



### Multidomän-analys av multisjuka äldre personer måste baseras på sedvanlig medicinsk analys, och får inte ersättas av skattningsskalor

**F**ÖR DE FLESTA SJUKDOMAR saknas objektiva och entydiga mätvärden, varför diagnosen ofta ställs genom att vissa specificerade kriterier för sjukdomens *art* är uppfyllda. Analogt är det ovanligt att det finns objektiva mått på en sjukdoms *svårighetsgrad*, varför denna får uppskattas genom skattningsskalor. Sådana skalor kan baseras på patientens självskattning, alternativt baseras på intervju-skattning eller expertskattning utförd av vårdpersonal.

De senaste decennierna har vetenskapliga tidskrifter publicerat ett stort antal skattningsskalor för ett stort antal olika hälsoproblem, och det har även blivit vanligt att använda skattningsskalor i klinisk praxis. Skalorna är konstruerade på olika sätt och det går därför inte enkelt att översätta resultatet från en skala till en annan. För att kunna följa förloppet av ett hälsoproblem måste man därför använda samma skattningsskala.

Som exempel kan nämnas art-diagnosen *depression*: Diagnosen kan ställas genom att en patient uppfyller specificerade diagnostiska kriterier enligt t ex ICD-10 eller DSM4. Därefter kan depressionens grad skattas med en skattningsskala specifik för depression, t ex MADRS, Hamilton, eller GDS. I en rapport från SBU 2012 beskrevs 60 olika formulär som används för bedömning av depression<sup>1</sup>.

Analogt med detta finns skattningsskalor för skattning av svårighetsgrad för de flesta kroniska sjukdomar, t ex kronisk hjärtsvikt (NYHA), KOL (Gold), demens (MMT, Adas-Cog), Parkinsons sjukdom (*Unified Parkinson's disease rating scale*, UPDRS) och många andra. Det vore mycket värdefullt om diagnostik av sjukdomarnas art konsekvent kompletterades med en löpande skattning av svårighetsgrad, vilket ger underlag för grafisk visualisering av sjukdomsförlopp över tid.

Om en patient drabbas av flera olika, samtidiga hälsoproblem (multisjuklighet) försvåras användningen av diagnosspecifika skattningsskalor betydligt. Som ett exempel kan nämnas en svensk studie från primärvården i Östergötland, som visade att skattning av grad av hjärtsvikt med *New York Heart Associations* (NYHA) skattningsskala inte fungerar för personer med multipla hälsoproblem, eftersom flera sjukdomar kan ge hjärtsviktsliknande symptom<sup>2</sup>. Här har forskare istället utvecklat skattningsskalor för funktionella och andra konsekvenser av sjukdom. Här är några sådana exempel:

**Fysisk funktion:** Allmän fysisk funktion (short physical performance battery, SPPB), balans (Bergs balansskala), ansträngningsgrad (Borg-RPE-skalan).

**Fysisk förmåga:** Aktiviteter i dagliga livet (ADL), både personlig och/eller instrumentell ADL, t ex Katz, Barthel, Sunnaas index, etc.

**Symptom:** Smärta (VAS), möjliga läkemedelsrelaterade symptom (Phase-20).

**Skörhet** (*eng. frailty*): Det finns ett stort antal publicerade skattningsskalor för att bedöma grad av skörhet<sup>3</sup>. Syftet med dessa är att försöka avgöra en enskild persons biologiska ålder (istället för kronologisk ålder), som ett mått på risk för ökad morbiditet, funktionsnedsättning och mortalitet.

**Hälsorelaterad livskvalitet:** På senare år har allt större intresse riktats från bl a hälsoekonomer mot begreppet hälsorelaterad livskvalitet (*health related quality of life*, HRQoL), ofta uttryckt i en summerande siffra. Ett syfte har varit att uppskatta *cost-benefit* i sjukvården genom att dividera HRQoL med kostnad. Några exempel på sådana skattningsskalor är EQ-5D, SF-36 och Nottingham health profile.

**Risk:** Det finns ett stort antal skattningsskalor för skattning av risk för olika hälsoproblem, t ex undernäringstillstånd (MNA), trycksår (modifierad Nortonskala), fall (Downton fall risk index), fraktur (FRAX), alkoholöverkonsumtion (Alcohol use disorders identification test, AUDIT) och många andra.

**Vetenskap:** Det finns även skattningsskalor för att bedöma grad av kvalitet på vetenskapliga artiklar, t ex GRADE.

Medicinsk handläggning av patienter med multisjuklighet förutsätter en multidomän-baserad diagnostik, behandling och uppföljning (DBU) över tid<sup>4</sup>. *Comprehensive geriatric assessment* (CGA) har angivits som en lämplig metod för detta, men CGA har aldrig operationaliserats som en metod<sup>5</sup>. Mot bakgrund av det tilltagande arbetet med att standardisera sjukvården och styra den baserat på internationella och nationella riktlinjer, vårdprogram och checklistor, finns det en betydande risk att multidomän-analys och CGA alltmer kommer att baseras på kombinationer av olika skattningsskalor<sup>6</sup>. Det är viktigt att framhålla att skattningsskalor aldrig får ersätta en sedvanlig medicinsk analys baserad på anammes och status presens, och de får bara utgöra komplement till dessa undersökningar. <<

För referenslista se Svensk Geriatriks hemsida:  
[www.svenskgeriatrik.se](http://www.svenskgeriatrik.se)

**Gunnar Akner**

Professor och docent i geriatrik, läkare  
[akner.gunnar@gmail.com](mailto:akner.gunnar@gmail.com)  
[www.gunnar-akner.se](http://www.gunnar-akner.se)  
[www.aknerblog.wordpress.com](http://www.aknerblog.wordpress.com)

