

Gunnar Akner, med dr, överläkare, nutritions- och läkemedelsenheten, Äldreforskning NordVäst (ÄNV), Solna; styrelseordförande i Svensk förening för geriatrik och gerontologi (SFGG), ordförande för SBU-projektet »Evidensbaserad äldrevård. En inventering av det vetenskapliga underlaget« (gunnar.akner@chello.se)

Evidensbaserad behandling behövs inom äldrevården

Multibehandling av multisjuka äldre ställer stora krav på samordning

■ Äldre vårdtagare blir ofta föremål för en rad olika former av aktiv vård eller behandlingsåtgärder, men utan att begreppet behandling tillämpas på ett enhetligt sätt. I Nationalencyklopedin definieras behandling som: »Aktiv vård av människa eller djur som lider av sjukdom eller dylikt.«

Läkemedel, olika kirurgiska ingrepp och tandvård är några exempel på åtgärder som allmänt brukar betraktas som behandling.

Därtill finns en lång rad av former för »aktiv vård« som sällan betecknas som behandling utan i stället benämns »anpassningsåtgärder«, »handläggning«, »insatser«, »intervention«, »omvårdnad«, »rehabilitering«, »träning« etc. Dylåka svåravgränsade begrepp försvårar värderingen av effekten av olika vidtagna aktiva vårdåtgärder.

Fallbeskrivningen av en äldre kvinna (se sidan 2594) illustrerar denna problematik. Begreppen multisjuklighet och multibehandling åskådliggörs. Den beskrivna patienten hade 16 olika aktuella kliniska problem och behandlades dels med åtta olika läkemedel (polyfarmaci), dels med nio andra behandlingsmetoder. Patienten var betydligt förbättrad efter 13 dagars vårdtid, men det var svårt att i efterhand närmare analysera när förbättringen uppkom eller vilken specifik effekt/effekter de tio olika vidtagna behandlingsmetoderna hade haft. En av metoderna (läkemedel) i detta fall innefattade i sin tur tolv olika läkemedel, där det förelåg betydande oklarhet vad gäller både indikationer och effekter för åtminstone fyra av dem. Dessutom fanns en klar misstanke om att flera av läkemedlen haft negativa effekter (biverkningar).

Otydlig struktur och bristande samordning av alla de åtgärder som utgör »aktiv vård« försvårar eller omöjliggör utvärdering. Därmed blir det också svårt eller omöjligt att identifiera och satsa på just de åtgärder som kan förväntas ge bästa resultat, att undvika onödiga eller skadliga behandlingar och att hushålla med resurserna.

Multisjuklighet kräver integrerad klinisk analys

Multisjuka äldre individer har ofta komplicerade kliniska problem, där såväl medicinska som sociala och psykologiska/existentiella aspekter behöver bedömas samtidigt. Många gånger är det fråga om tillstånd i livets slutskede med kanske



SAMMANFATTAT

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har i rapporten »Evidensbaserad äldrevård. En inventering av det vetenskapliga underlaget« kartlagt den vetenskapliga basen för behandling inom äldrevården. Inventeringen visar att denna kunskap är bristfällig och fragmenterad.

Behandling av multisjuka äldre individer med flera samtidiga behandlingsmetoder via en rad olika yrkesgrupper och inom olika organisationsformer ställer stora krav på samordnad analys och integrerad journalhantering. Situationen illustreras av en fallbeskrivning av en 87-årig kvinna. Frånvaron av sådan samordning försvårar eller omöjliggör optimal behandlingsstrategi, utvärdering av behandlingseffekter och hushållning med vårdens resurser.

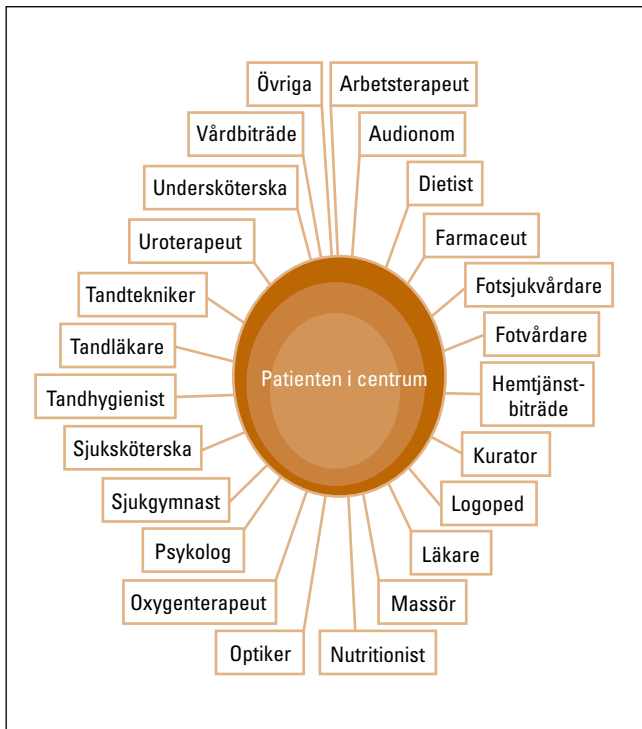
En ospecifik användning av begreppet »rehabilitering« kan leda till problem i flera sammanhang. För att undvika sådana problem är det angeläget att ordet »rehabilitering« åtföljs av en specifikation av vad som avses i det enskilda fallet.

några få års återstående förväntad livslängd med all den etiska problematik detta innebär.

De komplicerade problemen behandlas regelmässigt med ett flertal samtidiga behandlingsmetoder (»vad«) (Tabell I), av en rad olika yrkesgrupper (»vem«) (Figur 1) samt inom olika organisationsformer, tex öppen/sluten vård, lands-ting/kommunal vård (»hur«) (Figur 2).

Härigenom uppstår ett mycket stort behov av samordning och en sammanvägd kontinuerlig bedömning av effekterna av olika typer av behandlingar inom ramen för ett integrerat behandlingsprogram.

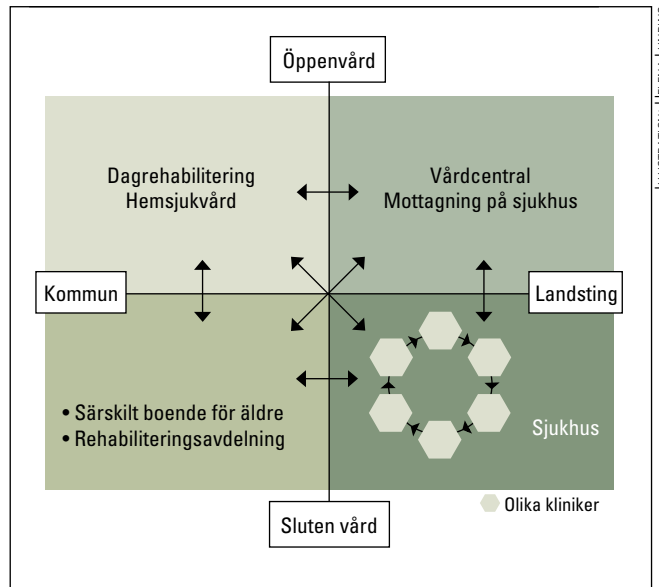
Denna form av integrerad multipel differentialdiagnostik



Figur 1. »Vem«: Multisjuka äldre individer har ofta komplicerade kliniska problem där en rad olika yrkesgrupper samverkar.

Tabell 1. »Vad«: Exempel på 19 olika behandlingsmetoder som är vanligt förekommande inom äldre vården med specifikation på två nivåer.

Behandlingsmetod	Specifikation 1	Specifikation 2
ADL-träning/hjälp	På- och avklädning, tvättning, städning etc	
Anpassningsåtgärder	Bostadsanpassning Belysning	Borttagning trösklar Läslampa
Elektrisk ström	Transkutan nervstimulering	
Fotvård	Klippning naglar Slipning förhårdnader	
Fysisk träning	Muskelstyrka Balans Kondition	Quadricepsträning Cykling
Hjälpmedel	Gång Syn Hörsel Urininkontinens	Rullator Glasögon Hörapparat Blöjor
Kirurgi	Operation av gallsten	Laparoskopi
Kompression vid ödem	Stödstrumpa	
Läkemedel	Betablockerare Diuretika	Metoprolol Furosemid
Massage		
Nutrition	Specialkost Konsistensanpassad kost Näringsstillägg	Energi- och proteinrik Finfördelat Proteintillägg
Omvårdnad	Basal omvårdnad	Matning
Pedagogik	Undervisning	Gruppföreläsning
Psykoterapi	Samtal/stöd Kognitiv psykoterapi	Samtalskontakt
Sväljträning		
Syrgasbehandling	Syrgastuber	
Sårvård	Omläggning av sår	Förband
Talträning	Afasitträning	
Tandvård	Borttagning av karies Utprovning av ny tandprotes	



Figur 2. »Hur«: Multisjuka äldre individer behandlas regelmässigt inom olika organisationsformer.

är en komplex form av klinisk analys. Ett betydande problem i dagens svenska äldre vård ligger just i att det saknas läkare som är utbildade i och särskilt intresserade av denna form av integrerad, multifasetterad klinisk analys av »multisjuka« äldre med fokus på bedömning av effekter av olika behandlingsåtgärder över tid.

Eftersom uppgiften är så komplex räcker det inte med väl strukturerade och standardiserade undersökningsmetoder, utan det krävs också datorstöd för att hantera den stora mängd data som insamlas om vårdtagarna.

En stor datamängd om patienterna insamlas redan nu av olika yrkesgrupper (Figur 1) inom olika organisationsformer (Figur 2), men uppgifterna sammanställs sällan i patientens perspektiv i överblickbara och analyserbara problemkategorier. Detta innebär att det ofta är omöjligt att analysera utvecklingen av vårdtagarnas tillstånd över tid och speciellt effekten av de olika insatta behandlingsåtgärderna. Detta problem illustreras av fallbeskrivningen.

Begreppet »rehabilitering« används ofta ospecifikt

»Rehabilitering« är ett vanligt begrepp inom äldre vården både i Sverige och internationellt, och det illustrerar väl problemen kring begreppet »multibehandling«. Med rehabilitering avses enligt Nationalencyklopedin:

»Återställande av förlorad funktion (till skillnad från habilitering: utvecklande av ny förmåga). Rehabilitering omfattar medicinska, psykologiska, pedagogiska och sociala åtgärder, med inriktning på att hjälpa sjuka eller skadade att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och ge förutsättningar för ett normalt liv. Den avser numera insatser mot alla former av funktionsnedsättningar och handikapp.«

I denna definition blandas å ena sidan ett målperspektiv (vårdtagarfokus) – dvs att »återställa förlorad funktion« eller att »återvinna bästa möjliga funktionsförmåga« – och å andra sidan ett metodperspektiv (vårdgivarperspektiv) – dvs olika »åtgärder« eller »insatser« vidtas för att uppnå målet.

I Socialpolitiska kommitténs betänkande från 1964 [1] definieras rehabilitering som »återupprättning av den bästa fysiska, psykiska, sociala och ekonomiska funktion som är möjlig att uppnå med hänsyn till en individs handikapp«. Där betonas alltså vårdtagarperspektivet.

I en rapport från Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och

II Fallbeskrivning:

87-årig kvinna med minst 16 »kliniska problem«

Patienten var en 87-årig ensamboende, magerlagd, fysiskt inaktiv änka och tvåbarnsmor med åtta olika stående läkemedelsordinationer. Under det senaste året hade hon ofrivilligt magrat 7 kg. Hon kunde gå utan gånghjälpmedel och hade ingen hemhjälp.

Patienten lades in akut vid en geriatrisk klinik efter att ha fallit och slagit ryggen och därefter inte kunnat klara sig själv på grund av ryggsmärtor. Röntgen visade ingen fraktur.

Under den 13 dagar långa vårdtiden noterades åtminstone 16 olika »aktuella kliniska problem«, vilka behandlades med tio olika aktiva vårdåtgärder (»behandlingar«) enligt tabellen härintill. Sex av de 16 olika problemen behandlades med läkemedel.

Under den 13 dagar långa vårdtiden träffade patienten underläkaren vid tio dagliga ronder, överläkaren vid fem tillfällen samt dagligen flera paramedicinare och ett flertal andra vårdpersonalkategorier.

Enligt Fass fanns det risk för att flera av kvinnans problem var relaterade till läkemedelsbiverkningar (trötthet, muskelsvaghet, blodtrycksfall, muntorrhet, förstoppning, nedsatt kognitiv funktion). Man övervägde därför bl a om läkemedelsbiverkning(ar) kunde ha bidragit till fallet i bostaden.

Kvinnan skrevs ut i avsevärt förbättrat skick med planerat återbesök hos husläkaren tre veckor senare. Vid utskrivningen kvarstod följande sju läkemedelsordinationer:

- mot depression (sedan tre år),
- två hormonmedicineringar mot tendens till sköra slemhinnor i underlivet och urininkontinens (sedan fyra år),
- två medel mot högt blodtryck (sedan 18 år),
- smärtstillande medel vid behov,
- sömnmedel vid behov.

Läkemedel under d) och e) nyinsattes under vårdtiden med planerad snar utsättning.

När läkaren skulle skriva epikrisen (slutanteckningen) några dagar efter utskrivningen mindes han ej exakt vilka olika »aktiva vårdåtgärder« som hade vidtagits under vårdtillfället.

Av de tio olika givna behandlingsmetoderna var det endast läkemedelsbehandlingen som journalförts så noga att man i detalj visste vilken dos som givits varje dag av de inledningsvis totalt åtta olika läkemedelsordinationerna (vid utskrivningen sju).

Av de övriga nio behandlingsmetoderna kände respektive yrkesgrupp väl till vad som gjorts från kvalitativ synpunkt under vårdtiden, men dosen (kvantiteten) av t ex nutrition, träning, samtal, ADL-hjälp etc hade ej journalförts och var därför svår att rekonstruera efter det att patienten skrivits ut.

I själva verket hade ingen enskild person i personalen (teamet) kring patienten full kännedom om den totala mängd »aktiv vård« som givits.

Läkaren kunde ej analysera den specifika effekten av de tio olika behandlingsmetoderna var för sig utan skrev kortfattat att patienten efter adekvat smärtlindring »mobiliserats efter ork« av paramedicinare och vårdpersonal.

Beträffande läkemedlen beskrevs kortfattat att man tagit bort fyra av de åtta läkemedel som patienten var ordinerad vid inskrivningen och lagt till tre nya. Han angav även att man planerade att erbjuda patienten möjlighet till ökad social aktivering efter utskrivningen.

Diagnosen blev »Fall med kotkontusion utan fraktur« samt »Rehabilitering«.

Utöver detta hade patienten således minst tolv aktuella kliniska problem/diagnoser (smärtor, gångproblem, andfåddhet, yrsel, sömnproblem, förstoppning, urininkontinens, muntorrhet, undernäring-

aktiva vårdåtgärder (»behandlingar«) mot patientens minst 16 olika »aktuella kliniska problem«.

Aktuella kliniska problem	Behandlingsmetod	Specifikation	Läkemedelsbiverkning
Smärtor i rygg	Läkemedel Träning	Smärtstillande Aktivering, byta ställning	
Gång-/rörelsesvårigheter och falltendens	Träning Hjälpmedel Fotvård	Gång-/balans-träning Rullator	Ja, möjlig
Trötthet och andfåddhet vid ansträngning	Träning		Ja, möjlig
Fysisk inaktivitet	Pedagogik Träning Nutrition	Information/ undervisning Kondition, styrka Energi, protein, vitaminer	
Yrsel			Ja, möjlig
Sömnproblem	Läkemedel		
Förstoppning	Läkemedel		Ja, sannolik
Urininkontinens	Hjälpmedel	Blöjor	Ja, möjlig
Muntorrhet	Salivstimulering Tandvård		Ja, sannolik
Undernäringstillstånd	Nutrition	Energi, protein, vitaminer	
Polyfarmaci	Pedagogik Utsättningsförsök		
Ensamhet/social isolering	Social aktivering		
Depression	Samtal, stöd Läkemedel		
Högt blodtryck	Läkemedel	Två blodtrycks-sänkande läkemedel (betablockad + diuretikum)	
Nedsatt kognitiv funktion			Ja, möjlig
Torra slemhinnor i underlivet	Läkemedel	Estrogener lokalt och i tablettform	

tillstånd, depression, högt blodtryck samt torra slemhinnor i underlivet), men man hade ej som rutin att formellt ange dessa i epikrisen, trots att alla varit föremål för aktiva vårdåtgärder (behandling under vårdtiden).

Ett år senare försökte en student på läkarlinjen på basis av journalhandlingarna analysera:

- vilken eller vilka av de olika »aktiva vårdåtgärderna« under vårdtiden som verkligen varit betydelsefull(a) för att kvinnan skulle återfå sin tidigare funktionsförmåga,
- vilka som mer haft karaktären av allmän aktivering och stöd,
- vilka som varit verkningslösa eller till och med givit negativa effekter (biverkningar).

De tillgängliga journalhandlingarna medgav ej att man kunde följa tidsförloppet för patientens kliniska tillstånd, eftersom det inte fanns några löpande skattningssskalor för olika symtom och funktioner under vårdtiden (t ex smärta över dygnet, effekt av värktabletter, fysisk funktion mätt som muskelstyrka eller balans, grad av förstoppning, grad av yrsel etc). De enda mått som fanns, förutom rutinmässiga laboratorieprov vid ett tillfälle, var kroppsvikt vid inläggningen och Katz' ADL-index vid in- och utskrivningen.

Svenska Kommunförbundet 1993 [2] definieras »rehabilitering« enligt följande:

»Med rehabilitering inom hälso- och sjukvården avses tidiga, samordnade och allsidiga insatser från olika kompetensområden och verksamheter som innebär att medicinska, psykologiska, pedagogiska, sociala och tekniska insatser kombineras efter den enskildes behov, förutsättningar och intressen.«

Där betonas i stället vårdgivarperspektivet. Eftersom många olika former av sjukvård innebär att patienterna får tillgång till kombinerade sjukvårdande insatser (behandlingsar) kommer med denna definition en stor del av vuxensjukvården att inkluderas i begreppet »rehabilitering«.

I klinisk äldrevårdspraxis är det vanligt att begreppet »rehabilitering« uppfattas som till stor del synonymt med »paramedicinsk« verksamhet, dvs ett vårdgivarperspektiv där rehabiliteringen »ges« av bland andra sjukgymnaster, arbetsterapeuter och logopedier och där åtgärderna främst inriktas på olika typer av funktionsstöd. Inom sjukvården i allmänhet och äldrevården i synnerhet används ofta ordet »rehabilitering« som prefix till ett antal vårdgivarrelaterade begrepp som t ex rehabiliteringsinsatser, -personal, -program, -verksamhet, -åtgärder och så vidare.

Risken med denna växling mellan vårdtagar- och vårdgivarperspektiven är att det lätt kan uppstå missförstånd: När man »skickar en patient för rehabiliterande åtgärder« förutsätts vederbörande också bli »rehabiliterad«, utan krav på närmare analys av om, och i så fall, i vilket eller vilka avseenden en förbättring skett och om en förbättring kan knytas till vissa specifika åtgärder.

Det blir även missvisande om begreppet »rehabilitering« innebär helt olika mixer av behandlingsmetoder som bara delvis framgår av t ex följande prefix:

- Geriatrisk rehabilitering
- Hjärtinfarkt-rehabilitering
- KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom)-rehabilitering
- Ortopedisk rehabilitering
- Psykiatrisk rehabilitering
- Social rehabilitering
- Strokerehabilitering

Med alla dessa rehabiliteringskopplade begrepp avses egentligen komplexa, individuellt utformade, kliniska behandlingsprogram med varierande innehåll över tid där flera olika yrkesgrupper medverkar i teamform.

En ospecifik användning av begreppet rehabilitering, som inte förklarar vilka behandlingsmetoder som avses eller ordinerats, kan leda till problem på flera områden:

1. Kliniskt arbete: Otydligheten kan försvåra analysen av vilka metoder som varit av klinisk betydelse för patienten under behandlingstiden. Tydlig specifikation av begreppet kan öka förståelsen för att olika behandlingsmetoder behövs kombineras och samordnas i syfte att minska vissa symtom (t ex smärta, trötthet) eller förbättra vissa funktioner (t ex att självständigt kunna förflytta sig eller äta).
2. Klinisk forskning: Otydligheten kan försvåra en detaljerad analys av behandlingseffekter hos enskilda patienter eller grupper av patienter över tid. Tydlig specifikation av begreppet kan underlätta sammanställningar av resultat av komplexa behandlingsprogram hos patientgrupper med multipla sjukdomstillstånd.
3. Undervisning: Otydligheten kan medföra risk för missförstånd mellan olika studerandekategorier. Om begreppet

däremot används med tydlig specifikation kan det underlätta förståelsen av att det kan finnas behov av flera olika samtidiga behandlingsmetoder vid isolerade eller kombinerade sjukdomstillstånd.

4. Ekonomi: DRG-baserade ersättningar (DRG = diagnosrelaterade grupper) för slutna sjukvård kan bli mycket olika om en viss patient får klassificeringen (ej diagnos) »rehabiliteringsåtgärder« eller inte, trots att det inom denna kategori kan finnas mycket stora variationer, både kvalitativt och kvantitativt. Om begreppet används med tydlig specifikation kan det bli möjligt att differentiera mellan olika insatsnivåer inom den slutna vården.

Sammantaget är det angeläget att ordet rehabilitering alltid åtföljs av en specifikation av vad som avses i det enskilda fallet.

Behandlingseffekt svårbedömd vid multibehandling

Bedömning av effekt av någon viss behandlingsmetod kräver vanligen flera olika utfallsmarkörer, eftersom effekt(er) kan uppstå på flera olika nivåer. Anta att en patient behandlas med en ACE-hämmare mot hjärtsvikt. Här följer exempel på metoder/markörer för att utvärdera effekt av behandlingen:

Subjektivt:

- Symtomskala: Påverkan på något visst symtom eller kombination av symtom, t ex trötthet, andfåddhet, bröstsmärta eller subjektiv funktionsförmåga.
- Hälsorelaterad livskvalitet enligt validerade formulär.
- »Globalt test«: Enkätformulär med frågor om (och eventuellt i vilken grad) patienten är nöjd med behandlingen.

Objektivt – utvärderas via olika undersökningsmetoder, t ex:

- kondition (arbetsprov på testcykel),
- blodtryck,
- hjärtfrekvens,
- EKG,
- gångfunktion,
- ekokardiografi,
- blodprov,
- antal inläggningar på sjukhus under t ex ett år på grund av ökad hjärtsvikt.

Analysläget blir givetvis mer komplicerat om patienten behandlas med flera olika behandlingsmetoder (Tabell I) för en sjukdom respektive om flera olika behandlingsmetoder används för flera olika samtidiga sjukdomar (multisjuklighet).

Effekter som påvisas i kliniska studier kan skilja sig betydligt från de effekter som uppnås i vardagssjukvård. Behandlingslitteraturen inom äldrevården [3] visar vilka effekter/resultat som varit möjliga att uppnå under väl definierade och kontrollerade forskningsbetingelser – med allt vad detta innebär i form av homogena och väl kontrollerade patientmaterial, tydliga och specifika behandlingsprogram, känd följsamhet till behandlingen (compliance), strukturerade och standardiserade effektbedömningsinstrument samt motiverade medarbetare under avgränsade projektperioder.

När det vetenskapliga kunskapsläget omsätts i praktisk reguljär sjukvård blir situationen påtagligt annorlunda jämfört med behandlingseffekten i vetenskapliga studier: Patienterna är betydligt mer heterogena jämfört med i vetenskapliga studier och har ofta flera olika sjukdomstillstånd samtidigt. Handläggning vad avser diagnostik, behandling och uppföljning samt dokumentation utförs sällan efter standardiserade metoder, utan sker enligt olika lokalt utarbetade traditioner och medarbetares individuella arbetssätt. Dessutom är följ-

samheten till behandlingen ofta oklar och sällan analyserad. Härigenom riskerar man att få en »utspädning« av de effekter som visat sig möjliga att uppnå under mer rigorösa studiebe- tingelser.

Fallbeskrivningen illustrerar dilemmat: Patienten var ordi- nerad ett SSRI-preparat (selektiv serotoninupptagshämmare) sedan tre år, men det fanns i journalen ingen standardiserad värdering av effekten, utan endast kommentarer i löpande text av typen »ser pigg ut«, »verkar må bra«, »håller vikten« och liknande. Det gick därmed ej att dra någon slutsats om effek- ten av depressionsbehandlingen under den inledande depres- sionsfasen och inte heller om varför behandlingen fortsatte under tre år.

Det är mycket angeläget att vetenskapens respektive sjuk- vårdens utvärderingsperspektiv har ett mycket nära samband, i enlighet med läkaretikens devis att vården ska baseras på »vetenskap och beprövad erfarenhet«.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Socialpolitiska kommitténs betänkande: Social omvårdnad av han- dikappade. SOU 1964:43.
2. Socialstyrelsen. Rehabilitering inom hälso- och sjukvården – för alla åldrar och diagnoser. SoS-rapport 1993:10.
3. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Evidensbaserad äldre- vård. En inventering av det vetenskapliga underlaget. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2003.



= artikeln är referentgranskad