

SBU utvärderar sjukvårdens metoder

SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) är en statlig myndighet som utvärderar sjukvårdens metoder. SBU analyserar nytta och kostnader för olika medicinska metoder och jämför vetenskapens ståndpunkt med svensk vårdpraxis. Målet är ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör vilken sjukvård som ska bedrivas. Välkommen att besöka SBU:s hemsida, www.sbu.se.

SBU ger ut tre serier av rapporter. I den första serien presenteras utvärderingar som utförts av SBU:s arbetsgrupper. Dessa utvärderingar åtföljs alltid av en syntes med förslag till åtgärder, utarbetade av SBU:s Styrelse och Råd. Denna rapportserie ges ut med gula omslag. I den andra serien, med vita omslag, presenteras aktuella kunskaper inom något område av sjukvården där behov av utvärdering kan föreligga. Den tredje serien, Alert-rapporterna, avser tidiga bedömningar av nya metoder inom hälso- och sjukvården.

SBU-rapport: Evidensbaserad äldrevård

Nordisk Geriatrik publicerar i detta nummer det första kapitlet ur SBU-rapporten "Evidensbaserad äldrevård. En inventering av det vetenskapliga underlaget" som publicerades i april 2003. Ordförande och redaktör är Gunnar Akner. Författarna till de olika kapitlen är alla forskarutbildade och specialinriktade på respektive område. Rapporten kan beställas från SBU eller laddas ner i fulltext på svenska och engelska via SBUs hemsida, www.sbu.se.

De olika kapitlen innehåller en systematisk sammanställning över publicerade vetenskapliga behandlingsstudier hos personer över 65 år inom 18 centrala områden av geriatriken, med fokus på kontrollerade behandlingsstudier, med korta kommentarer av respektive författare. Tabellerna och figurerna i de olika kapitlen är standardiserade för att underlätta en jämförelse mellan de olika områdena. I kapitel 3 i rapporten finns en närmare beskrivning av arbetsmetoden samt en läsanvisning.

Det första kapitlet utgörs av en beskrivning av problemområdet, där begrepp som behandling, rehabilitering och multisjuklighet analyseras, liksom förutsättningarna för evidensbaserad äldrevård. Nordisk Geriatrik planerar att publicera ett flertal kapitel ur rapporten under det kommande året.

Gunnar Akner

Kapitel 1 ur SBU rapport: Evidensbaserad äldrevård

1. Sammanfattning

Av Gunnar Akner

Bakgrund

En stor majoritet av de äldre i Sverige mår bra och klarar sig själva utan hjälp långt upp i åren. Många drabbas dock av sjukdomar och skador som kan ge upphov till olika typer av funktionsnedsättningar med åtföljande behov av vård. Äldre personer som vårdas inom den slutna sjukvården eller bor inom kommunala "särskilda boenden" har ofta många olika samtidiga kroniska sjukdomar (multisjuklighet) och tillstånd efter skador (stroke, frakturer etc) samt

många samtidiga behandlingar (multibehandling). Denna grupp äldre har ofta behov av betydande vårdinsatser från samhällets sida.

Multisjuklighet

Problematiken med multisjuklighet hos äldre illustreras i Tabell 1, sid 66, 67 med en problemanalys av en 85-årig kvinna. När multisjuka äldre personer kommer för medicinsk konsultation framkommer ofta en lång rad av sym-

Patientens symtom	Objektiva undersökningsfynd		Bedömning	
	Kroppsundersökning	Blodprover	Organdiagnoser	Systemdiagnoser
A. Dagtrötthet	1. Snabb hjärtrytm i vila	16. Lågt Hb ("blodvärde")	Hjärtsvikt	Undernäringsstillstånd
B. Illamående	2. Biljud över lungorna	17. Onormal saltbalans	Diabetes mellitus	Åderförkalkning
C. Buksmärtor	3. Svullnad av benen	18. Högt blodsocker	Glaukom (grön starr)	Högt blodtryck
D. Förstopning	4. Sår på flera tår	19. Förhöjt S-Kreatinin	Kataract (grå starr)	Anemi
E. Aptitlöshet	5. Svaghet vä arm och ben		Kärlförträngning i benen	Perifera ödem
F. Nedstämdhet	6. Sänkt stämningsläge		Vaskulär demens	Hudsår
G. Sväljningsproblem	7. Högt blodtryck		Njursvikt	Blodsalttrubning
H. Minskat i vikt	8. Nedsatt minne		Urininkontinens	
I. Minnesnedsättning	9. Nedsatt syn			
J. Synnedsättning	10. Nedsatt hörsel			
K. Hörselnedsättning	11. Svårt benämna föremål			
L. Urininkontinens	12. Gångproblem			
M. Sår på flera tår	13. Muskelsvaghet			
N. Tandprotes glappar	14. Falltenden			
O. Svårt hitta ord	15. Behov av ADL-hjälp			
P. Ensamhet/isolering				

tom och undersökningsfynd som med olika grad av sannolikhet kan knytas till sjukdomar, tillstånd efter skador, biverkningar till läkemedel, somatisering av sociala och psykologiska problem etc. Hela denna komplexa problembild av symtom, funktionsnedsättningar, organ- och systemsjukdomar samt eventuella läkemedelsbiverkningar förändras ofta med tiden på ett oförutsebart sätt. Till de olika kroniska problemen kommer akuta incidenter (stroke, infektioner, fall, frakturer m m) under den fortgående åldrandeprocessens "sluttande plan", med all den etiska problematik detta kan innebära. Den äldre personen ska samtidigt hanteras med respekt för sina önskemål och värderingar, i en komplex organisation med en mängd olika yrkeskategorier och ett långt större antal enskilda vårdgivare.

Tabell 1 visar att analysen av denna komplicerade medicinska situation kräver både bred medicinsk kompetens,

tid, datorstödd informationshantering och dessutom god kontinuitet. Eftersom många olika yrkesgrupper deltar i handläggningen av den enskilde äldre patienten finns det ett mycket stort behov av samordning både av bedömningen av patienten och av utformningen av behandlingsprogrammet (Figur 1.1, sid 68). Dessutom behövs ett genomtänkt system för utvärdering av förloppet och effekten av olika behandlingsåtgärder över tid. Det är givetvis angeläget att äldrevården organiseras för att tillgodose dessa bedömnings- och samordningsbehov.

Ur medborgarsynpunkt är det ett starkt krav att olika behandlingar så långt som möjligt vilar på solid vetenskaplig grund och att en rekommenderad behandling har rimlig chans att gynnsamt påverka den aktuella sjukdomen/symtombilden. Detta förhållande måste gälla i lika hög grad för en 40-årig person med misstänkt akut

hjärtinfarkt som för en 85-årig patient med flera olika sjukdomar. Det vore en oacceptabel åldersdiskriminering om personer över en viss ålder inte får tillgång till samma kvalificerade medicinska bedömning och behandling som yngre personer.

Uppläggning av rapporten

Vilken kunskapsmassa finns då tillgänglig när det gäller äldre personer? I denna rapport redovisas resultatet av en omfattande litteraturgenomgång i syfte att kartlägga (men ej värdera) den publicerade behandlingslitteraturen inom 18 olika utvalda områden som är av betydelse inom äldrevården, dvs för patienter över 65 år. Syftet har bl a varit att ge ett underlag för SBU:s prioritering av angelägna utvärderingsprojekt inom äldrevården.

Varje kapitel/problemområde har fyra avsnitt, Definition, Bakgrund, Sammanställning av publicerade behand-

Bedömning			
	Funktionsdiagnoser	Symtomdiagnoser	Misstänkt läkemedelsbiverkning
	Tillstånd efter stroke	Dagtrötthet	Dagtrötthet
	– förlamning vä sida	Förstoppning	Förstoppning
	– afasi	Buksmärtor	Illamående
	– sväljningsproblem	Aptitnedsättning	Aptitnedsättning
	Minnesnedsättning	Bensvullnad	Muskelsvaghet
	Depression		
	Synnedsättning		
	Hörselnedsättning		
	Muskelsvaghet		
	Falltendens		
	Fysisk inaktivitet		

Tabell 1 Medicinsk analys av en 85-årig multisjuk kvinna.

Det framgår att hon vid konsultation angav 16 olika symtom och det fanns en rad olika objektiva undersökningsfynd och patologiska blodprover. Utöver "Kroppundersökning" (status presens) och "Blodprover" tillkommer flera andra möjliga utredningar, t ex EKG, röntgen, ultraljud, funktionsundersökningar etc. Analysen utmynnar i en sammanfattande "Bedömning" som kodifieras i en diagnostik som delas in i fem olika delar: organ-, system-, funktions- och symtomdiagnoser samt misstänkta läkemedelsbiverkningar. De olika diagnoserna är ej helt separata, utan många hänger ihop i en komplex väv som ofta kompliceras ytterligare av sociala och psykologiska problem samt positiva och negativa effekter av det ordinerade behandlingsprogrammet. De olika diagnoserna under rubriken "Bedömning" kan underbyggas genom att man efter diagnosen anger symtom (A-P) respektive fynd (1-19) som är potentiellt hänförliga till diagnosen i fråga. Som exempel kan tas organdiagnosen "Hjärtsvikt". Denna diagnos kan potentiellt kopplas till symtomet A och fynden 1, 2, 3 och 7. På motsvarande sätt kan funktionsdiagnosen "Muskelsvaghet" potentiellt kopplas till symtomen A och H samt fynden 5, 12, 13, 14, 15, 16 och 17.

lingsstudier och Kommentarer. För varje kapitel har de olika studierna tabellerats så att olika behandlingsmetoder anges i vertikal led och studietyper i horisontell led fördelat på:

- *RCT (randomized controlled trials)*
= randomiserade, kontrollerade behandlingsstudier
- *CCT (controlled clinical trials)*
= kontrollerade (men ej randomiserade) behandlingsstudier
- *UCT (uncontrolled clinical trials)*
= okontrollerade behandlingsstudier

För varje kapitel ansvarar en eller två huvudförfattare. Till detta kommer att särskilda sökningar gjorts för områdena Omvårdnad och Fysioterapi/ fysisk träning för alla kapitel. Även dessa sökresultat har införts i tabellerna till respektive kapitel.

Avsikten med den enhetliga tabelleringen är att redovisa vilka olika behandlingsmetoder som studerats för de olika problemområdena utan att koppla

detta till olika medicinska specialiteter, verksamheter eller yrkesgrupper. Det är viktigt att här understryka att rapporten endast innehåller en redovisning av *antalet* publicerade vetenskapliga studier för de olika problemområdena, men att de enskilda studierna ej värderats, varken med avseende på studiekvalitet eller resultat. Tabellerna ger således en bild av hur många studier av olika typ som finns inom respektive område.

Utöver litteraturredovisningen för de 18 problemområdena (med referenslistorna förlagda sist i varje kapitel) finns tre kommenterande kapitel: "Bakgrund", "Arbetsmetod" och "Kommentarer ur ett omvårdnadsperspektiv".

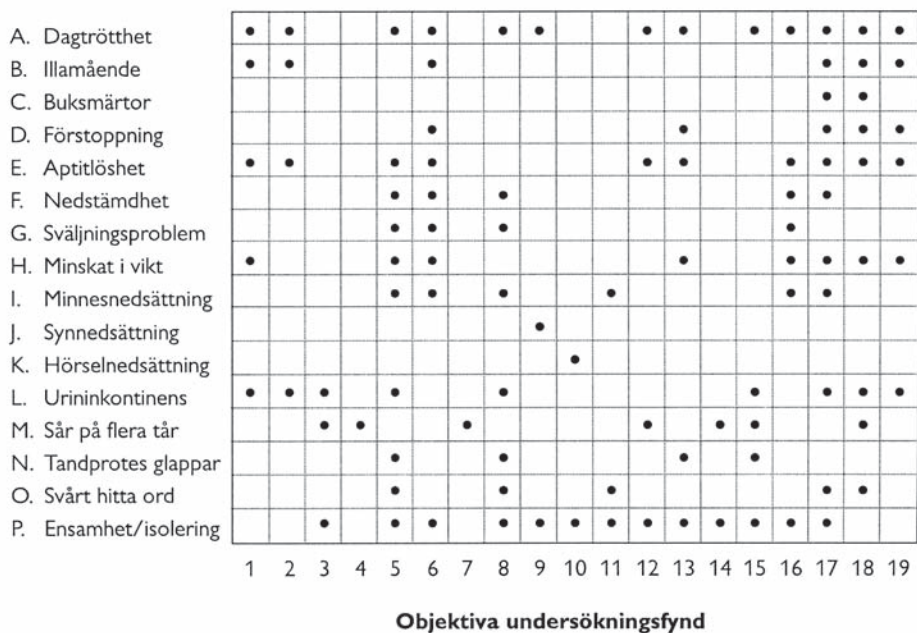
Figur 1.2, sid 68, visar en sammanställning över antalet RCT, CCT och UCT för de 18 olika problemområdena i den ordning de presenteras i rapporten.

I Figur 1.3, sid 70 visas endast antalet

RCT och CCT från Figur 1.2, men nu sorterade efter fallande antal RCT. Det framgår här att det finns i särklass flest RCT, nästan 200, för kognitiva sjukdomar (demenstillstånd). Som en detalj kan nämnas att det finns 51 publicerade RCT avseende substansgruppen acetylkolinesterashämmare (så kallade bromsmediciner). Därefter kommer ett mittfält av problemområden med cirka 50 RCT innefattande t ex stroke, infektioner, hudsår, KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom) och depression. Minst antal RCT finns för palliativ vård, förvirring (konfusion), kronisk smärta och undernäringstillstånd. Antalet UCT är flest inom områdena läkemedelsbehandling, kognitiva sjukdomar, urininkontinens, kronisk smärta och palliativ vård.

Figur 1.4, sid 70 visar en jämförelse av antalet RCT vid studier av behandling med *läkemedel* med antalet RCT vid studier av *övriga* behandlingar, sorterade efter fallande antal RCT. Det framgår

Patientens symtom

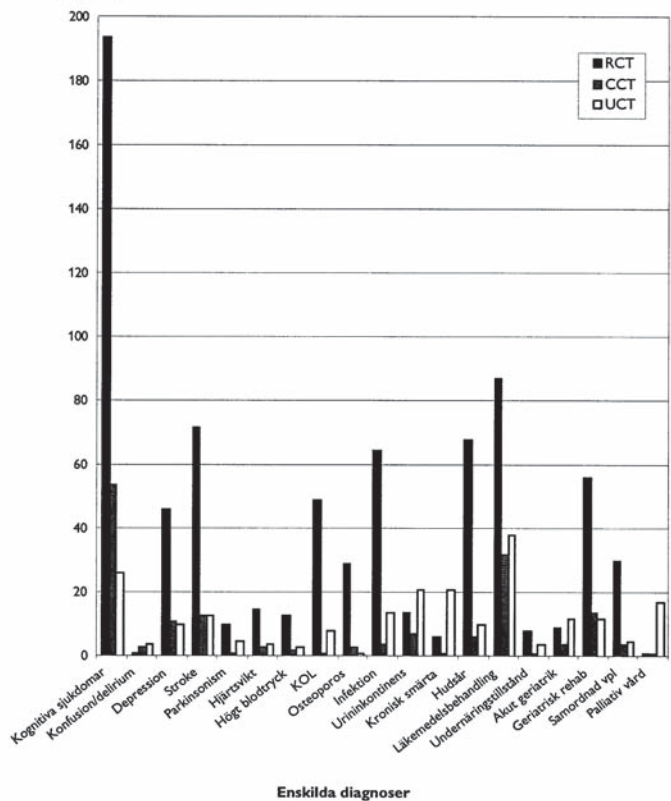


Objektiva undersökningsfynd

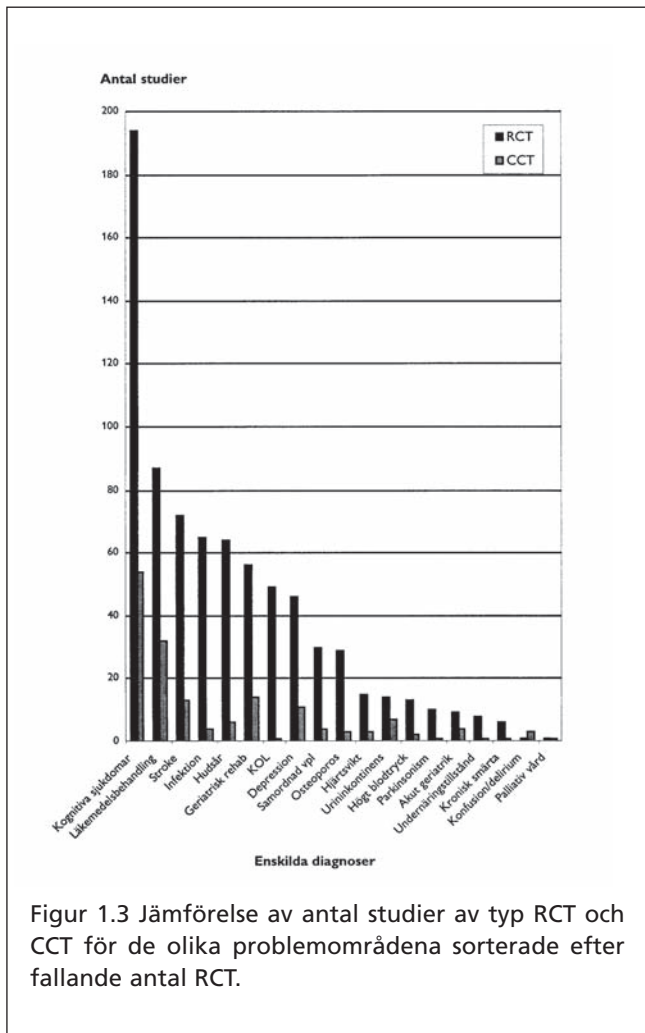
Figur 1.1 Potentiella samband mellan patientens symtom och objektiva undersökningsfynd.

De olika symtomen har markerats med bokstäverna A–P enligt Tabell 1. De olika undersökningsfynden har markerats med siffrorna 1–19 enligt Tabell 1. Varje punkt i figuren definieras således genom kombinationen av en bokstav och en siffra och indikerar därmed ett potentiellt samband mellan patientens symtom och fynd.

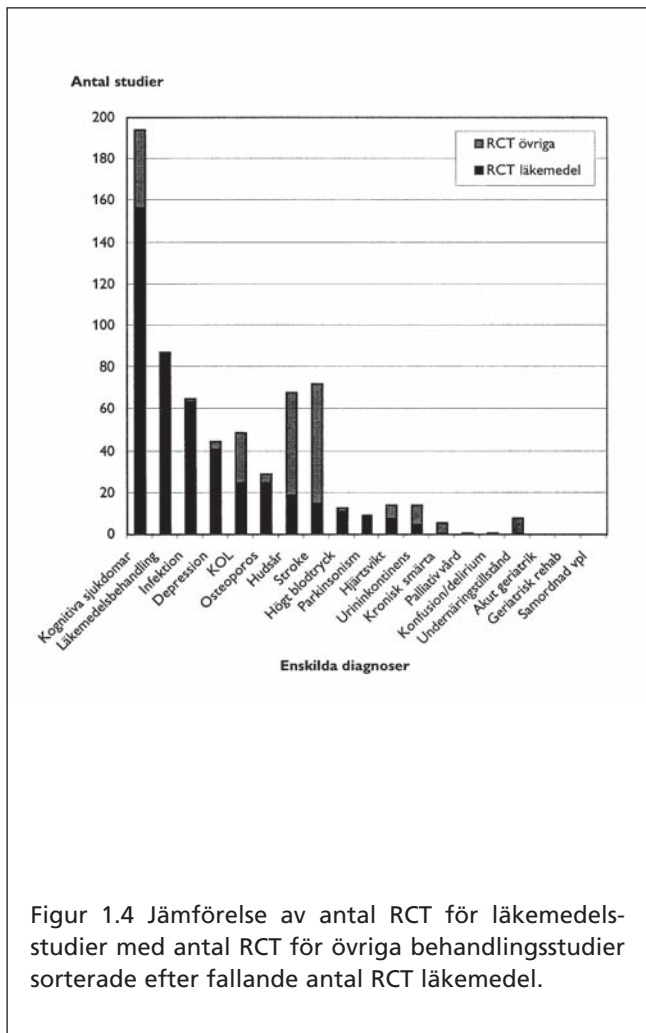
Antal studier



Figur 1.2 Jämförelse av antal studier av typ RCT, CCT och UCT för de olika problemområdena i den ordning de kommer i rapporten.

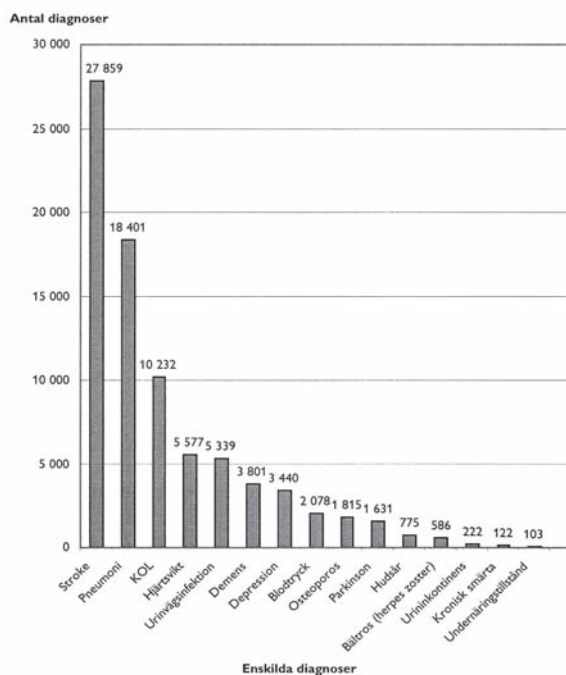


Figur 1.3 Jämförelse av antal studier av typ RCT och CCT för de olika problemområdena sorterade efter fallande antal RCT.



Figur 1.4 Jämförelse av antal RCT för läkemedelsstudier med antal RCT för övriga behandlingsstudier sorterade efter fallande antal RCT läkemedel.

Figur 1.5 Sammanställning av antalet slutenvårdsdiagnoser under 1999 (enligt Socialstyrelsens slutenvårdsregister) för de problemområden som tas upp i rapporten. Observera att statistiken baseras på huvuddiagnoser. Många kroniska sjukdomar blir därmed underrepresenterade.



tydligt att för flertalet områden finns det huvudsakligen studier för behandlingsmetoden läkemedel. Beträffande KOL väger det lika mellan läkemedel och icke-läkemedel. Inom fem områden, hudsår, stroke, urininkontinens, kronisk smärta och undernäringstillstånd, överväger dock gruppen *övriga studier* (icke-läkemedelsstudier).

Figur 1.5, sid 70 visar en sammanställning av Socialstyrelsens diagnosregister för personer över 65 år inom den slutna sjukvården i Sverige 1999. I varje kapitel finns dessutom en figur som visar förekomsten av respektive diagnos/problemområde i slutenvårdsregistret för 1999 uppdelat i 5-åriga åldersintervall från 20 års ålder och uppåt för att illustrera diagnosens fördelning över olika åldrar.

Brist på studier av god kvalitet

Som framgår av Figur 1.2–1.3 och tabellerna i de olika kapitlen föreligger det en stor brist på vetenskapliga studier av god kvalitet angående effekten av olika behandlingsmetoder vid olika sjukdomar hos äldre. Än större är bristen på studier som belyser effekter, såväl positiva som negativa (biverkningar), när man ger flera olika behandlingsmetoder samtidigt. För vårdtagare från 80 år och uppåt finns det mycket få behandlingsstudier över huvud taget. Detta får till följd att en mycket stor del av den praktiska, kliniska, reguljära vården av äldre för närvarande baseras på så kallad "beprövad erfarenhet" samt tillämpning av resultat från behandlingsforskning hos betydligt yngre personer. Det vetenskapliga kunskapsläget är därmed som svagast just för de åldersgrupper (över 75 år) som särskilt ofta får olika behandlingar (t ex läkemedelsbehandling) inom vården.

Den ovan nämnda uppdelningen på läkemedel respektive icke-läkemedel ställer behandlingsmetoden "läkemedel" i centrum, ofta därför att det i regel finns flest publicerade behandlingsstudier för denna behandlingsmetod. Detta synsätt kan dock blockera studier av andra, potentiellt värdefulla behandlingsmetoder. Genom att i denna rapport förteckna de olika studerade behandlingsmetoderna i en gemensam tabell för respektive problemområde hoppas vi kunna stimulera

fortsatt behandlingsforskning från de ur patientens synvinkel relevanta utgångspunkterna: "Blir det bättre?" och "Kan den uppnådda förbättringen knytas till just den valda behandlingsmetoden?"

Några slutsatser

1. Missvisande slutenvårdsstatistik

Urvalet av de 18 problemområdena för rapporten gjordes av en planeringsgrupp som bestått av tre erfarna forskarutbildade geriatriker och en forskarutbildad sjuksköterska med specialisering mot geriatrik. Det finns även andra viktiga områden som dock ej tas upp i rapporten.

Som framgår av Figur 1.5, sid 70 skiljer sig antalet slutenvårdsdiagnoser för 1999 mycket mellan de utvalda problemområdena. Som förväntat fanns ett stort antal (27 859) stroke-diagnoser medan det fanns oväntat få antal diagnoser för områdena urininkontinens (222), kronisk smärta (122) och undernäringstillstånd (103). Enligt respektive kapitel är dessa tre tillstånd dock mycket vanliga inom äldre vården och motsvarar folksjukdomar för dessa åldersgrupper. Förklaringen till skillnaden mellan förekomst i sjukvården respektive i statistiken är att diagnossättning i slutenvård baseras på olika akuta sjukdomstillstånd och att underliggande kliniska problem (kroniska sjukdomar) mer sällan anges som formella diagnoser i epikriserna (slutanteckningarna). Detta visar att dagens slutenvårdsstatistik inte ger en rättvisande bild av den totala sjukligheten hos äldre.

2. Ofullständig indexering

Indexering av vetenskapliga artiklar avseende behandlingsstudier hos äldre i olika databaser är ej konsekvent genomförd och det är därför svårt att på ett enkelt sätt få tillgång till hela behandlingslitteraturen inom ett visst område. Dessutom innehåller vissa abstrakt (sammanfattningar) av behandlingsartiklar tyvärr ej uppgifter om patienternas ålder, vilket innebär att en del artiklar kan ha uteslutits trots att de avsåg studier av patienter med medelålder över 65 år. Sammantaget redovisar rapporten en mycket stor andel av den vetenskapliga litteraturen vad avser behandlingsstudier hos personer över 65 år, men den gör ej

anspråk på att utgöra en fullständig redovisning.

3. Stor heterogenitet mellan problemområdena

Antalet publicerade behandlingsstudier respektive typ av studier skiljer sig mycket mellan de olika problemområdena (se Figur 1.2–1.3 och även punkt 6–7). Dessutom är det viktigt att framhålla att även om ett område har många RCT innebär detta i och för sig inte att det finns någon bra behandling; detta diskuteras närmare i Kapitel 1 och 2 "Bakgrund" och "Arbetsmetod".

4. Sämst kunskapsunderlag där behovet är störst

Initialt avsåg vi att endast ta upp behandlingsstudier hos personer över 75 år. Det framkom dock snabbt att det endast finns ett fåtal behandlingsstudier där hela patientpopulationen är över 75 år. Dessutom indexerar databasen Medline äldre patienter i endast två ålderskategorier; "över 65 år" respektive "över 80 år". Vi var således nödsakade att sänka åldersgränsen till 65 år.

Inom slutet sjukvård ligger medelåldern hos patienterna vid många kliniker kring 75 år, inom geriatrik vanligen över 80 år och inom kommunal äldreomsorg ofta över 85 år. Detta innebär en paradoxal situation: för de patientgrupper som får mest slutet vård och mest "multibehandling" är det vetenskapliga underlaget som sämst. Den rådande kunskapsbristen beträffande olika effekter av behandling hos äldre personer samt det faktum att äldre personer generellt är mer känsliga för biverkningar av läkemedel innebär att det är särskilt angeläget med noggrann och regelbundet upprepade utvärdering av behandlingseffekter hos äldre personer. Som framgår av kapitlet "Läkemedelsbehandling" gäller detta särskilt problemet polyfarmaci (samtidig behandling med många olika läkemedel) inom äldreomsorgen. Man kan ifrågasätta om det är etiskt försvarbart att många äldre personer ordinerar ett stort antal olika läkemedel under långa tidsperioder utan någon strukturerad granskning av om de ger avsedda effekter i relation till indikationen för att inleda respektive behandling.

5. Viktigt att kunna omsätta vetenskap i praktiken

Det är viktigt att skapa goda förutsättningar för att kunna omsätta resultat från publicerade vetenskapliga behandlingsstudier i praktiken så att de kommer patienterna tillgodo inom äldreomsorgen och äldreomsorgen. En förutsättning för detta är att äldreomsorgen organiseras så att verksamheterna stöder möjligheten att på ett strukturerat sätt följa effekter av olika behandlingar hos enskilda patienter över tid. Detta innebär bland annat behov av ökad kontinuitet mellan patient och behandlande läkare samt utveckling av en enhetlig och kliniskt problemstyrd journaldokumentation.

6. Behov av utvärdering inom äldreomsorgen

Som framgår av Figur 1.3 är det bara inom ett mindre antal problemområden som behandlingslitteraturen kring äldre personer är så pass omfattande att det finns förutsättningar för en utvärdering. Detta innebär att följande åtta områden skulle kunna komma ifråga:

- Kognitiva sjukdomar (demens)
- Läkemedelsbehandling
- Stroke
- Infektioner
- Hudsår
- Geriatrisk rehabilitering
- KOL
- Depression.

Av dessa har SBU tidigare utvärderat Stroke, KOL och Depression och omfattande genomgångar av och Demens pågår. Därmed återstår fyra tänkbara områden att vetenskapligt utvärdera. Beträffande övriga områden finns det så få publicerade behandlingsstudier att det knappast går att utvärdera området i fråga, utan här är det i stället angeläget att stimulera till behandlingsforskning (se punkt 7).

7. Behov av klinisk behandlingsforskning inom äldreomsorgen

Det finns ett mycket stort behov av klinisk behandlingsforskning rörande äldre patienter, i synnerhet för dem över 75 år. Alla författare har i sina respektive kapitel betonat bristen på kunskaper och på behovet av klinisk behandlings-

forskning. Denna forskning är särskilt angelägen inom följande områden där det finns påtagligt få behandlingsstudier som rör äldre:

- Palliativ vård
- Konfusion/delirium
- Kronisk smärta
- Undernäringstillstånd
- Akut geriatrik
- Parkinsons sjukdom
- Högt blodtryck
- Urininkontinens
- Hjärtsvikt
- Osteoporos
- Samordnad vårdplanering.

Med hänsyn till att många äldre patienter har många samtidiga sjukdomar (multisjuklighet) och många samtidiga behandlingar (multibehandling) är det även angeläget med studier som belyser effekten av olika samtidigt givna behandlingar, såväl kombinationer inom en behandlingsmetod (till exempel olika läkemedel) eller kombinationer mellan behandlingsmetoder (till exempel läkemedel, nutrition och träning).

Medverkande i SBU-rapporten "Evidensbaserad äldreomsorg. En inventering av det vetenskapliga underlaget":

Gunnar Akner, Stockholm
Lars Boréus, Stockholm
Sölve Elmståhl, Malmö
Sture Eriksson, Umeå
Ann-Kathrine Granérus, Linköping
Bodil Lernfelt, Göteborg
Dan Mellström, Göteborg
Ulla Molander, Göteborg
Ragnar Norrby, Stockholm
Ingegerd Nydevik, Södertälje
Åke Rundgren, Stockholm
Vivianne Schubert, Täby
Karin Styrborn, Uppsala
Lars-Olof Wahlund, Huddinge
Thomas Wallén, Göteborg
Helle Wijik, Göteborg