

Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre

En systematisk litteraturöversikt

December 2013



SBU • Statens beredning för medicinsk utvärdering

Swedish Council on Health Technology Assessment

SBU:s sammanfattning och slutsatser



SBU • Statens beredning för medicinsk utvärdering
Swedish Council on Health Technology Assessment

SBU:s sammanfattning och slutsatser

År 2030 beräknas var fjärde person i Sverige vara 65 år eller äldre. Med ökad ålder följer ett ökat behov av akut omhändertagande. Detta gäller särskilt för äldre med funktionsnedsättning, flera samtidigt sjukdomar och ett litet socialt nätverk. Patienter över 65 år står för ungefär 40 procent av alla besök på sjukhusens akutmottagningar och i många fall måste den äldre stanna kvar på sjukhuset.

På vilket sätt kan omhändertagandet förbättras för äldre som inkommer akut till sjukhus? Finns det vetenskapligt stöd för att ett strukturerat, teambaserat och multiprofessionellt omhändertagande som tar hänsyn till patientens hela livssituation minskar behovet av sjukvård? Förbättras den äldre personens funktionsförmåga, livskvalitet och kognitiva funktion? Finns etiska dilemman förenade med sådana omhändertagande? Kan de vara kostnadseffektiva? Detta är några av de frågor som vi försöker besvara i denna systematiska översikt.

Strukturerat omhändertagande av äldre är en metod där patientens hela livssituation bedöms av ett team bestående av läkare, sjuksköterska och representanter från andra yrkesgrupper. Metoden omfattar bedömning, vårdplanering, behandling och uppföljning. Vi har sammanställt forskning som utvärderat två typer av denna metod:

1. *Integrerat strukturerat omhändertagande av äldre* där teamet är en integrerad del i verksamheten på en enhet eller en avdelning. Detta innebär att teamet har direkt patientansvar.
2. *Rådgivande strukturerat omhändertagande av äldre* där teamet genomför bedömning och rekommenderar åtgärder och uppföljning efter begäran från patientansvarig personal.

Strukturerat omhändertagande av äldre, som i internationell litteratur vanligen benämns ”Comprehensive Geriatric Assessment” (CGA), har använts i flera länder sedan drygt 25 år. Det finns många utvärderingar av metodens effekter, men få håller god vetenskaplig kvalitet och studierna är gamla. Endast enstaka undersökningar har genomförts i Sverige eller andra skandinaviska länder. Vår översikt baseras på 19 vetenskapliga arbeten av medelhög vetenskaplig kvalitet vilka valts ut från ursprungligen dryga 5 000 referenser. Vi fann inte några studier som uppfyllde våra urvalskriterier som utvärderar *strukturerat omhändertagande av äldre* specifikt på akutmottagningen. Därför riktades översiktens fokus mot omhändertagandet på vårdavdelningar.

SBU:s slutsatser

- ▶ Resultaten ger stöd för att ett *integrerat strukturerat omhändertagande av äldre*, där multiprofessionella team har ett direkt patientansvar, kan användas för sköra äldre som inkommer akut till sjukhus. Metoden leder till bättre funktionsförmåga (personlig ADL) än vanlig vård. Möjligheterna att bo kvar i eget hem efter sjukhusvistelsen förbättras också. I fråga om minskad återinskrivning på sjukhus är metoden minst lika bra som vanlig vård. Metoden är lika bra som vanlig vård när det gäller att främja komplex funktionsförmåga (instrumentell ADL), t ex hushållsgöromål, samt för att minska dödlighet.
- ▶ *Rådgivande strukturerat omhändertagande av äldre* medför inte bättre resultat än vanlig vård.
- ▶ Det finns flera och omfattande kunskapsluckor. Samtliga studier är gamla och det saknas tillförlitliga resultat rörande kognitiv funktion, depression, livskvalitet och hur närstående påverkas av den äldre personens tillstånd.
- ▶ SBU:s egna analyser tyder på att ett *integrerat strukturerat omhändertagande av äldre* initialt innebär en ökad kostnad. På sikt kan dock metoden vara kostnadseffektiv.

Bakgrund

Dagens akutsjukvård är inte alltid anpassad för att möta äldre patienter. Det akuta tillståndet kan kompliceras av att patienten har flera samtidiga sjukdomar och tar flera olika läkemedel. Denna komplexitet kan ökas beroende på nedsatt reservkapacitet och minskad kognitiv förmåga. Psykosociala problem som ångslan, oro och ensamhet är också vanligt förekommande, vilket kan medföra minskad ork och sämre förmåga att hantera stress.

Skörhet (frailty) är ett begrepp som brukar användas för att beskriva personer med hög biologisk ålder, minskade fysiologiska reserver och ökad sårbarhet i samband med akut sjukdom eller då det sociala nätverket av anhöriga och vänner faller sönder, t ex vid dödsfall. Skörhet kan yttra sig som allmän svaghet, trötthet, nedsatt uthållighet, nedsatt funktionsförmåga, dålig balans, försämrade mentala funktioner och låg stresstolerans.

Vid inläggning på sjukhus riskerar den äldre och sköre patienten en ökande försämring av kroppens funktioner och av den kognitiva förmågan, t ex minne och kommunikationsförmåga. Det kan även tillkomma ytterligare komplikationer utöver det som orsakade inläggningen, t ex infektioner.

Geriatrisk, det medicinska kunskapsområdet som särskilt fokuserar på omhändertagande och behandling av äldres sjukdomar, organiseras på skilda sätt i olika länder. I Sverige är variationen stor mellan olika länsting både när det gäller antalet geriatriker (läkare med specialistkompetens inom geriatrik) och antalet geriatriska vårdplatser.

Runt om i landet har olika modeller prövats för att förbättra omhändertagandet och flödet av äldre patienter som söker akut. På vissa akutmottagningar får t ex äldre patienter träffa en geriatriker eller sjuksköterska med geriatrisk kompetens. Det finns också sjukhus där äldre vid akuta försämringar passerar förbi akutmottagningen och läggs direkt in på geriatrisk avdelning eller annan vårdavdelning som är anpassad för äldre patienter.

Den vanligaste benämningen av strukturerat omhändertagande av äldre internationellt är *Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)*. CGA omfattar en helhetsbedömning av patientens totala livssituation, inte enbart den medicinska. Bedömningen utgör underlag för vårdplanering, behandling och uppföljning. I bedömningen ingår patientens hälso- och sjukdomshistoria, men även funktionsförmåga, kognitiv och psykisk status inklusive depressiva symtom, nutritionsstatus och helst även patientens egna erfarenheter och upplevelser. En viktig del av CGA är bedömning av munstatus som i många fall kan ha en avgörande betydelse för eventuella nutritionsproblem och vara av stor betydelse för livskvaliteten. Det saknas en etablerad svensk benämning för CGA. Vi använder därför *strukturerat omhändertagande av äldre* i denna sammanfattning.

För att genomföra ett *strukturerat omhändertagande av äldre* krävs ett multiprofessionellt team som omfattar minst medicinsk kompetens, omvårdnadskompetens och annan kompetens, framför allt rörande rehabilitering. Teamet består vanligen av läkare, sjuksköterska och representanter för andra yrkesgrupper, t ex arbetsterapeut eller sjukgymnast. Arbets sättet präglas av ett interdisciplinärt synsätt där alla teammedlemmar arbetar mot ett gemensamt mål. Vanligtvis krävs återkommande uppföljningar och regelbundna teamkonferenser. Detta kan vara tidskrävande beroende på komplexiteten hos den enskilde patienten.

Strukturerat omhändertagande av äldre är en metod som förekommer i flera varianter. En avgörande dimension som vi tagit fasta på är huruvida det multiprofessionella teamet utgör en integrerad del i verksamheten på en enhet eller en avdelning där teamet har ett direkt patientansvar eller om teamet endast är rådgivande. I denna sammanfattning kommer vi att använda benämningen *integrerat team* när teamet har ett fullt patientansvar för hela vårdepisoden. När teamet är rådgivande använder vi benämningen *rådgivande team*. Det rådgivande teamet involveras efter begäran från den personal som har det direkta patientansvaret. Det är sedan denna personal som beslutar om vilka åtgärder som ska genomföras, utifrån de åtgärder som rekommenderats av det rådgivande teamet.

I den internationella forskningen har *strukturerat omhändertagande av äldre* oftast jämförts med ”vanlig vård”, vilket innebär att vården bedrivs enligt normala rutiner. I flertalet fall betyder detta troligen att vården inte är specifikt anpassad till sköra äldres behov. Vanlig vård ser olika ut i olika länder och har förändrats över tid. Samtidigt som många vårdavdelningar idag är mer ”organspecialiserade” än för 20–30 år sedan finns också exempel på vårdavdelningar som anpassat sin vård utifrån äldres behov. För de studier som ingår i denna översikt gäller generellt att vanlig vård sällan beskrivs i detalj och att variationen förmodligen är stor.

För att utvärdera effekterna av *strukturerat omhändertagande av äldre* har följande studerats: funktionsförmåga (personlig och instrumentell), kognitiv funktion, depression, livskvalitet, närståendepåverkan (t ex hur en anhörig kan drabbas när patientens tillstånd blir sämre), vårdkonsumtion (återinskrivning, boende i eget hem efter sjukhusvistelsen) samt andel döda.

Funktionsförmåga

Funktionsförmåga beskriver vanligen en persons förmåga att utföra aktiviteter i dagligt liv (ADL). ADL-förmågan delas upp i personlig ADL (P-ADL) och instrumentell ADL (I-ADL). I P-ADL ingår förmågan att klara av grundläggande personliga behov, som t ex toalettbesök, att tvätta sig och äta. I-ADL omfattar mer komplexa aktiviteter som hushållsgöromål, att städa, att handla och att laga sin egen mat m m. De vanligaste instrumenten vid bedömning av ADL är Katz ADL-index, Barthels index och Lawtons I-ADL skala.

Kognitiv funktion

Kognitiv funktion har t ex att göra med hur väl minnet fungerar, om man kan föra samtal, lära sig nya saker och om man kan tänka och lösa olika typer av problem. Förvirringstillstånd drabbar många äldre i samband med akut sjukdom och inskrivning på sjukhus. Hög ålder, demens, hjärt- och kärlsjukdom och olämpliga läkemedel ökar risken för försämrad kognitiv funktion. Såväl miljömässiga faktorer, såsom miljöombyte eller stökig miljö på en akutmottagning, kan bidra. Det finns även medicinska orsaker, t ex infektioner och smärta. Exempel på testinstru-

ment är Mini Mental State Examination (MMSE) och Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ).

Depression

Depression hos äldre förekommer ofta samtidigt med kronisk sjukdom, dåligt näringsintag, psykosocial belastning (t ex när närstående är sjuka eller dör) och upplevd ensamhet. Exempel på instrument för att mäta depression hos äldre är Geriatric Depression Scale (GDS), Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) och Self-Rating Depression Scale (SDS).

Livskvalitet

Livskvalitet omfattar aspekter av såväl funktionsförmåga som välbefinnande. Samtidigt betyder inte nödvändigtvis sjukdom och funktionsnedsättning sämre livskvalitet så länge det inte utgör ett hinder för att leva på det sätt man önskar. Det vanligaste mätinstrumentet är ”The MOS 36-item Short-Form Health Survey” (SF-36) som bygger på självrapporterade data.

Närståendepåverkan

En undersökning från år 2000 visade att drygt en tiondel av befolkningen över 40 år gav stöd till en äldre person. Det uppskattas att informella vårdgivare står för 60–80 procent av den totala vården och omsorgen i Sverige. Det handlar då ofta om närstående, anhöriga eller vänner som själva är äldre. Detta kan medföra en ökad sårbarhet hos den som ger informell vård. Det är därför av stor vikt att försöka förstå hur den äldres närstående påverkas av den aktuella interventionen.

Vårdkonsumtion

Vi förväntar oss att den framtida vårdkonsumtionen kan minska om omhändertagande av äldre förbättras vid akuta sjukhusbesök. Vi har valt antal återinskrivningar och möjligheten att bo kvar i eget hem efter sjukhusvistelsen som mått på vårdkonsumtion. Att undvika återinskrivning och kunna bo kvar hemma kan ofta vara värdefullt för den äldre personen, men man bör komma ihåg att det inte alltid är så.

Återinskrivningsfrekvensen för sköra äldre varierar mellan 15 och 30 procent under de första månaderna efter att de skrivits ut från sjukhuset. Orsaker till återinskrivning kan t ex vara återfall eller komplikationer av den primära åkomman. Andra orsaker är tillkomst av nya problem, t ex läkemedelsrelaterade problem, bristfällig medicinsk och/eller social planering eller behov av palliativ vård samt vård i livets slutskede. Det finns ett samband mellan skörhet hos äldre patienter och risken för återinskrivning. Onödiga återinskrivningar måste undvikas eftersom varje sjukhusvistelse innebär risk för ytterligare funktionsförsämring och nya medicinska komplikationer.

Dödlighet

Sköra äldre har kortare resterande livstid än "icke-sköra" äldre. Det är rimligt att anta att dödligheten under de närmast följande månaderna efter en sjukhusvistelse minskar om patienten får ett optimalt omhändertagande och vård.

Uppdrag och Syfte

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har fått i uppdrag av Socialdepartementet att särskilt uppmärksamma kunskapsläget rörande de mest sjuka äldre. Syftet med uppdraget är att fortlöpande stödja hälso- och sjukvården och äldreomsorgen genom att systematiskt identifiera kunskapsluckor, stimulera till ny kunskap och aktivt föra ut kunskap om ett värdigt omhändertagande och en god vård och omsorg av de mest sjuka äldre. Metoder och behandlingar som är medicinskt väl avvägda, evidensbaserade, ekonomiskt effektiva och som ger god omvårdnad och omsorg ska lyftas fram. Vår översikt är ett delprojekt inom ramen för detta uppdrag och har som syfte att granska det vetenskapliga underlaget för olika arbetssätt som syftar till att förbättra omhändertagandet av sköra äldre som inkommer akut till sjukhus.

Avgränsningar

I enlighet med uppdraget består målgruppen av sköra personer över 65 år som inkommer akut till sjukhus. Vårt mål var att utvärdera omhändertagandet av äldre såväl på sjukhusets akutmottagning som på olika vårdavdelningar.

Vårt uppdrag avsåg blandade patientpopulationer med diffusa symtom och ett komplext vård- och omsorgsbehov. Detta betyder att vi exkluderade studier som uteslutande baseras på patienter med en specifik sjukdom eller skada, t ex höftfraktur, stroke, hjärtsvikt eller demens. Patienter med höftfrakturer, stroke m m kan dock ingå i våra studiepopulationer bland andra patienter.

En viktig del av det totala omhändertagandet av äldre sker inom kommun och primärvård. I vårt uppdrag ingick emellertid enbart interventioner som utfördes eller som påbörjades på sjukhuset.

Metod

Vi har sammanställt och utvärderat resultaten i de ingående studierna i enlighet med en internationellt etablerad metod som kallas *systematisk översikt*. Denna metod säkerställer att resultaten är så objektiva som möjligt och att de inte snedvrids på något sätt. Den systematiska översikten genomfördes i enlighet med SBU:s metodbok. Vid evidensgraderingen använde vi systemet GRADE (Faktaruta 1).

Andelen sköra patienter varierade en hel del i de olika studierna. Vi hanterade detta problem genom att identifiera en undergrupp av studier där en stor andel av patienterna var sköra. Två experter bedömde oberoende av varandra studiepopulationerna, främst med hjälp av information om patienternas tillstånd vid studiestarten. Hela projektgruppen deltog då studiepopulationerna klassificerades slutgiltigt.

En möjlighet hade varit att endast använda resultat från studier med stor andel sköra. Det saknas emellertid en internationellt etablerad definition av skörhet. Vi valde därför en försiktig linje och redovisar våra resultat på två sätt: dels resultat från studier med stor andel sköra och dels resultat från samtliga studier.

Faktaruta 1 Studiekvalitet, evidensstyrka och slutsatser.

Studiekvalitet avser den vetenskapliga kvaliteten hos en enskild studie och dess förmåga att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt.

Evidensstyrkan är en bedömning av hur starkt det sammanlagda vetenskapliga underlaget är för att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt. SBU tillämpar det internationellt utarbetade evidensgraderingsystemet GRADE. För varje effektmått utgår man i den sammanlagda bedömningen från studiernas design. Därefter kan evidensstyrkan påverkas av förekomsten av försvagande eller förstärkande faktorer (påverkansfaktorer), dvs studiekvalitet, samstämmighet, överförbarhet, effektstorlek, precision i data, risk för publikationsbias och andra aspekter, t ex dos–respons samband.

Evidensstyrka graderas i fyra nivåer:

- **Starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕⊕)**
Bygger på studier av god kvalitet som vid en samlad bedömning av påverkansfaktorer har starkt vetenskapligt stöd.
- **Måttligt starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕○)**
Bygger på studier av god kvalitet som vid en samlad bedömning av påverkansfaktorer bedöms ha måttligt starkt vetenskapligt stöd.
- **Begränsat vetenskapligt underlag (⊕⊕○○)**
Bygger på studier av god kvalitet som vid en samlad bedömning av påverkansfaktorer har begränsat vetenskapligt stöd.
- **Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○)**
När vetenskapligt underlag saknas, tillgängliga studier har låg kvalitet eller när studier av likartad kvalitet visar motsägande resultat, anges det vetenskapliga underlaget som otillräckligt.

Ju starkare evidens, desto mindre sannolikt är det att redovisade resultat kommer att påverkas av nya forskningsrön inom en överblickbar framtid.

Slutsatser innebär att man gör en sammanfattande bedömning av nytta, risker och kostnadseffektivitet.

Resultat

Det resultat vi ställt samman kommer från 19 randomiserade och kontrollerade studier. Dessa studier har valts ut från ursprungligen dryga 5 000 referenser.

Integrerat strukturerat omhändertagande av äldre

Det vetenskapliga underlaget avseende *integrerade team* baseras på 11 randomiserade studier. Andelen sköra äldre patienter var stor i fem studier. I nio studier verkade teamen på separata vårdavdelningar som var mer eller mindre specialanpassade för de äldres behov. För två effektmått, boende i eget hem efter sjukhusvistelsen och andel döda, var det vetenskapliga underlaget måttligt starkt. Dessa effektmått finns redovisade som fyra resultat:

- *Integrerade team* är *bättre än* vanlig vård avseende boende i eget hem för sköra äldre patienter. Det vetenskapliga underlaget är måttligt starkt (⊕⊕⊕○).
- *Integrerade team* är *bättre än* vanlig vård avseende boende i eget hem för hela gruppen äldre patienter. Det vetenskapliga underlaget är måttligt starkt (⊕⊕⊕○).
- *Integrerade team* är *lika bra eller bättre än* vanlig vård avseende sammanlagd andel döda bland sköra äldre patienter. Det vetenskapliga underlaget är måttligt starkt (⊕⊕⊕○).
- *Integrerade team* är *lika bra som* vanlig vård avseende sammanlagd andel döda i hela gruppen äldre patienter. Det vetenskapliga underlaget är måttligt starkt (⊕⊕⊕○).

För tre effektmått, P-ADL, I-ADL och återinskrivning, var det vetenskapliga underlaget begränsat. Dessa effektmått finns redovisade som fyra resultat:

- *Integrerade team* är *bättre än* vanlig vård avseende P-ADL hos sköra äldre patienter. Det vetenskapliga underlaget är begränsat (⊕⊕○○).

- *Integrerade team* är *bättre än* vanlig vård avseende P-ADL hos hela gruppen äldre patienter. Det vetenskapliga underlaget är begränsat (⊕⊕○○).
- *Integrerade team* är *lika bra eller bättre än* vanlig vård avseende återinskrivning hos sköra äldre patienter. Det vetenskapliga underlaget är begränsat (⊕⊕○○).
- *Integrerade team* är *lika bra som* vanlig vård avseende I-ADL hos hela gruppen äldre patienter. Det vetenskapliga underlaget är begränsat (⊕⊕○○).

För fem effektmått, I-ADL, kognitiv funktion, depression, livskvalitet och närståendepåverkan, var det vetenskapliga underlaget otillräckligt. Dessa effektmått finns redovisade som sex resultat:

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma vilken effekt *integrerade team* ger för sköra äldre patienter avseende I-ADL (⊕○○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma vilken effekt *integrerade team* ger för sköra äldre patienter avseende kognitiv funktion (⊕○○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma vilken effekt *integrerade team* ger för sköra äldre patienter avseende depression (⊕○○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma vilken effekt *integrerade team* ger för sköra äldre patienter avseende livskvalitet (⊕○○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma vilken effekt *integrerade team* ger för hela gruppen äldre patienter avseende livskvalitet (⊕○○○).

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma vilken effekt *integrerade team* ger för äldre patienter avseende närstående-påverkan (studier saknas) (⊕○○○).

Rådgivande strukturerat omhändertagande av äldre

Det vetenskapliga underlaget för *rådgivande team* omfattar åtta randomiserade studier. Andelen sköra äldre patienter var stor i fem studier. Endast för ett effektmått, andel döda, var det vetenskapliga underlaget måttligt starkt. Dessa effektmått finns redovisade som två resultat:

- *Rådgivande team* är *lika bra eller sämre* än vanlig vård avseende andel döda för sköra äldre patienter. Det vetenskapliga underlaget är måttligt starkt (⊕⊕⊕○).
- *Rådgivande team* är *lika bra som vanlig vård* avseende andel döda för hela gruppen äldre patienter. Det vetenskapliga underlaget är måttligt starkt (⊕⊕⊕○).

För fyra effektmått, P-ADL, livskvalitet, återinskrivning och boende i eget hem efter sjukhusvistelsen, var det vetenskapliga underlaget begränsat. I ett fall gäller det endast den sköra gruppen och i två fall hela gruppen äldre. Dessa effektmått finns redovisade som fyra resultat:

- *Rådgivande team* ger *lika bra eller sämre* effekt som vanlig vård avseende P-ADL för sköra äldre patienter. Det vetenskapliga underlaget är begränsat (⊕⊕○○).
- *Rådgivande team* ger *lika bra* effekt som vanlig vård avseende P-ADL för hela gruppen äldre patienter. Det vetenskapliga underlaget är begränsat (⊕⊕○○).
- *Rådgivande team* resulterar *i lika många eller färre* återinskrivningar jämfört med vanlig vård för sköra äldre patienter. Det vetenskapliga underlaget är begränsat (⊕⊕○○).

- *Rådgivande team* ger *lika bra eller sämre* effekt avseende boende i eget hem efter sjukhusvistelsen för hela gruppen äldre patienter. Det vetenskapliga underlaget är begränsat (⊕⊕○○).

För sju effektmått, I-ADL, kognitiv funktion, depression, livskvalitet, närståendepåverkan, återinskrivning och boende i eget hem, var det vetenskapliga underlaget otillräckligt. I några fall gäller detta endast sköra och i några hela gruppen av äldre. Dessa effektmått finns redovisade som tio resultat:

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma vilken effekt *rådgivande team* ger för sköra äldre patienter avseende I-ADL (⊕○○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma vilken effekt *rådgivande team* ger för hela gruppen äldre patienter avseende I-ADL (⊕○○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma vilken effekt *rådgivande team* ger för sköra äldre patienter avseende kognitiv funktion (⊕○○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma vilken effekt *rådgivande team* ger för hela gruppen äldre patienter avseende kognitiv funktion (⊕○○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma vilken effekt *rådgivande team* ger för sköra äldre patienter avseende depression (⊕○○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma vilken effekt *rådgivande team* ger för sköra äldre patienter avseende livskvalitet (⊕○○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma vilken effekt *rådgivande team* ger för hela gruppen äldre patienter avseende livskvalitet (⊕○○○).

- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma vilken effekt *rådgivande team* ger för äldre patienter avseende närstående-påverkan (studier saknas) (⊕○○○)
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma vilken effekt *rådgivande team* ger för hela gruppen äldre patienter avseende återinskrivning (⊕○○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma vilken effekt *rådgivande team* ger för sköra äldre patienter avseende boende i eget hem efter sjukhusvistelsen (⊕○○○).

Äldretriage

Det är viktigt att snabbt och enkelt kunna identifiera de äldre patienter för vilka *strukturerat omhändertagande av äldre* eventuellt är den lämpligaste metoden. Därför ville vi veta om det finns etablerade triagemetoder speciellt avsedda för äldre. Det fanns inte utrymme inom vårt projekt att bedöma hela evidensbasen för dessa metoder. Av detta skäl gjordes ingen fullständig systematisk litteratursökning.

Eftersom litteratursökningen var begränsad, så går det inte att dra några slutsatser om hur väl verktygen fungerar, dvs hur många sköra äldre patienter som man riskerar att missa samt hur många som felaktigt kommer att klassificeras som sköra.

Svaret på vår fråga är att det finns åtminstone fem etablerade metoder: ISAR (Identification of Senior At Risk), TRST (Triage Risk Screening Tool), Runciman, Rowland och Silver Code.

I flera studier har man utvärderat triageverktygens förmåga att förutse risken för återinskrivning på sjukhus, återkomst till akutmottagningen, placering på särskilt boende eller försämrad funktionsförmåga. I några fall kopplas utfallet till dödlighet inom viss tid efter besöket på akutmottagningen. ISAR och TRST är de verktyg som förekommer i flest artiklar. Åtta studier utvärderar ISAR:s förmåga att identifiera sköra äldre och i nio studier utvärderas TRST.

Etiska och sociala aspekter

Det finns flera etiska problem med koppling till omhändertagande av sköra äldre. Vi har valt att särskilt belysa prioriteringsfrågor och äldres beslutsförmåga.

Prioriteringsfrågor

Enligt prioriteringsplattformens människovärdesprincip är ålder ingen grund för prioriteringar i vården. Men människovärdesprincipen kan tolkas på mer än ett sätt. Prioriteringsplattformen har valt en likarätts-tolkning som bygger på att alla människor har samma värde och samma rättigheter, oberoende av social och ekonomisk ställning i samhället. Ett annat sätt att tolka principen är i termer av respekt, att liv ska respekteras. Äldre ska respekteras även om de är multistjuka med starkt sviktande kognitiv förmåga. Även ett skört liv ska respekteras.

Behovs- och solidaritetsprincipen säger att våra resurser ska fördelas solidariskt efter behov. Det råder inget tvivel om att sköra äldre är en patientgrupp i stort behov av vård. Viktigt i sammanhanget är att äldre ofta inte har kraft att identifiera, artikulera och kämpa för sina behov. Vården har här en moralisk skyldighet att identifiera de äldres livskvalitetsrelaterade behov.

Kostnadseffektivitetsprincipen säger att det vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör finnas en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet. Det har i olika sammanhang understrukits att krav på kostnadseffektivitet inte får leda till att man underlåter att ge vård eller försämrar kvaliteten av vården av döende, svårt och långvarigt sjuka, gamla och personer med demenssjukdom. Det är oacceptabelt om sköra äldre inte prioriteras för att de har en kort förväntad livslängd.

Det är viktigt att alla nya metoder som introduceras i vården värderas utifrån ett prioriteringsperspektiv. Nya metoder kan komma i konflikt med riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Detta gäller även *strukturerat omhändertagande av äldre*. Om en patient hamnar utanför ett flertal prioriterade grupper på grund av de kategoriseringar vi gör, kan vi hamna i ett rättviseproblem. Man bör vara vaksam så att

ett *strukturerat omhändertagande av äldre* inte leder till en särbehandling som kommer i konflikt med rådande prioriteringsplattform.

Äldres beslutsförmåga

Patientens självbestämmande och integritet ska respekteras och vården ska enligt svensk lag genomföras i samråd med patienten. I detta ingår att patienten ska få så mycket information att han eller hon självständigt kan fatta ett välgrundat beslut. Att beslutet är självständigt utesluter givetvis inte att det sker i samråd med behandlande läkare. Vad som däremot inte får ske är att patienten på ett eller annat sätt påtvingas viss vård eller medicinsk behandling.

Ett självständigt och välgrundat beslutsfattande kräver kognitiva resurser. Med stigande ålder minskar vår beslutskompetens. Detta innebär att vi lättare blir offer för om beslutsunderlaget presenteras på ett ledande sätt, en så kallad inramningsfälla. Men vi vet också att vår beslutsförmåga med stigande ålder i vissa avseenden stärks. Detta gäller situationer där vi måste förlita oss på vår erfarenhet, och dessa klarar vi ibland bättre med stigande ålder.

En äldre person kan uppfatta sitt beslut som självständigt och välgrundat. Samtidigt kan det ur vårdgivarens perspektiv framstå som irrationellt och skadligt för den äldre. I sådana situationer kan det vara moraliskt oansvarigt att inte hjälpa till med den äldres beslutsfattande. Man kanske till och med behöver ta över beslutsfattandet i vissa situationer.

Å andra sidan kan vi också skada om vi inte ser den kompetens som finns hos den äldre. Den fysiska skörheten kanske skuggar den mentala förmågan. Att en äldre person inte vill ha den behandling som kanske både vården och anhöriga tycker är rimlig betyder inte att personen saknar beslutsförmåga. Det kan i vissa fall vara så enkelt att den äldre har andra värderingar.

Den äldre personens värderingar kan vara väl genomtänkta och förankrade i ett långt liv och den nuvarande livssituationen. Det är därför viktigt att hålla isär den äldres värderingar från den kognitiva förmågan.

Vi vill ju inte påtvinga den äldre våra värderingar, utan endast hjälpa honom eller henne med beslutsfattandet om så behövs.

Forskning visar att de äldres delaktighet och självbestämmande kan hindras på olika sätt och av olika faktorer. Detta är ett moraliskt problem som man måste vara observant på när metoder av typen *strukturerat omhändertagande av äldre* introduceras. Det finns inre faktorer som påverkar den äldres självbestämmande, alltså inte bara beslutsförmågan. Här handlar det om trötthet, om att förstå tillräckligt, om att vilja eller om att få vara delaktiga i processen. Yttre faktorer kan vara att personalen inte har tillräckligt med tid för samtal och kommunikation samt språkproblem. En fråga som närmare bör studeras är hur *integrerat strukturerat omhändertagande av äldre* påverkar den sköra äldres autonomi och självständiga beslutsfattande.

Hälsoekonomiska aspekter

De hälsoekonomiska resultaten bygger på en sammanställning från internationellt publicerad forskning samt egna beräkningar. Frågeställningarna är följande: Är integrerat strukturerat omhändertagande av äldre en kostnadseffektiv intervention? Och hur stor är kostnaden per patient?

Resultat baserade på internationellt publicerad forskning

Litteratursökningen gav mycket få träffar, endast sju kliniska studier. Detta betyder att hälsoekonomiska aspekter inte varit det man primärt utvärderat, t ex kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs), ett sätt att mäta livskvalitet i ett tidsperspektiv. Ett långt liv med låg livskvalitet kan ge ett lägre QALY-värde än ett kort liv men med hög livskvalitet. Istället har fokus legat på kostnader. Samtliga analyser bygger på data från 1990-talet.

Det vetenskapliga underlaget i dessa studier är otillräckligt för att bedöma om strukturerat omhändertagande med integrerade team är kostnadseffektivt eller inte. Däremot tyder dessa studier sammantaget på att kostnaderna inte är högre än för vanlig vård. Detta kan bero på att metoden förbättrade möjligheterna för patienterna att bo kvar i eget

hem efter sjukhusvistelsen och att vårdtiden kan förkortas (detta framgår i den enda svenska studien). Till detta kommer att återinskrivning inte var vanligare för de patienter som omhändertagits av integrerade team jämfört med dem som fått vanlig vård.

Egna kostnadsberäkningar

Det är viktigt att både landsting, kommun, patient och närstående inkluderas i den hälsoekonomiska bedömningen. Om minskade kostnader inom sjukvården beror på att omhändertagandet av de äldre flyttats över till kommun och/eller anhöriga, så har kanske inte samhällskostnaderna totalt sett minskat, de kan t o m ha ökat.

Våra egna kostnadsberäkningar visar att *integrerat strukturerat omhändertagande av äldre* leder till en direkt ökad kostnad på cirka 1 500 kronor per patient. Det kan dock finnas stora möjligheter för att metoden leder till samhällsliga kostnadsbesparingar när hänsyn tas till att fler patienter kan bo kvar hemma samt att färre patienter behöver återinläggas på sjukhus.

Praxisundersökningen

För att få en översiktlig uppfattning om hur äldre omhändertas inom akutsjukvården i Sverige skickade vi ut en enkät under våren 2012 till samtliga akutmottagningar (70 st) och internmedicinska/geriatriska kliniker (65 st) i Sverige.

Enkäten visar att andelen äldre (65 år eller äldre) utgjorde cirka 35 procent av sökande på svenska akutmottagningar, och att drygt hälften av alla patienter som läggs in akut var över 65 år. Åtta (11 %) av landets akutmottagningar angav att man har geriatriker på akutmottagningen och 29 (41 %) angav att det finns specifika riktlinjer för handläggning av äldre. Trots detta finns det anledning att misstänka att svenska akutmottagningar sällan är anpassade för äldre patienter med komplexa behov men att man på många sjukhus vidtar olika åtgärder för att ändra på detta. Lösningarna utgår från lokala förutsättningar snarare än vetenskapliga evidens och har hittills sällan utvärderats.

På 32 sjukhus (46 %) fanns, enligt resultaten i enkäten, möjlighet till direktinläggning som innebär att vissa äldre direkt får en vårdplats utan att passera akutmottagningen. Vi tolkar detta som ett uttryck för att sköra äldre i många fall inte behöver akutmottagningens resurser och att omhändertagandet antas bli bättre om patienten direkt kan komma till en vårdavdelning.

Tillgången till geriatriska vårdplatser varierar mycket i Sverige. Det finns t ex mer än 20 gånger fler geriatriska vårdplatser per invånare i Stockholms läns landsting jämfört med Region Skåne. Politiska prioriteringar, lokala traditioner och varierande förutsättningar är några av de bakomliggande orsakerna. Det saknas idag en nationell strategi för behov av geriatrisk kompetens i det akuta omhändertagandet av sköra äldre på sjukhus.

När man värderar uppgifter om antalet geriatriska vårdplatser och specialister i geriatrik är det viktigt att framhålla att låga tal inte nödvändigtvis behöver betyda att geriatrisk kompetens saknas. Många läkare, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper kan ha såväl utbildning som erfarenhet inom geriatrik och geriatriskt arbetssätt även om formell kompetens saknas.

Under alla omständigheter konstaterar vi att det akuta omhändertagandet av sköra äldre patienter på sjukhus bedrivs på ett mycket varierande sätt i Sverige idag. Det finns ett stort behov av mer kunskap för att kunna utveckla adekvata arbetssätt som är anpassade till denna grupps komplexa behov.

Diskussion

Först diskuterar vi frågor som har att göra med vetenskaplig metodik och därefter resultaten i sin helhet.

Metodproblem

Resultaten i samtliga redovisade studier håller en acceptabel vetenskaplig kvalitet (medelhög). Fördelningen av patienterna till *strukturerat omhändertagande av äldre* respektive vanlig vård har genomförts med hjälp av

en slumpmetod, randomisering. Processen har oftast varit dold. Detta kallas maskerad randomisering. Man gör detta för att slumpmässigheten inte ska kunna undermineras. En vanlig metod är att använda förslutna kuvert.

Det finns emellertid en hel del metodproblem. De som samlat in data har känt till patienternas grupptillhörighet i flera av studierna. Detta kan snedvridera resultaten för vissa effektmått. Bortfallet för några effektmått var stort. Det finns även problem med att antalet individer är för få. Såväl patienter som personal har känt till vilka som fick ta del av respektive omhändertagande. Det är dock svårt att avgöra om detta snedvrider resultaten till förmån för *strukturerat omhändertagande av äldre* eller för vanlig vård. Innehållet i vanlig vård varierar en del i våra studier. Eftersom studierna är 14 år eller äldre är det troligt att inget alternativ ligger nära innehållet i vanlig vård i dagens Sverige. Därför gör vi ett generellt avdrag för evidensstyrkan för samtliga resultat. Även i detta fall är det svårt att bedöma hur resultaten kan ha snedvridits, till förmån eller till nackdel för *strukturerat omhändertagande av äldre*. Avdrag har också gjorts för bristande vetenskaplig studiekvalitet i samtliga fall utom då datainsamlingen inte påverkas av att man kände till gruppindelningen, t ex när det gäller data om andel döda.

Resultatdiskussion

Omhändertagande av sköra äldre med akut sjukdom är en stor och växande utmaning för hälso- och sjukvården. Dagens vårdstrukturer baseras i huvudsak på specifika medicinska diagnosgrupper. De lämpar sig i första hand för patienter med få diagnoser och stabil social och psykologisk situation. För sköra äldre ser inte situationen ut på detta sätt. Sköra äldre är en patientgrupp med stor sårbarhet och komplexa behov. De kan samtidigt ha en mångfald olika diagnoser, vilket kräver en annan typ av omhändertagande.

Resultaten ger stöd för att ett *integrerat strukturerat omhändertagande av äldre*, där multiprofessionella team har ett direkt patientansvar, kan användas för sköra äldre som inkommer akut till sjukhus. Men ett eventuellt införande måste följas upp och utvärderas.

Rådgivande strukturerat omhändertagande av äldre verkar inte ha några säkra fördelar jämfört med vanlig vård. De positiva resultaten för integrerade team är tydligast för gruppen sköra äldre. Studier som omfattar alla äldre patienter visar också positiva effekter i några fall, men i mindre utsträckning än för studier som i huvudsak omfattar sköra patienter.

Vi bedömer att det integrerade arbetssättets fördelar är rimliga. Ett team som är integrerat med den övriga verksamheten på en vårdenhets har större möjligheter att säkerställa att den planering som gjorts, med grund i bedömningen, också fullföljs. Mobila rådgivande team har troligen mindre möjligheter att påverka den vård som patienterna får.

Ytterligare en förklaring till skillnaden mellan integrerade team och rådgivande team kan ha att göra med förutsättningar för ett kontinuerligt lärande. Inom en specialinriktad vårdenhets med multiprofessionella team kanske förutsättningarna för detta är bättre än med rådgivande team som endast kommer in vid behov. Om detta stämmer så kanske lärandet bidrar till ökad kompetens och därmed ett bättre omhändertagande.

Teamet bör ha en sammansättning som är anpassad till de individuella behoven, vilket innebär att teamets sammansättning kan variera för olika patienter. Ett arbetssätt utan team innebär att vissa delar i bedömningen inte kan genomföras på samma sätt som vid ett teambaserat arbetssätt. Därmed kan helhetsperspektivet bli lidande.

Ett generellt problem vid utvärdering av omhändertagande av sköra äldre är att våra kunskaper om vad som skapar mervärde för den äldre och sköra patienten är bristfälliga. Även om man indirekt kan visa ett samband mellan god funktionsförmåga, möjlighet att bo i eget hem, få återinskrivningar, minskad dödlighet och god livskvalitet är det mycket få studier, som särskilt värderar effekten på den äldres livskvalitet.

Strukturerat omhändertagande av äldre kräver enligt några studier mer personalresurser än vad som är fallet utan denna metod. Detta kan innebära en merkostnad. Ur hälsoekonomisk synpunkt är det därför av avgörande betydelse att identifiera de patienter som är i störst behov av

ett strukturerat omhändertagande. Tillgängliga resurser kan då satsas på de som bäst kan tillgodogöra sig nyttan av interventionen.

Införande av ett *integrerat strukturerat omhändertagande av äldre* påverkar på kort sikt i första hand kostnader som är direkt relaterade till det primära omhändertagandet. På längre sikt är det troligt att ett *integrerat strukturerat omhändertagande av äldre* kan leda till minskade totala kostnader. Vi vill dock poängtera att hälsoekonomi inte bara handlar om att sänka kostnader. Istället handlar det om att maximera hälsan utifrån begränsade resurser. Detta innebär att åtgärder inom hälso- och sjukvården kan kosta mer än det jämförda alternativet och ändå betraktas som kostnadseffektiva under förutsättning att patienternas hälsa påverkas positivt. Utifrån detta resonemang är det rimligt att anta att integrerade team kan vara kostnadseffektiva i jämförelse med vanlig vård.

Det finns triagemetoder för äldre som utvärderats i flera studier. TRST och ISAR är de metoder som hittills är mest studerade. För att få säkrare resultat måste instrumenten testas i fler länder och på fler akutmottagningar, inte minst i Sverige. Det ideala verktyget ska i möjligaste mån minimera missar (sköra klassificeras som ej sköra) och falska träffar (ej sköra klassificeras som sköra).

Syftet med översikten var att utvärdera omhändertagande och vård av sköra äldre som inkommit akut till sjukhus. Det vetenskapliga underlaget för omhändertagande specifikt på akutmottagningen uppfyllde inte våra urvalskrav. Teoretiskt är det förstås möjligt att genomföra ett strukturerat omhändertagande av äldre även på akutmottagningen och i samband med detta inleda olika insatser. Ett sådant arbetssätt skulle kunna förhindra onödiga inläggningar på sjukhus och därmed hushålla bättre med sjukhusets vårdplatser. I de studier som vi inkluderat ligger fokus i första hand på omhändertagande och vård på vårdavdelningar.

Som vi nämnde inledningsvis är CGA den internationellt vanligaste benämningen av *strukturerat omhändertagande av äldre*. CGA är idag ett relativt okänt begrepp inom svensk sjukvård – möjligen med undantag för viss geriatrik verksamhet. I många andra länder, till exempel England, Kanada, Australien, Nya Zeeland, Holland och Finland, är

CGA mer etablerat inom såväl sjukvård som kommunal (eller motsvarande) vård. Det finns inga självklara förklaringar till dessa skillnader. Geriatriken har haft en förhållandevis undanskymd roll inom svensk sjukvård, och geriatrisk forskning kan ha varit fokuserad på andra områden. Detta kan ha bidragit till att CGA inte är så känt i Sverige.

Den genomförda praxisstudien visar att många sjukhus i Sverige redan idag infört olika åtgärder för att förbättra omhändertagandet av äldre – såväl på akutmottagningar som på vårdavdelningar. Detta är positivt även om man i flertalet fall inte följt upp och utvärderat resultaten på ett vetenskapligt sätt. Hälso- och sjukvårdens uppföljningssystem är idag huvudsakligen inriktade på att mäta olika typer av sjukvårdsproduktion som antal operationer, vårddygnet och vårdtillfällena. I vissa fall används kvalitetsindikatorer som utgår från specifika medicinska diagnoser och tillgänglighet. Införande av *strukturerat omhändertagande av äldre* kräver ett annat uppföljningssystem som också tar hänsyn till funktionsförmåga och livskvalitet och där kontinuitet, förebyggande insatser och uppsökande vård balanseras mot god tillgänglighet. Hänsyn behöver även tas till att satsningar i en del av vårdkedjan kan få effekter, och därmed kostnadskonsekvenser, i en annan del.

I Kanada har en särskild modell för kvalitetssäkring av den geriatriska vården utvecklats. De akutsjukhus som kan visa att man genomfört ett antal förbättringsåtgärder får kalla sig ”Senior friendly hospitals”. En viktig del för ackrediteringen i Kanada är att införa CGA (*strukturerat omhändertagande av äldre*) och använda validerade bedömningsinstrument och dokumentationsmallar. Utöver detta finns ett flertal andra åtgärder som också karakteriserar en seniorvänlig miljö med ett etiskt förhållningssätt och en seniorvänlig process. Vi tror att ett likartat angreppssätt skulle kunna påskynda en positiv utveckling i Sverige. Ett bättre kunskapsunderlag kan förhoppningsvis leda fram till nationella riktlinjer och ett förbättrat omhändertagande av sköra äldre i Sverige.

Projektgruppens förord

Att åldras – på gott och ont...

”Vid fyllda 55 lefnadsår, börjar nu mina krafter att aftaga” – så beskriver en 55-årig man sin situation i en ansökningshandling för att erhålla hjälp med boende och uppehåll år 1884 (ur Anna Rosengren; Åldrandet och språket: En språkhistorisk analys av hög ålder och åldrande i Sverige cirka 1875–1975). Mycket har ändrats sedan dess. Idag är var 20:e svensk äldre än 80 år och andelen 80+ fortsätter att öka för varje år. Sverige ligger i topp avseende ökningstakten av antalet 100-åringar, och av dem som idag föds kommer troligen mer än 10 procent att uppnå en ålder över 100 år. Orsakerna till denna utveckling är bättre sjukvård och ekonomiska framsteg men också mindre rökning och en sundare livsstil [1].

Men livet går inte enbart ut på att leva länge – det handlar också om att få leva frisk. Som 50-åringar har idag både svenska kvinnor och män flest friska år framför sig av alla européer. Den sjuka tidens andel av livet minskar för varje år. Sannolikt kommer Sverige att inom några få år gå om Japan och ha världens äldsta och friskaste invånare.

Oavsett dessa framsteg måste vi alla en dag konfrontera ålderdom och död. Strävan efter ett gott åldrande löper som en röd tråd genom hela mänsklighetens historia. Såväl i antikens skrifter som i bibeltexter förmedlas visdomsord med koppling till åldrande och död. Till exempel varnas i Syraks bok för frosseri om man vill leva länge...

År 1763 höll läkaren David Schultz ett tal ”om den rätta ålderdomens ernående” – eller med moderna ord – hur man får en lycklig ålderdom. Han talade om ”lagom arbete” och ”lagom sömn” men tog avstånd från medicinering. Han skrev vidare att ”ålderdomen är dräglig bara för dem som ännu älskar sina medmänniskor och har ömma barn och tillgivna tjänare som kan vårda dem” [2].

Men vad står ”lycklig” och ”dräglig” ålderdom för? Handlar det bara om hälsa? Svaret är förstås att det inte enbart är god hälsa som avgör om vi får en lycklig eller olycklig ålderdom. Bilden är mycket mer komplex än

så. Även om ”friskhet” i hög grad bidrar till livskvalitet finns det också andra värden som är lika viktiga. Även den kroniskt sjuke kan i vissa fall uppleva acceptabel eller god livskvalitet. På motsvarande sätt är det inte självklart att lång livslängd är detsamma som hög livskvalitet.

Med dessa rader vill vi peka på komplexiteten i ett gott åldrande och att insatser och omhändertagande inom hälso- och sjukvården måste se ”hela människan” – inte enbart det medicinska.