill, evalueringsplan og forskningsspørsmål



Måltall: indikatorer og indikatorutvikling

Indikatorsettet som skal synliggjøres i LIV eller annen egnet løsning. Definisjonene under er forslag til drøfting og innspill.

DEKNING OG BRUK (ELISE / LIV / OANNET)

Andel innbyggere 65+ med CFS (G1)

Teller: 65+ med registrert CFS · Nevner: alle 65+ i målgruppe per bydel · Kilde: Lise / Liv

Andel langtidsbeboere med CFS (G2)

Teller: beboere med CFS · Nevner: alle langtidsbeboere · Kilde: Lise / Liv (SYE)

Oppslag på CFS ved OUS (G3)

Bruksvolum: antall oppslag og registreringer per måned · Kilde: OUS / PMD

Andel innlagte 65+ med CFS (G4)

Teller: innlagte 65+ med CFS · Nevner: alle innlagte 65+ · Kilde: OUS

OPPLEVD KVALITET – PASIENT OG PÅRØRENDE (OPINION)

Opphold som forventet eller bedre (G5)

Andel som vurderer oppholdet som forventet eller bedre · Kilde: Opinion

Samsvar mellom informasjon og opphold (G6)

Andel som opplever samsvar mellom forhåndsinformasjon og faktisk opphold · Kilde: Opinion

God informasjon før opphold (G7)

Andel som opplever god informasjon fra bydel/sykehus før opphold · Kilde: Opinion

Alt i alt fornøyd – topp 2 (G8)

Andel i de to øverste kategoriene på samlet tilfredshet · Kilde: Opinion

DASHBOARD OG INDIKATORUTVIKLING

- CFS-dashbord i LIV (og ELISE) er under utvikling og skal erstatte manuelle uttrekk; synliggjør dekningsgrad per bydel og virksomhet (ROS-tiltak 18, frist 15.11).
- Indikatorsettet modnes trinnvis: først faktisk bruk (telling), deretter validert dekningsgrad når teller, nevner og tidsbase er harmonisert.
- Dekningsindikatorene splittes på skåring med og uten kommentar – kvalitet vurderes, ikke bare volum.
- Baseline og målnivå fastsettes per indikator; mål forankres i rutinene (90 % langtidshjem før sommeren, bydeler innen 1.10).
- Opplevd kvalitet (Opinion) kobles til evalueringen høsten 2026 (ROS-tiltak 22).

Dashbord: innspill til oppbygging i LIV/ELISE/annen egnet løsning

Forslag til et felles CFS-dashbord som erstatter manuelle uttrekk og synliggjør dekning, kvalitet og bruk per bydel og virksomhet (ROS-tiltak 18, frist 15.11).

FORESLÅTTE FANER (7)

- **1 Oversikt** Samlet dekningsgrad per by og etat mot mål 90 %
- **2 Dekning** Langtidshjem og bydel per virksomhet, mot delmål
- **3 Kvalitet** Skåring med/uten kommentar, alder på skår (>6 mnd)
- **4 Overganger** Deling kommune ↔ OUS, oppslag ved innleggelse
- **5 Triggere** Andel hendelsesbasert vs. >6 mnd re-skåring
- **6 Målgruppe** Feil målgruppe og ekskluderte (praktisk bistand)
- **7 Opplevd kvalitet** Opinion (pasient/pårørende), koblet til evaluering

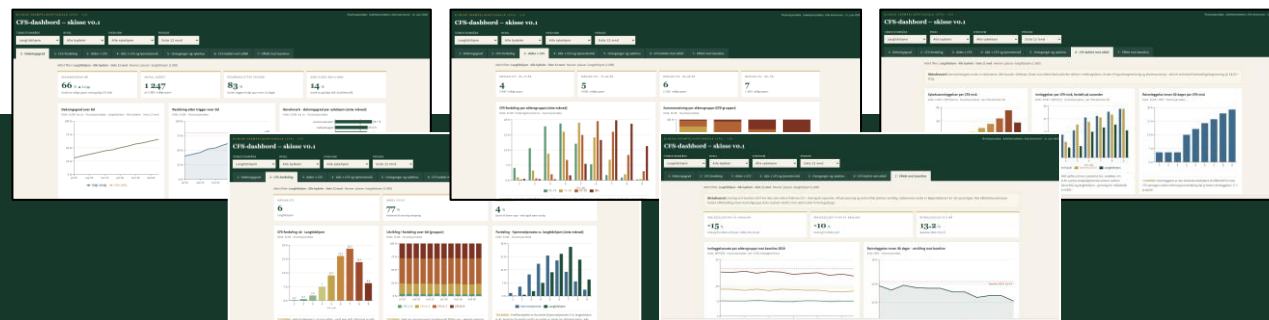
PRINSIPPER FOR DASHBOARDET

- Faktisk bruk (telling) først; validert dekningsgrad
- Splitt på skåring med og uten kommentar – kvalitet, ikke bare volum
- Lås aldersgrense (65+/67+) og felles nevner før tall brukes i styring
- Synlig per bydel og virksomhet – driver lokal forankring
- Verdi tilbake til klinikere – motvirker skåringsfatigue

UTKAST TIL DASHBOARD (FIKTIVE DATA)

<https://claude.ai/public/artifacts/74f14727-c89e-4bb3-8402-784b0bbfd5fe>

Gi innspill til hva som kan bli bedre!



Plan for evaluering høsten 2026

Tre evalueringsspor med forslag til «godt nok»-terskler for beslutning i LSU høsten 2026 – danner grunnlag for Workshop 3 og sak til LSU/SSU Q4 2026.

FIRE EVALUERINGSSPOR

- A Dekning og bruk.** Dekningsgrad per by/etat, andel med kommentar, alder på skår. Kilde: LIV/ELISE.
- B Klinisk nytte og samhandling.** Opplevd nytte i overganger og felles forståelse. Kilde: ny spørreundersøkelse nov. 2026.
- C Pasient- og pårørendeperspektiv.** Transparens og opplevd kvalitet. Kilde: Pasient- og pårørendeundersøkelse på helsehus.

«GODT NOK»-TERSKLER (FORSLAG)

Indikator	Spor	Godt nok
Dekning langtidshjem	A	≥ 90 %
Dekning bydel	A	≥ 90 %
Trygg på andres forståelse	B	≥ 75 %
Opplevd nytte i samhandling	B	≥ 75 %
God informasjon før opphold	C	≥ baseline

Relevante forskningsspørsmål – koblet til ROS (1/2)

Temaer som kan besvares med egen analyse eller av studenter (bachelor/master) innenfor høstens evalueringsvindu.

Forskningstema	ROS	Hovedspørsmål – utdypet	Mulig nivå
Interrater-reliabilitet på tvers av nivåer	K1, K14	Skårer hjemmetjeneste, sykehjem, fastlege og sykehus samme pasient/case likt? Vignett-design à la CFS-DK (ICC 0,81–0,90). Utfall: vektet kappa/ICC. Er samtidig kalibrering og opplæring.	Student / egen
Skår med dato, skårer og begrunnelse	K7	Hvor ofte er skåren dokumentert med fritext og dato, og påvirker fritext skårens reliabilitet og nytte i overgang? Utfall: andel komplette skår, sammenheng med gjenbruk.	Egen
CFS, ADL og andre verktøy	K6	Hvor sterkt henger CFS sammen med ADL/IPLOS? ADL korrelerer sterkt ($ r > 0,60$). Kan CFS erstatte eller utløse andre kartlegginger framfor å komme i tillegg? Utfall: korrelasjon, samtidig validitet.	Egen / student
«Fersk er ikke lik riktig» ved overgang	K7, K10	Hvor ofte avviker en akuttnær skår fra habitualtilstanden uker før hendelsen, og med hvilke konsekvenser for tjeneste og beslutning? Utfall: andel avvik ≥ 1 poeng, konsekvensanalyse.	Master / samarbeid
Kvalitative bruks- og erfaringsstudier	K6, K14	Hvordan opplever ansatte og ledere å bruke CFS? Fordeler, ulemper, barrierer; nytte isolert vs. i samhandling. CFIR som rammeverk. Utfall: tematisk analyse, barriere-/driverkart.	Master
Likeverd og «tause tapere»	K8	Skåres pasienter med annen språkbakgrunn, uten sterke pårørende eller med kognitiv svikt systematisk skjevt? Reduserer komparentopplysninger skjevheten? Utfall: skjevhetsanalyse på undergrupper.	Master / samarbeid

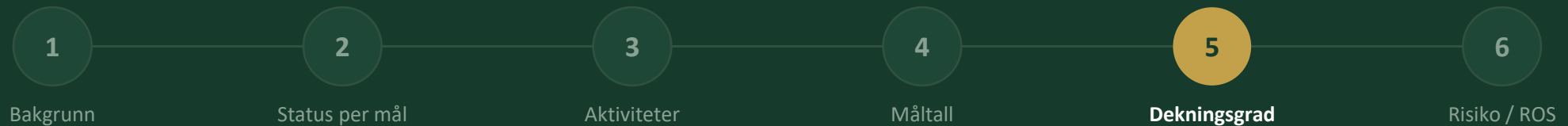
Relevante forskningsspørsmål – koblet til ROS (2/2)

Temaer som krever felles studiedesign (SYE/HEL/OUS/flere), tilstrekkelig utvalg og/eller registerkobling – mer omfattende

Forskningstema	ROS	Hovedspørsmål – utdypet	Nivå
Fast intervall vs. triggerbasert reskåring	K7, K10	Forskjell mellom fast 6-mnd reskåring og hendelsesbasert (6 uker etter utskrivning, 2–3 uker etter økt tjeneste, 4 uker etter fall med skade)? Utfall: treffsikkerhet ved funksjonsendring, registreringsvolum, kvalitet, fatigue. Pilot vedtatt (ROS-tiltak 16).	Samarbeid / ph.d.
CFS som identifikator/utløser	K6	Bør en CFS-endring (f.eks. 6→7) automatisk utløse ny ADL-vurdering, legemiddelgjennomgang eller tiltaksrevisjon? Utfall: treffsikkerhet, ressursbruk, redusert dobbeltkartlegging i en utløsermodell.	Samarbeid
CFS-Self / pasient- og pårørendeskåring	K8, K15	Kan pasient og pårørende skåre selv, og samsvarer det med klinikerskåring – også ved kognitiv svikt? CFS-Self etterlyser validering; internasjonalt publisert. Utfall: agreement (kappa/ICC), proxy-validitet.	Student / samarbeid
Prioritering og tjenestebruk	K5	Får pasienter med høyere CFS systematisk mer/mindre tjenester, vedtak og innleggelser – kontrollert for behov? Brukes skåren de facto som inngangskriterium? Utfall: assosiasjon CFS–tjenestenivå, justert for behov.	Samarbeid
Skår som cut-off i forløp	K4	Brukes en høy skår tilsiktet eller utilsiktet som grunnlag for individuell behandlingsbegrensning? Utfall: praksisbeskrivelse, dokumenterte tilfeller.	Samarbeid

Dekningsgrad

CFS-bruk i sykehjem og bydeler – foreløpige tall



CFS-skåring

Foreløpige tall: sykehjem per 15.6.2026, bydeler per 16.6.2026

Ikke kvalitetssikret

SYKEHJEM – 16 langtidshjem

68,5 %

1 194 av 1 766 plasser skåret

Mål 90 % = 1 589 skåringer

Gjenstår: 395 skåringer

5 av 16 hjem $\geq$ 90 %



BYDELER – hjemmetjeneste 67+ (15 bydeler)

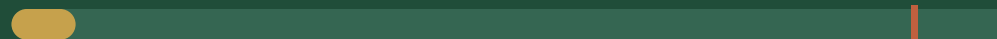
8,7 %

677 av 7 781 tjenestemottakere 67+ skåret

Mål 90 % = 7 003 skåringer

Gjenstår: 6 326 skåringer

0 av 15 bydeler $\geq$ 90 %



HOVEDBILDE

Sykehjemmene har kommet vesentlig lenger enn bydelene (68,5 % mot 8,7 %).

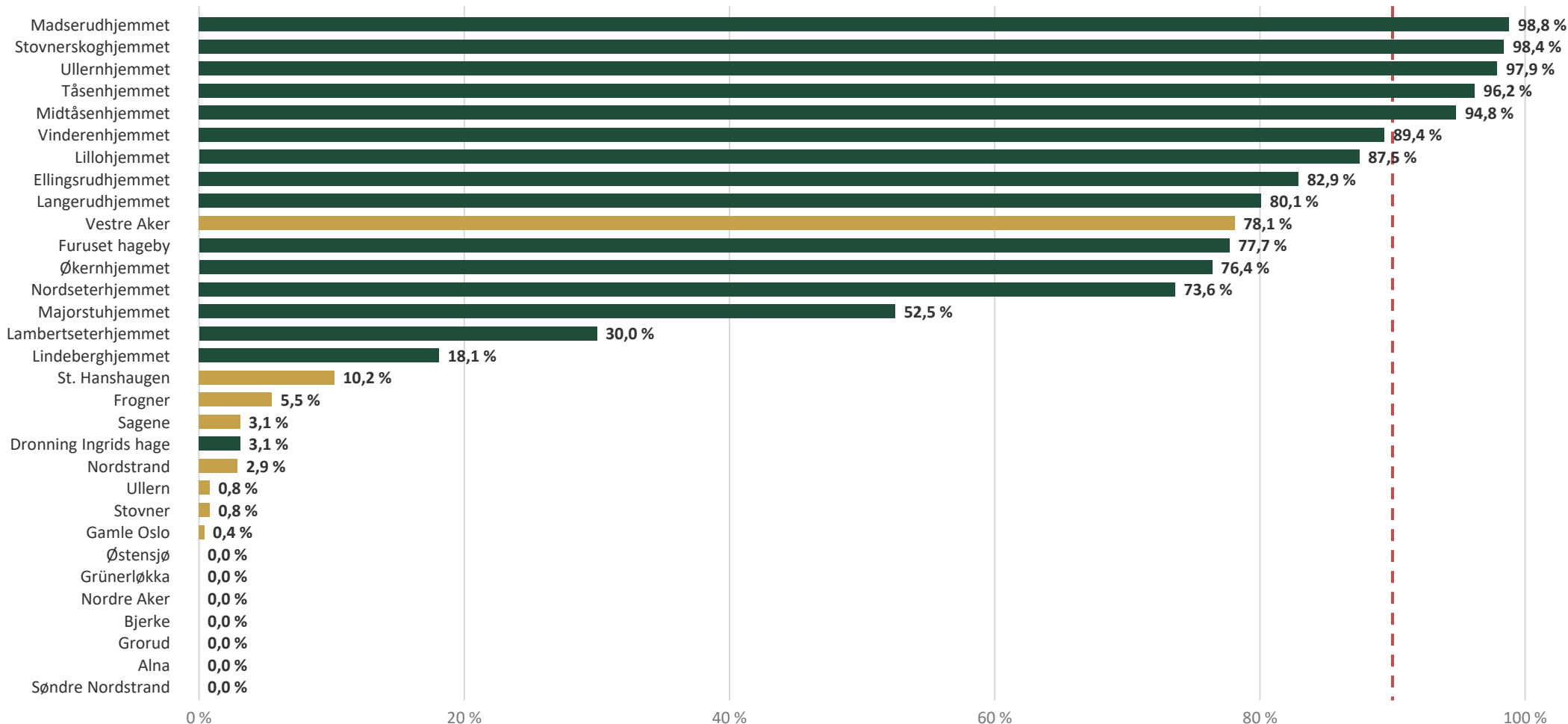
Bruken i hjemmetjenesten er i praksis konsentrert til Vestre Aker; øvrige bydeler er i en tidlig fase.

Andel med CFS-skåring per sykehjem og bydel

Langtidshjem: 67,6 % andel av målgruppe / Bydel: 8,7 % andel av målgruppe

■ Sykehjem ■ Bydel | Mål 90 %

Ikke kvalitetssikret



Forbehold: bydel – teller alle eldre mot nevner tjenestemottakere 67+ (lett overestimert), 65+/67+ ikke avklart; skåringer 16.6 / tjenestemottakere 8.6.2026. Sykehjem: andel av plasser 15.6.2026. Ulik nevner.

Forbehold og bemerkninger

Gjelder tallene på de foregående lysbildene

GENERELT

- Foreløpig øyeblikksbilde per d.d. flere datakilder kombinert, ikke kvalitetssikret.
- CFS-dashboard er under utvikling og vil erstatte manuelle uttrekk som dette
- Inkluderer brukere +67 (ikke +65), som har helsetjenester (tj. 1-3, 15, 91 og 101), ikke personlig assistanse (tj. 4 og 5).

BYDELER (HJEMMETJENESTE)

- Aldersgruppen i bydelene er per nå 67+, ikke 65+.
- Nevner (antall med hjemmetjeneste) er hentet fra uttrekk for 8.6.2026 (helsetjenester i hjemmet).
- Ambisjonsnivå 90 % innen 1.10.2026 forankres i rutinen for bydelene, sendt på høring 8.6.2026.

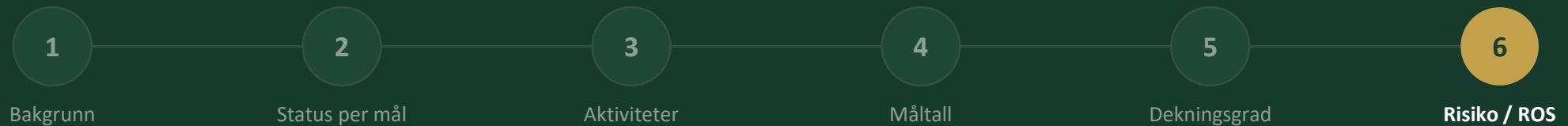
SYKEHJEM (LANGTIDSHJEM)

- Plasser = døgnplasser; dagsenterplasser ikke medregnet.
- Flere private langtids hjem er ikke inkludert da de pt ikke har ELISE (innføres høsten 2026).
- Mål 90 % innen sommerferien.

Ikke kvalitetssikret

Risiko og ROS

Revidert risikovurdering og tiltakspakke fra worskhop 1 og 2



Slik er risikoene identifisert, kalibrert og verifisert

DATAKILDER

Empiri og forankring

Forhåndsundersøkelse n = 39–41 (april 2026), Q9 fritekst-bekymringer fordelt på OUS, KAD, sykehjem, bydel og fastlege.

Workshop 1 (17.4.2026) og workshop 2 (27.5.2026) med klinikere, ledere og brukerrepresentant.

Innspill fra Eldrerådet 5.5.2026, Pårørendealliansen 13.5.2026 og Eldreombudet 20.5.2026.

FHI minimetodevurdering (Molde og Hustadvika, januar 2026), eksisterende ROS i SYE og OUS.



RAMMEVERK

EQS-skala, Oslo kommune

Sannsynlighet 1–5 (meget liten til svært stor). Konsekvens 1–5 (ubetydelig til svært alvorlig).

Fem konsekvensområder: Liv og helse, Måloppnåelse, Omdømme, Etterlevelse, Økonomi.

Liv og helse og Måloppnåelse er primære konsekvensområder i denne vurderingen.



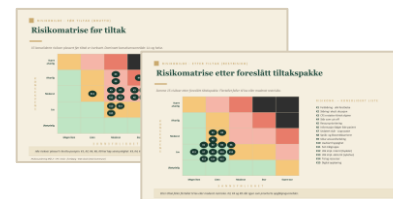
VURDERING

Før og etter tiltak

Brutto-risiko (før tiltak) basert på andel klinikere som rapporterer bekymringen, klinisk og etisk konsekvens.

Restrisiko (etter tiltak) vurdert ut fra renskrevet tiltakspakke etter workshop 2.

15 konsoliderte risikoer.



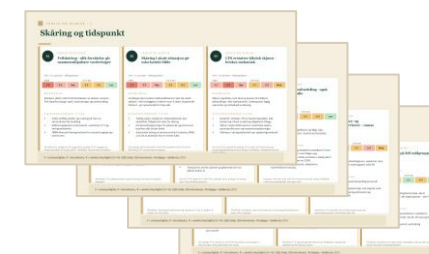
NESTE STEG

Forankring og oppfølging

Tiltakstabell med eier og frist (jf. bilag).

Kvalitetssikring før byomfattende rutine sendes på høring.

Ny måling i november 2026 — workshop 3 og sak til SSU.



Skala for sannsynlighet og konsekvens

SANNSYNLIGHET

1	Meget liten	Sjeldnere enn en gang pr år.
2	Liten	Forventes å inntreffe årlig.
3	Moderat	Forventes å inntreffe minst kvartalsvis.
4	Stor	Forventes å inntreffe tilnærmet månedlig.
5	Svært stor	Forventes å inntreffe tilnærmet ukentlig.

KONSEKVENSGRAD

1 Ubetydelig	2 Lav	3 Moderat	4 Alvorlig	5 Svært alvorlig
--------------	-------	-----------	------------	------------------

KONSEKVENSBOMRÅDER

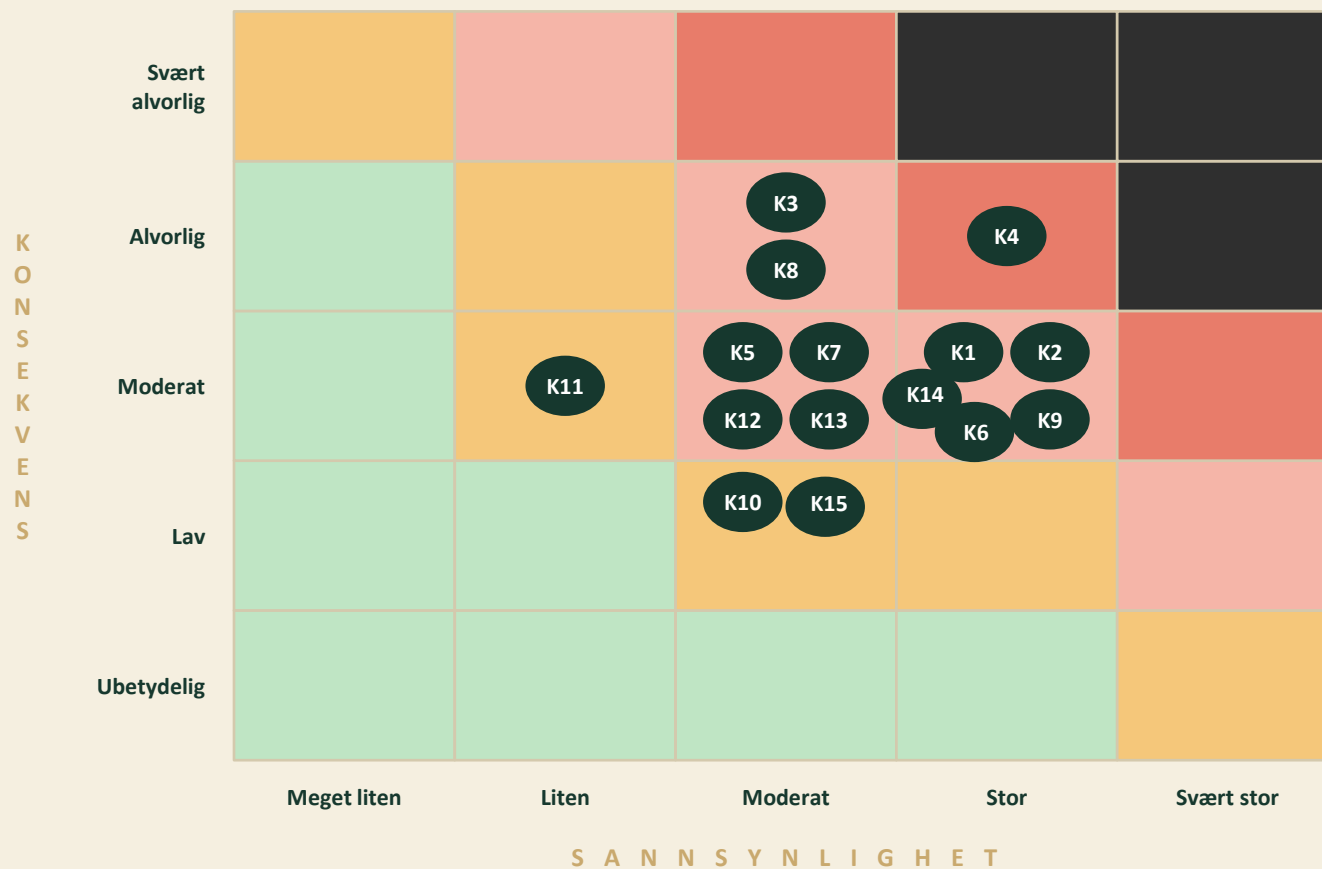
Fem konsekvensområder vurderes. I denne analysen er «Liv og helse» og «Måloppnåelse» de dominerende; «Omdømme», «Etterlevelse» og «Økonomi» vurderes der relevant.

● Liv og helse	Pasient- og brukersikkerhet. Primært konsekvensområde i CFS-vurderingen.
● Måloppnåelse	Risiko for at Mål 2 ikke nås: felles forståelse og praksis.
● Omdømme	Tap av tillit hos innbyggere og samfunn ved feil bruk.
● Etterlevelse	Lov, forskrift og avtaler – særlig informasjonsdeling og likeverd.
● Økonomi	Tap/merforbruk. Lav vurdert – CFS integreres i eksisterende flyt.

Samlet alvorlighet = sannsynlighet × konsekvens. EQS viser fargekode (grønn/gul/rød) i oppsummert risikobilde.

Risikomatrise før tiltak

15 konsoliderte risikoer plassert før tiltak. Dominante konsekvensområder: Liv og helse og Måloppnåelse.



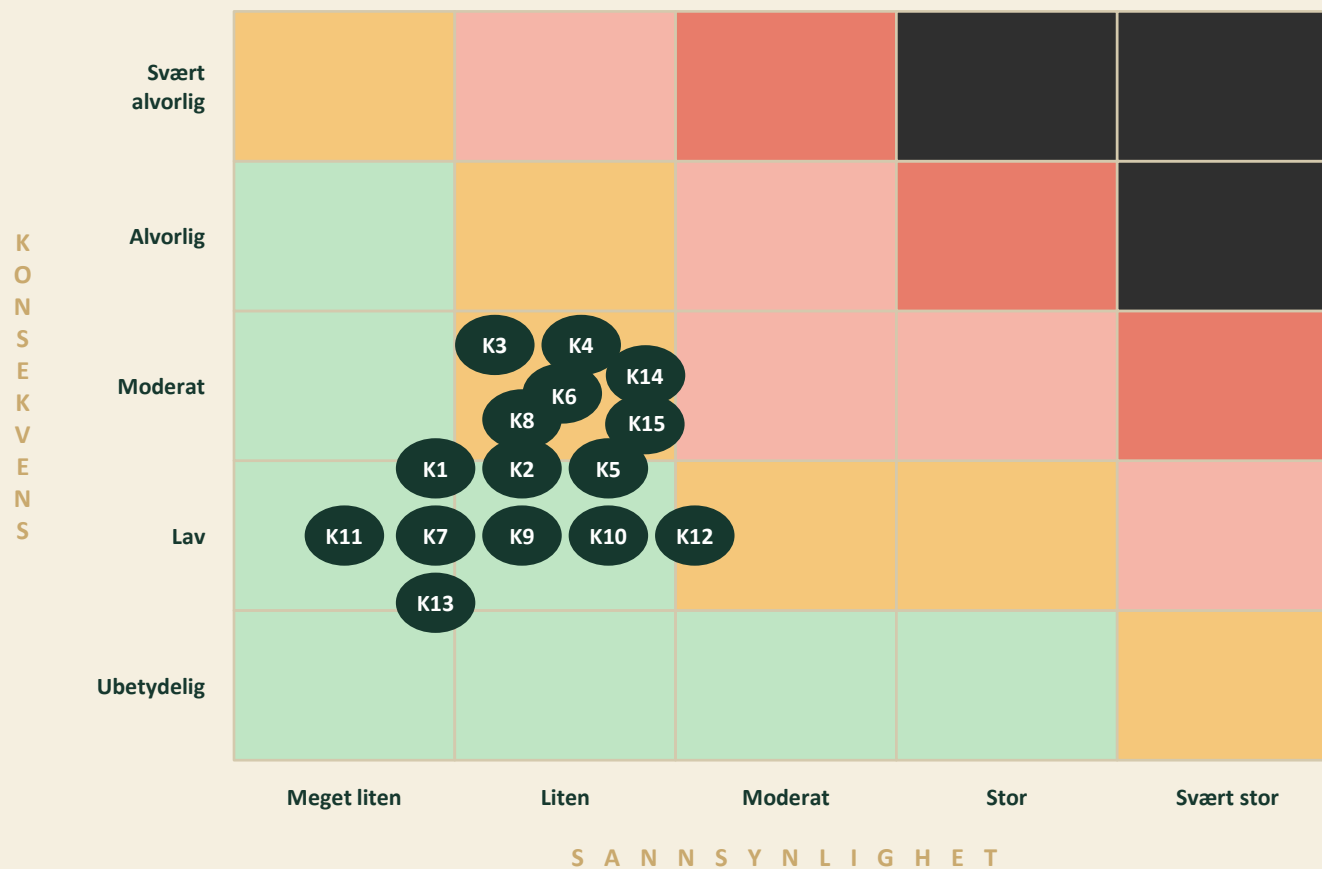
RISIKONR. – KONSOLIDERT LISTE

- K1 Feilskåring · ulik forståelse
- K2 Skåring i akutt situasjon
- K3 CFS erstatter klinisk skjønn
- K4 Skår som cut-off
- K5 Ressursprioritering
- K6 Skåringsfatigue (NY)
- K7 Utdatert skår · copy-paste
- K8 Språk- og likeverdsbarrierer
- K9 Uklar ansvarsfordeling
- K10 Uavklart hyppighet
- K11 Feil målgruppe
- K12 Ulik impl. internt (bydeler)
- K13 Ulik impl. eksternt (sykehus)
- K14 Skår uten felles bruk
- K15 Manglende brukerperspektiv

Alle 15 risikoer plassert i brutto-posisjon. K1, K2, K6, K9 har høy sannsynlighet. K3, K4, K8 har høy konsekvens. K6, K14, K15 lagt til etter workshop 2.

Risikomatrise etter foreslått tiltakspakke

Samme 15 risikoer etter renskrevet tiltakspakke. Flertallet faller til lav eller moderat restrisiko.



RISIKONR. – KONSOLIDERT LISTE

- K1 Feilskåring · ulik forståelse
- K2 Skåring i akutt situasjon
- K3 CFS erstatter klinisk skjønn
- K4 Skår som cut-off
- K5 Ressursprioritering
- K6 Skåringsfatigue (NY)
- K7 Utdatert skår · copy-paste
- K8 Språk- og likeverdsbarrierer
- K9 Uklar ansvarsfordeling
- K10 Uavklart hyppighet
- K11 Feil målgruppe
- K12 Ulik impl. internt (bydeler)
- K13 Ulik impl. eksternt (sykehus)
- K14 Skår uten felles bruk
- K15 Manglende brukerperspektiv

Etter renskrevet tiltakspakke faller flertallet til lav eller moderat restrisiko. K3, K4 og K8 krever særskilt oppfølging.

Skåring og tidspunkt

K1

FAGLIG OG KLINISK

Feilskåring · ulik forståelse gir usammenlignbare vurderinger

Omr.: Liv og helse · Måloppnåelse

F Ø R			E T T E R		
S 4	K 3	Høy	S 2	K 2	Lav

BESKRIVELSE

Klinikere skårer ulikt fordi forståelsen av nøkkelbegrep (særlig habitualtilstand) varierer. Samme pasient kan få ulik skår avhengig av hvem som vurderer.

RISIKOREDUSERENDE TILTAK

- Byomfattende rutine med felles begreper og eksempler — kjent på tvers av virksomheter (workshop 2).
- Hyppig skåring av ulike aktører på samme pasient — kalibrering i praksis (workshop 2).
- Lett tilgjengelig opplæringspakke via Kompetansebroen, lik på tvers.
- Språktilpasset opplæring og enkel begrepsbruk
- Lokale kalibreringsmøter og case-drøftinger i etablerte fagnettverk.

K2

FAGLIG OG KLINISK

Skåring i akutt situasjon gir misvisende bilde

Omr.: Liv og helse · Måloppnåelse

F Ø R			E T T E R		
S 4	K 3	Høy	S 2	K 2	Lav

BESKRIVELSE

Ved innleggelse skåres ofte nåværende tilstand i stedet for habitualtilstand 2 uker før akutt sykdom. Gir systematisk for høy skår og kan utløse både overbehandling og for tidlig nedtrapping.

RISIKOREDUSERENDE TILTAK

- Tydelig regel i byomfattende rutine: skår habitualtilstand 2 uker før, ikke akuttbildet.
- Hyppig skåring i stabil fase reduserer behovet for akutt skåring (workshop 2).
- Obligatorisk dato for skåring registreres i journal.
- Automatisk deling av kommunal skår til sykehus ved innleggelse (PMD 2.0 / nytt API).
- Opplæring med konkrete case fra akuttsituasjoner.

K3

FAGLIG OG KLINISK

CFS erstatter klinisk skjønn · brukes mekanisk

Omr.: Liv og helse · Måloppnåelse

F Ø R			E T T E R		
S 3	K 4	Høy	S 2	K 3	Mod.

BESKRIVELSE

Skåren oppfattes som fasit og brukes til å diktere behandlings- eller tjenestenivå. Undergraver faglig autonomi og medvirkning. 59 % setter «grensen mellom beslutningsstøtte og beslutning» øverst av etiske problemstillinger.

RISIKOREDUSERENDE TILTAK

- Eksplisitt i byomfattende rutine: CFS er beslutningsstøtte, ikke beslutning — og hva det ikke skal brukes til (workshop 2).
- Klinisk vurdering, pasientpreferanser og komparentopplysninger er obligatorisk tillegg.
- Opplæring og erfaringsdeling som tema i fagnettverk (workshop 2).
- Bevissthet om holdninger og språkbruk om eldre pasienter — kulturarbeid.

Bruk, målgrupper og oppdatering

K4

FAGLIG OG KLINISK

Skår brukes som cut-off · pasienter avvist fra utredning eller behandling

Omr.: Liv og helse · Etterlevelse

F Ø R			E T T E R		
S 4	K 4	Sv.høy	S 2	K 3	Mod.

BESKRIVELSE

Pasienter med høy skår opplever å bli avvist utelukkende på grunnlag av CFS — strider mot fagmiljøets avgrensning. CFS skal aldri være eneste kriterium for å begrense behandling. Bekymring deles på tvers.

RISIKOREDUSERENDE TILTAK

- Byomfattende rutine presiserer: CFS er ikke alene grunnlag for å begrense utredning eller behandling.
- Alle skal kjenne prosedyren og ha samme opplæring (workshop 2).
- Bevissthet rundt holdninger og fordommer — kultur-arbeid på tvers (workshop 2).
- Overvåking av pasientforløp der CFS er dokumentert: ser vi reduksjon for noen alders-/CFS-grupper?
- Kanal for å melde tilfeller der CFS oppleves brukt som cut-off — egen kategori i samhandlingsavvik?

K7

FAGLIG OG KLINISK

Utdatert skår heftes ved pasienten · «copy-paste»

Omr.: Liv og helse · Måloppnåelse

F Ø R			E T T E R		
S 3	K 3	Høy	S 2	K 2	Lav

BESKRIVELSE

Skår fra tidligere følger pasienten uten oppdatering ved funksjonsendring. Beslutninger tas på utdatert grunnlag og kan gi falsk trygghet. Forsterkes av K10 (uavklart hyppighet).

RISIKOREDUSERENDE TILTAK

- Obligatorisk: dato, skårer og kort begrunnelse dokumenteres alltid (workshop 2).
- Skår + ny vurdering ved alle overganger i omsorgsnivå (workshop 2).
- Dashbord i Liv viser dekning, alder på skår (>6 mnd) og skår uten begrunnelse.
- Retningslinje: ny skår ved funksjonsendring, ny innleggelse, etter sykdom — minimum hver 6. måned.
- Vurdere automatisk tiltakspåminnelse i ELISE ved kriterier / 6 mnd.

K11

FAGLIG OG KLINISK

CFS brukes på feil målgrupper

Omr.: Liv og helse · Måloppnåelse

F Ø R			E T T E R		
S 2	K 3	Mod.	S 1	K 2	Lav

BESKRIVELSE

Bruk på yngre pasienter, utviklingshemmede, akutt forvirrede eller stabil sykdom i ett organsystem — der CFS ikke er validert. Risikoen er størst ved deltidsansatte, ekstravakter og Bemanningssentralen, som er mest sårbare for ufullstendig opplæring.

RISIKOREDUSERENDE TILTAK

- Klare inklusjons-/eksklusjonskriterier i byomfattende rutine — ikke validert må være kjent (workshop 2).
- Vurdere å fjerne «stabil sykdom i ett organsystem» som eksklusjonskriterium.
- Hurtigveileder med konkrete eksempler på når CFS skal og ikke skal brukes.
- Særlig opplæringstiltak for deltidsansatte, ekstravakter og Bemanningssentralen, m.m.
- Bevissthet om kulturelle forskjeller i vurdering.

Hyppighet, ressurs og ansvar

K10

FAGLIG OG KLINISK

Uavklart hyppighet og indikasjon for skåring

Omr.: Måloppnåelse

F Ø R			E T T E R		
S 3	K 2	Mod.	S 2	K 2	Lav

BESKRIVELSE

Uenighet om fast intervall vs. triggerbasert skåring. Triggerbasert gir 4–9× lavere volum og høyere kvalitet, men krever IT-integrasjon. Fast intervall gir massescoring og forsinkelse ved akutt endring.

RISIKOREDUSERENDE TILTAK

- Definere intervall og triggere i byomfattende rutine — og gjøre prosedyren kjent (workshop 2).
- Dashbord i Liv viser dekningsgrad og alder på skår per bydel/virksomhet.
- Lite forskningsprosjekt for å sammenligne fast intervall vs. triggerbasert modell.
- Automatisk opprettelse av tiltak i ELISE ved >6 mnd / funksjonsendringsskriterier.
- Rutiner for regelmessig gjennomgang.

K5

ORGANISATORISK

Skår brukes indirekte til ressursprioritering mellom pasienter

Omr.: Liv og helse · Omdømme · Måloppnåelse

F Ø R			E T T E R		
S 3	K 3	Høy	S 2	K 2	Lav

BESKRIVELSE

Skåren brukes til å fordele knappe ressurser (plasser, tjenester, hjelpemidler) — et annet formål enn klinisk vurdering. Risiko for at verktøyet får en prioriteringsfunksjon i klinisk drakt (jf. Magelssen et al., Tidsskriftet 2026). Skiller seg fra K4 ved å være strukturell prioritering, ikke individuell behandlingsbegrensning.

RISIKOREDUSERENDE TILTAK

- Formålsbeskrivelse i byomfattende rutine: CFS skal støtte klinisk vurdering og samhandling, ikke ressursfordeling.
- Presisere i prosedyren at CFS ikke alene kan brukes som grunnlag for ressursprioritering (workshop 2).
- Transparens overfor pasient og pårørende om hva skåren brukes til (kobles til K15).
- Ledelsesoppfølging: skår brukes ikke som inngangskriterium til tjenester.

K9

ORGANISATORISK

Uklar ansvarsfordeling · også fastlegens rolle

Omr.: Måloppnåelse · Etterlevelse

F Ø R			E T T E R		
S 4	K 3	Høy	S 2	K 2	Lav

BESKRIVELSE

Uklart hvem som skal skåre, oppdatere og følge opp — særlig i overganger. Fastlegens rolle er særlig uavklart (Mål 3, frist utgangen av 2026). Behov for felles plattform mellom fastleger og hjemmesykepleie.

RISIKOREDUSERENDE TILTAK

- Ansvars- og rollefordeling eksplisitt i byomfattende rutine: hvem skårer, oppdaterer, følger opp (workshop 2).
- Inkluder fastlegens rolle i rutinen når den er avklart — Mål 3, frist utgangen av 2026 (workshop 2).
- Felles plattform/kanal mellom fastleger og hjemmesykepleie for deling av skår (workshop 2).
- CFS legges til som datakilde i Behovsstyrt bemanning (BOB) (workshop 2).
- Avklare deling av data mellom kommune og fastleger (workshop 2).

Implementering og likeverd

K12

ORGANISATORISK

Ulik implementering mellom bydeler og virksomheter

Omr.: Måloppnåelse · Omdømme

F Ø R			E T T E R		
S 3	K 3	Høy	S 2	K 2	Lav

BESKRIVELSE

Internt i kommunen: varierende praksis mellom bydeler, sykehjem, helsehus og hjemmetjenesten — verktøyet brukes ulikt eller ikke. Forsterker K1. Krever forankring på alle nivåer og synliggjøring via dashbord.

RISIKOREDUSERENDE TILTAK

- Byomfattende rutine — ansvarliggjøring og lik forventning (workshop 2).
- Samme opplæringspakke på tvers via Kompetansebroen (workshop 2).
- Forankring på alle nivåer fra topp til bunn (workshop 2).
- Bruk av eksisterende nettverk i HEL — ledere, fagsykepleiere (workshop 2).
- ELISE-kontaktene som lokale ressurser (workshop 2).
- Dashbord tilgjengeliggjør data — synlig dekningsgrad per bydel/virksomhet (workshop 2).
- Evaluering etter 5–6 måneder med justeringer.

K13

ORGANISATORISK

Ulik implementering mellom kommune og helseforetak

Omr.: Liv og helse · Måloppnåelse

F Ø R			E T T E R		
S 3	K 3	Høy	S 2	K 2	Lav

BESKRIVELSE

Sykehusene innfører CFS i ulik takt og med ulike kriterier. Risiko for at kommunen står utenfor premissene og at skåringene ikke er sammenlignbare. PMD 2.0 / nytt API er kritisk delingsløsning.

RISIKOREDUSERENDE TILTAK

- Sak i LSU OUS-sektor og øvrige LSU — jf. Mål 4 (skalering).
- Etablere delingsløsning (PMD 2.0 / nytt API) — pilotstart mai 2026.
- Etterspør skåring aktivt i samhandlingen rundt den enkelte pasient.
- Deling av skår — helst automatisk (workshop 2).
- Samarbeid med fastlege beskrives i rutinen, inkludert deling av skår (workshop 2).
- Prioritering av gjennomføring i bydeler (workshop 2).

K8

ORGANISATORISK

Språk-, kultur- og likeverdsbarrierer · «tause tapere»

Omr.: Liv og helse · Omdømme · Etterlevelse

F Ø R			E T T E R		
S 3	K 4	Høy	S 2	K 3	Mod.

BESKRIVELSE

Personell med annen språk-/kulturbakgrunn, pasienter uten sterke pårørende og pasienter med kognitiv svikt får skjevere skåring. «Tause tapere» risikerer systematisk skjevere vurdering — og dermed lavere tilgang til riktig nivå av tjenester. Innspill fra Pårørendealliansen og Eldrerådet.

RISIKOREDUSERENDE TILTAK

- Skåring fortrinnsvis i primærhelsetjenesten/hos fastlege som kjenner pasienten over tid (workshop 2).
- Opplæring tilpasset språk og kulturbakgrunn — flerspråklig materiell (workshop 2).
- Obligatorisk komparentopplysninger ved kognitiv svikt.
- Materiell rettet mot pasienter og pårørende på flere språk (workshop 2).
- Brukerrepresentasjon i læringsnettverket og i evalueringen høsten 2026 (kobles til K15).

Bruksdimensjon, fatigue og brukerperspektiv

K6

FAGLIG OG KLINISK

Skåringsfatigue · skåren oppleves uten verdi

Omr.: Måloppnåelse · Liv og helse



BESKRIVELSE

Ansatte skårer fordi de må, ikke fordi skåren oppleves nyttig eller meningsfull. Risiko for fallende kvalitet og at skåren blir «papirarbeid». Forsterkes når CFS legges på toppen av eksisterende skåringer uten at noe tas bort.

RISIKOREDUSERENDE TILTAK

- Koble skåring til konkrete beslutningspunkter — innleggelse, utskrivning, vedtak (workshop 2).
- Fjerne overflødige skåringer der CFS dekker informasjonsbehovet (eksempel: ADL ved langtidshjem erstattes av CFS som fast rytme).
- Synliggjør verdi gjennom Liv/dashbord — ansatte ser hva skåren brukes til.
- Triggerbasert modell der mulig, fast intervall der nødvendig (jf. K10).
- Tilbakemeldinger fra fagmiljøet om hvilke skåringer som kan erstattes (workshop 2).

K14

FAGLIG OG KLINISK

Enighet om skår, men ikke om bruk og konklusjon

Omr.: Måloppnåelse



BESKRIVELSE

Skalaen og selve skåren oppleves omforent, men felles forståelse av hvordan den skal anvendes mangler. «Vi er enige om verdien — men hva betyr en CFS 6 i praksis?» (workshop 2). Samme skår tolkes ulikt mellom nivåer.

RISIKOREDUSERENDE TILTAK

- Bruksdefinisjoner i byomfattende rutine: hva betyr CFS 4, 5, 6, 7 i praksis for samhandling og beslutning.
- Workshop 3 (november 2026) prioriterer bruksdimensjonen, ikke bare forståelsen.
- Felles case-bibliotek som viser bruken av skår — på tvers av nivåer.
- Pilotere ny praksis ved innleggelse, utskrivning og overgang (Mål 2).
- Måle opplevd nytte i samhandling i ny spørreundersøkelse november 2026.

K15

FAGLIG OG KLINISK

Evalueringsivaretar ikke pasient- og pårørendeperspektiv

Omr.: Omdømme · Etterlevelse · Liv og helse



BESKRIVELSE

ROS og evaluering tar utgangspunkt i klinikere og ledere. Pårørendealliansen og Eldrerådet påpekte manglende transparens om hva skåren er og hvordan den brukes. Uten brukerperspektivet risikerer vi å miste innbyggertillit.

RISIKOREDUSERENDE TILTAK

- Pasient- og pårørendeundersøkelse som integrert del av evalueringen høsten 2026.
- Brukerrepresentasjon i læringsnettverket og videre i SSU.
- Materiell rettet mot pasienter og pårørende — flere språk.
- Transparens om hva skåren er, hvordan den brukes og hvilken vekt den får — informasjon ved skåring.
- Innspill fra Eldrerådet og Pårørendealliansen følges aktivt og dokumenteres.

Tiltak knyttet til risikoelementer, med eier og frist

Nr	Risiko	Tiltak	Eier	Frist
1	K1, K12	Byomfattende rutine med felles begreper, eksempler og målgruppedefinisjon — kjent på tvers	SYE + HEL + bydeler + OUS + SSU/LSU	15.9.2026
2	K1, K2, K3	Felles opplæringspakke	HEL/SYE og OUS	1.10.2026
3	K1, K12	Lokale kalibreringsmøter / case-drøftinger i etablerte fagnettverk	Virksomhetsledere	Løpende
4	K2, K3	Presisere i rutine: CFS er beslutningsstøtte + hva CFS ikke er	SYE/HEL	1.6.2026
5	K2, K7, K13	Automatisk deling av kommunal skår til sykehus ved innleggelse (PMD 2.0 / nytt API)	Helseetaten + OUS	Uke 26 2026
6	K4	Kanal for å melde tilfeller der CFS oppleves brukt feil (bruk egne avvikssystemer + deltakere i workshop: del med Johnny/Ellen)	Alle virksomheter + deltakere i ws	1.11.2026
7	K4, K12	Bevissthet om holdninger og fordommer i opplæring – unngå feil bruk, «du er en syver», osv.	SYE/HEL + den enkelte virksomhet	Løpende fra 1.10.2026
8	K5	Eksplisitt i rutine: CFS skal ikke alene være grunnlag for å holde tilbake nyttig helsehjelp; utredning og behandling (prioritering jf. Magelssen et al. 2026)	SYE/HEL	1.6.2026
9	K6, K10	Vurder å koble skåring til konkrete beslutningspunkter; fjern overflødige skåringer (ADL m.fl.) der CFS dekker behovet	Virksomhetsledere	1.12.2026
10	K7	Obligatorisk dato, skårer og kort begrunnelse i hvert skår som føringer i rutine/system	SYE/HEL	1.6.2026
11	K7, K10	Retningslinje for ny skår: vurder trigger/hendelsesbasert ved funksjonsendring (endring i ADL), etter innleggelse, etter fall med skade, m.m.vs hver 6. mnd	SYE/HEL – inn i høring eksplisitt	1.6.2026
12	K8	Skåring fortrinnsvis i primærhelsetjenesten / fastlege; flerspråklig opplærings- og informasjonsmateriell	SYE/HEL	1.9.2026
13	K8, K15	Brukerrepresentasjon i læringsnettverket og i evaluering høsten 2026	SYE/HEL/OUS	1.9.2026
14	K9	Inn i rutiner: mer om fastlegens rolle og koble CFS til Behovsstyrt bemanning (BOB)	SYE/HEL	1.6.2026
15	K9, K13	Etablere delingsplattform fastleger ↔ hjemmesykepleie (pilot)	HEL	31.12.2026
16	K10	Begrenset pilotprosjekt: fast intervall vs. triggerbasert modell	SYE/HEL – inn i høring eksplisitt	1.6.2027
17	K11	Klare inklusjons-/eksklusjonskriterier i rutinen; særlig opplæring for deltidsansatte	SYE/HEL + den enkelte virksomhet	1.6/1.9.2026
18	K12, K13	Dashbord i LIV/ELISE synliggjør dekningsgrad per bydel/virksomhet + andre effekter av CFS	HEL/SYE/OUS	15.11.2026
19	K13	Sak i LSU OUS-sektor + øvrige LSU — jf. Mål 4 (skalering)	SYE/HEL/OUS	Løpende
20	K14	Bruksdefinisjoner i rutinen: hva betyr CFS 4/5/6/7 i praksis for samhandling og beslutning + mer direkte kobling til demens	SYE/HEL	1.6.2026
21	K14, K15	Workshop 3 (nov. 2026) — bruksdimensjon + pasient/pårørendeperspektiv	SYE/HEL/OUS	1.10.2026
22	K15	Pasient- og pårørendeundersøkelse som integrert del av evaluering høsten 2026	SYE/HEL/OUS	1.10.2026