

Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer

**Hur riktlinjerna kan anpassas till mest sjuka
äldres särskilda förutsättningar och behov**

Innehåll

Vägledning om mest sjuka äldre och nationella riktlinjer	3
Vilka är mest sjuka äldre?	3
Mest sjuka äldres särskilda förutsättningar kan påverka tillämpbarheten av riktlinjerna	3
Viktiga principer för att anpassa rekommenderade åtgärder.....	4
Följa upp och utvärdera åtgärder	6
Referenser	7
Bilaga 1. Referensgrupp.....	8

Vägledning om mest sjuka äldre och nationella riktlinjer

Mest sjuka äldres särskilda förutsättningar kan påverka tillämpbarheten av Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Att följa enskilda rekommendationer i riktlinjerna kan i vissa fall riskera att leda till felbehandling när det gäller dessa personer.

De mest sjuka äldre blir allt fler, vårdkonsumtionen är hög och vården är fragmenterad och ojämlig. Gruppen riskerar att inte ges företräde eller rätt behandling, trots stora hälso- och vårdbehov. Den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60) betonar att svåra sjukdomar och väsentliga livskvalitetsförsämringar ska gå före lindrigare, även om vården av svåra tillstånd kostar mycket mer.

Hälso- och sjukvården behöver därför anpassa sitt förhållningssätt och sina rutiner så att de kan ge en god vård till mest sjuka äldre.

Syftet med den här vägledningen är att synliggöra gruppen mest sjuka äldres särskilda förutsättningar, hur dessa förutsättningar kan påverka tillämpbarheten av Socialstyrelsens nationella riktlinjer samt vilka avvägningar som är viktiga att göra för att kunna ge denna grupp en god vård.

Vägledningen har samma målgrupp som Socialstyrelsens nationella riktlinjer, det vill säga beslutsfattare samt andra yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården.

Vilka är mest sjuka äldre?

I denna vägledning definieras de mest sjuka äldre som personer med svår samsjuklighet och skörhet. Det finns dock flera olika sätt att definiera mest sjuka äldre. En definition avser personer som är 65 år eller äldre med omfattande funktionsnedsättningar till följd av åldrande, skada eller sjukdom. Denna definition finns i Socialstyrelsens publikation *De mest sjuka äldre – avgränsning av gruppen* [1].

Begreppet *skörhet* kan också definieras på olika sätt, men det är vanligt att skörhet beskrivs utifrån förekomsten av minst tre av följande fem kriterier: ofrivillig viktförlust, svaghet, orkeslöshet eller utmattning, långsam gånghastighet eller låg fysisk aktivitet [2].

Mest sjuka äldres särskilda förutsättningar kan påverka tillämpbarheten av riktlinjerna

Risken för felbehandling, såväl under- som överbehandling, är stor när en patient lider av flera sjukdomar samtidigt och vården tillämpar rekommendationer från flera olika riktlinjer parallellt. Som exempel kan rekommendationer om läkemedelsbehandlingar nämnas. Mest sjuka äldre behandlas ofta

med flera olika läkemedel, vilket bland annat kan öka risken för allvarliga biverkningar, fallskador, och behovet av akut vård [3].

Även om varje enskilt läkemedel skulle ha stöd i någon av Socialstyrelsens nationella riktlinjer, kan hälso- och sjukvården behöva göra avsteg från rekommendationerna för att den sammantagna förskrivningen inte ska bli alltför riskfylld.

Mest sjuka äldres särskilda förutsättningar ställer extra höga krav på klinisk erfarenhet hos vårdpersonalen för att kunna göra individuella bedömningar och uppföljningar. Rekommendationerna i nationella riktlinjer är evidensbaserade och bygger på studier som utvärderar åtgärders effekt. När det gäller de mest sjuka äldre patienterna saknas dock ofta den typen av forskningsunderlag och kunskapsluckorna är stora. En orsak är att studier oftast utförs på yngre personer med en tydlig diagnos och utan allvarlig samsjuklighet. Det gör att resultaten inte alltid går att generalisera till en äldre och mer sjuklig befolkning som ofta har flera sjukdomar samtidigt och komplexa behov.

Viktiga principer för att anpassa rekommenderade åtgärder

Här presenterar Socialstyrelsen principer som är viktiga att ta hänsyn till för att kunna anpassa rekommendationerna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer efter de mest sjuka äldres särskilda förutsättningar. De principer som presenteras har tagits fram av en referensgrupp, bilaga 1. Principerna kompletterar varandra och det är därför viktigt att förhålla sig till alla principerna samtidigt.

Myndigheten tar upp följande principer:

- En individ- och behovsanpassad behandling förutsätter en helhetsbedömning av patientens tillstånd.
- Det är målet med vården som styr behandlingens inriktning.
- Förhållandet mellan nytta och risk påverkar valet av behandling.

En individ- och behovsanpassad behandling förutsätter en helhetsbedömning av patientens tillstånd

I bedömningen av olika tillstånd hos de mest sjuka äldre är det viktigt att utgå från en helhetssyn på patienten där fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov beaktas. Mest sjuka äldre har många komplexa behov på grund av svår samsjuklighet och skörhet. Andra faktorer som ensamhet eller nedsatt kognitiv förmåga påverkar också deras situation. Ofta finns det ett komplicerat samspel mellan flera olika försvårande faktorer.

En helhetsbedömning av patienten innebär ett systematiskt tillvägagångsätt som ställer krav på multiprofessionellt samarbete samt god geriatrisk kunskap hos vårdgivaren.

Syftet med bedömningen är att formulera tydliga mål som ska styra komplexa behandlingar eller interventioner där läkemedel, nutrition, fysisk aktivitet, hjälpmedel och social stimulans utgör olika delar.

Målet med vården styr behandlingens inriktning

Målet med vården av mest sjuka äldre patienter kan skilja sig från vården av andra patienter. I vissa fall kan det vara aktuellt att fokusera på förbättring av prognosen, men i flertalet fall ligger fokus på att lindra symtom, främja livskvalitet, förbättra olika funktioner och förmåga till aktivitet och delaktighet. Det är viktigt att ta till vara de resurser som patienten fortfarande har. Till exempel är livsstilsfaktorer, såsom en fullgod kost och anpassad fysisk aktivitet för att behålla vikt och funktion, angeläget för de mest sjuka äldre.

Avrådan från en behandling innebär inte att ingen behandling bör ges. Tvärtom handlar det om att hitta den mest ändamålsenliga behandlingen.

Patienten ska så långt det är möjligt involveras i beslut om vårdens inriktning.

Förhållandet nytta och risk påverkar valet av behandlingen

För de mest sjuka äldre förändras ofta förhållandet mellan nytta och risk vid olika behandlingar på grund av svår samsjuklighet och skörhet. Den enskilda personens förmåga att tillgodogöra sig en behandling är en avgörande faktor i bedömningen av nyttan eller riskerna med en behandling.

Förväntad effekt av en åtgärd, som till exempel förväntad ökad överlevnad eller förbättring av livskvalitet, har stor betydelse för valet av behandling. Även risken för komplikationer (som ofta ökar med åldern vid många behandlingar) liksom förekomsten av samtidig annan sjukdom, är faktorer som måste vägas in. Ju mer komplicerad och riskfylld en behandling är, desto viktigare är det att känna till patientens riskfaktorer, som till exempel annan samtidig sjukdom eller skörhet.

Att överbehandla mest sjuka äldre kan också göra mer skada än nytta på grund av biverkningar. Behandlingar vars syfte är att förebygga komplikationer på lång sikt men som inte lindrar symtom kan vara exempel på sådan överbehandling.

Enbart ålder är en dålig indikator på om patienten löper stor risk för skada eller biverkningar av en åtgärd. Däremot kan biologisk ålder påverka en persons möjlighet att tillgodogöra sig medicinska åtgärder [4]. Det är därför viktigt att skilja mellan kronologisk och biologisk ålder. Kronologisk ålder är den tid som förflutit sedan en person föddes. Biologisk ålder motsvarar en persons biologiska status, som kan vara nedsatt på grund av samsjuklighet eller skörhet.

En 80-åring kan till exempel vara i ett sådant biologiskt skick att hon kan tillgodogöra sig en viss medicinsk åtgärd trots hög kronologisk ålder. På samma sätt kan samma åtgärd hos en 65-åring göra mer skada än nytta om personen är skör eller har svår samsjuklighet.

Det förekommer dock situationer då det inte finns tid till ordentlig utredning. Vid ett akut insjuknande kan ändå skörhet vara en markör för att det

finns stor risk för komplikationer, vilket måste vägas in inför beslut om akuta ingrepp [5].

Följa upp och utvärdera åtgärder

Eftersom förhållandet mellan nytta och risk vid olika behandlingar ofta förändras hos de mest sjuka äldre, är det särskilt viktigt att kontinuerligt följa upp och utvärdera de åtgärder som ges till mest sjuka äldre.

Till exempel är uppföljning av insatta läkemedel avgörande för en god och säker vård. Hälso- och sjukvården ska erbjuda läkemedelsgenomgångar till äldre patienter som är ordinerade ett flertal läkemedel [6]. Ansvarig läkare ska bland annat göra en bedömning om patientens läkemedelsbehandling är ändamålsenlig och säker utifrån patientens individuella förutsättningar.

Socialstyrelsen har även tagit fram ett antal indikatorer som kan användas på nationell, regional och lokal nivå för att följa utvecklingen av de mest sjuka äldres vård [7,8].

Referenser

1. Socialstyrelsen. De mest sjuka äldre- avgränsning av gruppen; 2011.
2. Fried, L, Tangen, C, Walston, J, Newman, A, Hirsch, C, al, JGe. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001; 56(3):M146 - 56.
3. Socialstyrelsen. Äldre med regelbunden medicinering – antalet läkemedel som riskmarkör; 2012.
4. SOU 1995:5 Vårdens svåra val
5. Rockwood, K, Song, X, MacKnight, C, Bergman, H, Hogan, D, McDowell, I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ.* 2005; 173:489-95.
6. SOSFS 2012:9 Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.
7. Socialstyrelsen. De mest sjuka äldres vård och omsorg – en beskrivning utifrån nationella indikatorer. 2011.
8. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser- Vård och omsorg om äldre 2012. 2013.

Bilaga 1. Referensgrupp

Tommy Cederholm	professor, institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet
Anne Ekdahl	medicine doktor, specialist (i geriatrik), överläkare, geriatriska kliniken, Vrinnevisjukhuset
Niklas Ekerstad	medicine doktor, specialist (i kardiologi), Linköping
Annika Eklund-Grönberg	specialist (i allmänmedicin), Stockholms läns landsting
Yngve Gustavsson	professor, överläkare, institutionen för samhällsmedicin och rehabilitering, avdelningen för geriatrik, Umeå universitet
Ingalill Rahm-Hallberg	professor (i vårdvetenskap), vice-rektor, Lunds universitet
Sigurd Vitols	professor, institutionen för medicin, Karolinska institutet och Karolinska universitetssjukhuset
Elisabeth Rydwick	medicine doktor, sjukgymnast, adjunkt, institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska institutet