

Förstudie om de mest sjuka äldre i riktlinjer för vård och omsorg

Karin Bäckman Per Carlsson Niklas Ekerstad Katrin Lindroth

December 2011



Linköpings universitet

PRIORITERINGSCENTRUM

Förstudie om de mest sjuka äldre i riktlinjer för vård och omsorg

Karin Bäckman Per Carlsson
Niklas Ekerstad Katrin Lindroth

Sammanfattning

Förstudiens syfte har varit att belysa hur ”de mest sjuka äldre” med komplexa vårdbehov beaktas i olika existerande behandlingsrekommendationer. Gruppen definieras som personer 65 år eller äldre med en kort förväntad återstående livslängd och/eller svår samsjuklighet och/eller svår till måttlig skörhet och/eller andra försvårande faktorer t ex socioekonomiska, kulturella eller omgivningsfaktorer.

Ett delmål var att ta fram förslag på hur patientgruppen bättre ska kunna integreras i de nationella riktlinjer som tas fram av Socialstyrelsen. Detta bygger bland annat på en inventering av hur de mest sjuka äldre beaktas i olika befintliga behandlingsrekommendationer i andra länder.

Arbetet med förstudien har varit uppdelat i tre olika moment. Det första momentet var att definiera vad som avses med ”de mest sjuka äldre”. Moment två var inventering av förekommande riktlinjer. Här ingick redovisning av hur avgränsningen gjorts av vilka riktlinjer som inkluderats och själva inventeringen, d v s insamling och analys av identifierade riktlinjer. Det tredje momentet var att utifrån bland annat inventeringen ta fram förslag på hur de mest sjuka äldre ska kunna integreras i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Från vår inventering kan vi konstatera att det finns internationella riktlinjer som inkluderat ”äldre” i ett brett perspektiv. Många gånger förs dock ingen diskussion om äldres tillstånd över huvud taget med undantaget att äldre ofta har flera sjukdomar. Det är vanligt att äldre patienters särskilda behov och speciella förutsättningar att tillgodogöra sig åtgärder noteras och diskuteras i allmänna ordalag.

När äldre personer nämns mer specifikt i en riktlinje handlar det oftast om att man nämner att en viss åtgärd för den generella patientgruppen inte skall utföras på äldre. När man å andra sidan skriver ut vilken åtgärd man ska göra på äldre istället för den beskrivna, rör det sig ofta om att äldre ska få ett annat läkemedel än standardbehandlingen eller att de ska få en lägre dos. Vi har funnit ytterst få exempel som på ett integrerat sätt diskuterar eller ger riktlinjer om vården för de mest sjuka äldre. Generella riktlinjer för vård och omsorg av äldre patienter förekommer dock.

En slutsats av denna begränsade genomgång är att det förefaller osannolikt att det finns bra internationella förebilder i att integrera mest sjuka äldre i riktlinjer som är direkt överförbara till Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Däremot finns det riktlinjer som kan inspirera och ge idéer för utveckling av svenska riktlinjer där äldre patienter eller sådana med komplexa hälsoproblem och särskilt de mest sjuka äldre integreras på något sätt.

Om Socialstyrelsen beslutar att integrera gruppen de mest sjuka äldre i sina riktlinjer förslår vi ett ramverk som bör gälla oavsett angreppssätt:

- Riktlinjerna bör innehålla en enhetlig definition av mest sjuka äldre. Ett tentativt förslag är: Personer som är 65 år och äldre med kort förväntad återstående livslängd och/eller svår samsjuklighet och/eller måttlig- svår skörhet och/eller andra försvårande faktorer t ex socioekonomiska, kulturella eller omgivningsfaktorer. Kärnan i avgränsningen tar utgångspunkt i att en förmodad ändrad nytta-riskrelation föreligger för denna grupp när det gäller olika åtgärder i hälso- och sjukvården. Med detta menas att förhållandet mellan förmodad nytta med en åtgärd (exempelvis förbättrad prognos eller symtomlindring) och förmodad risk kopplad till åtgärden i sig (exempelvis operationskomplikationer eller läkemedelsbiverkningar) ändras markant.
- Riktlinjernas innehåll ska vara förenligt med innehållet i riksdagsbeslutet 1997 inklusive den etiska plattformen. Utgångspunkter är att biologisk ålder, inte kronologisk ålder, är det avgörande för behandlingsrekommendationer. Vidare är de etiska principerna rangordnade, vilket innebär att även de ur principerna härledda prioriteringskomponenter i den nationella modellen för prioriteringar (hälsotillståndets svårighetsgrad, patientnytta, och kostnadseffektivitet) ges olika tyngd med beaktande av den aktuella gruppens karakteristika.
- Riktlinjer som inkluderar de mest sjuka äldre ska kunna gälla såväl kroniska som akuta tillstånd.
- Oberoende av angreppssätt för att integrera de mest sjuka äldre i riktlinjer är det viktigt att relevanta mål med vården identifieras. I vissa fall kan fokus på prognosförbättring föreligga, men oftast är det mer rimligt med fokus på symtomlindring, livskvalitet och förbättring av funktionsförmåga, liksom förmåga till aktivitet och delaktighet.

Vi föreslår fyra olika sätt att integrera de mest sjuka äldre i riktlinjer:

Alternativ A. Särskilda behov och åtgärder som gruppen mest sjuka äldre har och kräver kan diskuteras och uppmärksammas i riktlinjernas inledande avsnitt.

Detta alternativ bidrar till att uppmärksamma gruppens särskilda behov utan att ge någon tydlig vägledning vare sig när det gäller generella eller specifika åtgärder. Det är dock möjligt att införa en mer preciserad vägledning för generella åtgärder utan att de ska utgöra egna prioriteringsobjekt. Införande av den här typen av rekommendation i ett inledande avsnitt kräver en relativt liten insats.

Alternativ B. Patientnytta och risker kommenteras integrerat i sjukdomsspecifika riktlinjer där prioriteringsgruppen finner skäl att kommentera undantag eller införa särskilda påpekanden.

Detta alternativ bidrar till att uppmärksamma gruppens särskilda behov och ger en viss vägledning när det gäller specifika åtgärder och kan kombineras med en preciserad vägledning för generella åtgärder i ett inledande avsnitt. Införande av den här typen av rekommendation kräver måttliga insatser både vid framtagning av fakta och vid prioriteringar.

Alternativ C. Införande av särskilda rader (prioriteringsobjekt) i riktlinjerna som gäller för de mest sjuka äldre.

Alternativ C bidrar till att uppmärksamma gruppens särskilda behov och kan ge en tydlig vägledning när det gäller såväl generella som specifika åtgärder. Införande av den här typen av rekommendation kräver betydande insatser både vid framtagning av fakta och vid prioriteringar. Arbetsmängdens storlek är dock avhängig den grad av fullständighet som eftersträvas.

Alternativ D. Ta fram specifika versioner av respektive riktlinje som enbart gäller för de mest sjuka äldre.

Alternativ D bidrar till att uppmärksamma de mest sjuka äldre-gruppens särskilda behov och kan ge en tydlig vägledning när det gäller såväl generella som specifika åtgärder. Införande av den här typen av rekommendation kräver betydande insatser både vid framtagning av fakta och vid prioriteringar. Arbetsmängdens storlek är som för Alternativ C avhängigt den grad av fullständighet som eftersträvas.

Om Socialstyrelsen beslutar att genomföra en fortsättning på förstudien föreslår vi följande aktiviteter:

- 1) Utveckla och pröva alternativa metoder för att fastställa ”evidens” utifrån erfarenhetsbaserad kunskap för såväl generella som specifika åtgärder för de mest sjuka äldre. Den korta tiden för projektet har inte gett utrymme för i detalj studera hur relevanta riktlinjer i andra länder (som ger särskild vägledning kring äldre patienter) tagits fram. Socialstyrelsen bör överväga en sådan fördjupad genomgång.
- 2) Tydliggöra vad som är målet för vård och behandling av de mest sjuka äldre. Oberoende av angreppssätt för att integrera gruppen i riktlinjer är det viktigt att relevanta mål med vården identifieras. I vissa fall kan fokus på prognosförbättring föreligga, men i flertalet fall är det rimligare med fokus på symtomlindring, livskvalitet och förbättring av funktionsförmåga liksom förmåga till aktivitet och delaktighet.
- 3) Genomföra ett begränsat försök med integrering av de mest sjuka äldre i pågående eller planerat riktlinjearbete samt göra en utvärdering av ett sådant försök. Även om området kan tyckas utvecklat ter det sig möjligt att i mindre skala pröva att integrera de mest sjuka äldre i kommande riktlinjearbeten. I ett sådant försök är det väsentligt att skilja på generella åtgärder som inte är kopplade till en indexsjukdom och specifika åtgärder som är kopplade till indexsjukdomen. Vidare är det angeläget att utveckla en arbetsform där gruppens särskilda behov bevakas.

Innehåll

| | |
|--|-----------|
| 1. BAKGRUNDEN TILL PROJEKTET | 1 |
| 2. SYFTE OCH AVGRÄNSNINGAR AV UPPDRAGET | 1 |
| 2.1 DISPOSITION AV FÖRSTUDIEN..... | 2 |
| 3. DEFINITION AV ”DE MEST SJUKA ÄLDRE” | 3 |
| 3.1 METOD..... | 3 |
| 3.2 FÖRESLAGNA DEFINITIONER ELLER BEGREPP FÖR ATT BESKRIVA DE MEST SJUKA ÄLDRE | 3 |
| 3.3 SÅ HÄR HAR VI RESONERAT ANGÅENDE DEFINITIONEN AV GRUPPEN ”DE MEST SJUKA ÄLDRE” | 5 |
| 3.4 HUR KAN DE MEST SJUKA ÄLDRE KARAKTÄRISERAS? | 8 |
| 3.5 RESONEMANG KRING ÅLDER OCH ÄLDRE I SVENSKA RIKTLINJER OCH RAPPORTER | 10 |
| 3.5.1 <i>Socialstyrelsen</i> | 10 |
| 3.5.2 <i>SBU</i> | 12 |
| 4. INVENTERING AV RIKTLINJER I ANDRA LÄNDER | 12 |
| 4.1 METOD..... | 12 |
| 4.2 RESULTAT AV INVENTERINGEN | 15 |
| 4.2.1 <i>Riktlinjer i andra länder</i> | 15 |
| 4.2.2 <i>Beskrivning av riktlinjernas innehåll</i> | 16 |
| 4.2.3 <i>Övergripande riktlinjer för äldre</i> | 24 |
| 4.2.4 <i>Översiktsartiklar som behandlar ”äldre” i riktlinjer</i> | 27 |
| 5. FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR INTEGRERING AV DE MEST SJUKA I SVENSKA RIKTLINJER ... | 29 |
| 5.1 DEN ETISKA GRUNDEN | 29 |
| 5.2 FRAMTAGNING AV FAKTA | 31 |
| 5.3 PRIORITERINGSMODELL | 31 |
| 6. FÖRSLAG TILL INTEGRERING AV INSATSER FÖR DE MEST SJUKA ÄLDRE I NATIONELLA RIKTLINJER | 32 |
| 6.1 ALLMÄNT RAMVERK | 32 |
| 6.2 OLIKA SÄTT ATT INTEGRERA DE MEST SJUKA ÄLDRE I RIKTLINJER | 33 |
| 7. DISKUSSION OCH SLUTSATSER | 39 |
| 7.1 METODPROBLEM..... | 39 |
| 7.2 SLUTSATSER..... | 40 |
| 7.3. FÖRSLAG TILL FORTSATT UTVECKLINGSARBETE | 41 |
| 8. REFERENSER | 43 |
| 9. REFERENSER RIKTLINJER | 48 |
| BILAGA 1. TABELL. SAMMANSTÄLLNING OCH KLASSIFICERING AV RELEVANTA RIKTLINJER FRÅN DEN INTERNATIONELLA INVENTERINGEN | |
| BILAGA 2. TENTATIV MODELL | |

1. Bakgrunden till projektet

I riksdagsbeslutet rörande prioriteringar 1997 riktades fokus mot svårt sjuka äldre individer, vilka ansågs ha fått stå tillbaka inom hälso- och sjukvård (Socialdepartementet 1996/97; Socialutskottet 1996/97). Riksrevisionen gjorde 2004 liknande iakttagelser (Riksrevisionen 2004), liksom flera regionala revisionsrapporter. Socialdepartementet betonade 2011 att de svårast sjuka äldre fortfarande får stå tillbaka (Hägglund och Larsson 2011). De är kraftigt underrepresenterade i vetenskapliga studier och de flesta register för uppföljning och utvärdering. Antalet geriatriska vårdplatser har kraftigt reducerats under de senaste två decennierna (Borgström 2007). Det bedöms föreligga ett stort behov av att öka utbildningen av geriatriker (Socialstyrelsen 2011b).

Flera åtgärder är möjliga att vidta för att förbättra hälso- och sjukvården för de mest sjuka äldre. Hit hör kvalificerade kliniska studier på den aktuella gruppen för att förbättra evidensunderlaget när det gäller adekvata insatser, samt att bättre anpassa vårdens struktur och organisation till gruppen. Aktuell uppdrag syftar emellertid till att skapa en rationell grund för framtagande av behandlingsrekommendationer inom ramen för nationella riktlinjer för dessa patienter.

Sjukvård och omsorg ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig. Denna grundsats gäller i högsta grad även för äldre patienter som lider av flera kroniska sjukdomar och har komplexa vårdbehov och ofta blir akut sjuka. Socialstyrelsen tar exempelvis fram nationella riktlinjer som är tänkta att införlivas i regionala och lokala vårdprogram och andra typer av lokala kunskapsunderlag. Fundamentet i riktlinjerna är sammanställningar och värderingar av tillgänglig kunskap i form av effektstudier och kostnadseffektivitetsstudier. När det gäller de mest sjuka äldre patienterna saknas dock ofta den här typen av forskningsunderlag och kunskapsluckorna är stora. Följden av kunskapsluckor som t ex berör de mest sjuka äldre patienterna är att riktlinjerna får en begränsad tillämpning. Socialstyrelsens ambition är att alla nationella riktlinjer så långt som möjligt ska leva upp till de vägledningsbehov som finns i vården; inte minst när det gäller omhändertagande av äldre patienter.

Socialstyrelsen gav med anledning av det ovan beskrivna i september 2011 Prioriteringscentrum i uppdrag att genomföra en förstudie. Denna inkluderar kartläggning av hur behandlingsrekommendationer i andra länder – riktlinjer eller andra vägledningar – beaktar de mest sjuka äldre. I förstudien ingår även att lämna förslag på hur de mest sjuka äldre patienterna bättre skulle kunna integreras i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

2. Syfte och avgränsningar av uppdraget

Projektets syfte har varit att belysa hur de mest sjuka äldre med komplexa vårdbehov beaktas i olika existerande behandlingsrekommendationer. Ett delmål var att ta fram förslag på hur patientgruppen bättre ska kunna integreras i de nationella riktlinjer som tas fram av Socialstyrelsen. I förstudien har en inventering av hur de mest sjuka äldre beaktas i olika befintliga behandlingsrekommendationer i andra länder gjorts.

Förstudien redovisar exempel på om denna grupp uppmärksammas och på vilket sätt. Har särskilda rekommendationer getts och hur har de tagits fram? Redovisas metoder som använts för att skatta effekter och risker för patientgrupper där traditionella kliniska effektstudier saknas? Finns det riktlinjer som är direkt utformade för de mest sjuka äldre?

Med behandlingsrekommendationer avses här riktlinjer och andra typer av vägledningsdokument på gruppnivå. Inventeringen omfattar behandlingsrekommendationer som – precis som Socialstyrelsens nationella riktlinjer – har en avsändare på nationell nivå (myndighet och/eller professionsförening), är övergripande och riktas till beslutsfattare på olika nivåer i sjukvården. Förslaget om hur de mest sjuka äldre patienterna ska kunna integreras i nationella riktlinjer ska utgå från några grundläggande premisser.

- Det ska innehålla en övergripande modell för hur mottagare av en riktlinje bör tänka, och vad som särskilt bör beaktas, i vården av de mest sjuka äldre.
- Det ska vara genomförbart inom en rimlig framtid, d v s forskning eller metoder som inte existerar ska inte utgöra förutsättning.
- Det ska kunna genomföras till rimlig kostnad och utan att processtiden för framtagandet av riktlinjer förlängs på ett avgörande sätt.
- Det bör ha generisk funktion och kunna användas i flera riktlinjer inom olika områden.

Förstudien syftar till att undersöka förutsättningarna för att ta fram ett genomarbetat förslag som går att implementera. I förstudien ska särskilt beaktas målbeskrivningen som gäller för hälso- och sjukvården och som utgår från den grund för prioriteringsbeslut som antogs av Sveriges riksdag 1997.

2.1 Disposition av förstudien

Förstudien har tre huvudmoment. Det första momentet är att definiera populationen de mest sjuka äldre.

Moment två är en inventering av förekommande riktlinjer i andra länder, vilket inkluderar avgränsningen av vilka riktlinjer som tagits med samt insamling och analys av identifierade riktlinjer.

Det tredje momentet är att utifrån bland annat inventeringen ta fram förslag på hur de mest sjuka äldre ska kunna integreras i Socialstyrelsens nationella riktlinjer enligt de direktiv som framgår av uppdraget. Den metod som används för datainsamling mm finns redovisad för respektive moment nedan.

3. Definition av ”de mest sjuka äldre”

3.1 Metod

Vi har sökt efter litteratur som beskriver olika ansatser till definition av målgruppen ”de mest sjuka äldre” samt litteratur som diskuterar vad som karaktäriserar denna patientgrupp. Efter att ha tagit del av förekommande definitioner diskuterar vi en egen definition samt redovisar olika sätt att beskriva gruppen.

I litteraturen förekommer en stor mängd sätt för att beskriva sjuka äldre individer. Olika begrepp och termer är olika lämpliga beroende på sammanhang och syfte (kliniskt beslutsfattande; epidemiologi; övergripande sjukvårdsplanering etc). De mest sjuka äldre uppfattar vi som en arbetsbeteckning, som behöver ges ett konkret innehåll med utgångspunkt i vedertagen terminologi och syftet med att definiera gruppen. Ett förslag på hur de mest sjuka äldre patienterna bättre skulle kunna integreras i Socialstyrelsens nationella riktlinjer förutsätter en relativt allmängiltig definition som ska kunna vara gångbar i en mängd olika sammanhang utan krav på att vara operationell; d v s utan syfte att exakt mäta antalet individer eller patienter som ingår i gruppen.

3.2 Föreslagna definitioner eller begrepp för att beskriva de mest sjuka äldre

Det finns flera definitioner som syftar till att på ett pragmatiskt sätt avgränsa gruppen med komplexa behov bland äldre patienter. I Sverige återfinns exempelvis följande definition: *”Personer 75 år eller äldre som under de senaste 12 månaderna har varit ineliggande tre eller flera gånger inom slutenvården och med tre eller flera diagnoser i tre eller flera skilda diagnosgrupper enligt klassifikationssystemet ICD 10.”* (Gurner och Thorslund 2001; Socialstyrelsen 2002). Denna och liknande definitioner har dock inte använts i större utsträckning vid vetenskapliga studier. Dess operationella karaktär gör den dock användbar vid registerstudier.

Ett annat exempel är följande föreslagna definition av begreppet ”multisviktande äldre” (Gurner och Thorslund 2001): *”Patienter över 75 år med någon eller flera sjukdomsdiagnoser, problem med nedsatt rörlighet och ork samt behov av rehabiliterings- och/eller funktionsuppehållande insatser under lång tid. Detta innebär sammantaget en skör livssituation, snabbt föränderlig och med behov av återkommande omprövning av vård-, omsorgs- och rehabiliteringsinsatser.”*

Socialstyrelsen har för ett uppdrag om en utveckling mot statligt styrsystem inom området multisjuka äldre utvecklat tre *operationella* avgränsningar av gruppen mest sjuka äldre. I arbetet har Socialstyrelsen utgått från att mest sjuka äldre är personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom. Omsorgs- och sjukvårdsbehov har belysts som ett mått på funktionstillstånd och för att få fram detta har de utgått från nationella hälsodata- och socialtjänstregister.

”Vi föreslår tre operationella avgränsningar av gruppen mest sjuka äldre:

- 1. Kärnan i gruppen mest sjuka äldre utgörs av personer med **omfattande sjukvård och omfattande omsorg**. År 2008 utgjorde denna grupp 2 procent av befolkningen 65 år och äldre (29 000 personer).*
- 2. Förutom kärngruppen, innefattar avgränsningen ”**omfattande omsorg**” ytterligare personer med omfattande omsorgsinsatser från kommunen. De flesta i denna grupp är sannolikt helt beroende av hjälp för att klara av vardagliga aktiviteter. Med omfattande omsorg menas: permanent särskilt boende, beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst per månad, korttidsboende eller beslut om insatser med stöd enligt lagen om stöd och service till funktionshindrade (LSS). År 2008 utgjorde denna grupp 10 procent av befolkningen 65 år och äldre (154 000 personer).*
- 3. Den vidaste avgränsningen innefattar samtliga personer med **omfattande sjukvård eller omfattande omsorg**. Denna avgränsning kan exempelvis användas när kärngruppen ger otillräckligt underlag för att kunna statistiskt säkerställa skillnader mellan grupper, såsom i jämförelser mellan mindre kommuner. Med omfattande sjukvård avses: multisjuklighet, fler än 19 vård dagar i slutenvården, fler än tre inskrivningar i slutenvård eller fler än sju inskrivningar i öppen specialistvård. År 2008 utgjorde denna grupp 18 procent av befolkningen 65 år och äldre (286 000 personer).”*
(Socialstyrelsen 2011a)

Till skillnad från vårt uppdrag syftar dessa definitioner dels till att reda ut hur många personer som ryms inom varje definition, dels att ta fram underlag för planering av hälsotjänster.

Ambitionen i arbetet har varit att utgå från äldre personers funktionstillstånd. Det anges att orsakerna till nedsättningar i funktionstillståndet kan vara många. En enda svår funktionsnedsättning eller flera i kombination kan ge betydande svårigheter i personens livsföring. I sin tur kan orsakerna till funktionsnedsättningen vara flera skador och sjukdomar eller en enda, svår sådan. En undre åldersgräns för gruppen mest sjuka äldre har satts vid 65 år även om Socialstyrelsen i sin tidigare publicerade definition angav en undre åldersgräns på 75 år för multisjuka. Gränsen har satts vid 65 år då Socialstyrelsen anser att alla som uppfyller definitions kriterierna skall kunna kallas tillhöra gruppen mest sjuka äldre.

Vidare ges ett försök till en definition av ”omfattande sjukvård”, vilket anses utgöra en viktig del i avgränsningen av mest sjuka äldre. För denna operationella målgruppsavgränsning avgränsas personer med omfattande sjukvård som personer som uppfyller minst ett av följande kriterier:

- Uppfyllt kriterierna för multisjuk under året.
- Fler än 19 dagar i slutenvård per år.
- Fler än 3 inskrivningar i slutenvård per år.
- Fler än 7 besök till specialistläkare i öppen vård per år.

Till skillnad från vårt uppdrag syftar dessa definitioner dels till att reda ut hur många personer som ryms inom varje definition och dels att ta fram underlag för planering av hälsotjänster.

(Socialstyrelsen 2011a)

3.3 Så här har vi resonerat angående definitionen av gruppen ”de mest sjuka äldre”

Hur kan då gruppen de mest sjuka äldre definieras och karaktäriseras utifrån vårt syfte att ge ett förslag till hur gruppen de mest sjuka äldre ska kunna integreras i behandlingsriktlinjer? Vi uppfattar att en central komponent i en definition av de mest sjuka äldre är ålder. Här rör vi oss med två begrepp: kronologisk och biologisk ålder. Medan kronologisk ålder relaterar till födelsedatum, syftar biologisk ålder på biologisk status, exempelvis förväntad återstående överlevnadstid. Den äldre populationen, ibland definierad som 65 år eller äldre individer, är en heterogen riskgrupp; för varje kronologiskt åldersintervall föreligger ett brett biologiskt åldersintervall. Bland äldre individer utgör följande huvudsakliga riskfaktorer: multisjuklighet/komorbiditet (komorbida tillstånd), kognitiv nedsättning, grad av funktionsnedsättning, och låg grad av socialt stöd (Fitchett och Rockwood 2002).

Även om hög kronologisk ålder ger en indikation på andelen individer i en åldersgrupp som är relativt vitala eller sköra, är den ett alltför grovt mått och inte användbar i kliniska sammanhang. Biologisk ålder, exempelvis graderad via grad av skörhet (eng. *frailty*, se nedan), är en bättre prognostisk markör och prediktor för negativa händelser. På senare år har flera policydokument betonat vikten av att uppskatta risk med hjälp av markörer för biologisk ålder och komorbiditet (American Heart Association 2007; NICE 2010; Gray et al 2010; Socialstyrelsen 2008). I Sverige finns den etiska plattformen för prioriteringar och i den är det inte tillåtet att prioritera utifrån kronologisk ålder i sig. Däremot ska biologisk ålder och patienternas förmåga att dra nytta av en behandling beaktas i beslutsfattande. Exempelvis är det viktigt att relatera tidsramen för förväntad nytta till patientens förväntade återstående levnadstid.

Förutom kort förväntad återstående livslängd anges ofta *multisjuklighet* eller *samsjuklighet (komorbiditet)* som ett kriterium. Det totala hälsobehovet, men också det totala vårdbehovet, hos de mest sjuka äldre är komplext. I normalfallet förekommer flera samtidiga sjukdomar, akuta och/eller kroniska, hos en och samma individ/grupp av äldre individer. Primärvårdsstudier har visat att bland individer 65 år eller äldre har över 90 procent samsjuklighet (t ex Fortin et al 2005).

Multisjuklighet definieras vanligen som samtidig förekomst av flera akuta och/eller kroniska sjukdomar/tillstånd hos en person utan hänvisning till ett indextillstånd (Bayliss 2008). Indextillstånd är detsamma som huvuddiagnos, d v s den sjukdomsorsak som en utredning eller behandlingsåtgärd är inriktad mot. *Samsjuklighet (komorbiditet)* definieras vanligen på samma vis som multisjuklighet, fastän i relation till ett specifikt indextillstånd (Feinstein 1970). Olika metoder har använts för att karaktärisera den sammanlagda bördan av sjukdomar/tillstånd som ett värde på en skala, däribland via skapandet av olika index (de Groot et al 2003). *Multisjuklighet* används ofta i primärvård, medan *samsjuklighet*, med dess fokus på en indexsjukdom, mer ofta används i slutenvård.

Följande indelning av samsjuklighet i förhållande till indextillstånd har gjorts (Weel och Schellevis 2006):

- a) kausal samsjuklighet (exempelvis hypertoni och hjärtsvikt)
- b) gemensam riskfaktor (rökning är en riskfaktor för såväl KOL¹ som ischemisk hjärtsjukdom)
- c) kausalt oberoende kronisk samsjuklighet (hjärtsvikt och cancer)
- d) akut samsjuklighet (exempelvis hjärtinfarkt och blodförgiftning).

Begreppet *svår kronisk samsjuklighet* används när ett indextillstånd föreligger samtidigt med minst ett annat tillstånd, som är kroniskt och som till grad klassas som svårt.

Svårighetsgraden ges av en internationellt accepterad definition; exempelvis föreligger svår njurfunktionsnedsättning (njursvikt) då glomerulär filtration är under 30 (Levey et al 2005). På motsvarande sätt kan svår anemi, svår demens, svår KOL, icke-kurabel cancer etc. definieras.

Svår akut samsjuklighet är tillämpligt när ett akut indextillstånd, exempelvis hjärtinfarkt, föreligger samtidigt som det finns minst ett annat tillstånd, som är akut och som till grad klassas som svårt. Exempel härpå är sepsis (blodförgiftning), pågående blödning, samtidig stroke, pneumoni (lunginflammation) etc. Patienter med svår samsjuklighet (akut eller kronisk) blir som regel alltid exkluderade från vetenskapliga studier (Lichtman et al 2006 och 2007).

Termen *skörhet* (eng frailty) innefattar ett multidimensionellt syndrom, som bland annat kännetecknas av minskade fysiologiska reserver och ökad sårbarhet (vulnerabilitet). I geriatriska sammanhang har mätskalor för skörhet visats kunna predicera en patients risk för död samt behov av slutenvård; även i en kardiologisk kontext har skörhet identifierats som potentiellt relevant (Rockwood 1999 och 2005; Lee et al 2010; Ekerstad 2011b). Skörhet kan sägas vara en markör för biologisk ålder och har visat sig vara mer ändamålsenligt än kronologisk ålder för att prognosticera risk för negativa händelser, exempelvis död. Trots en viss överlappning mellan samsjuklighet och skörhet, finns en klar åtskillnad, d v s det ena kan föreligga utan att det andra gör det (Singh 2008). Flera olika definitioner av skörhet finns. En kliniskt orienterad skala är The Canadian Study of Health and Aging (CSHA) Clinical Frailty Scale (Rockwood et al. 2005); se faktaruta för svensk översättning.

¹ KOL= kronisk obstruktiv lungsjukdom.

The Canadian Study of Health and Aging (CSHA) Clinical Frailty Scale (Rockwood et al. 2005) Översättning av CSHA-skalan för klinisk skörhet enligt Linköpingsversionen (Ekerstad et al. 090917).

1 Mycket vital – är stark, aktiv, energisk, motiverad och i gott skick; dessa individer tränar ofta regelbundet och tillhör den grupp som är i bäst skick för sin ålder.

2 Vital – har ingen aktiv sjukdom, men är i sämre skick än individer i kategori 1.

3 Vital, med behandlad komorbid sjukdom – bättre kontroll över sjukdomssymtomen jämfört med kategori 4.

4 Uppenbart sårbar – är inte direkt beroende av andra, men klagar ofta över att de begränsas ("saktas ned") på grund av sitt tillstånd eller över sjukdomssymtom.

5 Lindrigt skör – är till viss grad beroende av andra för att klara av instrumentella aktiviteter i det dagliga livet.

6 Måttligt skör – behöver hjälp med såväl instrumentella som icke-instrumentella (personliga) aktiviteter i det dagliga livet.

7 Allvarligt skör – är fullständigt beroende av andra för att klara av aktiviteter i det dagliga livet, eller är terminalt sjuk.

En individs vårdssituation kan vara olika *komplex*. Via *komplexitet* försöker man, förutom hälsorelaterade faktorer, även beakta socio-ekonomiska, kulturella och omgivningsfaktorer (Nardi et al 2007; Gabbay och Le May 2011). De senare antas påverka sjuklighetsbördan och de gör beslutsfattande mer komplicerat. Att mäta komplexitet i en vårdssituation och bestämma vårdbehov kan utgöra en stor utmaning för personalen; International Classification Functioning, Disability and Health (ICF) kan användas för att operationalisera detta koncept.

Beträffande de mest sjuka äldre i riktlinjesammanhang är följande frågor relevanta: Vilka faktorer ska beaktas, och hur kan gruppens vårdbehov beskrivas? Rimligen är särskilda vårdbehov, som inte är orsaksmässigt relaterade till indextillståndet relevanta vid följande fall: då en åtgärds nytta-risk relation på ett markant sätt förväntas ändras för en betydande andel av gruppen med indextillståndet². Detta är fallet då tillståndet (utöver indextillståndet) påverkar prognos samt risk för komplikationer eller sidoeffekter av en åtgärd.

² Med detta menas att förhållandet mellan förmodad nytta med en åtgärd (exempelvis förbättrad prognos eller symtomlindring) och förmodad risk kopplad till åtgärden i sig (exempelvis operationskomplikationer eller läkemedelsbiverkningar) ändras. Exempel: för en patientgrupp med indextillståndet x kan 30% av patienterna dra nytta av behandlingen y, medan 0.5% drabbas av en svår komplikation, exempelvis svår blödning pga behandlingen. För en undergrupp inom patientgruppen med indextillståndet x kan 40% dra nytta av behandlingen, medan 20% drabbas av en svår komplikation av samma behandling.

Här är biologisk ålder och relationen mellan tidsram för kommande förväntad nytta och förväntad överlevnadstid väsentlig (Braithwaite et al 2009). En rimlig grundinställning är att hos de flesta äldre utan svår komorbiditet eller skörhet (biologiskt vitala) påverkas inte nytta-risk relationen relaterad till en åtgärd nämnvärt, varför de kan behandlas på samma sätt som yngre individer. Det finns rent av subgrupps- och metaanalyser som indikerar en ökad möjlig behandlingstvinst (patientnytta) av interventioner (exempelvis PCI³) hos kronologiskt åldrade (80 år eller äldre) utan svår samsjuklighet eller skörhet (American Heart Association 2007).

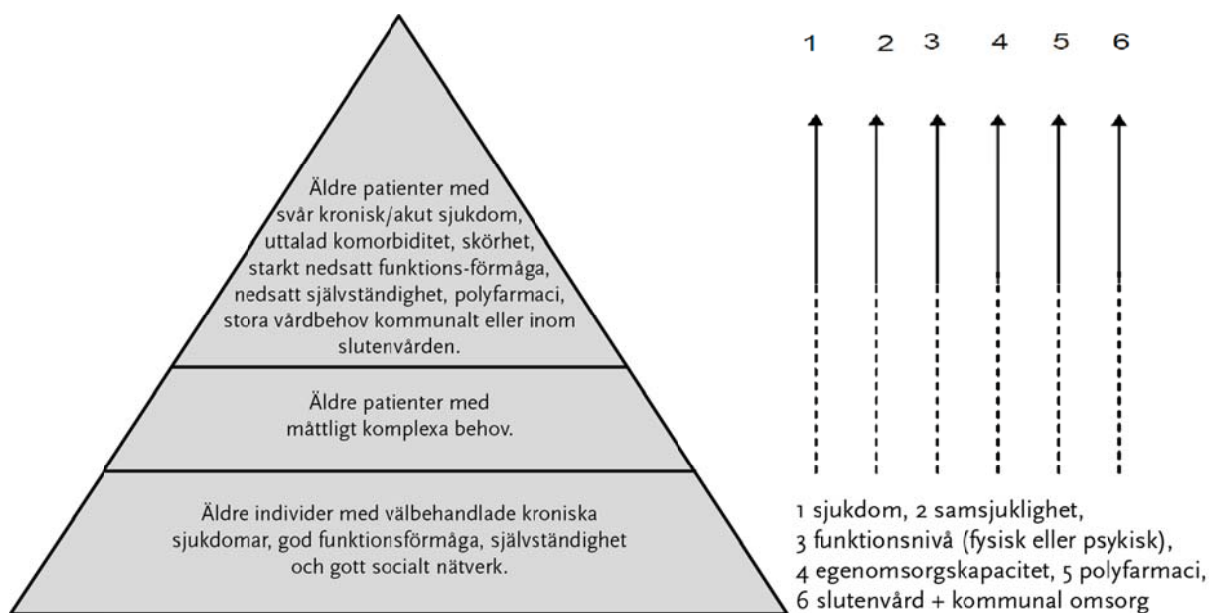
Det är därför rimligt att använda *förväntad livslängd*, *samsjuklighet* och *skörhet* som grund för att definiera de mest sjuka äldre. Kronologisk ålder används som en yttre ram för avgränsa gruppen äldre från övriga. Vi definierar de mest sjuka äldre som:

Personer 65 år eller äldre med en kort förväntad återstående livslängd, och/eller svår samsjuklighet och/eller svår till måttlig skörhet och/eller andra försvårande faktorer t ex socioekonomiska, kulturella eller omgivningsfaktorer.

3.4 Hur kan de mest sjuka äldre karaktäriseras?

Hur kan man beskriva vad som utmärker patienter som inkluderas i gruppen de mest sjuka äldre? Nedanstående figur är hämtad från en dansk handlingsplan för vård av äldre. Den åskådliggör avgränsningen mellan de mest sjuka äldre, d v s översta delen av pyramiden, och andra grupper av äldre, d v s lindrigt respektive måttligt sjuka äldre. Figuren illustrerar grovt fördelningen på de olika nivåerna, samt summerar kännetecknen för individerna i varje grupp. Vidare illustreras att det föreligger en dynamik mellan grupperna, d v s många lindrigt och måttligt sjuka äldre blir med tiden svårare sjuka.

³ PCI=Percutan Coronar Intervention, Ballongvidgning av kranskärl.



Figur 1. Äldre individers hälsorelaterade behov (omarbetad efter dansk förlaga) *Danska Sundhetsstyrelsen 2011*).

Andra karaktäristika är:

- På grund av demografiska och epidemiologiska orsaker är gruppen stor och växande (Akner 2010).
- De mest sjuka äldre är en heterogen patientgrupp som omfattar ett brett spektrum beträffande art och grad av olika sjukdomar/tillstånd, kulturella och socio-ekonomiska betingelser och behov (Rockwood 2005).
- Definitionsmässigt har de flesta patienter bland de mest sjuka äldre flera kroniska tillstånd (stor kronisk sjukdomsburda) och återkommande episoder av akut sjukdom är vanligt. De har en hög biologisk ålder med ofta kort förväntad överlevnad. Då dessa individer drabbas av akuta tillstånd blir de ofta allvarligt och ofta livshotande sjuka. Detta delvis på grund av att indextillståndet i sig är allvarligt men också på grund av små marginaler och ökad risk för multiorgansvikt. Volymmässigt dominerar då kardiovaskulär sjukdom (Ekerstad 2011b).
- Ofta föreligger ett komplicerat samspel mellan åldersfysiologiska förändringar; patofysiologi; komorbiditet, exempelvis nedsatt njurfunktion eller nedsatt kognitiv förmåga; skörhet; nedsatt funktionsförmåga och polyfarmaci (Fitchett och Rockwood 2002).
- En betydande andel av de mest sjuka äldre har nedsatt kognitiv förmåga och nedsatt autonomi. Social deprivation (ensamhetsproblematik) är vanlig. Det råder delvis motstridiga uppfattningar om dessa individers preferenser beträffande livsmål och mål med hälso- och sjukvård (Adamson et al 2008, Irish National Council on Ageing and Older People. 2008, Bowling och Reeves 2011).

- De mest sjuka äldre är stora konsumenter av hälso- och sjukvård i olika sammanhang och på olika nivåer: primärvård, kommunal vård och slutenvård. Merparten av vårdkonsumtionen är sannolikt relaterad till specialiserad slutenvård till följd av akuta tillstånd (Sveriges Kommuner och Landsting 2011).
- På grund av att de mest sjuka äldre i regel utesluts från kvalificerade studier, råder idag bristande generaliserbarhet beträffande studieresultat och därmed bristande tillämpbarhet av riktlinjer i allmänhet (Tinetti et al 2004; Rothwell 2005). Risk föreligger att bryta mot etiska principer.

3.5 Resonemang kring ålder och äldre i svenska riktlinjer och rapporter

3.5.1 Socialstyrelsen

Ett kort resonemang kring hur ålder ska beaktas och hur hänsyn ska tas vid behandling av äldre personer finns till viss del idag i Socialstyrelsens nationella riktlinjer eller i deras metodbilagor.

I metodbilagan till Socialstyrelsens ”Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård” (Socialstyrelsen 2008) kommenteras, i samband med en förklaring av Människovärdesprincipen, biologisk kontra kronologisk ålder som prioriteringsgrund och man konstaterar, med stöd av Prop 1996/97:60 ”Prioriteringar inom hälso- och sjukvården”, att: *”Åldern i sig ska således inte ha någon betydelse ur prioriteringssynpunkt. Det är den totala bedömningen av patientens behov och hur patienten kan tillgodogöra sig vården som ska avgöra insatsen.”*. Vidare fastställs att: *”För att undvika under- eller överbehandling, bör man följaktligen göra skillnad beroende på om patienten har en lång eller kort förväntad överlevnad. Detta får inte tolkas i termer av kronologisk ålder i relation till den medellivslängd som råder i Sverige.*

I stället ska detta tolkas i termer av biologisk ålder där man i den kliniska situationen måste göra en individuell bedömning av patientens förväntade livslängd.” Vikten av att vid komplicerade och riskfyllda behandlingar känna till patienters riskfaktorer, t ex annan samtidig sjukdom, betonas. Likaså att vara uppmärksam på att inte överbehandla äldre patienter, t ex genom behandlingar som syftar till att förebygga komplikationer på lång sikt men som inte ger symtomlindring.

Liknande resonemang som ovan förs även i ”Nationella riktlinjer för strokesjukvård” (Socialstyrelsen 2010b). Dessutom konstateras där att det i vissa fall kan vara motiverat att göra avsteg från rekommendationerna: *”I hög biologisk ålder förskjuts ofta fokus i behandlingen från långsiktiga, förebyggande till tydligt livskvalitetshöjande insatser. Många äldre intar ett stort antal läkemedel. Även om varje enskilt läkemedel skulle ha stöd i någon av Socialstyrelsens nationella riktlinjer, kan sjukvården behöva göra avsteg från vad Socialstyrelsen rekommenderar för att den sammantagna förskrivningen inte ska bli alltför komplicerad och riskfylld.”*

I ”Nationella riktlinjer för diabetesvården” (2010a) förs också samma resonemang som i hjärtriktlinjerna, plus att de ägnar ett inledande avsnitt, ”Diabetes hos äldre”, åt att beskriva bristen på studier på äldre patienter samt särskilda observandum vid behandling av diabetes äldre patienter.

”Nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom (2010c) har i vissa fall skilt ut äldre (från vuxna och barn) i tillstånds-åtgärdslistan. I beskrivningen av riktlinjernas avgränsning sägs: *”Riktlinjerna är utan åldersavgränsning. Men för vissa tillstånd har Socialstyrelsen skilt ut gruppen äldre, eftersom biverkningsbilden och riskerna med framför allt läkemedelsbehandling kan se annorlunda ut för dessa.”* I ett avsnitt i riktlinjen ges rekommendationer för *”läkemedelsbehandling för personer med hög biologisk ålder som kräver särskilda överväganden av hälso- och sjukvården. Med biologisk ålder menar Socialstyrelsen kroppens åldrande, inte det kronologiska åldrandet.”* Exempel från bilagan med tillstånds-åtgärdslistan är:

Tabell 1. Exempel från bilagan med tillstånds-åtgärdslistan i Nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom (Socialstyrelsen 2010d).

| | | | | | | | |
|-----|---|---|--------------------|-----------------------------|-------------|--|-----------|
| 176 | Vuxna med medelsvår till svår egentlig depressionsepisod när flera behandlingsförsök inte gett effekt <i>Kombinationsbehandling med antidepressiva och antipsykosmedel</i> | Flera, ofta allvarliga och varaktiga symtom. Nedsatt funktionsförmåga med stora till mycket stora svårigheter att klara vardagslivet, i vissa fall även aktiviteter i dagligt liv. Nedsatt livskvalitet. Risk för självmordshandling, för successiv försämring med ytterligare funktionsnedsättning samt för utveckling av kroniska besvär. Vid samsjuklighet kan dessa risker öka. Bedömd svårighetsgrad: Måttlig till stor | Bedömd effekt: God | Evidensstyrka 2 | Ej bedömbär | | 3 |
| 177 | Äldre med medelsvår till svår egentlig depressionsepisod när flera behandlingsförsök inte gett effekt <i>Kombinationsbehandling med antidepressiva och antipsykosmedel</i> | Flera, ofta allvarliga och varaktiga symtom. Nedsatt funktionsförmåga med stora till mycket stora svårigheter att klara vardagslivet, i vissa fall även aktiviteter i dagligt liv. Nedsatt livskvalitet. Risk för självmordshandling, för successiv försämring med ytterligare funktionsnedsättning samt för utveckling av kroniska besvär. Vid samsjuklighet kan dessa risker öka. Bedömd svårighetsgrad: Måttlig till stor | Bedömd effekt: God | Evidensstyrka 2 | Ej bedömbär | | Icke-göra |
| 199 | Vuxna som uppnått remission efter manisk eller depressiv episod vid bipolär sjukdom <i>Återfallsförebyggande läkemedelsbehandling med antipsykosmedel</i> | Inga, lindriga eller ibland betydliga symtom. Stor risk för återinsjuknande. Bedömd svårighetsgrad: Ingen till liten | Bedömd effekt: God | Gott vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | 5 |
| 200 | Äldre som uppnått remission efter manisk eller depressiv episod vid bipolär sjukdom <i>Återfallsförebyggande läkemedelsbehandling med antipsykosmedel</i> | Inga, lindriga eller ibland betydliga symtom. Stor risk för återinsjuknande. Bedömd svårighetsgrad: Ingen till liten | Bedömd effekt: God | Gott vetenskapligt underlag | Ej bedömbär | | Icke-göra |

3.5.2 SBU

SBU har gjort en systematisk litteraturoversikt om förbättrad läkemedelsanvändning för äldre, sett ur ett patientperspektiv (SBU 2009). Definitionen av äldre är individer 65 år eller äldre. SBU konstaterar att läkemedelsrelaterade problem orsakar äldre onödigt lidande, är dyrt för samhället och att läkemedelsbehandlingen hos äldre behöver förbättras.

En slutsats som kan kopplas till riktlinjearbete är:

”Grundligare medicinsk utredning och bättre diagnostik av sköra, äldre patienter med flera samtidiga sjukdomar är en förutsättning för att kunna minska olika läkemedelsrelaterade problem. Alltför ofta behandlas dessa patienters symtom kortsiktigt i det akuta skedet, utan att man tar ett helhetsgrepp och planerar för en aktiv uppföljning. Detta kan innebära lidande för den enskilde patienten och kan försvåra eller försena möjligheten till funktionell och medicinsk återhämtning. Det leder också till förlängda vårdtider.”

En något äldre rapport av SBU om geriatrisk vård och behandling (SBU 2003) redovisar vilket vetenskapligt underlag det finns inom 18 olika sjukdomsområden. Samma definition av äldre används (individer över 65 år). Ett resonemang om äldre och samsjuklighet förs:

“When elderly people with multimorbidity come in for a medical consultation, they often generate a long list of symptoms and signs, which can be linked (with varying degrees of probability) to diseases, conditions after injuries, drug side effects, somatization of social and psychological problems, etc. This whole complex presentation of symptoms, functional impairments, organ and system diseases and possible drug side effects often changes unpredictably over time. The chronic problems are compounded by acute incidents (CVA⁴, infections, falls, fractures, etc) in the “downhill” process of aging, with all the ethical problems that this brings. At the same time, the elderly patient’s wishes and values must be respected in a complex organization with a multitude of professional categories and many more individual caregivers.”

4. Inventering av riktlinjer i andra länder

4.1 Metod

Vid inventeringen av existerande behandlingsrekommendationer i andra länder har en vid sökning gjorts med breda inklusionskriterier. Vi har avgränsat oss till länder där vi på förhand hade kännedom om att någon typ av riktlinjearbete existerade samt de nordiska länderna. I varje land har större riktlinjeproducenter eftersökts och inventerats avseende behandlingsrekommendationer/riktlinjer på en övergripande gruppnivå och som riktas till beslutsfattare på olika nivåer inom hälso- och sjukvårdssystemen. Riktlinjeproducenterna som inventerats verkar på nationell nivå eller på regional nivå, i form av myndighet eller professionsförening (beroende på vilka träffar vi fått vid våra sökningar).

⁴ CVA=Cerebrovascular accident, oftast kallad stroke.

Med riktlinjeproducent avses här även organisationer med uppgift att granska, ställa samman och sprida riktlinjer framtagna av andra aktörer än de själva. I viss mån har också rekommendationer/riktlinjer utgivna av större ideella organisationer, intresseorganisationer och anslagsorganisationer granskats.

- *Storbritannien*
 - National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)
- *Norge*
 - Helsedirektoratet
- *Danmark*
 - Sundhedsstyrelsen
- *Finland*
 - Social- och Hälsovårdsministeriet
- *Nya Zeeland*
 - New Zealand Guidelines Group (NZGG)
- *Australien*
 - National Health and Medical Research Council (NHMRC)
 - National Institute of Clinical Studies (NICS, en del av NHMRC)
 - Cancer Council Australia
 - Heart Foundation
 - The Royal Melbourne Hospital
 - Department of Human Services, State Government of Victoria
- *Kanada*
 - Canadian Medical Association (CMA)
 - Cancer View Canada
 - Guidelines and Protocols Advisory Committee (GPAC)
 - Alberta Health Services
 - Toward Optimized Practice (TOP)
 - Cancer Care Ontario
- *USA*
 - National Guideline Clearinghouse (NGC)
 - American College of Physicians
 - The American Geriatrics Society

Inventeringen av sjukdomsorienterade behandlingsrekommendationer har begränsats till ett urval inom sjukdomsområdena:

- cancersjukdomar
- kardiovaskulära sjukdomar
- diabetes.

Förutom ovanstående sjukdomsorienterade riktlinjer har vi, där vi stött på dem, även gått igenom mer övergripande riktlinjer t ex avseende geriatrik, äldre personers omhändertagande i hälso- och sjukvården eller i samhället i stort. Dessa kommenteras separat i rapporten.

Inom valda sjukdomsområden har vi främst sökt riktlinjer för de vanligaste tillstånden/diagnoserna och behandling av dem; vilket innebär att riktlinjer som handlar om primärprevention, sekundärprevention och screening har inte tagits med. Riktlinjer för bara en enskild åtgärd eller riktlinjer som är publicerade i form av en vetenskaplig artikel har (med några undantag) valts bort. Även specialutgåvor av existerande riktlinjer har valts bort, t ex kortformer och summeringar av en riktlinje och informationsmaterial till patienter och anhöriga. Denna gallring med inriktning på riktlinjernas typ har inneburit att vissa av de listade riktlinjeproducenterna ovan inte finns med i den slutliga sammanställningen av intressanta fynd.

Eftersom vi från början var osäkra på hur vanligt det är att integrera de mest sjuka äldre i riktlinjer valde vi att inkludera brett och ta med riktlinjer som över huvud taget nämnde äldre personer/patienter. För att skilja ut de mest sjuka äldre har vi sedan delat in äldre personer/patienter i tre kategorier:

- * äldre i allmänhet
- ** äldre med komorbiditet/komplexitet/skörhet (frailty) eller liknande begrepp
- *** de mest sjuka äldre enligt vår definition (se tidigare kapitel).

Sökord som använts i olika kombinationer, dels vid bred sökning via Internet och dels vid genomläsning av riktlinjer, ges i Tabell 2 nedan. Sökorden har använts i olika kombinationer beroende på hur vi under hand funnit att olika riktlinjeproducenter uttrycker sig. Observera att sökorden inte har använts i uteslutande kombinationer. Listan skall tolkas som exempel på sökord som vi anser är relevanta för frågeställningen.

Tabell 2. Sökord som använts vid inventeringen.

| Patientgrupp | Komplexitet | Rekommendationer/Riktlinjer |
|-----------------------|--------------------|---|
| elderly, very elderly | frailty | guidelines |
| old, very old | multi disease | national guidelines |
| age, high age | multi morbidity | clinical (practice) guidelines |
| adults, old adults | comorbidity | recommendations |
| chronological age | complex needs | priority setting |
| 65+, 70+, 80+ | morbidity burden | evidence-based (best practice) guidelines |
| ageism | patient complexity | management guidelines |
| | | treatment guidelines |

Språk har avgränsats till engelska publikationer (samt danska och norska i förekommande fall) och publikationsdatum till år 2000 eller senare. Inventeringen har gjorts via sökning på Internet hos de producenter vi känt till sedan tidigare, hos vidarehänvisningar från dessa, samt brett via Internet och Google med relevanta sökord i kombination med land.

Vi har delat in riktlinjerna i fyra nivåer med avseende på hur explicit och precist äldres vårdbehov uppmärksammats.

- Nivå 4: där äldre* i största allmänhet omnämns i riktlinjens inledande kapitel, nämns i en övergripande beskrivning av ett sjukdomsområde eller där riktlinjens tillämpbarhet på äldre diskuteras kortfattat.
- Nivå 3: där äldre har integrerats i en riktlinje för ett specifikt sjukdomsområde omfattande patienter generellt, men att det i text eller tabell uttrycks att rekommendationen inkluderar eller exkluderar äldre personer, d v s uttrycker att en åtgärd inte skall utföras på äldre men dock inte säger något om vad man skall göra för åtgärd på äldre istället för den generella rekommendationen.
- Nivå 2: där äldre har integrerats i en riktlinje för ett specifikt sjukdomsområde omfattande patienter generellt, men att det antingen i text eller tabell uttrycks vad man skall göra för åtgärd på äldre istället för den generella rekommendationen, att äldre tillägnas ett särskilt avsnitt i texten/tabellen eller där rekommendationen för vilka åtgärder man skall göra på äldre (eller hur äldre ska behandlas i allmänhet) tas upp i ett separat kapitel i riktlinjen.
- Nivå 1: där äldre och rekommendationerna för dem tas upp i egna separata riktlinjer, t ex inom ett sjukdomsområde.

) Med "äldre" avses genomgående i denna punktlista äldre personer i det vida perspektiv som beskrivits ovan under *, **, *.*

Denna nivåindelning har senare använts vid klassifikationen av våra fynd.

Förutom inventeringen av behandlingsrekommendationer enligt ovan har även en litteratursökning för internationella studier gjorts. Sökningen via databaser (framförallt PubMed), Internet i stort (framförallt via Google och Google Scholar) och referenslistor enligt snöbollsmetod efter internationella artiklar gav cirka 30 artiklar av intresse för vår frågeställning. Samtliga lästes och även om flera av artiklarna hade god koppling till frågeställningen sorterades slutligen tre ut som mer direkt anknöt till ämnet. Dessa studier har med ungefär samma upplägg som vi har haft i denna studie undersökt om ett antal olika nationella riktlinjer nämner och/eller inkluderar samsjuklighet eller samsjuklighet och äldre och i så fall på vilket sätt.

4.2 Resultat av inventeringen

4.2.1 Riktlinjer i andra länder

I Bilaga 1 redovisas en sammanställning och klassificering av de relevanta riktlinjer vi funnit vid den internationella inventeringen och som kan vara av intresse att redovisa i denna förstudie. Förutom de riktlinjer som anges i sammanställningen har ytterligare en stor mängd riktlinjer inom de valda avgränsningarna (relevanta länder, producenter, sjukdomsområden o s v) gått igenom, men där genomläsningen visat att de inte nämner äldre personer i text/tabell över huvud taget.

Dessa har vi klassificerat som ”inga fynd” och valt att inte redovisa med titlar i sammanställningen. De var till antalet minst lika många som de som har inkluderats i sammanställningen.

De inkluderade riktlinjerna (40 riktlinjer) klassificerades utifrån ett schema med en fyrgradig skala, Nivå 4-1, enligt nivåindelningen beskriven ovan. I Tabell 3 nedan redovisas antalet riktlinjer per nivå och land.

Tabell 3. Antal inkluderade riktlinjer per land och totalt.

| Land | Nivå 4 | Nivå 3 | Nivå 2 | Nivå 1 | Totalt |
|----------------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| Nya Zeeland | 5 | 3 | 2 | 0 | 10 |
| Australien | 2 | 1 | 4 | 2 | 9 |
| Kanada | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| USA | 0 | 1 | 1 | 2 | 4 |
| Storbritannien | 5 | 2 | 3 | 0 | 10 |
| Norge | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Danmark | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Finland | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Totalt | 12 | 8 | 12 | 8 | 40 |

4.2.2 Beskrivning av riktlinjernas innehåll

I det följande görs en beskrivning av riktlinjernas innehåll med avseende på äldre personer utifrån respektive nivå ovan. Exempel ges i form av citat ut riktlinjerna. I beskrivningen nedan används ordet ”äldre” inom citattecken för hela gruppen äldre personer i ett vitt perspektiv, d v s innefattande alla i beskrivningen *, ** och ***. När någon av delmängderna avses skrivs det uttryckligen ut.

Nivå 4: där äldre i största allmänhet omnämnts i riktlinjens inledande kapitel.*

Riktlinjer i denna nivå tar t ex upp ”äldre” i en beskrivning av hur vanligt sjukdomsområdet är i olika åldersgrupper, vad vetenskaplig litteratur på området visar eller nämner kort att äldre har särskilda behov.

Det vanligaste är att bara äldre personer i största allmänhet nämns (d v s det vi kallar gruppen *), exempelvis:

“Specific populations

Women, the elderly, rural and socio-economically disadvantaged patients require special attention.”⁵

“The elderly

The proportion of elderly in the population is increasing, but robust evidence is lacking regarding their specific needs. There is evidence that the elderly can improve in functional capacity through participation in cardiac rehabilitation programmes. However, the elderly are not actively referred to cardiac rehabilitation or actively encouraged to pursue this intervention.”⁶

“Prostate cancer in older men tends to progress relatively slowly. However, older men are also more likely to acquire additional comorbidities that may compete for the actual cause of death. Ascertaining the true cause of death in the absence of an autopsy is also a confounder that may underestimate prostate cancer in the elderly and the likelihood of dying of prostate cancer.”⁷

“Adjuvant therapy

Decisions about adjuvant therapy not only require an assessment of prognostic and predictive factors, and therefore the potential benefits of treatment, but also the side effects of the treatment, the risks of which may vary from patient to patient, depending on their age and comorbidities.”⁸

“Baseline risks due to age and sex

The potential to focus detection and prevention efforts where they will be most efficient is greatest where absolute risks are highest, namely in the elderly and in high-risk (relative risk at least five- to ten-fold) younger and middle-aged adults.”⁹

I något fall däremot snävas gruppen in till äldre med komorbiditet/komplexitet/skörhet (d v s det vi kallar gruppen **).

Ett exempel där uttrycket ”väldigt gamla med tidigare existerande signifikant komorbiditet” används:

“General principles of care

Although referral decisions should always take into account the wishes of the person/whānau¹⁰, this was considered to be of particular importance where comorbidities existed. In some cases (eg, a very elderly person with significant pre-existing comorbidities), the person/whānau and practitioner may jointly decide that the more appropriate course of action is not to refer for further investigations, but to refer directly to palliative care.”¹¹

⁵ New Zealand Guidelines Group. Heart Foundation. 2002. Evidence-based Practice Guideline. Cardiac rehabilitation. Wellington, New Zealand.

⁶ New Zealand Guidelines Group. Heart Foundation. 2002. Evidence-based Practice Guideline. Cardiac rehabilitation. Wellington, New Zealand.

⁷ New Zealand Guidelines Group. 2009. Cancer Control Strategy Guidance Completion. Update of evidence for prostate-specific antigen (PSA) testing in asymptomatic men. Wellington, New Zealand.

⁸ New Zealand Guidelines Group. 2009. Evidence-based Best Practice Guideline. Management of Early Breast Cancer. Wellington, New Zealand.

⁹ National Health and Medical Research Council. The Cancer Council Australia. Australian Cancer Network. New Zealand Guidelines Group. 2008. Clinical Practice Guidelines for the Management of Melanoma in Australia and New Zealand. Sydney, Australia.

¹⁰ Uttryck på māori för ”extended family”, ”family group”.

¹¹ New Zealand Guidelines Group. 2009. Evidence-based Best Practice Guideline. Suspected Cancer in Primary Care. Guidelines for investigation, referral and reducing ethnic disparities. Wellington, New Zealand.

Inom Nivå 4 har inga riktlinjer påträffats där man uttrycker sig i liknande termer som vår definition av "de mest sjuka äldre" (d v s det vi kallar gruppen ***).

Nivå 3: där äldre har integrerats i en riktlinje för ett specifikt sjukdomsområde där det framförallt framgår hur äldre ska undantas från behandling.

I denna nivå är "äldre" mer löpande integrerade i riktlinjen. Riktlinjen som helhet omfattar dock personer som berörs av det aktuella sjukdomsområdet generellt. Ett exempel på hur "äldre" nämns i riktlinjerna är då en specifik åtgärd (t ex undersökningsmetod, operationsmetod eller läkemedelsbehandling) beskrivs för ett visst sjukdomstillstånd. I dessa fall kan det uttryckas att denna åtgärd inte skall göras på "äldre", men – man ger ingen ytterligare information om vad man då skall göra för åtgärd på dem istället för den generella rekommendationen.

Liksom för Nivå 4 är det vanligast inom Nivå 3 att bara äldre personer i största allmänhet nämns (d v s det vi kallar gruppen *), exempelvis:

*"Oral hypoglycaemic agents, Sulphonyureas (Insulin Secretagogues)
Glibendamide – Use with caution in the elderly or in people with renal failure"*¹²

*"There is strong evidence supporting the benefits of regular physical activity in people with CHF. All patients should be referred to a specifically designed physical activity program, if available (Grade A recommendation). The evidence is strongest for middle-aged patients with systolic heart failure. Uncertainty remains about the benefit in elderly patients and patients with CHF associated with preserved LV systolic function."*¹³

Inom Nivå 3 finns det få exempel där gruppen snävats in till äldre med komorbiditet/komplexitet/skörhet (d v s det vi kallar gruppen **).

*"People with resected node positive colon cancer (Stage III) should be offered postoperative chemotherapy unless there is a particular contraindication, such as significant comorbidity or poor performance status."*¹⁴

Här har vi dock hittat ett exempel, i ett enstaka stycke, på där man uttrycker sig i liknande termer som vår definition av "de mest sjuka äldre" (d v s det vi kallar gruppen ***).

¹² New Zealand Guidelines Group. 2002. Best Practice Evidence –based Guideline. Management of Type 2 Diabetes. Wellington, New Zealand.

¹³ National Heart Foundation of Australia. 2011. Guidelines for the prevention detection and management of chronic heart failure in Australia. Updated October 2011. Australia.

¹⁴ New Zealand Guidelines Group. 2011. Evidence-based Best Practice Guideline. Management of Early Colorectal Cancer. Wellington, New Zealand.

“Cardiovascular Risk and Age

Assessment of the balance of risks and benefits in older people (over about 70 years) is more difficult than in younger people. Older people gain a similar relative benefit from cholesterol lowering but are more likely to benefit in absolute terms because of their much higher cardiovascular risk. Those people in good health with a reasonable life expectancy should be considered for treatment. Other older people with advanced chronological or physiological age or severe co-morbidities may not be suitable for intensive therapy. A clinical judgment should take into account the results of a risk assessment, the likely benefits and risks of treatment and the person’s values.”¹⁵

Nivå 2: där äldre har integrerats i en riktlinje för ett specifikt sjukdomsområde omfattande patienter generellt, men att det antingen i text eller tabell uttrycks vad rekommenderar att göra.

Beskrivningen av hur ”äldre” integreras i riktlinjer inom Nivå 2 är densamma som för Nivå 3 förutom när det gäller vad som uttrycks i riktlinjen när ”äldre” skall undantas från standardrekommendationen. Till skillnad från inom Nivå 3, där ingen information ges om vilken åtgärd som ska göras på ”äldre” när de undantas från den generella rekommendationen, så ges inom Nivå 2 ytterligare rekommendationer, i text eller tabell, för vilken åtgärd som bör göras på ”äldre” istället för den generella.

Vi har funnit både riktlinjer som nämner äldre personer i allmänhet (d v s det vi kallar gruppen *) samt där gruppen snävats in till äldre med komorbiditet/komplexitet/skörhet (d v s det vi kallar gruppen **). Några exempel på det förstnämnda, (d v s det vi kallar gruppen *):

“People aged 75 years and over

- Cardiovascular risk increases with age. These people have a greater potential to benefit from treatment and this has been confirmed in randomised trials
- People aged 75 years and over with isolated raised systolic hypertension (SBP 160 mm Hg, DBP <90 mm Hg) have an increased risk of ischaemic stroke and BP should be managed aggressively
- Older people generally tolerate BP lowering medication as well as younger age groups
- Low dose thiazide diuretics and calcium channel blockers may be more effective initial choices in this group
- Beta-blockers and ACE inhibitors can be used in this group of people as additional agents
- Postural hypotension is common in the elderly, especially those on drug treatment, and alpha blockers should only be used with great caution in this patient group
- All people who smoke should be strongly advised to stop and offered smoking cessation treatment. There are benefits from stopping smoking at any age.”¹⁶

¹⁵ New Zealand Guidelines Group. Heart Foundation. Stroke Foundation. 2003. Best Practice Evidence –based Guideline. The Assessment and Management of cardiovascular Risk. Wellington, New Zealand.

¹⁶ New Zealand Guidelines Group. 2009. New Zealand Cardiovascular Guidelines Handbook. A summary resource for primary care practitioners. 2nd ed. Wellington, New Zealand.

“Heart failure treatment algorithm, Digoxin

- Consider for patients in AF or in sinus rhythm if CHF is severe and not controlled with ACE inhibitor and diuretic
- If normal renal function – start with 0.25 mg daily and check levels in 1 week
- If elderly or renal impairment – start at 0.125 or 0.0625 mg daily, check levels in 2–3 weeks.
- ...¹⁷

“Recommended doses for antihypertensive drugs,

Angiotensin II receptor antagonists

Candesartan 8–16 mg once daily
 Eprosartan 600–800 mg once daily
 Irbesartan 150–300 mg once daily
 Losartan 50–100 mg once daily
 Telmisartan 20–80 mg once daily
 Olmesartan 20–40 mg once daily

Notes: Commence at the lowest dose in elderly patients and those taking diuretics.

Use with caution in those who have experienced angioedema with ACE inhibitors.”¹⁸

“Older Adults

Class I

1. Older patients with UA/NSTEMI¹⁹ should be evaluated for appropriate acute and long-term therapeutic interventions in a similar manner as younger patients with UA/NSTEMI. (Level of Evidence: A²⁰)
2. Decisions on management of older patients with UA/NSTEMI should not be based solely on chronologic age but should be patient-centered, with consideration given to general health, functional and cognitive status, comorbidities, life expectancy, and patient preferences and goals. (Level of Evidence: B)
3. Attention should be given to appropriate dosing (i.e., adjusted by weight and estimated creatinine clearance) of pharmacological agents in older patients with UA/NSTEMI, because they often have altered pharmacokinetics (due to reduced muscle mass, renal and/or hepatic dysfunction, and reduced volume of distribution) and pharmacodynamics (increased risks of hypotension and bleeding). (Level of Evidence: B)
4. Older UA/NSTEMI patients face increased early procedural risks with revascularization relative to younger patients, yet the overall benefits from invasive strategies are equal to or perhaps greater in older adults and are recommended. (Level of Evidence: B)
5. Consideration should be given to patient and family preferences, quality-of-life issues, end-of-life preferences, and sociocultural differences in older patients with UA/NSTEMI. (Level of Evidence: C)²¹

I exemplet ovan påpekas att äldre patienter kan ha väl så stor, och ofta större, möjlig nytta av olika interventioner jämfört med yngre. Detta kan mycket väl vara rimligt för många sjuka äldre som inte tillhör de mest sjuka äldre.

¹⁷ New Zealand Guidelines Group. 2009. New Zealand Cardiovascular Guidelines Handbook. A summary resource for primary care practitioners. 2nd ed. Wellington, New Zealand.

¹⁸ National Heart Foundation of Australia. 2010. Guide to management of hypertension 2008. Assessing and managing raised blood pressure in adults. Updated December 2010. Australia.

¹⁹ NSTEMI=Non ST Elevation Myocardial Infarction, Hjärtinfarkt utan ST-höjning.

²⁰ I riktlinjen beskrivs ett schema över definition av evidensgradering A-C.

²¹ Anderson JL et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-Elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology. J Am Coll Cardiol 2007 Aug 14;50(7):e1-e157.

“Recommendation 7 Heart Failure in the Elderly

- Elderly patients constitute one of the largest groups of patients with HF.
- In general, HF medications are underprescribed despite the fact that this group derives a greater absolute benefit from these medications.
- Treatment strategies in the elderly patient with HF are the same as other groups. However, care must be taken with respect to medication initiation and uptitration.
- A gentle strategy to maximize long-term adherence is preferred because of the propensity for adverse events in this group (especially postural hypotension and digoxin toxicity).
- Assess for relevant comorbid conditions, such as cognitive impairment, that may affect treatment, adherence, follow-up and prognosis.
- Identify a capable caregiver.
- Consider referral to a specialist in geriatric medicine and/or community support staff.²²

Exempel på där gruppen snävats in till äldre med komorbiditet/komplexitet/skörhet, (d v s det vi kallar gruppen **):

“The Management Of Local Ly Advanced Breast Cancer, Exceptions

There are exceptions to the intensive multimodal approach. One such example is the elderly and frail woman with a receptor-positive tumour, in whom tamoxifen alone (20 mg/day) is likely to reduce substantially tumour size and morbidity with few or no side effects. Response rates of 45-68 per cent to tamoxifen alone have been reported (Level III; Level II). Of course, in such situations the patient must be reviewed at regular intervals and additional treatment applied should the disease progress. Alternatively, if the disease remains static, continued hormone therapy may be considered.²³

“Preventing complications and comorbidities of DM

Healthy elderly people with DM may be treated to achieve the same targets as younger people, e.g. glucose control, BP, and lipids. Consider more conservative targets in people with multiple comorbidities, a high level of functional dependency, or limited life expectancy.²⁴

“Recommendation 5 Indications for referral to medical Specialist

Refer to a geriatric medicine specialist or to Long-Term Care managers when an elderly patient has significant medical comorbidity, medication management issues, and/or significant cognitive, psychological and functional issues.²⁵

Nivå 1: där äldre och rekommendationerna för dem tas upp i egna separata riktlinjer.

Nivå 1 innefattar riktlinjer där ”äldre” och rekommendationerna för dem tas upp i egna separata riktlinjer bara för ”äldre”, t ex inom ett sjukdomsområde. I dessa riktlinjer omnämns äldre personer i kombination med begrepp som komorbiditet/komplexitet/skörhet (d v s det vi kallar gruppen **) och i liknande ordalag som vår definition av de mest sjuka äldre (d v s det vi kallar gruppen ***). Exempel på sådana riktlinjer är:

²² Guidelines & Protocols Advisory Committee. 2008. Heart Failure Care. Ministry of Health Services. British Columbia, Canada.

²³ National Health and Medical Research Council. 2001. Clinical practice guideline for the management of advanced breast cancer. Canberra, Australia.

²⁴ Guidelines och Protocols Advisory Committee. 2010. Diabetes care. Ministry of Health Services. British Columbia, Canada.

²⁵ Guidelines & Protocols Advisory Committee. 2008. Heart Failure Care. Ministry of Health Services. British Columbia, Canada.

- *“Guidelines for Improving the Care of the Older Person with Diabetes Mellitus”*²⁶

Riktlinjen inleds med ett konstaterande om att även om det finns många evidensbaserade riktlinjer för diabetes så är det få som har äldre personer som specifik målgrupp. Syftet med denna riktlinje är således att förbättra vården av äldre personer med diabetes genom att tillhandahålla en räckvidd evidensbaserade rekommendationer för patienter som är 65 år och äldre samt för screening och upptäckt av ”geriatriska syndrom”.

För äldre personer som troligen har en förväntad kortare överlevnad samt möjlighet att tillgodogöra sig somliga interventioner är det en klinisk nyckelfaktor att ta hänsyn till tidshorisonten för specifika interventioner.

Kliniska studier visar t ex att det tar i genomsnitt åtta år innan fördelarna med glykemisk kontroll visar sig i en reduktion av mikrovaskulära komplikationer såsom retinopati (kärlförändring i ögats näthinna) eller njursjukdom.

Det lyfts också att det är viktigt att ta hänsyn till livskvalitet vid vård av äldre med diabetes: *“Although several interventions have been found to significantly reduce morbidity and mortality, it is clear that the potential benefits may be associated with reduced quality of life in older adults, particularly for those with chronic conditions. Specifically, complicated, costly, or uncomfortable treatment regimens may result in deleterious side effects, reduction in adherence to recommended therapies, and a decrement in overall well-being”*.

Vissa behandlingar kan behöva utföras mindre aggressivt än på yngre patienter och risk/nyttaration kan i många fall se helt annorlunda ut.

Mer specifikt ges vägledning för ”geriatriska syndrom”. Dessa syndrom valdes ut då populationsbaserad evidens visade att prevalensen av dessa var högre hos personer med diabetes eller, då det saknades studier, en stark patofysiologisk misstanke om att personer med diabetes skulle lida av dessa syndrom:

- polyfarmaci
- depression
- kognitiv nedsatthet
- urininkontinens
- fallskador
- smärta.

I de fall evidens finns har man byggt rekommendationer i dessa enskilda fall på det.

Riktlinjen påbjuder att målen med behandling hos varje patient inom dessa områden ska antecknas i journalen och om målen inte nås ska patienten utredas om varför.

²⁶ The American Geriatrics Society. California Healthcare Foundation/American Geriatrics Society Panel on Improving Care for Elders with Diabetes. 2003. Guidelines for Improving the Care of the Older Person with Diabetes Mellitus. JAGS 51:S265–S280.

- *“Guidelines for the Treatment of Elderly Cancer Patients”*²⁷

Citat: *“It has been suggested that the process of aging is a functional continuum, with frailty at the midpoint between independence and predeath”*

The National Comprehensive Cancer Network (NCCN) uppmärksammar att för cancersjuka är det många faktorer som spelar in vid vård och behandling och att det därför är nödvändigt med specifika riktlinjer: *“... has developed guidelines to address these factors when formulating optimal treatment regimens for elderly patients and to avoid significant toxicity and maintain their quality of life.”*

Tillvägagångssättet är en genomgång av faktorer som påverkar val av behandling för äldre såsom funktionsstatus, komorbiditet, polyfarmaci och anemi. Konklusionen är att det är ytterst viktigt med mål för tänkt terapi och att dessa kan variera från överlevnad till remission, bot eller palliation. Kliniska studier på gruppen äldre uppmuntras starkt.

Ett screeningverktyg för att testa för komorbida tillstånd hos äldre patienter med cancer som innehåller följande aspekter föreslås:

- mental status
- emotionell status
- ADL
- instrumentella aktiviteter; bilkörning o s v
- hemmiljö
- socialt stöd
- komorbiditet
- nutrition
- polyfarmaci.

Vidare stipuleras att 1) alla patienter över 70 år bör genomgå någon form av geriatrisk bedömning; 2) Resultatet av denna screening bör föras in i patientens journal.

Komorbiditet och funktionsstatus som faktorer som extra påverkar beslut om behandlingsterapi framhålls här speciellt: *“Comorbidity is a key factor in the overall survival of patients as well as the benefits and toxicity of therapy”*. För funktionsstatus finns välvaliderade mätinstrument som ADL-skalor av olika slag. Dock måste komorbiditet och funktionsstatus bedömas separat.

Icke-compliance tas vidare upp som en ytterligare försvårande faktor då det gäller vård och återinläggande i sjukhusvård för äldre patienter: *“Col et al reported that factors statistically associated with this risk were female gender, poor recall of the medication regimen, involvement of numerous physicians, medium income category, use of several medications, and belief that medications are expensive. (Col et al 1990)”*

²⁷ Lichtman SM. 2003. Guidelines for the Treatment of Elderly Cancer Patients. Cancer Control (10);6:445-453.

4.2.3 Övergripande riktlinjer för äldre

Vi har under inventeringen även funnit mer övergripande riktlinjer och policydokument för äldre personer. I dessa görs ingen koppling till någon indexdiagnos utan de handlar t ex om att förbättra omhändertagande och vården av ”äldre” generellt, om geriatrik, eller om äldre personers omhändertagande i samhället i stort. Exempel på riktlinjer är de som handlar om att undvika olika typer av funktionsförsämring vid vård på sjukhus (fallrisk, undernäring m m) eller som ger vägledning för att upprätta en individuell vårdplan för äldre personer och att underlätta vården vid övergång mellan olika organisationsgränser. Några exempel:

- *“Evidence based guidelines prevention of functional decline in elderly patients”*²⁸
Riktlinjen är framtagen av och för The Royal Melbourne Hospital i Australien och tar upp funktionsnedgång vid sjukhusvistelse hos äldre patienter; bl a behandlas prevention för hudskörhet, delirium, inkontinens, samt mobilisering, nutrition och polyfarmaci. Syftet är att tillhandahålla en evidensbaserad riktlinje för bästa omhändertagandet av äldre patienter med risk för funktionsnedgång som ett resultat av sjukhusvistelse. Riktlinjen bygger i sin tur på nationella och internationella riktlinjer inom ämnet samt en kompletterande litteratursökning och har tagits fram med hjälp av en multidisciplinär grupp som gått igenom bakomliggande riktlinjer.

- *“Improving care for older people. A policy for Health Services”*²⁹
I denna rapport från Australien konstateras att: *“Health Services will need to implement plans, policies and procedures that ensure the quality of care provided to older people is in keeping with practice based on best evidence”*. Rapporten syftar till att förbättra vården för äldre patienter inom hälso- och sjukvårdssystemet och att integrera vård över organisationsgränser för att tillförsäkra att äldre får lämplig vård av lämplig utförare. Detta genom att 1) anamma ett personcentrerat angreppssätt vid tillhandahållandet av vård, 2) bättre förstå komplexiteten i de äldres vårdbehov samt 3) förbättra integreringen mellan hälso- och sjukvårdssystemet och den kommunbaserade vården och annan stödservice i samhället. Ett konstaterande är att: *“Older people often have complex care needs and may have co-morbidities that require a holistic, problem-solving approach to their care. To achieve this, it is important that older people are risk screened upon contact with the Health Service and, if the risk screen is positive, that they receive a comprehensive assessment. Risk screening using validated tools can be carried out by a variety of professional disciplines.”*

²⁸ The Royal Melbourne Hospital. 2002. Evidence based guidelines. Prevention of functional decline in elderly patients. Evidence based guidelines recommended for use in The Royal Melbourne Hospital. Australia. Review date 2005.

²⁹. State of Victoria. 2003. Improving care for older people. A policy for Health Services. Department of Human Services, State of Victoria, Melbourne, Australia.

- *"Frailty in Older Adults – Early Identification and Management"*³⁰

Denna riktlinje från Kanada har ett liknande syfte som de två ovan: *"This guideline will facilitate enhanced individualized planning for patients who are frail or at risk for frailty, and implementation of patient-centred strategies to prevent further functional decline, particularly during transitions in care."* Riktlinjen tar även upp identifiering och utredning av sköra äldre och fokuserar vidare på framtagandet av en individuellt utvecklad vårdplan. För att identifiera skörhet och patientens behov rekommenderas att man använder sig av "Canadian Study on Health and Aging (CSHA) Clinical Frailty Scale".

Handlingsplanen utvecklas individuellt och adresserar både biologiska och psykosociala faktorer samtidigt som den integrerar enskilda sjukdomsfaktorer som påverkar hälsomålen för patienter. Patienten i centrum och tolerans för intervention och stöd. Metoden är grundad i filosofin att skörhet (frailty) kan förhindras eller försenas och att patienter kan påverka sina funktioner och livskvalitet genom rehabilitation.

- *"Prioriteringsveileder Geriatri"*³¹

Den norska patienträttighetslagen slår fast att patienter har rätt till nödvändig medicinsk hjälp i specialistsjukvården när *"... pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt"*.

De patienter som hänvisas till specialistsjukvården har rätt att få sitt tillstånd värderat inom maximalt 30 dagar. Vid misstanke om allvarlig eller livshotande sjukdom bör det vara 15 dagars väntetid som ett maximum. Prioriteringsvägledningen ska vara till hjälp när beslutsfattare eller kliniker ska bestämma vilka som faller innanför dessa ramar.

I den vägledning/riktlinje som specifikt är framtagen för geriatriska patienter framhålls att det är av stor vikt med tvärprofessionellt teamarbete som bas och att detta präglas av ett holistiskt synsätt som löper tvärs över olika vårdnivåer. De tillstånd som tas upp är funktionssvikt, kognitiv svikt, upprepade fall och balansproblematik samt resttillstånd efter stroke och många åtgärder som kan och bör vägas in på individuell basis då vägledare är utformad på gruppnivå listas upp. För att värdera de individuella förhållanden som kan påverka väntetiden framhävs särskilt hos äldre:

- multisyjuklighet
- sviktande ADL
- kognitiv svikt/demens
- psykisk sjukdom
- polyfarmaci
- fallhistorik
- synkopetendens
- arrytmier
- neurologiska problem
- funktion i vardagen

³⁰ Guidelines & Protocols Advisory Committee. 2008. Frailty in Older Adults – Early Identification and Management. Ministry of Health Services. British Columbia, Canada.

³¹ Helsedirektoratet. 2008. Prioriteringsveileder Geriatri. 15-1621. Norge.

- motivation/insikt
- grad av falltendens/balanssvikt
- komorbiditet, både somatisk och psykologisk
- multifunktionssvikt

Problematiske hemsituation, boendeförhållanden och socialt nätverk kan också ge högre prioritet.

- *”Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan”³²*

Det danska förslaget till en nationell handlingsplan för de äldre medicinska patienterna är framtagen på grundval av en bred vilja, både administrativt och politiskt samt med kliniskt ansvariga, att säkerställa kvalitet och samstämmighet i processen för de äldre medicinska patienterna. Syftet är att belysa området och ge rekommendationer som kan främja samsynen i patientflödet mellan kommuner, primärvård (allmän praxis) och sjukhusen för att minska antalet (åter)inläggningar för äldre medicinska patienter samt att identifiera bästa praxis.

Sundhedsstyrelsen uppmanar och erbjuder verktyg till identifiering av nedsatt funktionsnivå, undernäring och tecken på sjukdom. Systematiskt framtagna och validerade verktyg som bör användas i både kommun och primärvård för bland annat systematisk identifiering av nedsatt fysisk funktionsnivå, undernäring; förstoppning, vätskebrist; begynnande ny sjukdom/förvärring av kronisk sjukdom ska tas fram. Fortlöpande ska nationella riktlinjer för gruppen äldre medicinska patienter implementeras och följas upp.

En definition och särskild inriktning på den äldre multisjuka patienten framhålls och gruppen karakteriserar denna enligt följande: *”Den ældre medicinske patient” er karakteriseret ved høj alder og typisk flere af nedenstående faktorer svær sygdom, flere samtidige sygdomme (komorbiditet), nedsat funktionsniveau fysisk og/eller cerebralt, begrænset egenomsorgskapacitet, multimedicingering (polyfarmaci) og behov for kommunale støtteforanstaltninger eller sygehusindlæggelse.”*

- *”Kvalitetsrekommendation om tjenester for ældre”³³*

Kvalitetsrekommendationen från Finland har som mål att främja de äldres välfärd och hälsa och förbättra servicens kvalitet och verkan. Den riktar sig till kommunernas och samarbetsområdenas beslutsfattare och ledning och är avsedd att användas som ett utvecklings- och utvärderingsredskap för äldreservicen. Rekommendationen gäller vård- och omsorgstjänster som de äldre använder regelbundet och även verksamheter som främjar de äldres välfärd och hälsa i ett bredare perspektiv. Rekommendationen sätter upp nationella kvantitativa mål för de viktigaste tjänsterna för äldre, och utgående från dem kan kommunerna och samarbetsområdena sätta upp egna mål. Främjande av välfärd och hälsa, stöd för förebyggande verksamhet och hemmaboende samt en utförlig bedömning av det individuella servicebehovet betonas särskilt.

³² Sundhedsstyrelsen. 2011. Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan. Köpenhamn, Danmark.

³³ Social- och Hälsovårdsministeriet. 2008. Kvalitetsrekommendation om tjenester for ældre. 2008:4. Finland.

Av de tre nordiska exemplen är den finska mest allmänt hållen med innehåll som svepande vill ”värna om de äldre” utan att ge några specifika exempel på hur de med komplexa behov ska omhändertas på bästa sätt. Riktlinjen fokuserar på organisering av samarbete mellan de olika instanser som tar hand om de äldre men lyfter inte ut multisjuka eller sköra äldre som speciell grupp.

4.2.4. Översiktsartiklar som behandlar “äldre” i riktlinjer

I detta avsnitt sammanfattar vi fyra översiktsartiklar som behandlar en liknande frågeställning som i vårt uppdrag, nämligen i vilken utsträckning är riktlinjer inkluderade/integrerade i riktlinjer d v s i vilken utsträckning är de tillämpliga för gruppen äldre.

- *“Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases - Implications for Pay for Performance.”*³⁴

Målet med denna studie från USA var att utvärdera huruvida studerade riktlinjer (Clinical Practice Guidelines (CPGs)) var applicerbara på äldre individer med flera komorbida tillstånd. Av de 15 mest vanliga tillstånden valdes hjärtsvikt, stabil angina, förmaksflimmer, hyperkolesterolemi; diabetes; osteoartrit; KOL och osteoporos ut. Två utvärderare bedömde enskilt om riktlinjerna på något sätt adresserade äldre patienter med multisjuklighet, vilka målen för behandlingen var, om det fanns interaktioner mellan rekommendationer, vilka patientpreferenser som togs upp, om sjukdomsburda (både för patient och anhöriga) nämndes samt förväntad livslängd och livskvalitet. Man skapade även ett hypotetiskt patientfall i form av en 79-årig kvinna med flertalet sjukdomar som bedömarna fick ta ställning till. Resultatet visade att de flesta riktlinjer inte modifierar eller diskuterar applicerbarheten på äldre, multisjuka individer. De flesta lyfte inte heller vare sig lång- eller kortsiktiga mål eller kvalitet på eventuell evidens eller gav stöd för att involvera patientens preferenser i några vårdplaner.

Mer specifikt visade studien att sju av nio riktlinjer diskuterar äldre med komorbida tillstånd men bara fyra nämner äldre med multimorbida tillstånd. Riktlinjerna för diabetes, hjärtsvikt, angina, hyperkolesterolemi gav generella rekommendationer om behandling vid flera komorbida tillstånd. Slutsatsen är att *“This review provides evidence that CPGs do not provide an appropriate, evidencebased foundation for assessing quality of care in older adults with several chronic diseases. Although CPGs provide detailed guidance for managing single diseases, they fail to address the needs of older patients with complex comorbid illness.”* Flera riktlinjer specificerar dessutom en övre åldersgräns för behandlingar vilket pekar på ytterligare diskriminering av de multisjuka äldre i detta fall.

³⁴ Boyd et al 2005.

- *“Quality of Australian clinical guidelines and relevance to the care of older people with multiple comorbid conditions.”*³⁵

I denna australiensiska studie sökte författarna bedöma riktlinjer för kroniska sjukdomar ur aspekten deras relevans för äldre med multipla sjukdomar. Kardiovaskulär hälsa, diabetes, mental hälsa, astma, artrit och rörelseorganens sjukdomar samt cancer valdes ut och bedömdes med instrumentet AGREE.

17 riktlinjer inkluderades i studien och resultatet visar att åtta riktlinjer (47 procent) gav råd om behandling för äldre, nio stycken (53 procent) riktade sig mot patienter som hade multimorbida tillstånd men enbart en (6 procent) riktade sig mot gamla med multisjuklighet. Författarna lyfter fram både finansiella och organisatoriska hinder som orsak och betonar att riktlinjer i framtiden bör fokusera mer på gruppen äldre med multisjuklighet och för att åstadkomma detta behövs mer statlig finansiering för framtagning och implementering av riktlinjer.

- *“How applicable are clinical practice guidelines to elderly patients with comorbidities?”*³⁶

Denna senare studie från Kanada visar på liknande resultat som de tidigare. Här analyserades tio riktlinjer med avseende på om de gick att använda i vård av multisjuka äldre. Äldre definierades här som personer över 65 år, och där ålder inte nämndes söktes ord som *senior*, *older adults* eller *frailty*. Fyra indikatorer utkristalliserade sig slutligen: att äldre nämndes överhuvudtaget; att äldre med komorbida tillstånd nämndes; behandlingstid med avseende på förväntad återstående överlevnad samt hinder för implementering av riktlinjer. Studien visar att även om merparten av riktlinjerna nämner äldre (sju av tio riktlinjer) är det få av dem som på ett adekvat sätt relaterar till äldre med komorbiditet. Endast tre av riktlinjerna (hjärtsvikt, diabetes och depression) har avsnitt som speciellt riktar sig till äldre som har flera sjukdomar. Osteoartrit- och osteoporosriktlinjerna har rekommendationer för äldre men de beskrivs av författarna till studien som breda och icke-specifika. Riktlinjerna för hjärtsvikt, diabetes och KOL tar specifikt upp att modifikationer i behandling kan behöva göras avseende om patienterna har kort förväntad överlevnad och/eller egna preferenser.

Hälften av riktlinjerna tillhandahåller råd om när och under vilka förhållanden det kan vara problem med att tillämpa riktlinjerna. Dessa omfattar t ex varningar om polyfarmaci hos äldre men även läkemedelsinteraktioner och att behandlingsmålen kan se olika ut hos en äldre population.

Konklusionen blir att det både behövs mer forskning på gruppen som sådan samt ett starkare fokus i riktlinjerna på äldre med multimorbiditet: *“Guideline developers should include much more detailed information on management of elderly patients, with a particular emphasis on eliciting patient and caregiver concerns, setting clinical priorities, managing expectations (particularly around prognosis), and fostering optimum communication.”*

³⁵ Vitry och Zhang 2008.

³⁶ Mutasingwa et al 2011.

- *“Current Guidelines Have Limited Applicability to Patients with Comorbid Conditions: A Systematic Analysis of Evidence-Based Guidelines”*³⁷

Vi har funnit en relevant systematisk översikt från Nederländerna som dock inte explicit tar upp äldre. Syftet med denna systematiska litteraturöversikt var att bedöma i vilken omfattningen riktlinjer tog upp samsjuklighet och beaktade evidens vid rekommendationer relaterade till samsjuklighet. Urvalet var fyra kroniska tillstånd med hög påverkan på livskvaliteten: KOL, depressiv sjukdom, typ 2 diabetes och artros.

Data från varje riktlinje sammanställdes med hänsyn till i vilken utsträckning som samsjuklighet var angivet (allmänna kommentarer, specifika rekommendationer), typ av samsjuklighet som diskuterats och evidensbasen för samsjuklighetsrelaterade rekommendationer. Av 20 riktlinjer, uppmärksammade 17 (85%) frågan om samsjuklighet och i 14 av fallen (70 procent) gavs specifika rekommendationer vid samsjuklighet.

I allmänhet innehöll respektive riktlinje få rekommendationer rörande patienter med samsjuklighet (i genomsnitt tre rekommendationerna per riktlinje). Av totalt 59 samsjuklighetsrelaterade rekommendationer var 46 (78 procent) tillstånd där samsjukligheten rörde sig om diagnoser som relaterade till varandra på något sätt, antingen patogenetiskt, handläggningssmässigt eller hade en gemensam underliggande orsak. I åtta riktlinjer (14%) var det frågan om orelaterade sjukdomstillstånd, och i fem (8 procent) angavs inte typ av samsjuklighet. Styrkan i evidens för rekommendationer var måttlig för 25 procent (15/59) och lågt för 37 procent (22/59) av rekommendationerna. Dessutom, för 73 procent (43/59) var evidensen inte adekvat översatta till riktlinjerna. Sammanfattningsvis visar studien att tillämpbarheten av evidensbaserade riktlinjer för patienter med samsjuklighet är begränsad. De flesta riktlinjer ger ingen tydlig vägledning för behandling av patienter med samsjuklighet.

5. Förutsättningar för integrering av de mest sjuka i svenska riktlinjer

5.1 Den etiska grunden

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (2§ HSL). Innebörden av detta är bland annat att prioriteringar av patienter inte får påverkas av sådana förhållanden som ålder, kön, förmåga att ta initiativ. Riksdagsbeslutet från 1997 inklusive den etiska plattformen (Socialdepartementet 1996/97; Socialutskottet 1996/97), vars huvuddrag är inarbetade i HSL, lägger stor vikt vid solidaritet med svårt sjuka individer, vilket även framgår av nedanstående citat. Det framgår vidare att kronologisk ålder i sig inte ska ha betydelse för prioriteringar.

³⁷ Lugtenberg M et al. 2011. Current Guidelines Have Limited Applicability to Patients with Comorbid Conditions: A Systematic Analysis of Evidence-Based Guidelines. PLoS ONE 6(10): e25987. doi:10.1371/journal.pone.0025987.

”Det relevanta vid prioriteringar är att människovärdet inte är knutet till människors personliga egenskaper eller funktioner i samhället utan till själva existensen. Det är viktigt att slå fast att begåvning, social ställning, inkomst, ålder etc. inte får avgöra vem som ska få vård eller kvaliteten på vården”. (Socialdepartementet 1996/97)

Däremot kan och bör biologisk ålder, d v s biologisk status, förväntad överlevnad hos individen, samt möjligheter att tillgodogöra sig behandling, ha betydelse. Hälsobehov kännetecknas av ett gap mellan aktuellt tillstånd och önskvärt tillstånd (Liss 2004). Vårdbehov kännetecknas av förekomst av ett dylikt gap samt möjlighet för en åtgärd att reducera gapet, d v s medföra patientnytta. Patienter har inte behov av en åtgärd som inte medför patientnytta, eller där förmodade risker för komplikationer överflyglar den möjliga behandlingens vinsten.

”En följd av att behovs-solidaritetsprincipen är överordnad kostnadseffektivitetsprincipen är enligt utredningen att svåra sjukdomar och väsentliga livskvalitetsförsämringar går före lindrigare, även om vården av de svåra tillstånden kostar väsentligt mycket mer”. (Socialdepartementet 1996/97)

Detta innebär i praktiken att samhället har större betalningsvillighet vid svårare tillstånd jämfört med behandling av lindriga tillstånd. Oavsett svårighetsgrad måste hänsyn tas till kostnader så att kostnaden inte blir orimligt hög för en hälsovinst. När det gäller vården av svårt sjuka äldre och andra grupper med låg autonomi och komplexa behov måste särskilda hänsyn tas.

”... att verksamheten bedrivs kostnadseffektivt får däremot aldrig innebära att man underlåter att ge vård eller försämrar kvaliteten av vården av döende, svårt och långvarigt sjuka, gamla, dementa, utvecklingsstörda, gravt funktionshindrade eller andra i liknande situation.” (Socialdepartementet 1996/97)

För att kunna omsätta de etiska principerna i praktisk användning har det krävts en metod och översättning till andra begrepp som präglar beslutsfattandet i vården.

En sådan prioriteringsmodell (Broqvist et al 2011) använder Socialstyrelsen vid framtagning av nationella riktlinjer. Huvuddragen i den modellen återfinns i de flesta landsting och verksamheter som arbetar med prioriteringar idag. Från de etiska principerna har följande prioriteringskriterier (komponenter) härletts: hälsotillståndets svårighetsgrad, patientnytta, och kostnadseffektivitet. Prioriteringskriterierna influeras av nuvarande tillstånd (grad av funktionsnedsättning, lidande, livskvalitet) och framtida risk (risk för död, funktionsnedsättning, fortsatt lidande och försämrad livskvalitet).

5.2 Framtagning av fakta

Vi vet att faktaunderlaget är i allmänhet svagt när det gäller specifika åtgärder för gruppen äldre patienter i allmänhet och de mest sjuka äldre som grupp i synnerhet. En orsak är att effektstudier oftast utförs på yngre patienter med en tydlig diagnos och utan betydande samsjuklighet. Studierna kan vara väl utförda och ha god intern validitet men resultaten går likväl inte att automatiskt generalisera till en äldre och mer sjuklig population. Det är därför angeläget att klinisk utvärderingsforskning som inkluderar de mest sjuka äldre blir vanligare men det är i nuläget tveksamt om sådan forskning är tillåten i Sverige (Ekerstad 2011a; Munck et al 2011).

Vid utarbetande av riktlinjer är det viktigt att inte utesluta att det finns evidens rörande nytta och kostnadseffektivitet för de mest sjuka äldre även om sådana studier är ovanliga. Ibland kan det mycket väl vara rimligt att extrapolera utfallet utifrån studier på biologiskt yngre grupper, men då är en noggrann utvärdering av behandlingsresultatet viktig.

Det är också viktigt att göra en distinktion mellan specifika åtgärder på en indexsjukdom och generella åtgärder oberoende indexsjukdom. I det senare fallet finns åtgärder som är förhållandevis evidensbaserade avseende effekter. Exempel på generella åtgärder riktade till de mest sjuka, såsom integrerad geriatrisk analys och bedömning (IGAB; CGA) inklusive vårdplan och läkemedelsavstämning ges i det följande Kapitel 6.1 om Allmänt ramverk.

Olika alternativa metoder för att skapa ”evidens” i form av expert bedömningar, konsensuspaneler etc kan med fördel vidareutvecklas (Sveriges Kommuner och Landsting, 2009, Ekerstad 2011b).

5.3 Prioriteringsmodell

När det gäller prioriteringar är det rimligt att samma principer och arbetsmodell som Socialstyrelsen använder för framtagning av nationella riktlinjer är tillämpliga för de mest sjuka äldre (Broqvist et al 2011). Ovan angivna etiska preciseringar som tillägg, särskilt vägningen mellan principerna bör särskilt uppmärksammas med tanke att vetenskaplig evidens ofta saknas.

En person med kompetens beträffande de mest sjuka äldre, med fördel en geriatiker, bör delta i arbetsprocessen vid framtagning av fakta; detta med särskild observans på att behov hos grupper med nedsatt autonomi tillgodoses.

6. Förslag till integrering av insatser för de mest sjuka äldre i nationella riktlinjer

6.1 Allmänt ramverk

Vi föreslår ett allmänt ramverk för framtagning av riktlinjer för de mest sjuka äldre som gäller oavsett hur patientgruppen integreras i Socialstyrelsens riktlinjer. Ramverket bör utformas enligt nedan:

- Riktlinjerna ska beröra de mest sjuka äldre, d v s personer som är 65 år eller äldre med en kort förväntad återstående livslängd och/eller svår samsjuklighet och/eller svår till måttlig skörhet och/eller andra försvårande faktorer t ex socioekonomiska, kulturella eller omgivningsfaktorer. Kärnan i avgränsningen tar utgångspunkt i att en förmodad ändrad nytta-risk relation föreligger för denna grupp när det gäller olika åtgärder i hälso- och sjukvården.
- Riktlinjernas innehåll ska vara förenligt med innehållet i riksdagsbeslutet 1997 inklusive den etiska plattformen. Utgångspunkter är att biologisk ålder, inte kronologisk ålder, är det avgörande för behandlingsrekommendationer. Vidare är de etiska principerna rangordnade, vilket innebär att även de ur principerna härledda prioriteringskriterierna (komponenter) ges olika tyngd.
- Riktlinjer som inkluderar de mest sjuka äldre ska kunna gälla såväl kroniska som akuta tillstånd.
- Oberoende av vilket angreppssätt som används för att integrera de mest sjuka äldre i riktlinjer är det viktigt att relevanta mål med vården identifieras. I vissa fall kan fokus på prognosförbättring föreligga, men i normalfallet är det rimligare att fokusera på symtomlindring, livskvalitet och förbättring av funktionsförmåga, liksom förmåga till aktivitet och delaktighet. Dock finns exempel där även de mest sjuka äldre bör ges prognosförbättrande behandling, (exempelvis aortastenotomi-operation vid tät aortastenotomi; pacemaker vid atrioventrikulärt block III (Socialstyrelsen 2008)). Det är också viktigt att identifiera de mest relevanta åtgärderna/nyckelbesluten mot bakgrund av dessa mål.

Några exempel på generella nyckelåtgärder för gruppen de mest sjuka äldre där det finns ett varierande vetenskapligt underlag:

- *Integrerad geriatrisk analys och bedömning (IGAB; CGA) inklusive vårdplan, uppföljning och läkemedelsavstämning*³⁸ (American Geriatrics Society 2006; Ellis och Langhorne 2005, Ellis et al 2011; Akner 2010; Van Craen et al 2010).

³⁸ *Integrerad geriatrisk analys och bedömning (IGAB; Comprehensive geriatric assessment (CGA))*

- Definition: En multidimensionell, interdisciplinär diagnostisk process i syfte att värdera multisjuka, sköra äldre personers medicinska, funktionella och psykosociala hälsoproblem och kapacitet. Processen syftar till att målstyra komplexa interventioner på basen av ett sammanhållet behandlingsprogram med regelbunden uppföljning.
- Mål: Beträffande vårdprocessen eftersträvas att förbättra diagnostik, behandling och långsiktig planering. Tydliga och realistiska mål beträffande utfall formuleras i samråd med den äldre personen och aktuella vårdgivare, och med fokus på följande komponenter: funktionsförmåga, livskvalitet, autonomi (oberoende).

- *Vård på akutgeriatrisk enhet* med avgränsad fysisk lokalisering och struktur driven av ett specialiserat multidisciplinärt team med direkt ansvar för vården av äldre individer med akuta sjukdomar inklusive akuta yttringar av kroniska sjukdomar. (Baztan et al 2009)
- *Läkemedelsavstämning* med prioritering mellan olika läkemedel mot bakgrund av behandlingsmål och med fokus på förbättring av funktion, livskvalitet och oberoende (Tinetti et al 2004; Ministry of Health Services British Columbia 2008; Västra Götalandsregionen 2011).
- *Funktionsbedömning* (frailty, ADL) (Rockwood 2005; Singh et al 2008; Ministry of Health Services British Columbia 2008).
- Vid vård i livets slutskede kontakt med *palliativ team samt ställningstagande i samråd med patienten till vitala insatser* (Boyd och Murray 2010; British Department of Health 2008; Scottish Government Health Department 2008; Royal College of Physicians of London 2007).

6.2 Olika sätt att integrera de mest sjuka äldre i riktlinjer

Alternativ A. Särskilda behov och åtgärder som gruppen mest sjuka äldre kräver kan diskuteras och uppmärksammas i riktlinjernas inledande avsnitt.

Riktlinjer som vi identifierat på denna nivå tar t ex upp ”äldre” i en beskrivning av hur vanligt sjukdomsområdet är i olika åldersgrupper, vad vetenskaplig litteratur på området visar i allmänhet eller nämner kort att äldre har särskilda behov.

“Adjuvant therapy

Decisions about adjuvant therapy not only require an assessment of prognostic and predictive factors, and therefore the potential benefits of treatment, but also the side effects of the treatment, the risks of which may vary from patient to patient, depending on their age and comorbidities.”

Vi har inte funnit något exempel där de mest sjuka äldre nämns explicit. I något fall däremot snävas gruppen in till äldre med samsjuklighet/komplexitet/skörhet. Ett exempel där uttrycket ”väldigt gamla med tidigare existerande signifikant komorbiditet” används:

“General principles of care

Although referral decisions should always take into account the wishes of the person..., this was considered to be of particular importance where comorbidities existed. In some cases (e.g., a very elderly person with significant pre-existing comorbidities), the person/... and practitioner may jointly decide that the more appropriate course of action is not to refer for further investigations, but to refer directly to palliative care.”

Detta alternativ bidrar till att uppmärksamma gruppens särskilda behov utan att ge någon tydlig vägledning varken när det gäller generella eller specifika åtgärder.

Det är dock möjligt att införa en mer preciserad vägledning för generella åtgärder. Införande av den här typen av rekommendation i ett inledande avsnitt kräver en relativt liten insats.

-
- Innehåll: IGAB bör som minimum innehålla följande komponenter: rörlighet, kognitiv funktion, nutrition, kontinens, läkemedelsbehandling och resurser. (American Geriatrics Society 2006; Ellis och Langhorne 2005; Akner 2010; Van Craen et al 2010).

Alternativ B. Patientnytta och risker kommenteras integrerat i sjukdomsspecifika riktlinjer där prioriteringsgruppen finner skäl att kommentera undantag eller införa särskilda påpekanden.

Vi har identifierat några exempel där ”äldre” mer löpande är integrerade i riktlinjen. Riktlinjen som helhet omfattar dock personer som berörs av det aktuella sjukdomsområdet generellt. Ett exempel på hur ”äldre” nämns i riktlinjerna är då en specifik åtgärd (t ex undersökningsmetod, operationsmetod eller läkemedelsbehandling) beskrivs för ett visst sjukdomstillstånd. I dessa fall kan det uttryckas att denna åtgärd inte skall göras på ”äldre”, men – man ger ingen ytterligare information om vad man då ska göra för åtgärd på dem istället för den generella rekommendationen.

“People with resected node positive colon cancer (Stage III) should be offered postoperative chemotherapy unless there is a particular contraindication, such as significant comorbidity or poor performance status.”

Vi har enbart identifierat ett exempel, i ett enstaka stycke, på där man uttrycker sig i liknande termer som vår definition av “de mest sjuka äldre”.

“Cardiovascular Risk and Age

Assessment of the balance of risks and benefits in older people (over about 70 years) is more difficult than in younger people. Older people gain a similar relative benefit from cholesterol lowering but are more likely to benefit in absolute terms because of their much higher cardiovascular risk. Those people in good health with a reasonable life expectancy should be considered for treatment. Other older people with advanced chronological or physiological age or severe co-morbidities may not be suitable for intensive therapy. A clinical judgment should take into account the results of a risk assessment, the likely benefits and risks of treatment and the person’s values.”

Detta alternativ bidrar till att uppmärksamma gruppens särskilda behov och ger en viss vägledning när det gäller specifika åtgärder och kan kombineras med en preciserad vägledning för generella åtgärder i ett inledande avsnitt. Införande av den här typen av rekommendation kräver måttliga insatser både vid framtagning av fakta och vid prioriteringar.

Alternativ C. Införande av särskilda rader (prioriteringsobjekt) i riktlinjerna som gäller för de mest sjuka äldre.

Till skillnad från alternativ B där ingen information ges om vilken åtgärd som ska göras på de mest sjuka äldre när de undantas från den generella rekommendationen, så ges här ytterligare rekommendationer, i text eller tabell, för vilken eller vilka specifika eller generella åtgärder som bör göras för de mest sjuka äldre.

The Management Of Local Ly Advanced Breast Cancer, Exceptions

There are exceptions to the intensive multimodal approach. One such example is the elderly and frail woman with a receptor-positive tumour, in whom tamoxifen alone (20 mg/day) is likely to reduce substantially tumour size and morbidity with few or no side effects. Response rates of 45-68 per cent to tamoxifen alone have been reported (Level III; Level II). Of course, in such situations the patient must be reviewed at regular intervals and additional treatment applied should the disease progress. Alternatively, if the disease remains static, continued hormone therapy may be considered.”

Denna typ av rekommendationer skulle kunna införas som rader i riktlinjerna. Detta förutsätter framtagning av särskilda prioriteringsobjekt där de mest sjuka äldre ingår helt eller delvis. Prioriteringsobjekt (hälsotillstånd-åtgärd) bör formuleras så att en balans mellan precision och praktisk användbarhet uppnås.

Teoretiskt bör ett eller flera nya prioriteringsobjekt som explicit berör komplexa behov härledas från ett prioriteringsobjekt bestående av en grupp av alla patienter med ett indextillstånd x , om två premisser föreligger:

- a) med en hög grad av sannolikhet medför komplexa behov (åtskilda från indextillståndet x) hos en subgrupp patienter med indextillståndet x att nytta-risk relationen för en åtgärd avviker påtagligt från den genomsnittliga nytta-riskrelationen för hela gruppen patienter med indextillståndet x ; samt
- b) i denna subgrupp av patienter med indextillståndet x har en påtaglig volym patienter liknande och karaktäriserbara komplexa behov (se även tidigare fotnot).

För att värdera åtgärders nytta-risk beträffande företrädesvis akuta tillstånd föreslås en tentativ modell (se Bilaga 2 inklusive exempel för NSTEMI) med följande komponenter: indextillståndet, svår komorbiditet, måttlig eller svår skörhet.

Ur förhållandet mellan risken för biverkningar och komplikationer orsakade av en åtgärd och åtgärdens patientnytta ges en s k pay-off-time (Braithwaite et al 2009). Pay-off-time relateras till förväntad överlevnad. Alternativ B bidrar till att uppmärksamma gruppens särskilda behov och kan ge en tydlig vägledning när det gäller såväl generella som specifika åtgärder. Införande av den här typen av rekommendation kräver betydande insatser både vid framtagning av fakta och vid prioriteringar. Arbetsinsatsens storlek är dock avhängig den grad av fullständighet som eftersträvas.

Tabell 4. Illustrativt exempel på tillämpningar beträffande de mest sjuka äldre med hjärtinfarkt utan ST-höjning (NSTEMI).

| Tillstånd | Åtgärd | Tillståndets svårighetsgrad | Patientnytta | Kvalitet Kunskapsunderlag | Kostnad/ Effekt | Kvalitet Kunskapsunderlag | Rangordning | Kommentar/ Konsekvens |
|--|---|-----------------------------|---|---------------------------|-----------------|---------------------------|-------------|-----------------------|
| De mest sjuka äldre med NSTEMI utan refraktär angina | Kranskärlsröntgen med möjlighet till revaskularisering inläggande | Mycket stor | Oklar nytta i förhållande till förväntad kvarstående livstid. Hög risk för komplikationer och biverkningar | Låg | Kan ej bedömas | Saknas | 7-10/IG | |
| De mest sjuka äldre med NSTEMI utan refraktär angina | Integrerad geriatrisk analys och bedömning (IGAB; Comprehensive geriatric assessment (CGA)) | Mycket stor | Stor | Låg-måttlig | Kan ej bedömas | Saknas | 1-3 | |
| De mest sjuka äldre med NSTEMI utan refraktär angina | Vård på avdelning med akutgeriatrisk kompetens och med tillgång till kardiologkonsult | Mycket stor | Stor | Låg-måttlig | Kan ej bedömas | Saknas | 1-3 | |

| | | | | | | | | |
|--|---|--------------|--|---------|-----------------|--------|---------|--|
| De mest sjuka äldre med NSTEMI utan refraktär angina | Vård på HIA | Mycket stor | Låg. Patientens totala vårdbehov tillgodoses endast i begränsad mening | Låg | Kan ej bedömas | Saknas | 7-10/IG | |
| De mest sjuka äldre med NSTEMI med refraktär angina | Kranskärlsröntgen Med möjlighet till revaskularisering inneliggande | Mycket stor | Potentiellt hög. Också hög risk för biverkningar och komplikationer i form av blödning, stroke och svår njursvikt. | Låg. | Kan ej bedömas. | Saknas | 4-10/IG | |
| De mest sjuka äldre i pre-terminalt/terminalt stadium med NSTEMI utan refraktär angina | Kontakt med palliativ enhet | Mycket stor | Hög. Adekvat symtomlindring och förbättring av livskvalitet. | Måttlig | Kan ej bedömas. | Saknas | 1-3 | |
| De mest sjuka äldre med NSTEMI utan refraktär angina | Återbesök hos specialist med generalistkompetens inom 6-8 veckor | Mycket stor. | Hög. Möjlighet till upprättande av vårdplan samt geriatrisk bedömning. | Låg. | Kan ej bedömas | Saknas | 4-6 | |

| | | | | | | | | |
|--|--|-------------|---|----------|-----------------|---------|-----|--|
| De mest sjuka äldre med NSTEMI utan refraktär angina | Upprättande av vårdplan innan utskrivning i samråd med PAL med generalistkompetens | Mycket stor | Måttlig-stor. | Låg. | Kan ej bedömas. | Saknas. | 1-3 | |
| De mest sjuka äldre med NSTEMI utan refraktär angina | Läkemedelsavstämning under vårddagen med fokus på prioritering av olika läkemedel givet fokus på behandlingsmålen symtomlindring samt förbättring av livskvalitet, oberoende och funktionsförmåga. | Mycket stor | Stor. Minskad risk för biverkningar och komplikationer | Måttlig. | Kan ej bedömas. | Saknas | 1-3 | |

Alternativ D. Ta fram specifika versioner av respektive riktlinje som enbart gäller för de mest sjuka äldre.

Vi har funnit exempel på två typer av riktlinjer eller rapporter som tagits fram specifikt för ”äldre”. Den ena avser riktlinjer inom ett sjukdomsområde (indexdiagnos) medan den andra typen är mer övergripande riktlinjer och policys som handlar om att förbättra omhändertagande och vården av ”äldre”. När det gäller det förstnämnda har vi funnit både riktlinjer som nämner äldre personer i allmänhet samt där gruppen snävats in till äldre med komorbiditet/komplexitet/skörhet men ingen specifikt för de mest sjuka äldre. Exempel på en sjukdomsorienterad riktlinje är en för äldre personer med diabetes.

Alternativ D bidrar till att uppmärksamma gruppen de mest sjuka äldres särskilda behov och kan ge en tydlig vägledning när det gäller såväl generella som specifika åtgärder. Införande av den här typen av rekommendation kräver betydande insatser både vid framtagning av fakta och vid prioriteringar. Arbetsinsatsens storlek är som för Alternativ C avhängig den grad av fullständighet som eftersträvas.

7. Diskussion och slutsatser

Tiden för genomförandet av förstudien, som varit kortare än tre kalendermånader från starten till avslut, har varit knapp och begränsat våra möjligheter att prestera en fullödig genomgång av andra riktlinjer och att utarbeta förslag.

Vi konstaterar att det finns många exempel på riktlinjer där äldre uppmärksammats på olika sätt men ytterst få där de mest sjuka äldre tas upp explicit. En slutsats av denna genomgång är dock att det förefaller osannolikt att det finns bra internationella förebilder i att integrera mest sjuka äldre i riktlinjer som är direkt överförbara till Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Däremot finns det riktlinjer som kan inspirera och ge idéer för utveckling av svenska riktlinjer där äldre patienter eller sådana med komplexa hälsoproblem och särskilt de mest sjuka äldre integreras på något sätt. Förstudien har också gett oss en hel del lärdomar när det gäller inventeringen i form av metodproblem som vi stött på.

7.1 Metodproblem

Vid sökning efter den här typen av dokument till skillnad från studier och artiklar som finns i databaser för vetenskaplig litteratur har vi fått använda flera olika sökstrategier. Förutom att leta på hemsidor hos utvalda producenter av riktlinjer har vi sökt i vetenskaplig litteratur och referenslistor. Det gör att vår sammanställning inte kan betraktas som fullständig. Det har inte heller varit möjligt eller k meningsfullt att gå igenom alla kliniska riktlinjer inom ett sjukdomsområde, t ex hjärtsjukdomar, då många av dessa gäller mycket speciella tillstånd. Vår översikt gör därför inte anspråk på att vara systematisk på så sätt att den går att upprepa enligt gängse akademiska krav eller att den gör anspråk på att vara komplett heltäckande inom de avgränsningar som gjorts.

Riktlinjer/”guidelines” är olika till karaktär och utformning. Riktlinjer som Socialstyrelsens nationella riktlinjer för olika sjukdomsområden – med beslutsstöd för prioritering i form av rangordningslistor utifrån en nationell modell och ett hälsoekonomiskt faktaunderlag – är unika för Sverige utifrån vår kändedom. Norge har riktlinjer som närmast liknar de svenska. Deras ”prioriteringsveileder” innefattar en listning av åtgärder inom ett sjukdomsområde utifrån en enhetlig modell, men utan rangordning som i de svenska riktlinjerna. I England har NICE utvecklat ett enhetligt riktlinjearbete; där hälso- och sjukvården är skyldig att genomföra NICE:s rekommendationer, vilka inte innehåller någon rangordning och ej heller information om samhällsekonomiska kostnader.

Riktlinjer i andra länder är också olika i omfattning och vem/vilka de är avsedda för. De kan exempelvis vara av typen kliniska behandlingsriktlinjer för ett sjukdomsområde eller sjukdomstillstånd mer riktat mot individnivån, riktlinjer för enskilda åtgärder/behandlingsmetoder vid ett visst sjukdomstillstånd riktade till utförare eller riktlinjer i form av artiklar publicerade i någon vetenskaplig tidskrift.

Vi har tyvärr inte haft möjlighet att tränga in i detalj kring hur de olika exemplen på relevanta riktlinjer tagits fram. Det är därför inte möjligt för oss att uttala oss om det finns innovativa metoder för framtagning av fakta relevanta för riktlinjearbete som inkluderar de mest sjuka äldre.

7.2 Slutsatser

- Sammanfattningsvis kan vi konstatera att de internationella riktlinjer vi gått igenom till största delen tar upp ”äldre” i ett brett perspektiv. Då är det vanligt att äldre patienters särskilda behov och speciella förutsättningar att tillgodogöra sig åtgärder noteras och diskuteras i allmänna ordalag. I ett fåtal nämns äldre specifikt kopplat till olika insatser.
- När äldre personer nämns mer specifikt i en riktlinje handlar det oftast om att en viss åtgärd för den generella patientgruppen inte skall utföras på äldre. När man å andra sidan skriver ut vilken åtgärd man ska göra på äldre istället för den beskrivna, då kan det ofta röra sig om att äldre ska få ett annat läkemedel än standardbehandlingen eller att de ska få en lägre dos.
- Trots de metodproblem vi stött på och de begränsningar vi har haft drar vi slutsatsen att det är osannolikt att det finns riktlinjer som på ett genomarbetat sätt uppmärksammar de mest sjuka äldre.
- Vi föreslår fyra olika angreppssätt med olika ambitionsnivåer och resurskrav för genomförande. Våra förslag behöver diskuteras och utvecklas ytterligare. Även om området kan tyckas outvecklat ter det sig fullt möjligt att i mindre skala pröva att integrera de mest sjuka äldre i kommande riktlinjearbeten. I ett sådant försök är det väsentligt att skilja på generella åtgärder som inte är kopplade till en indexsjukdom, exempelvis integrerad geriatrisk analys och bedömning (IGAB), och specifika åtgärder som är kopplade till indexsjukdomen. Vägledningar kan också vara mer eller mindre precisa. Vilken exakthet som bör eftersträvas behöver utredas ytterligare.

- När det gäller metodiken för prioriteringar för gruppen de mest sjuka äldre ser vi inte att den bör skilja sig från etablerat riktlinjearbete. Däremot finns det anledning att fundera på hur olika aspekter i form av tillståndets svårighetsgrad, förväntad nytta och kostnadseffektivitet ska vägas ihop och rangordnas när fullödigt vetenskapligt underlag saknas för att vara i linje med riksdagen intentioner rörande prioriteringar av de mest sjuka äldre. Det kan t ex vara att en hög prioritet ges även när det vetenskapliga underlaget är svagt.
- Vi föreslår en tentativ definition av de mest sjuka äldre: Personer som är 65 år eller äldre med kort förväntad återstående livslängd, svår samsjuklighet och/eller måttlig- svår skörhet och/eller andra försvårande faktorer t ex socioekonomiska, kulturella eller omgivningsfaktorer. Kärnan i avgränsningen tar utgångspunkt i att en förmodad ändrad nytta-riskrelation föreligger för denna grupp när det gäller olika åtgärder i hälso- och sjukvården.
- Riktlinjernas innehåll ska vara förenligt med innehållet i riksdagsbeslutet 1997 inklusive den etiska plattformen. Utgångspunkter är att biologisk ålder, inte kronologisk ålder, är det avgörande för behandlingsrekommendationer. Vidare är de etiska principerna rangordnade, vilket innebär att även de ur principerna härledda prioriteringskriterier i den nationella modellen (tillståndets svårighetsgrad, patientnytta, och kostnadseffektivitet) ges olika tyngd med beaktande den aktuella gruppens karakteristika.
- Riktlinjer som inkluderar de mest sjuka äldre ska kunna gälla såväl kroniska som akuta tillstånd.

7.3. Förslag till fortsatt utvecklingsarbete

Om Socialstyrelsen beslutar att genomföra en fortsättning på förstudien föreslår vi följande aktiviteter:

- 1) Utveckla och pröva alternativa metoder för att fastställa ”evidens” utifrån erfarenhetsbaserad kunskap för såväl generella som specifika åtgärder för de mest sjuka äldre. Den korta tiden för projektet har inte gett utrymme för i detalj studera hur relevanta riktlinjer i andra länder (som ger särskild vägledning kring äldre patienter) tagits fram. Socialstyrelsen bör överväga en sådan fördjupad genomgång
- 2) Tydliggörande av vad som är målet för vård och behandling av de mest sjuka äldre. Oberoende av angreppssätt för att integrera de mest sjuka äldre i riktlinjer är det viktigt att relevanta mål med vården identifieras. I vissa fall kan fokus på prognosförbättring föreligga, men i flertalet fall är det rimligare med fokus på symtomlindring, livskvalitet och förbättring av funktionsnedsättningar, aktivitetsinskränkningar och delaktighetsinskränkningar.
- 3) Genomföra ett begränsat försök med integrering de mest sjuka äldre i pågående eller planerat riktlinjearbete samt utvärdering av ett sådant försök. Även om området kan tyckas utvecklat ter det sig möjligt att i mindre skala pröva att integrera de mest sjuka äldre i kommande riktlinjearbeten.

I ett sådant försök är det väsentligt att skilja på generella åtgärder som inte är kopplade till en indexsjukdom och specifika åtgärder som är kopplade till indexsjukdomen. Vidare är det angeläget att utveckla en arbetsform där gruppens särskilda behov bevakas.

8. Referenser

- Adamson J, Donovan J, Shlomo BY, Chaturvedi N and Bowling A. 2008. Age and sex interaction in reported help seeking in response to chest pain, *British Journal of General Practice* 58(550):318-323.
- Akner G. 2010. Bräckligt åldrande och multisjuklighet drabbar allt fler. *Läkartidningen* 107:2707-2711.
- American Geriatrics Society. 2006. Comprehensive geriatric assessment position statement. *Annals of Long-Term Care* 14(3). <http://www.annalsoflongtermcare.com/article/5473>.
- American Heart Association Council. 2007. Acute Coronary Care in the Elderly, Part 1. *Circulation* 115:2549-2569.
- Bayliss EA, Edwards AE, Steiner JF, Main DS. 2008. Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. *Fam Pract* 25:287-293.
- Baztan JJ, Suarez-Garcia FM, Lopez-Arrieta J, Rodriguez-Manas L, Rodriguez-Artalejo F. 2009. Effectiveness of geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ* 338:b50 doi:10.1136/bmj.b50.
- Borgström A. 2007. Sverige har lägst antal vårdplatser i Europa. Utveckling av antalet vårdplatser i Sverige under perioden 1986-2006 (Sveriges kommuner och landsting). *Läkartidningen* 104:396-7.
- Bowling A, Reeves BC. 2011. Do treatment preferences for patients with angina change? An 18-month follow-up study. *Health expectations* 4 JUL 2011 DOI: 10.1111/j.1369-7625.2011.00680.x.
- Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. 2005. Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases Implications for Pay for Performance How applicable are clinical practice guidelines to elderly patients with comorbidities? *JAMA* 294(6) (Reprinted).
- Boyd K, Murray SA. 2010. Recognising and managing key transitions in end of life care. *BMJ* 341 doi: 10.1136/bmj.c4863.
- Braithwaite RS, Fiellin D, Justice AC. 2009. The Payoff time: A flexible framework to help clinicians decide when patients with comorbid disease are not likely to benefit from practice guidelines. *Med Care* 47(6):610-17.
- British Department of Health. 2008. End of Life Care Strategy for Adults. DH, London.
- Broqvist M, Branting Elgstrand M, Carlsson P, Eklund K, Jakobsson A. 2011. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Reviderad version. Rapport 2011:4. Linköping, PrioriteringsCentrum.

- Col N, Fanale JE, Kronholm P. 1990. The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly. *Arch Intern Med* 150:841-845.
- de Groot V, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter LM. 2003. How to measure comorbidity. A critical review of available methods. *J Clin Epidemiol* 56:221-229.
- Danska Sundhetsstyrelsen. 2011. Styrket indsats for den aeldre medicinske patient. Fagligt oplæg til en national handlingsplan. København.
- Ekerstad N. 2011a. Etiskt tillstånd bör ges för forskning på svårt sjuka äldre. *Läkartidningen* 108:2072-3.
- Ekerstad N. 2011b. Micro Level Priority Setting for Elderly Patients with Acute Cardiovascular Disease and Complex Needs Practice What We Preach or Preach What We Practice? Linköping University Medical Dissertations No. 1240.
- Ekerstad N, Swahn E, Janzon M, Alfredsson J, Löfmark R, Lindenberger M, Carlsson P. 2011. Frailty Is Independently Associated With Short-Term Outcomes for Elderly patients With Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *Circulation* 2011;124:2397-2404.
- Ellis G, Langhorne P. 2005. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *Br Med Bull* 71:45-59.
- Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. 2011. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 343:d6553 doi: 10.1136/bmj.d6553.
- Feinstein AR. 1970. Pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chronic Dis* 23:455-468.
- Fitchett D, Rockwood K. 2002. Introduction: Heart Disease in an Elderly Population. Canadian Cardiovascular Society Consensus Conference. Toronto.
- Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. 2005. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med* 3:223-228.
- Gabbay J, Le May A. 2011 *Practice-based Evidence for Healthcare: Clinical Mindlines*. London: Routledge.
- Gray HH, Henderson RA, de Belder MA, Underwood SR, Camm AJ. 2010. Early management of unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction: summary of NICE guidance. *Heart* 96:1662-1668.
- Gurner U, Thorslund M. 2001. Helhetssyn behövs i vården av multisviktande äldre. Förslag till förändring av vård- och omsorgsstrukturen i Stockholms län. *Läkartidningen* 98;2596-2602.
- Hägglund G, Larsson M. 2011. Vi satsar 3,75 miljarder på de allra mest sjuka äldre. *Dagens Nyheter* 2011-01-21.

Irish National Council on Ageing and Older People. 2008. End-of-Life Care for Older People in Acute and Long-Stay Care Settings in Ireland Hospice Friendly Hospitals Programme. Dublin.

Lagerqvist B, Husted S, Kontny F, Ståhle E, Swahn E, Wallentin L. 2006. 5-year outcomes in the FRISC-II randomised trial of an invasive versus a non-invasive strategy in non-ST-elevation acute coronary syndrome: a follow-up study. *Lancet* 368(9540):998-1004.

Lee DH, Buth KJ, Martin B-J, Yip AM, Hirsch GM. 2010. Frail Patients Are at Increased Risk for Mortality and Prolonged Institutional Care After Cardiac Care. *Circulation* 121;973-978.

Levey AS, Eckardt KU, Tsukamoto Y, Levin A, Coresh J, Rossert J, De Zeeuw D, Hostetter TH, Lameire N, Eknoyan G. 2005. Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney Int* 67:2089–2100.

Lichtman JH, Fathi A, Radford MJ, Lin Z, Loeser CS, Krumholz HM. 2006. Acute, severe noncardiac conditions in patients with acute myocardial infarction. *Am J Med* 119:843–850.

Lichtman JH, Spertus JA, Reid KJ, Radford MJ, Rumsfeld JS, Allen NB, Masoudi FA, Weintraub WS, Krumholz H. 2007. Acute noncardiac conditions and in-hospital mortality in patients with acute myocardial infarction. *Circulation* 116:1925-1930.

Liss P-E. 2004. Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård – en begreppsanalys. Rapport 2004:9. Linköping, PrioriteringsCentrum.

Lugtenberg M, Burgers JS, Clancy C, Westert GP, Schneider EC. 2011. Current Guidelines Have Limited Applicability to Patients with Comorbid Conditions: A Systematic Analysis of Evidence-Based Guidelines. *PLoS ONE* 6(10): e25987. doi:10.1371/journal.pone.0025987.

Metha SR, Cannon CP, Fox KA, Wallentin L, Braunwald E, Yusuf S. 2005. Routine vs Selective Invasive Strategies in Patients With Acute Coronary Syndromes. *JAMA* 293:2908-2917.

Ministry of Health Services, British Columbia 2008. Guidelines and protocols advisory committee. Summary of guideline Oct 1.

Munck J, Dahlquist G, Grönlund E. 2011. Vi hoppas på snar lagändring. *Läkartidningen* 108(44):2201.

Mutasingwa DR, Ge H, Upshur REG. 2011. How applicable are clinical practice guidelines to elderly patients with comorbidities? *Can Fam Physician* 57:e253-62.

Nardi R, Scanelli G, Corrao S, Iori I, Mathieu G, Cataldi Amatrian R. 2007. Co-morbidity does not reflect complexity in internal medicine patients. *Eur J Intern Med* 18:359-368.

- National Institute for Health and Clinical Excellence. 2010. Unstable angina and NSTEMI: the early management of unstable angina and non-ST-segment-elevation myocardial infarction [CG94]. London.
- Nilsson-Ehle H, Jagenburg R, Landahl S, Svanborg A. 2000. Blood haemoglobin declines in the elderly: implications for reference intervals from age 70 to 88. *Eur J Haematol* 65:297–305.
- PrioriteringsCentrum. 2007. Vårdens alltför svåra val? Rapport 2007:2. Linköping, PrioriteringsCentrum.
- Riksrevisionen 2004. Riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvård. SNAO rapport 2004:9. Stockholm.
- Rockwood K. 1999. A Brief Clinical Instrument to Classify Frailty in Elderly People. *The Lancet* 353:205–206.
- Rockwood K. 2005. An unsuitable old age: the paradoxes of elder care. *CMAJ* 173:1500–1501.
- Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski A. 2005. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 173:489–495.
- Rothwell PM. 2005. External validity of randomised controlled trials: “to whom do the results of this trial apply?” *Lancet* 365:82–93.
- Royal College of Physicians of London. 2007. Palliative Care Services: meeting the needs of patients. Report of a working party.
- Scottish Government Health Department. 2008. Living and Dying Well: A national action plan for palliative and end of life care in Scotland.
- Singh M, Alexander K, Roger VL. 2008. Frailty and Its Potential Relevance to Cardiovascular Care. *Mayo Clinical Proc* 83:1146–1153.
- Socialdepartementet. 1996/97. Regeringens proposition Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Prop 1996/97:60.
- Socialstyrelsen 2002. Hälso- och sjukvård för äldre. Stockholm.
- Socialstyrelsen 2008. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008. Bilaga 3 till beslutsstödsdokumentet – Metod. Stockholm.
- Socialstyrelsen. 2010a. Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010 – stöd för styrning och ledning. Stockholm.
- Socialstyrelsen. 2010b. Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009 – stöd för styrning och ledning. Stockholm.

Socialstyrelsen. 2010c. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning. Stockholm.

Socialstyrelsen. 2010d. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning. Bilaga 1 tillstånds- och åtgärdslista. Stockholm.

Socialstyrelsen. 2011a. De mest sjuka äldre. Avgränsning av gruppen. Stockholm.

Socialstyrelsen. 2011b. Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi – strategiskt viktiga problem och förslag till åtgärder. Stockholm.

Socialutskottet. 1996/97. Socialutskottets betänkande 1996/97:SoU14. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2003. Geriatric Care and Treatment. A systematic compilation of existing scientific literature. Stockholm.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2009. Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturöversikt. Rapport nr 193. Stockholm.

Sveriges Kommuner och Landsting. 2009. Konsensusmetoder inom hälso- och sjukvård – en kunskapsöversikt. Stockholm.

Sveriges Kommuner och Landsting. 2011. Multisjuka äldre. Hur fungerar vården och vad kostar den? Konferens Stockholm.

The Swedish Dementia Centre. 2008. <http://www.demenscentrum.se/Fakta-omdemens/Vad-ar-demens/>.

Tinetti ME, Bogardus ST Jr, Agostini JV. 2004. Potential pitfalls of disease specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med* 351(27):2870-4.

Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. 2009. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med* 7:357-363.

Van Craen K, Braes T, Wellens N, Denhaerynck K, Flamaing J, Moons P, et al. 2010. The effectiveness of inpatient geriatric evaluation and management units: A systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 58:83-92.

Vitry AI, Zhang Y. 2008. Quality of Australian clinical guidelines and relevance to the care of older people with multiple comorbid conditions *MJA* 189(7):360-365.

Västra Götalandsregionen. 2011. Förslag till regional handlingsplan för äldre och läkemedel 2011-2012. Terapigruppen Äldre och Läkemedel. Läkemedelskommittén. Göteborg, Västra Götalandsregionen.

Weel C, Schellevis FG. 2006. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. *Lancet* 367(9510):550-551.

9. Referenser riktlinjer

Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey DE Jr, Chavey WE 2nd, Fesmire FM, Hochman JS, Levin TN, Lincoff AM, Peterson ED, Theroux P, Wenger NK, Wright RS, Smith SC Jr, Jacobs AK, Adams CD, Anderson JL, Antman EM, Halperin JL, Hunt SA, Krumholz HM, Kushner FG, Lytle BW, Nishimura R, Ornato JP, Page RL, Riegel B, American College of Cardiology, American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee, American College of Emergency Physicians, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Thoracic Surgeons, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Society for Academic Emergency Medicine. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-Elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology. *J Am Coll Cardiol* 2007 Aug 14;50(7):e1-e157.

Cancer Council Australia. Australian Cancer Network. Clinical Oncological Society of Australia. 2009. Clinical Practice Guidelines for the management of adult gliomas: astrocytomas and oligodendrogliomas. Sydney, Australia.

Cooper A, Nherera L, Calvert N, O'Flynn N, Turnbull N, Robson J, Camosso-Stefinovic J, Rule C, Browne N, Ritchie G, Stokes T, Mannan R, Brindle P, Gill P, Gujral R, Hogg M, Marshall T, Minhas R, Pavitt L, Reckless J, Rutherford A, Thorogood M, Wood D. 2008. Clinical Guidelines and Evidence Review for Lipid Modification: cardiovascular risk assessment and the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners. London, England.

Cooper A, Calvert N, Skinner J, Sawyer L, Sparrow, K, Timmis A, Turnbull, N, Cotterell M, Hill D, Adams P, Ashcroft J, Clark L, Coulden R, Hemingway H, James C, Jarman H, Kendall J, Lewis P, Patel K, Smeeth L, Taylor J. 2010. Chest pain of recent onset: Assessment and diagnosis of recent onset chest pain or discomfort of suspected cardiac origin. National Clinical Guideline Centre for Acute and Chronic Conditions. London, England.

Department of Health Services, Diabetes Prevention and Control Program, Diabetes Coalition of California, California Diabetes Program. 2009. Basic guidelines for diabetes care. California. Sacramento, California, USA.

Guidelines & Protocols Advisory Committee. 2008. Frailty in Older Adults – Early Identification and Management. Ministry of Health Services. British Columbia, Canada.

Guidelines & Protocols Advisory Committee. 2008. Heart Failure Care. Ministry of Health Services. British Columbia, Canada.

Guidelines och Protocols Advisory Committee. 2010. Diabetes care. Ministry of Health Services. British Columbia, Canada.

Helsedirektoratet. 2008. Prioriteringsveileder Geriatri. 15-1621. Oslo, Norge.

Lichtman SM. 2003. Guidelines for the Treatment of Elderly Cancer Patients. *Cancer Control* (10);6:445-453.

National Health and Medical Research Council. 2001. Clinical practice guideline for the management of advanced breast cancer. Canberra, Australia.

National Health and Medical Research Council. The Cancer Council Australia. Australian Cancer Network. 2005. Clinical Practice Guidelines for the Prevention, Early Detection and Management of Colorectal Cancer. Sydney, Australia.

National Health and Medical Research Council. The Cancer Council Australia. Australian Cancer Network. New Zealand Guidelines Group. 2008. Clinical Practice Guidelines for the Management of Melanoma in Australia and New Zealand. Sydney, Australia.

National Health and Medical Research Council. National Heart Foundation of Australia. 2009. Guidelines for the assessment of Absolute cardiovascular disease risk. Australia.

National Clinical Guideline Centre. The Royal College of Physicians. 2010. Chronic heart failure: the management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care. London, England.

National Clinical Guideline Centre. The Royal College of Physicians. 2010. Venous thromboembolism: reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patients admitted to hospital. London, England.

National Clinical Guideline Centre. The Royal College of Physicians. 2011. Hypertension. The clinical management of primary hypertension in adults. Clinical guideline 127. London, England.

National Institute for Health and Clinical Excellence. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. 2006. Atrial fibrillation. The management of atrial fibrillation. NICE clinical guideline 36. London, England.

National Clinical Guideline Centre. The Royal College of Physicians. 2011. Unstable Angina and NSTEMI: the early management of unstable angina and non-ST-segment-elevation myocardial infarction. Clinical guideline 94. London, England.

National Heart Foundation of Australia. 2010. Guide to management of hypertension 2008. Assessing and managing raised blood pressure in adults. Updated December 2010. Australia.

National Heart Foundation of Australia. 2011. Guidelines for the prevention detection and management of chronic heart failure in Australia. Updated October 2011. Australia.

New Zealand Guidelines Group. 2002. Best Practice Evidence –based Guideline. Management of Type 2 Diabetes. Wellington, New Zealand.

New Zealand Guidelines Group. Heart Foundation. 2002. Evidence-based Practice Guideline. Cardiac rehabilitation. Wellington, New Zealand.

New Zealand Guidelines Group. Heart Foundation. Stroke Foundation. 2003. Best Practice Evidence –based Guideline. The Assessment and Management of cardiovascular Risk. Wellington, New Zealand.

New Zealand Guidelines Group. Heart Foundation. Stroke Foundation. 2005. Evidence-based Best Practice Guideline. The Management of People with Atrial Fibrillation and Flutter. Wellington, New Zealand.

New Zealand Guidelines Group. 2009. Cancer Control Strategy Guidance Completion. Update of evidence for prostate-specific antigen (PSA) testing in asymptomatic men. Wellington, New Zealand.

New Zealand Guidelines Group. 2009. Evidence-based Best Practice Guideline. Management of Early Breast Cancer. Wellington, New Zealand.

New Zealand Guidelines Group. 2009. Evidence-based Best Practice Guideline. Suspected Cancer in Primary Care. Guidelines for investigation, referral and reducing ethnic disparities. Wellington, New Zealand.

New Zealand Guidelines Group. 2009. New Zealand Cardiovascular Guidelines Handbook. A summary resource for primary care practitioners. 2nd ed. Wellington, New Zealand.

New Zealand Guidelines Group. Stroke Foundation of New Zealand. 2010. New Zealand Clinical Guidelines for Stroke management 2010. Wellington, New Zealand.

New Zealand Guidelines Group. 2011. Evidence-based Best Practice Guideline. Management of Early Colorectal Cancer. Wellington, New Zealand.

Social- och hälsovårdsministeriet. 2008. Kvalitetsrekommendation om tjänster för äldre. 2008:4. Helsingfors, Finland.

Social- och hälsovårdsministeriet. 2010. Enhetliga grunder för icke-brådskande vård 2010. 2010:32. Helsingfors, Finland.

State of Victoria. 2003. Improving care for older people. A policy for Health Services. Department of Human Services, State of Victoria, Melbourne, Australia.

Sundhedsstyrelsen 2011. Styrket indsats for den ældre medicinske patient- fagligt oplæg til en national handlingsplan København, Danmark.

The American Geriatrics Society. California Healthcare Foundation/American Geriatrics Society Panel on Improving Care for Elders with Diabetes. 2003. Guidelines for Improving the Care of the Older Person with Diabetes Mellitus. JAGS 51:S265–S280.

The National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Royal College of Physicians. 2004. Type 1 diabetes in adults. National clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care. London, England.

The National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Royal College of Physicians. 2008. Stroke. National clinical guideline for diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack (TIA). London, England.

The National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Royal College of Physicians. 2008. Type 2 Diabetes. National clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care. London, England.

The Royal Melbourne Hospital. 2002. Evidence based guidelines. Prevention of functional decline in elderly patients. Evidence based guidelines recommended for use in The Royal Melbourne Hospital. Australia. Review date 2005.

Tabell. Sammanställning och klassificering av relevanta riktlinjer från den internationella inventeringen.

| *=äldre **=äldre med komorbiditet/komplexitet/skörhet ***=vår definition av MSÄ | | KLASSIFICERING | | | |
|---|--|----------------|-----------|-----------|-----------|
| Löpnr. | Land, Riktlinjeproducent, Riktlinjens namn | NIVÅ 4 | NIVÅ 3 | NIVÅ 2 | NIVÅ 1 |
| 1 | New Zealand Guidelines Group. Heart Foundation. 2002. Evidence-based Practice Guideline. Cardiac rehabilitation. Wellington, New Zealand. | * | | | |
| 2 | New Zealand Guidelines Group. 2009. New Zealand Cardiovascular Guidelines Handbook. A summary resource for primary care practitioners. 2 nd ed. Wellington, New Zealand. | | | * | |
| 3 | New Zealand Guidelines Group. Stroke Foundation of New Zealand. 2010. New Zealand Clinical Guidelines for Stroke management 2010. Wellington, New Zealand. | * | | | |
| 4 | New Zealand Guidelines Group. Heart Foundation. Stroke Foundation. 2005. Evidence-based Best Practice Guideline. The Management of People with Atrial Fibrillation and Flutter. Wellington, New Zealand. | | | * | |
| 5 | New Zealand Guidelines Group. 2002. Best Practice Evidence –based Guideline. Management of Type 2 Diabetes. Wellington, New Zealand. | | * | | |
| 6 | New Zealand Guidelines Group. 2009. Evidence-based Best Practice Guideline. Suspected Cancer in Primary Care. Guidelines for investigation, referral and reducing ethnic disparities. Wellington, New Zealand. | ** | | | |
| 7 | New Zealand Guidelines Group. 2011. Evidence-based Best Practice Guideline. Management of Early Colorectal Cancer. Wellington, New Zealand. | | ** | | |
| 8 | New Zealand Guidelines Group. 2009. Cancer Control Strategy Guidance Completion. Update of evidence for prostate-specific antigen (PSA) testing in asymptomatic men. Wellington, New Zealand. | * | | | |
| 9 | New Zealand Guidelines Group. 2009. Evidence-based Best Practice Guideline. Management of Early Breast Cancer. Wellington, New Zealand. | * | | | |

| | | | | | |
|----|---|---|-----|----|---|
| 10 | New Zealand Guidelines Group. Heart Foundation. Stroke Foundation. 2003. Best Practice Evidence –based Guideline. The Assessment and Management of cardiovascular Risk. Wellington, New Zealand. | | *** | | |
| 11 | National Health and Medical Research Council. The Cancer Council Australia. Australian Cancer Network. 2005. Clinical Practice Guidelines for the Prevention, Early Detection and Management of Colorectal Cancer. Sydney, Australia. | | | ** | |
| 12 | National Health and Medical Research Council. 2001. Clinical practice guideline for the management of advanced breast cancer. Canberra, Australia. | | | ** | |
| 13 | National Health and Medical Research Council. The Cancer Council Australia. Australian Cancer Network. New Zealand Guidelines Group. 2008. Clinical Practice Guidelines for the Management of Melanoma in Australia and New Zealand. Sydney, Australia. | * | | | |
| 14 | National Health and Medical Research Council. National Heart Foundation of Australia. 2009. Guidelines for the assessment of Absolute cardiovascular disease risk. Australia. | * | | | |
| 15 | Cancer Council Australia. Australian Cancer Network. Clinical Oncological Society of Australia. 2009. Clinical Practice Guidelines for the management of adult gliomas: astrocytomas and oligodendrogliomas. Sydney, Australia. | | | * | |
| 16 | National Heart Foundation of Australia. 2010. Guide to management of hypertension 2008. Assessing and managing raised blood pressure in adults. Updated December 2010. Australia. | | | * | |
| 17 | National Heart Foundation of Australia. 2011. Guidelines for the prevention detection and management of chronic heart failure in Australia. Updated October 2011. Australia. | | * | | |
| 18 | The Royal Melbourne Hospital. 2002. Evidence based guidelines. Prevention of functional decline in elderly patients. Evidence based guidelines recommended for use in The Royal Melbourne Hospital. Australia. | | | | * |
| 19 | State of Victoria. 2003. Improving care for older people. A policy for Health Services. Department of Human Services, State of Victoria, Melbourne, Australia. | | | | * |

| | | | | | |
|----|--|--|---|----|-----|
| 20 | Guidelines & Protocols Advisory Committee. 2008. Frailty in Older Adults – Early Identification and Management. Ministry of Health Services. British Columbia, Canada. | | | | ** |
| 21 | Guidelines och Protocols Advisory Committee. 2010. Diabetes care. Ministry of Health Services. British Columbia, Canada. | | | ** | |
| 22 | Guidelines & Protocols Advisory Committee. 2008. Heart Failure Care. Ministry of Health Services. British Columbia, Canada. | | | ** | |
| 23 | Department of Health Services, Diabetes Prevention and Control Program, Diabetes Coalition of California, California Diabetes Program. 2009. Basic guidelines for diabetes care. California. Sacramento, California, USA. | | * | | |
| 24 | Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey DE Jr, Chavey WE 2nd, Fesmire FM, Hochman JS, Levin TN, Lincoff AM, Peterson ED, Theroux P, Wenger NK, Wright RS, Smith SC Jr, Jacobs AK, Adams CD, Anderson JL, Antman EM, Halperin JL, Hunt SA, Krumholz HM, Kushner FG, Lytle BW, Nishimura R, Ornato JP, Page RL, Riegel B, American College of Cardiology, American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee, American College of Emergency Physicians, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Thoracic Surgeons, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Society for Academic Emergency Medicine. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-Elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology. J Am Coll Cardiol 2007 Aug 14;50(7):e1-e157. | | | * | |
| 25 | The American Geriatrics Society. California Healthcare Foundation/American Geriatrics Society Panel on Improving Care for Elders with Diabetes. 2003. Guidelines for Improving the Care of the Older Person with Diabetes Mellitus. JAGS 51:S265–S280. | | | | *** |
| 26 | Lichtman SM. Guidelines for the Treatment of Elderly Cancer Patients. Cancer Control 2003 (10);6:445-453. | | | | *** |

| | | | | | |
|----|--|----|----|---|--|
| 27 | National Clinical Guideline Centre. The Royal College of Physicians. 2010. Chronic heart failure: the management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care. London, England. | | | * | |
| 28 | The National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Royal College of Physicians. 2004. Type 1 diabetes in adults. National clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care. London, England. | ** | | | |
| 29 | The National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Royal College of Physicians. 2008. Type 2 Diabetes. National clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care. London, England. | ** | | | |
| 30 | National Clinical Guideline Centre. The Royal College of Physicians. 2011. Hypertension. The clinical management of primary hypertension in adults. Clinical guideline 127. London, England. | | | * | |
| 31 | Cooper A, Nherera L, Calvert N, O'Flynn N, Turnbull N, Robson J, Camosso-Stefinovic J, Rule C, Browne N, Ritchie G, Stokes T, Mannan R, Brindle P, Gill P, Gujral R, Hogg M, Marshall T, Minhas R, Pavitt L, Reckless J, Rutherford A, Thorogood M, Wood D. 2008. Clinical Guidelines and Evidence Review for Lipid Modification: cardiovascular risk assessment and the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners. London, England. | * | | | |
| 32 | Cooper A, Calvert N, Skinner J, Sawyer L, Sparrow, K, Timmis A, Turnbull, N, Cotterell M, Hill D, Adams P, Ashcroft J, Clark L, Coulden R, Hemingway H, James C, Jarman H, Kendall J, Lewis P, Patel K, Smeeth L, Taylor J. 2010. Chest pain of recent onset: Assessment and diagnosis of recent onset chest pain or discomfort of suspected cardiac origin. National Clinical Guideline Centre for Acute and Chronic Conditions. London, England. | | * | | |
| 33 | National Institute for Health and Clinical Excellence. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. 2006. Atrial fibrillation. The management of atrial fibrillation. NICE clinical guideline 36. London, England. | | ** | | |

| | | | | | |
|----|---|----|---|----|-----|
| 34 | National Collaborating Centre for Chronic Conditions. Royal College of Physicians. 2008. Stroke. National clinical guideline for diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack (TIA). London, England. | * | | | |
| 35 | National Clinical Guideline Centre. The Royal College of Physicians. 2011. Unstable Angina and NSTEMI: the early management of unstable angina and non-ST-segment-elevation myocardial infarction. Clinical guideline 94. London, England. | ** | | | |
| 36 | National Clinical Guideline Centre. The Royal College of Physicians. 2010. Venous thromboembolism: reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patients admitted to hospital. London, England. | | | ** | |
| 37 | Helsedirektoratet. 2008. Prioriteringsveileder Geriatri. 15-1621. Oslo, Norge. | | | | *** |
| 38 | Sundhedsstyrelsen 2011. Styrket indsats for den ældre medicinske patient- fagligt oplæg til en national handlingsplan København, Danmark. | | | | *** |
| 39 | Social- och hälsovårdsministeriet. 2010. Enhetliga grunder för icke-brådskande vård 2010. 2010:32. Helsingfors, Finland. | | * | | |
| 40 | Social- och hälsovårdsministeriet. 2008. Kvalitetsrekommendation om tjänster för äldre. 2008:4. Helsingfors, Finland. | | | | * |

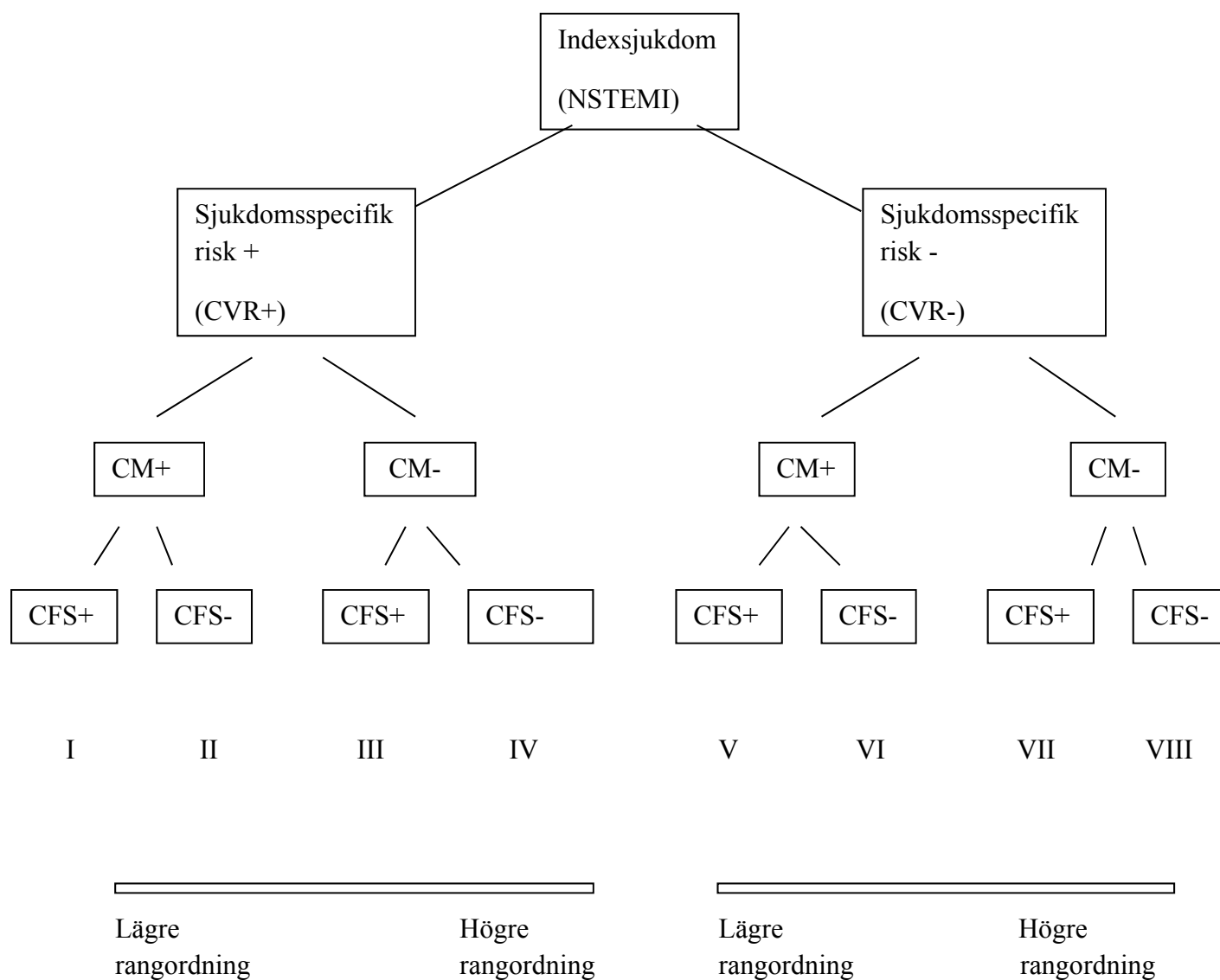
Tentativ modell (Ekerstad 2011)

Vid ställningstagande till åtgärder i akutskedet beträffande svårt sjuka äldre med ett indextillstånd x är patientnytta-risk relationen (sannolika positiva respektive negativa effekter av åtgärden) avgörande för rangordning.

För att värdera patientnytta-riskrelationen bör indextillståndet och komplexa behov utöver indextillståndet värderas. Beträffande nytta risk kopplat till indextillståndet och en åtgärd föreslår vi att ett etablerat koncept används, i exemplet nedan FRISCII-score.

Beträffande markörer för komplexa behov bör de vara relevanta för förväntad nytta-risk relation för åtgärden. Hit hör möjliga positiva effekter på det aktuella hälsotillståndet och framtida risker, och risken för biverkningar och komplikationer av åtgärden i sig. Den kortsiktiga risken för biverkningar och komplikationer bör relateras till den möjliga nyttan av interventionen och förväntad tid tills nyttan (de positiva effekterna) överflyglar risken (de negativa effekterna) (pay-off-time). Pay-off-time bör relateras till förväntad kvarstående livstid hos patienterna.

För att kategorisera komplexa behov ("svårt sjuka äldre") föreslår vi att svår komorbiditet och måttlig/svår skörhet används. Komorbiditet är särskilt lämplig att värdera p g a dess uppenbara betydelse för klinisk handläggning och p g a dess tillämpbarhet på ett indextillstånd, särskilt inom slutenvård. Skörhet har ett starkt prognostiskt värde och är en erkänd markör för biologisk ålder och är därför lämplig. Fastän skörhet och komorbiditet överlappar är de distinkta från varandra, d v s de utgör ömsesidigt kompletterande mått på komplexa behov, samt är vedertagna koncept.



Föreslagen kategorisering av prioriteringsobjekt (I-VIII) inbegripande vårdbehov hos svårt sjuka patienter med samma indextillstånd, exempelvis NSTEMI, vid kliniska prioriteringar, samt en tentativ relativ rangordning av prioriteringsobjekten avseende en intervention, exempelvis kranskärlsröntgen.

Förkortningar och definitioner:

NSTEMI: Non ST Elevation Myocardial Infarction (icke-ST höjningsinfarkt)

CVR+: Hög eller måttlig kardiovaskulär risk enligt FRISC score [Lagerqvist 2005; National Board of Health and Welfare 2008].

CVR-: Låg kardiovaskulär risk.

FRISC score: ett internationellt vedertaget instrument för att uppskatta kardiovaskulär risk. Det beaktar följande faktorer som markerar hög risk: ålder >70 år, manligt kön, diabetes, tidigare hjärtinfarkt, inflammatorisk reaktion, positiva biokemiska markörer, och ekg-mässiga tecken till myocardischemi. Förekomst av fler än två av dessa faktorer indikerar medel eller hög kardiovaskulär risk.

CM+: Förekomst av ett eller flera svåra komorbida tillstånd: svår akut komorbiditet [Lichtman 2007], t ex stroke, aktiv blödning, allvarlig infektion; svår grad av kronisk komorbiditet enligt vedertagen definition, t ex svår njursvikt, svår KOL, svår demens, svår anemi [Levey 2005; The Swedish National Board of Health and Welfare 2004; The Swedish Dementia Centre 2008; Nilsson-Ehle 2000]; icke botbar cancer; eller annat tillstånd som utgjorde exklusionskriterium i de stora evidensgenererande studierna beträffande indextillståndet [t ex Metha 2005], inklusive tillstånd med påverkan på ettårsprognosen.

CM- : Frånvaro av allvarlig komorbiditet i enlighet med ovan nämnda definition.

CFS+: Måttlig eller svår grad av skörhet, d v s grad 6-7 på Rockwoodskalan Clinical Frailty Scale [Rockwood 2005].

CFS-: Frånvaro av måttlig till svår skörhet, d v s grad 1-5 på Rockwoodskalan Clinical Frailty Scale.



Linköpings universitet

PRIORITERINGSCENTRUM

Nationellt kunskapscentrum för
prioritering inom vård och omsorg

www.liu.se/prioriteringscentrum