

Organisering av vård och omsorg för de mest sjuka äldre

– en kartläggning av översikter

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-87169-11-3

Artikelnr 2012-3-13

Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2012

Förord

Socialstyrelsen fick i december 2009 ett uppdrag från regeringen att i samarbete med Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) särskilt uppmärksamma kunskapsläget rörande de mest sjuka äldre (S2009/9857/ST). Syftet med uppdraget är att fortlöpande stödja hälso- och sjukvården och äldreomsorgen genom att systematiskt identifiera kunskapsluckor, stimulera till ny kunskap och aktivt föra ut kunskap som kan bidra till att ge de mest sjuka äldre ett värdigt liv och en god vård och omsorg.

Denna rapport innehåller en kartläggning av översikter med relevans för organisering av vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Syftet med kartläggningen är att beskriva forskningsfältet dvs. var det finns respektive saknas kunskap. Utifrån resultatet av kartläggningen är syftet att gå vidare och genomföra en systematisk översikt på ett område som är både relevant och prioriterat för gruppen mest sjuka äldre.

Arbetet har utförts vid Enheten för kunskapsöversikter. Flera personer har på olika sätt deltagit i arbetet. *Marie Nyström* och *Gunilla Fahlström* har ansvarat för genomförandet av samtliga moment i kartläggningen, där även *Emelie Engvall* medverkat. *Gunnar Bergström* har varit metodstöd, agerat tredje bedömare vid granskningen och deltagit i sammanställningen av rapporten. *Ann Kristine Jonsson* har tagit fram sökstrategier och genomfört sökningar i litteraturdatabaser. *Britta Mellfors* och *Frida Nobel*, utredare vid Socialstyrelsen, har bidragit med värdefulla synpunkter och sakkunskap under arbetets gång. Kartläggningen är genomförd i nära samarbete med enhetschef *Jenny Rehnman*.

Anders Tegnell

Avdelningen för kunskapsstyrning

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Innehåll</i>	5
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Bakgrund</i>	10
De mest sjuka äldre	10
Vård och omsorg för de mest sjuka äldre	11
Syfte och frågeställningar	12
<i>Metod</i>	13
Inklusionskriterier	13
Litteratursökning	13
Urval av översikter	14
Kvalitetsvärdering av översikter	14
Urval för ny systematisk översikt	15
<i>Vård- och omsorgskedja</i>	16
Interventioner kring utskrivning	16
Interventioner med fokus efter utskrivning	18
Interventioner med fokus på samordning	19
Från särskilt boende till akutmottagning	20
Sammanfattning av resultat	20
<i>Vård, omsorg och boende</i>	22
Jämförelser av olika vårdenheter	22
Jämförelser av olika vårdinsatser	24
Sammanfattning av resultat	26
<i>Rehabilitering</i>	29
Var rehabilitering bäst bedrivs	29
Hur rehabilitering bäst utformas	30
Sammanfattning av resultat	32
<i>Slutsatser och diskussion</i>	34
Vad vet vi idag	34
Kunskapsluckor	36
Genomförande av kartläggningen	38
Fortsatt arbete	40

<i>Referenser</i>	<i>41</i>
<i>Bilaga 1. Kunskapsunderlag om de mest sjuka äldre</i>	<i>47</i>
<i>Bilaga 2. Flödesscheman för urval och kategorisering</i>	<i>60</i>
<i>Bilaga 3. Sökdokumentation</i>	<i>63</i>
<i>Bilaga 4. Mall för bedömning av kvalitet (systematik)</i>	<i>69</i>
<i>Bilaga 5. Bedömning av kvalitet och kategorisering av översikter</i>	<i>76</i>
<i>Bilaga 6. Tabeller över inkluderade översikter</i>	<i>84</i>
<i>Bilaga 7. Beskrivning av uppdaterade översikter av god kvalitet</i>	<i>108</i>
<i>Bilaga 8. Beskrivning av ej uppdaterade översikter av god kvalitet</i>	<i>120</i>
<i>Bilaga 9. Beskrivning av översikter av begränsad kvalitet</i>	<i>133</i>

Sammanfattning

Denna kartläggning handlar om organisering av vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Den omfattar översikter som rör områdena vård- och omsorgskedja, former för vård, omsorg och boende (vård- och boendeform) samt rehabilitering. Syftet med kartläggningen är att beskriva forskningsfältet dvs. var det finns respektive saknas kunskap. Utifrån resultatet av kartläggningen är syftet att gå vidare och genomföra en systematisk översikt på ett område som är både relevant och prioriterat för gruppen mest sjuka äldre. De mest sjuka äldre har här avgränsats till personer som är minst 60 år gamla och med specifika sjukdomar (demenssjukdom, stroke, cancer, frakturer, hjärtsjuklighet, KOL, psykiatriska problem, lunginflammation), eller tillstånd såsom skörhet, komplexa hälsoproblem, boende på sjukhem eller med andra äldre-omsorgsinsatser.

Totalt inkluderades 63 översikter i kartläggningen fördelade över områdena vård- och omsorgskedja (22 översikter), vård- och boendeform (25 översikter) samt rehabilitering (16 översikter). Översikterna kategoriserades utifrån kvalitet varav 15 översikter bedömdes vara uppdaterade och av god kvalitet, 20 av god kvalitet men inte uppdaterade dvs. de innehöll inte en uppdaterad sökning av primärstudier, och 28 som översikter av begränsad kvalitet. Översikterna är publicerade under åren 1990–2011. En majoritet av de ingående primärstudierna i översikterna är av utomnordiskt ursprung, framförallt från USA. I översikterna av god kvalitet finns nordiska studier i 13 av dessa och svenska studier ingår i 14 översikter. Med anledning av att frågeställningarna i kartläggningen är omfattande och komplexa kan det inte garanteras att alla översikter med relevans för området har lyckats identifierats. I kartläggningen återges resultat och slutsatser som redovisats i respektive översikt.

I kartläggningen ingår översikter som adresserar flera viktiga frågor om organisering av vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Området vård- och omsorgskedja handlar övervägande om sköra äldre och området vård- och boendeform om äldre med specifika sjukdomar, men även om sköra äldre. Området rehabilitering handlar framförallt om vård och omsorg utifrån specifika sjukdomar.

Vård- och omsorgskedja

För området vård- och omsorgskedjan finns uppdaterad kunskap av god kvalitet för flera interventioner för de mest sjuka äldre. De resultat och slutsatser som redovisas i översikterna visar att utskrivningsplanering från sjukhus, där en strukturerad utskrivningsplan som är anpassad till den enskilda patienten, troligen medför små minskningar i vårdtid på sjukhus. Likaså en liten sänkning av antalet återinläggningar för äldre personer som skrivits in på grund av ett medicinskt tillstånd. Effekten av utskrivningsplanering på dödlighet, hälsoutfall och kostnader är fortfarande osäker. Resultaten indikerar att en omfattande vårdplanering och välutbildad sjukvårdspersonal, såsom sjuksköterskor eller farmakologisk personal, med aktuell

information om patientens kliniska status och vårdplan, säkerställer smidigare förflyttning från sjukhuset till hemmet. Multifacetterade interventioner såsom patientutbildning om äldre och gemensamt arbetssätt minskar förekomsten av fel och ogynnsamma händelser under överflyttningen. Uppdaterad kunskap finns också för ”stroke liaison worker” vilket är en samordningsfunktion vid utskrivning av patienter med stroke. Resultaten visar att patienter med mild till måttlig funktionsnedsättning kan gynnas av interventionen genom en minskning i dödlighet och funktionsnedsättning. Patienter rapporterar förbättrad tillfredsställelse med vissa aspekter av interventionen. Exempel på relevanta områden för vilka det saknas kunskap för området vård- och omsorgskedja är effekter av case management (utgörs av varierande modeller för samordning av insatser), organisering inom akutsjukvården och om tekniska system för överföring av patientinformation.

Vård- och boendeform

För området vård- och boendeform finns uppdaterad kunskap av god kvalitet för flera interventioner för de mest sjuka äldre. De resultat och slutsatser som redovisas i översikterna visar att det vetenskapliga stödet är otillräckligt för om sjukhusvård i hemmet vid tidig hemgång från sjukhus och sjukvård i hemmet skiljer sig från sjukhusbaserad vård. Interventionen kan möjligen vara ett effektivt alternativ till sjukhusvård för en viss grupp av äldre patienter, men det är oklart för vilka. Personer med stroke eller äldre patienter kan ha lägre risk för att komma till särskilt boende om de efter tidig utskrivning får sjukhusvård i hemmet. Geriatrisk dagsjukvård verkar vara mer effektivt än ingen intervention i termer av förbättrad ADL (aktiviteter i dagliga livet) och minskad användning av slutenvård vid sjukhus. Geriatrisk dagsjukvård visade ingen tydlig fördel i förhållande till andra former av omfattande äldreomsorg. Allsidig geriatrisk bedömning vid akuta insatser ökar en patients sannolikhet att vara vid liv och i sitt eget hem i upp till tolv månader. Uppdaterad kunskap finns också för specialiserad boendeform för personer med demenssjukdom, där inga randomiserade kontrollerade studier identifierades och utifrån ickerandomiserade studier finns det inget starkt stöd för nytta och värde med särskilda vårdenheter för personer med demens. Det tycks vara viktigare att implementera bästa tillgängliga vård än att tillhandahålla särskilda enheter. Likaså finns uppdaterad kunskap för strukturerad telefonsupport och telefonövervakning vid hjärtsvikt, vilka är effektiva för att minska dödlighet och sjukhusinläggningar relaterade till kronisk hjärtsvikt hos vuxna personer. Det förbättrar livskvaliteten, minskar kostnader och förbättrar förskrivning av läkemedel. Majoriteten av de äldre patienterna lärde sig lätt att använda tekniken och var nöjda med att få vård på detta sätt. Exempel på relevanta områden för vilka det saknas kunskap för området vård- och boendeform är effekter av särskilda vårdenheter för stroke, organisering av geriatrisk icke akut vård och kombination av psykiatrisk vård och sjukhemsinsatser.

Rehabilitering

För området rehabilitering finns uppdaterad kunskap av god kvalitet för flera interventioner för de mest sjuka äldre. De resultat och slutsatser som redovisas i översikterna visar att det finns kunskap om effekter av olika vårdmiljöer för personer med stroke eller KOL. För stroke visar en översikt att det finns

effekter för hembaserad rehabilitering efter sex veckor och efter 3-6 månader. Efter sex månader är effekterna mer oklara. För KOL påvisade en översikt förbättringar i hälsorelaterad livskvalitet och fysisk kapacitet efter hembaserad rehabilitering i jämförelse med sedvanlig vård. Studier som jämförde hembaserad rehabilitering med sjukhusbaserade öppenvårdsprogram har däremot inte kunnat påvisa några statistiska och kliniskt säkerställda skillnader i hälsorelaterad livskvalitet och fysisk kapacitet. Det finns också uppdaterad kunskap om rehabilitering inom slutenvården speciellt utformad för geriatriska patienter och patienter med höftfraktur. Dessa har potential att förbättra resultat avseende funktion, sjukhemsboende och dödlighet. Data är dock otillräckliga för att definiera hur framgångsrika program ska vara uppbyggda och för att avgöra programmens kostnadseffektivitet. Likaså finns det uppdaterad kunskap för rehabilitering av äldre med höftfraktur i form av multidisciplinär rehabilitering där det fanns en tendens till ett bättre resultat för patienter som erhöll multidisciplinär rehabilitering inom slutenvården, men resultaten var inte statistiskt säkerställda. När det gäller interventioner med syfte att förbättra fysisk och psykosocial funktion efter höftfraktur, där vissa positiva resultat fanns men där studierna genomgående var för små och med varierande kvalitet och därmed, är det vetenskapliga stödet otillräckligt. Exempel på relevanta områden för vilka det saknas kunskap för området rehabilitering är effekter av olika vårdmiljöer för andra grupper av de mest sjuka äldre än personer med stroke eller KOL.

Sammantaget finns uppdaterad kunskap av god kvalitet för hela eller delar av gruppen mest sjuka äldre för flera frågeställningar. Samtidigt visar dock översikterna att det sammanvägda resultatet från primärstudierna många gånger är osäkert. Denna osäkerhet handlar om att resultaten inte är statistiskt säkerställda, att studierna är för små, av dålig kvalitet eller att resultaten inte kan betraktas som säkra för hela studiegruppen i översikten. I flera översikter pekar ändå resultaten på lovande effekter. Vidare kan noteras att översikter om interventioner eller sätt att organisera långvariga vård- och boendeformer är mindre vanligt än översikter som handlar om att organisera insatser och modeller av mer avgränsat slag.

Kartläggningen visar också att det saknas kunskap. En angelägen kunskap är interventioner för att hantera komplexa hälsoproblem eller skörhet, alltså problem som är utmärkande för gruppen de mest sjuka äldre. Ett sådant område är samordning av vård- och omsorgsinsatser (case management) där en systematisk översikt om effekter av individuell samordnare anses viktig att genomföra.

Bakgrund

Syftet med denna kartläggning är att identifiera och beskriva översikter kring hur vård och omsorg är organiserad för de mest sjuka äldre, samt att utifrån detta redovisa områden där det kan vara relevant och prioriterat att genomföra en ny systematisk översikt. Kartläggningen omfattar översikter som rör områdena vård- och omsorgskedja, former för vård, omsorg och boende samt rehabilitering. Ett särskilt fokus har varit att beskriva vilka interventioner och studiepopulationer som förekommer i översikterna, och om översikterna är av god kvalitet, det vill säga om man kan lita på redovisningen av resultatet i översikterna. Förutom att beskriva var det finns kunskap ingår också att visa på områden där det saknas kunskap i och med att det inte finns översikter som är uppdaterade och av god kvalitet. Kartläggningen ingår i ett uppdrag som Socialstyrelsen fick i december 2009 från regeringen. Uppdraget handlar om att särskilt uppmärksamma kunskapsläget rörande de mest sjuka äldre (S2009/9857/ST).

I Sverige är nästan 19 procent, ungefär 1,8 miljoner människor, 65 år eller äldre [1]. De äldres andel i befolkningen har ökat och beräknas fortsätta att öka [2]. Med stigande ålder ökar sannolikheten att drabbas av olika kroniska sjukdomar och särskilt att flera sjukdomar och symtom förekommer samtidigt, s.k. multisjuklighet [3]. Detta innebär att det i framtiden sannolikt kommer att ställas ännu större krav på tillgången till god vård och omsorg för äldre. Förmodligen kommer det också att ställas större krav på samordning mellan olika professioner och huvudmän. Med detta följer ett behov av kunskap för kommuner och landsting kring effektiva sätt att organisera vård och omsorg. En evidensbaserad vård och omsorg, diagnostik och behandling utifrån bästa tillgängliga kunskap, är numer någonting självklart. Lika uppmärksammat är inte behovet av att evidensbasera vårdens organisation (*eng. services*) [4].

De mest sjuka äldre

I en kartläggning måste det vara tydligt vilka studier som ska inkluderas. Här innebär det att en översikt måste handla om effekter av interventioner för de mest sjuka äldre. När arbetet med regeringsuppdraget påbörjades konstaterades att det rådde oklarhet om vilka äldre som tillhör gruppen mest sjuka äldre. Flera närliggande definitioner finns och används mer eller mindre frekvent och handlar framförallt om skörhet, *eng. frailty*, multisjuklighet och multiviktande. Ingen av dessa fungerar dock ensam som kriterium för att kunna välja ut översikter för denna kartläggning. Mot bakgrund av detta gjordes analyser av uppgifter i patient- och socialtjänstregistren vid Socialstyrelsen. Med hjälp av dessa avgränsades gruppen så att en arbetsdefinition kunde erhållas med tydliga kriterier för vilket underlag som är relevant att inkludera i kartläggningen (bilaga 1).

Med mest sjuka äldre avses i denna kartläggning personer med en ålder om minst 60 år som uppfyller ett eller flera av följande kriterier:

1. har någon form av äldreomsorg oavsett typ och omfattning
2. är benämnd skör (*eng. frail*) i relevanta studier alternativt beskrivs som multisjuk eller i övrigt har benämnts ha komplexa hälsoproblem
3. har någon av följande sjukdomar/hälsoproblem: cancer, demens, frakturer, hjärtsjuklighet, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), lunginflammation, psykisk ohälsa, stroke.

Kriterierna är inte uteslutande, exempelvis kan en och samma person ha en demenssjukdom, äldreomsorg och därtill flera andra diagnoser. Som framgår ovan så kan man tänka sig att gruppen mest sjuka äldre består av flera grupper som utöver åldern har den gemensamma nämnaren att behov av vård och/eller omsorg föreligger i en eller annan bemärkelse. Huruvida det är lämpligt att överföra resultat mellan grupperna får övervägas från fall till fall.

Vård och omsorg för de mest sjuka äldre

I Sverige utförs organiseringen av vård, omsorg och rehabilitering med högre eller lägre grad av kommunikation och samordning mellan berörda aktörer. Samarbetsbrister kan få ödesdigra konsekvenser för en patients hälsa och livskvalitet samtidigt som det innebär ineffektivt resursutnyttjande och ökade samhällskostnader. Att tänka i termer av vårdkedja med fokus på den sammantagna effekten för den enskilda patienten kan därmed ses som ett försök att anlägga ett helhetsperspektiv på vård och omsorg [5]. Vården av de mest sjuka äldre kan ske i slutna och öppna vårdformer och på olika vårdnivåer. Det innebär exempelvis allmänna vårdavdelningar eller specialistavdelningar vid sjukhus såsom ortopedi eller psykiatri, likaväl som inom primärvård, kommunal hälso- och sjukvård som omsorg i hemmet eller i särskilda boendeformer. Den genomsnittliga vårdtiden på sjukhus minskar, samtidigt som vård utförs i större utsträckning som öppenvård, både vid sjukhus, i primärvård eller genom hemsjukvård samt inom kommunal vård och omsorg [6]. Sammantaget visar detta att vård och omsorg är en komplex organisation med många åtaganden och ansvarsområden som involverar ett flertal yrkeskategorier. I Sverige råder visserligen stor likhet i hur sjukvård och omsorg organiseras, men samtidigt finns det skillnader i organisation, det vill säga i modeller, rutiner och arbetssätt. Var insatserna ges beror bland annat på den regionala och lokala organisationen, rutiner och naturligtvis personens tillstånd. Den svenska lagstiftningen, Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) respektive Socialtjänstlagen (2001:453), är ramlagar vilket innebär att verksamheterna kan utformas efter skiftande behov.

I kartläggningen ingår organisering av tre områden: vård- och omsorgskedja, former för vård, omsorg och boende (vård- och boendeform) samt rehabilitering. Beteckningarna utgör gemensamma nämnare av översiktens innehåll för respektive område. Beskrivningarna nedan kan inte ses som vedertagna begreppsdefinitioner.

- Vård- och omsorgskedja är en sammanfattande benämning på de åtgärder som görs under patientens väg genom vården. En vård- och omsorgskedja kan omfatta alla typer av hälso- och sjukvård samt vård- och omsorgsaktiviteter, oavsett huvudman/vårdgivare. Det handlar om samverkan vid vårdplanering och om informationsöverföring, som exempelvis samordning vid utskrivning från slutenvården för att tillgodose den enskildes behov efter utskrivning.
- Med vård- och boendeform avses sätt att tillhandahålla vård, omsorg eller boende för äldre personer. Exempelvis om det är bättre med särskilt utformade vårdenheter såsom specialiserade demensenheter eller geriatrika enheter i jämförelse med traditionella vårdenheter. Om det är bättre med särskilt utformade boenden för personer med demens, eller om vård bedrivs bäst på sjukhus eller i det egna hemmet. Andra exempel är multiprofessionella insatser eller farmakologiskt stöd.
- Med rehabilitering avses insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet. I organisering av rehabilitering inkluderas exempelvis översikter som handlar om var rehabilitering bäst bedrivs: bästa vårdmiljö eller om hur rehabilitering bäst utformas såsom exempelvis multidisciplinär rehabilitering.

Syfte och frågeställningar

Syftet med kartläggningen är att identifiera och beskriva översikter kring organisering av vård och omsorg för de mest sjuka äldre, samt att utifrån detta redovisa områden där det kan vara relevant och prioriterat att genomföra en ny systematisk översikt. Kartläggningen inbegriper områdena vård- och omsorgskedja, former för vård, omsorg och boende (vård- och boendeform) samt rehabilitering. De identifierade översikterna kommer först att granskas för att se om de uppfyller de inklusionskriterier som definierats kring population, intervention, jämförelsegrupper och utfall. Därefter granskas översikten utifrån följande frågeställningar:

- Vilka forskningsfrågor eller områden har studerats?
- Vilka interventioner har granskats i översikterna?
- Vilken eller vilka grupper av mest sjuka äldre utgör studiepopulation och vilken är jämförelsegruppen?
- Vilken kvalitet har översikten?
- Var har primärstudierna som ingår i översikten utförts?
- Har liknande frågeställningar, interventioner eller populationer analyserats i flera översikter dvs. finns överlappning mellan översikter?
- Inom vilka områden eller för vilka frågeställningar finns det uppdaterad kunskap av god kvalitet?
- Saknas uppdaterad kunskap av god kvalitet för vissa områden, frågeställningar eller för vissa grupper av de mest sjuka äldre, dvs. finns det kunskapsluckor?

Metod

Inklusionskriterier

Urvalet av översikter för kartläggningen gjordes utifrån ett antal i förväg definierade inklusionskriterier vilka var:

1. Populationen ska uppfylla ett eller flera av följande tre kriterier:
 - har någon form av äldreomsorg oavsett typ och omfattning
 - är benämnd skör (*eng. frail*) i relevanta studier alternativt beskrivs som multisjuk eller i övrigt har benämnts ha komplexa hälsoproblem
 - har någon av följande sjukdomar/hälsoproblem: cancer, demens, frakturer, hjärtsjuklighet, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), lunginflammation, psykisk ohälsa, stroke.

Dessutom ska något av följande kriterier uppfyllas:

- översikten har krav på att studiepopulationen ska vara ≥ 60 år
 - en majoritet av de ingående primärstudierna har studiepopulationer med en ålder av ≥ 60 år
 - en separat subgruppsanalys finns för äldre
 - om studiepopulationen har demenssjukdom, höftfrakturer eller stroke så inkluderas översikten även om ålder inte framgår.
2. Interventionerna syftar till att organisera vård och omsorg (vård- och omsorgskedja, vård- och boendeform eller rehabilitering) och fokuserar på de mest sjuka äldre. Fokus är inte på medicinskt innehåll, omfattning av en insats som sådan eller på vårdpersonal.
 3. Översikten ska vara publicerad 1990 eller senare och skriven på något av språken svenska, norska, danska, finska, tyska eller engelska.

För att en översikt skulle inkluderas krävdes att vart och ett av ovanstående kriterier uppfylldes. Inga krav ställdes på att en jämförelsegrupp måste finnas och vidare accepterades samtliga utfallsområden och utfallsmått.

Litteratursökning

Översikter identifierades via informationssökning i vetenskapliga referensdatabaser och granskning av referenslistor i relevanta artiklar och systematiska översikter. Därtill har även en granskning gjorts av det vetenskapliga underlaget för Socialstyrelsens nationella riktlinjer avseende lungcancervård [7], hjärtsvikt [8], depression och ångestsyndrom [9], strokesjukvård [10] samt demenssjukdom [11]. Referensuppföljning utifrån

referenslistor begränsades till systematiska översikter publicerade från och med 2008. Databassökningarna gjordes från november 2010 till mars 2011 av en informationsspecialist vid Socialstyrelsen. Följande databaser genomfördes:

- Ageline
- Cinahl
- PsycINFO
- PubMed
- Social Services Abstracts/Sociological Abstracts
- The Campbell Library

I sökningarna har både kontrollerade ämnesord samt ord i titlar och/eller sammanfattningar använts för bästa möjliga träffresultat. En generell utgångspunkt vad gäller population har varit äldre och sköra äldre. Sökstrategierna har varit breda för att minimera risken att missa relevanta översikter. Exakt vilka sökord som har använts varierar beroende på vilken databas samt vilket ämnesområde som söktes. Kompletterande sökningar gjordes under hösten 2011. Exempel på sökstrategier redovisas i bilaga 3. Sökningarna har inte begränsats vad gäller tid eller geografi.

Urval av översikter

Kartläggningen kommer att fokusera på den forskning som sammanfattats i systematiska översikter. En systematisk översikt genomförs med hjälp av en strukturerad och transparent metod. Metoden används för att finna, samla in, välja ut och väga samman forskning om en definierad fråga. Översiktsmetoden är strukturerad och syftet med detta är att minimera risken för att resultat och slutsatser systematiskt snedvrids [12]. Genom kartläggningen kan en stor mängd sammanvägd kunskap inom området täckas.

Samtliga identifierade referenser har granskats av två personer oberoende av varandra. Först granskades titlar och sammanfattningar för att avgöra vilka som var potentiellt relevanta. Därefter granskades dessa i fulltext för att avgöra vilka som skulle inkluderas eller exkluderas i kartläggningen. Vid granskningen av titlar och sammanfattningar räckte det med att en av bedömnarna ansåg att översikten skulle inkluderas, eller att det var osäkert om inklusionskriterierna uppfylldes, för att granskning i fulltext genomfördes. Om olika bedömningar angående inklusion gjordes vid fulltextgranskningen skedde först en diskussion mellan granskarna för att uppnå konsensus och vid behov togs hjälp av en tredje bedömare.

Kvalitetsvärdering av översikter

Bedömningen av översiktens kvalitet har baserats på internationella rekommendationer [13, 14] och med stöd av ett formulär (bilaga 4). Resultaten av bedömningarna redovisas i bilaga 5. Bedömningarna har framför allt utgått från redovisad litteratursökning, metod för urval av studier, hur

granskningen av primärstudiernas kvalitet gått till och hur resultaten presenterats [13, 14].

De inkluderade översikterna delades in i tre kategorier utifrån kvalitetsbedömningen och om översikten var uppdaterad eller inte. De tre kategorierna är:

1. Uppdaterade översikter av god kvalitet, det vill säga systematiska översikter med databassökningar avslutade 2008 eller senare.
2. Ej uppdaterade översikter av god kvalitet, det vill säga systematiska översikter med databassökningar avslutade före 2008.
3. Översikter av begränsad kvalitet, det vill säga översikter som bedömts ha vissa brister i sin process vilket medför att det är oklart i vilken utsträckning resultaten är tillförlitliga.

I kartläggningen ingår ingen vetenskaplig värdering av resultaten i översikterna. De resultat och slutsatser som redovisas i denna kartläggning är de som författarna i översikterna presenterar.

Urval för ny systematisk översikt

Baserat på resultatet från kartläggningen redovisas områden där det kan vara relevant och prioriterat utifrån svenska förhållanden att genomföra en ny systematisk översikt dvs. områden där det finns kunskapsluckor. Kartläggningen har utgått ifrån den definition av kunskapsluckor som används av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU):

Kunskapsluckan kan ha två olika nivåer avseende vad som utgör själva "luckan". Det kan saknas tillförlitliga studier som adresserar frågan (alternativt visar tillgängliga studier på en betydande osäkerhet), med andra ord är det vetenskapliga underlaget otillräckligt eller saknas helt. Det kan också saknas en välgjord och uppdaterad systematisk litteraturöversikt som berör frågan, kunskapsläget är alltså inte utrett (dvs. det kan finnas välgjorda studier, men ingen sammanvägd analys är gjord). I det första fallet behövs mer primärforskning för att fylla luckan och i det andra en systematisk litteraturöversikt för att klargöra kunskapsläget [15].

De kunskapsluckor som identifieras finns inom områden där befintliga översikter inte har kunnat finna några primärstudier, där översikterna inte är uppdaterade, där kvaliteten bedömts som begränsad eller där översikter saknas. För att kunna ha ett bra underlag för beslut om vilket område det är relevant och möjligt att genomföra en systematisk översikt har kunskapsluckans relevans och prioritet värderats. Relevans avser om ett område eller intervention är tänkbar för svensk vård och omsorg. Prioritet har getts till områden där interventionerna berör komplexa hälsoproblem eller skörhet eftersom detta är utmärkande för gruppen de mest sjuka äldre.

Vård- och omsorgskedja

För området vård- och omsorgskedja inkluderades 22 översikter. Av dessa bedömdes tre som uppdaterade översikter av god kvalitet och sju som översikter av god kvalitet men som inte är uppdaterade. Ytterligare tolv översikter av begränsad kvalitet identifierades. Översikterna grupperades efter syfte/tema samt kvalitet och beskrivs utifrån den indelningen. Grupperna är interventioner kring utskrivning, interventioner med fokus efter utskrivning, interventioner med fokus på samordning, och interventioner om flödet mellan särskilda boenden och akutmottagning. Flödesschema för urval och kategorisering samt ytterligare beskrivningar av översikterna redovisas i bilaga 2 och bilaga 6-9.

Interventioner kring utskrivning

Åtta översikter inkluderar interventioner kring utskrivning. Hälften av dem är av god kvalitet och två är också uppdaterade.

Utskrivningsplanering

Utskrivningsplanering studeras i en uppdaterad översikt av god kvalitet [16]. I utskrivningsplanering ingår bland annat individuella utskrivningsplaner och bedömningar där planeringen avser hur fortsatt vård ska organiseras. Den typen av utskrivning jämförs med rutinmässig utskrivning som inte är individanpassad och kan betecknas som strukturerad vårdplanering. Översikten inkluderar alla typer av sjukdomar/hälsoproblem. I detta ingår äldre medicinska patienter och de med blandade tillstånd och bland annat ingår sjukdomar såsom hjärtsvikt, KOL och stroke. Detta innebär att stora delar av gruppen de mest sjuka äldre finns inkluderade. I översikten ingår främst primärstudier från USA, men en studie är från Danmark. Författarnas slutsatser är att en strukturerad utskrivningsplan anpassad till den enskilda patienten troligen medför små minskningar i vårdtid på sjukhus och antal återinläggningar för äldre personer som skrivits in på grund av ett medicinskt tillstånd. Effekten av utskrivningsplanering på dödlighet, hälsoutfall och kostnader är dock fortfarande osäker. Utskrivningsplanering studeras även i två andra översikter, en av god kvalitet som inte är uppdaterad [17] och en av begränsad kvalitet [18]. Beskrivningarna av interventionerna som ingår i alla översikterna liknar till stor del varandra och alla inkluderar äldre oavsett sjukdomar/hälsoproblem. Detta tyder på att det finns visst överlapp mellan översikterna. Man kan avslutningsvis konstatera att det finns sammanställd och uppdaterad kunskap om utskrivningsplanering för de mest sjuka äldre.

Säker patientförflyttning

Säker patientförflyttning mellan olika vårdformer studeras i en uppdaterad översikt av god kvalitet [19]. Den inkluderar interventioner och strategier

för att minska fel och ogynnsamma händelser vid patientförflyttning mellan sjukhus, mellan avdelningar, från sjukhus till särskilt boende eller till det egna hemmet. Interventionerna eller strategierna innefattar bland annat utskrivningsplanering, omfattande geriatrisk bedömning, farmakologisk rådgivning och användning av särskilda koordinatörer. Detta jämförs med sedvanlig vård som inte innehöll något av den vård och omsorg som interventionsgruppen fick. Översikten inkluderar personer över 65 år och huvudorsakerna till inskrivning på sjukhus specificeras inte i alla ingående primärstudier. Där det framgår var orsakerna relaterade till hjärt-, andnings- eller kirurgiska problem. Mot bakgrund av att översikten accepterat alla sjukdomar/hälsoproblem som orsak till sjukhusinläggning torde den täcka stora delar av gruppen de mest sjuka äldre. I denna översikt ingår främst primärstudier från USA och inga av studierna är från Norden. Författarna av översikten anger att resultaten indikerar att en omfattande vårdplanering och välutbildad sjukvårdspersonal såsom sjuksköterskor eller farmakologisk personal, med aktuell information om patientens kliniska status och vårdplan, säkerställer smidigare förflyttning från sjukhuset till hemmet. Multifacetterade interventioner såsom patientutbildning om äldre och gemensamt arbetssätt minskar förekomsten av fel och ogynnsamma händelser under överflyttningen. Det finns alltså sammanställd och uppdaterad kunskap om säker patientförflyttning för de mest sjuka äldre.

Tidig utskrivning med stöd

För frågan om tidig utskrivning med stöd inkluderades två översikter. Den ena översikten är av god kvalitet men inte uppdaterad och handlar om utskrivning av patienter med stroke [20]. Översikten fokuserar på utskrivning av multidisciplinära team i jämförelse med andra utskrivningsarrangemang. I översikten ingår primärstudier från främst Norge och Storbritannien men också från Sverige. Även om översikten enbart inkluderar patienter med stroke kan interventionen i sig vara tänkbar även för andra grupper av de mest sjuka äldre. Den andra översikten är av begränsad kvalitet och handlar om utskrivning av patienter med stroke till rehabilitering i det egna hemmet och med olika former av stöd [21]. Det saknas uppdaterad kunskap om tidig utskrivning med stöd för de mest sjuka äldre. Det finns dock sammanställd men inte uppdaterad kunskap om tidig utskrivning med stöd för personer med stroke, men inte för andra grupper av de mest sjuka äldre.

Hembesök

Frågan om hembesök för bedömning av hemsituation innan utskrivning av äldre patienter från sjukhus studeras i en översikt av begränsad kvalitet [22]. Det finns därmed ingen kunskap av god kvalitet för frågan om hembesök före utskrivning för de mest sjuka äldre.

Organisering inom akutsjukvården

Frågan om interventioner för att förbättra organisationen för de äldre inom akutsjukvården såsom teamarbete, särskilda enheter för äldre, användning av gerontologisk expertis, ökad betoning på utskrivningsplanering och

förbättrad kommunikation mellan vårdgivare i vård- och omsorgskedjan studeras i en översikt av begränsad kvalitet [23]. Det finns ingen kunskap av god kvalitet för frågan om organisering inom akutsjukvården för de mest sjuka äldre. Den del som handlar om ökad betoning på utskrivningsplanering torde täckas av andra översikter som inkluderats på området kring utskrivningsplanering [16].

Interventioner med fokus efter utskrivning

Sju översikter inkluderar interventioner för att förbättra situationen efter utskrivning från sjukhus. Tre av är av god kvalitet men ingen av dem är uppdaterad.

Stöd efter utskrivning

Två icke uppdaterade översikter av god kvalitet handlar om effekter av stöd efter utskrivning. Den ena översikten värderar stöd efter akut vård vid sjukhus [24]. Olika typer av interventioner påbörjade inom en vecka ingår, såsom hembesök av geriatriskt eller hemsjukvårdsteam. Detta jämförs med utskrivning av patienter utan stöd, eller med normalt stöd om interventionsgruppen erhållit mycket stödjande utskrivning. Översikten inkluderar personer, minst 65 år gamla med ospecifika medicinska problem och som inte enbart har en enda sjukdom. I översikten ingår en studie från Sverige och två från Danmark. Den andra översikten värderar omfattande utskrivningsplanering samt stöd efter utskrivning för äldre patienter med hjärtproblem [25]. I detta ingår utskrivningsplanering som kompletteras med exempelvis genomgång och råd om medicinering, diet, viktkontroll och fysisk träning. Fem typer av stöd inkluderades: 1) hembesök, 2) ökad uppföljning vid klinik och frekvent telefonkontakt, 3) hembesök och/eller frekvent telefonkontakt, 4) utvidgad hemtjänst och 5) specialiserad enhet vid dagsjukhus. Detta jämfördes med sedvanlig rutin. I översikten ingår en primärstudie från Sverige. Det saknas uppdaterad kunskap om stöd efter utskrivning för de mest sjuka äldre. Det finns dock två översikter av god kvalitet som inte är uppdaterade för äldre med ospecifika medicinska problem och för äldre med hjärtproblem.

Eftervård

En översikt av god kvalitet men som inte är uppdaterad, inkluderar interventioner för att förbättra tillgång till vård och omsorg efter utskrivning från sjukhus [26]. Detta omfattar geriatriska konsultationsteam, geriatrisk utvärdering/hantering vid sjukhus eller poliklinisk geriatrisk utvärdering/hantering, vilket jämförs med sedvanlig utskrivning utan särskild bedömning eller särskild personal. Översikten inkluderar sköra äldre. Inga nordiska primärstudier ingår i översikten. Mot bakgrund av att översikten inkluderar sköra äldre torde även stora delar av gruppen de mest sjuka äldre ingå. Resterande översikter är av begränsad kvalitet. Dessa översikter inkluderar intervention för att förbättra utfall för hemmaboende äldre som skrivs ut från akutmottagning [27]. De inkluderar även interventioner avseende eftervård efter utskrivning från sjukhus, bland annat av samordningsteam, för kroniska patienter och sköra äldre [28]. Likaså inkluderar dessa översikter interventioner för att förbättra kommunikation mellan

sjukhus och sjukhem, bland annat om läkemedel och fortsatt vård för sköra äldre [29]. Vidare inkluderas även geriatrisk vård efter utskrivning, vilket innefattar bland annat hjälp i hemmet eller frivilligt besök för patienter med medicinska problem och sköra äldre [30]. Det saknas uppdaterad kunskap om eftervård för de mest sjuka äldre. Det finns dock sammanställd kunskap av god kvalitet men som inte är uppdaterad kring förbättrad tillgång till vård och omsorg efter utskrivning av de mest sjuka äldre.

Interventioner med fokus på samordning

Sex översikter studerar interventioner i form av samordning av vård och omsorg. Hälften av översikterna är av god kvalitet och en av dem är också uppdaterad.

Case management

Case management är en intervention som studeras i fyra översikter varav två är av god kvalitet, men ingen är uppdaterad. Case management är ett samlingsnamn för flera liknande interventioner och det finns olika modeller. Det gemensamma är att en särskilt utsedd person, case manager, har ansvaret för att samordna vården och se till att en person får adekvat vård och stöd. Samordningen kan utföras av exempelvis sjuksköterska eller socialarbetare, ensam eller i multidisciplinärt team, och består bland annat av bedömning, utskrivningsplanering, hembesök och telefonkontakt. De två översikter av god kvalitet som värderar case management gör det för äldre respektive sköra äldre [31, 32]. I detta inkluderas bland annat sjukdomar/hälsoproblem såsom multisjuka, demens, stroke, hjärtfel och lungsjukdom. Översikterna torde därmed täcka stora delar av gruppen de mest sjuka äldre. Vad interventionerna jämförs med framgår inte i den ena översikten och i den andra framgår sedvanlig vård utan närmare beskrivning. I båda översikterna ingår främst primärstudier från USA, men i den ena översikten ingår en studie från Finland och i den andra en studie från Sverige. De två andra översikterna som studerar case management, men som är av begränsad kvalitet, värderar integrerade interventioner i form av case management och liknande samordningsfunktioner för sköra äldre samt sjuksköterskestödd case management för äldre [33, 34]. Det saknas därvidlag uppdaterad kunskap om case management för de mest sjuka äldre. Det finns dock sammanställd kunskap av god kvalitet men som inte är uppdaterad kring case management för de mest sjuka äldre.

Case management-liknande interventioner

En uppdaterad översikt av god kvalitet värderar en intervention som liknar case management och som benämns ”stroke liaison worker” [35]. Denna intervention tillhandahålls oftast när en patient skrivs ut från sjukhus och då får utbildning, socialt stöd och hjälp med samarbete med andra verksamheter. Detta jämförs med sedvanlig vård vilket inte beskrivs närmare. I denna översikt ingår inga primärstudier från Norden. Författarnas slutsatser är att patienter med mild till måttlig funktionsnedsättning möjligtvis kan gynnas av interventionen genom en minskning i dödlighet och funktionsnedsättning. Patienter rapporterar förbättrad tillfredsställelse med

vissa aspekter av interventionen. Nämnade översikt inkluderar enbart patienter med stroke, men interventionen kan vara tänkbar även för andra grupper av de mest sjuka äldre. En annan översikt av begränsad kvalitet inkluderar interventioner avseende kommunikation av patientinformation mellan sjukhus och samhällsvård för äldre med fysiska sjukdomar [36]. I detta ingår exempelvis koordinering vid utskrivning. Det finns sammanfattningsvis sammanställd och uppdaterad kunskap av god kvalitet kring interventionen ”stroke liaison worker”.

Från särskilt boende till akutmottagning

En översikt av begränsad kvalitet värderar interventioner för att minska överflyttning från särskilt boende till akutmottagning för personer över 65 år [37]. Översikten inkluderar både kliniska utfall och kostnader. Interventionerna som ingår skiljer sig åt till viss del, men alla inbegrep en eller flera geriatriskt utbildade personer. Vad dessa interventioner jämförs med framgår inte alltid, men för vissa benämns sedvanlig vård. Inga studier från Norden ingår i översikten. Det finns därmed ingen kunskap av god kvalitet för frågan om överflyttning från särskilt boende till akutmottagning.

Sammanfattning av resultat

Kartläggningen identifierade 22 översikter för området vård- och omsorgskedja. Tio översikter bedömdes vara av god kvalitet och tre av dessa var också uppdaterade. Översikterna inkluderar interventioner vid utskrivning, med fokus efter utskrivning, med fokus på samordning och interventioner om flödet mellan särskilt boende och akutmottagning. Interventionerna är vanligen inriktade på gruppen äldre eller sköra äldre utan avgränsning till viss specifik sjukdom. Det betyder att många översikter torde fånga en stor andel av gruppen de mest sjuka äldre såsom den avgränsats i denna kartläggning. Vad interventionerna jämförs med beskrivs knapphändigt i de flesta översikterna och ibland inte alls. Merparten av primärstudierna i översikterna kommer från USA, Storbritannien, Australien och Kanada, men även Norden och framförallt Sverige finns representerade ett flertal översikter. Om man studerar antalet ingående primärstudier från respektive land är en majoritet dock från USA.

Uppdaterad kunskap av god kvalitet

- Kartläggningen visar på att det finns uppdaterad och sammanställd kunskap av god kvalitet om effekter av interventioner. De resultat och slutsatser som redovisas i översikterna visar att det finns kunskap om: Utskrivningsplanering från sjukhus för de mest sjuka äldre: en strukturerad utskrivningsplan anpassad till den enskilda patienten medför troligen små minskningar i vårdtid på sjukhus och antal återinläggningar för äldre personer som skrivits in på grund av ett medicinskt tillstånd. Effekten av utskrivningsplanering på dödlighet, hälsoutfall och kostnader är dock fortfarande osäker.
- Säker patientförflyttning mellan olika vårdformer för de mest sjuka äldre: resultaten indikerar att en omfattande vårdplanering och välutbil-

dad sjukvårdspersonal såsom sjuksköterskor eller farmakologisk personal, med aktuell information om patientens kliniska status och vårdplan, säkerställer smidigare förflyttning från sjukhuset till hemmet. Multifacetterade interventioner såsom patientutbildning om äldre och gemensamt arbetssätt minskar förekomsten av fel och ogynnsamma händelser under överflyttningen.

- ”Stroke liaison worker” (samordningsfunktion vid utskrivning från sjukhus av personer med stroke): patienter med mild till måttlig funktionsnedsättning kan möjligtvis gynnas av en minskning i dödlighet och funktionsnedsättning. Patienter rapporterar förbättrad tillfredsställelse med vissa aspekter av interventionen.

Kunskapsluckor

Kunskapsluckorna nedan avser den sammantagna gruppen de mest sjuka äldre om inget annat framgår. Det saknas kunskap om effekter av:

- Tidig utskrivning med stöd. Det finns en översikt av god kvalitet men den är inte uppdaterad. En annan översikt av begränsad kvalitet finns.
- Hembesök för bedömning av hemsituation före utskrivning. Det finns en översikt av begränsad kvalitet.
- Organisering inom akutsjukvården. Det finns en översikt av begränsad kvalitet.
- Stöd efter utskrivning. Det finns två översikter av god kvalitet men de är inte uppdaterade.
- Eftervård. Det finns en översikt av god kvalitet men den är inte uppdaterad. Fyra översikter av begränsad kvalitet finns.
- Case management. Det finns två översikter av god kvalitet men de är inte uppdaterade. Det finns två översikter av begränsad kvalitet.
- Minskad överflyttning av äldre från särskilt boende till akutmottagning. Det finns en översikt av begränsad kvalitet.

Områden där ingen översikt har identifierats:

- Tekniska system (IT) för överföring av patientinformation.

Vård, omsorg och boende

För området former för vård, omsorg och boende (vård- och boendeform) inkluderades 25 översikter. Av dessa bedömdes sju som uppdaterade och av god kvalitet, sju som översikter av god kvalitet men inte uppdaterade och elva var av begränsad kvalitet. Översikterna grupperades efter syfte/tema samt kvalitet. De beskrivs nedan som jämförelser av olika vårdenheter respektive jämförelser av olika vårdinsatser. Under respektive avsnitt grupperas översikterna även utifrån tema eller frågeställning och översikterna beskrivs utifrån denna indelning. Flödesschema för urval och kategorisering samt ytterligare beskrivningar av översikterna redovisas i bilaga 2 och bilaga 6-9.

Jämförelser av olika vårdenheter

Nio översikter studerar jämförelser av vård, omsorg eller boende med anknytning till vårdenheter eller vårdformer. Sju översikter var av god kvalitet och fyra var också uppdaterade.

Interventioner begränsade i tid

Behandling i hemmet av sjukvårdspersonal för något som annars kräver sjukhusvård studeras i två uppdaterade översikter av god kvalitet [38, 39]. Tidig utskrivning från sjukhus till hemmet kan öka tillgången till akuta vårdplatser vid sjukhus vilket är angeläget förutsatt att vården kan hålla samma kvalitet i hemmet. Personer som inkluderas är vuxna personer med blandade medicinska tillstånd, t.ex. stroke, KOL och akuta medicinska tillstånd, och separata analyser finns om äldre. Interventionen sjukhusvård i hemmet jämförs med akutbaserad sjukhusvård. Utfall som studeras är kostnader samt exempelvis dödlighet och vårdkonsumtion. I översikten om tidig utskrivning finns flera nordiska studier, bland annat en svensk. Frågeställningarna i de båda översikterna är identiska. Författarnas slutsats är att det vetenskapliga stödet är otillräckligt för om sjukhusvård i hemmet leder till utfall som skiljer sig från sjukhusbaserad vård. Författarna påpekar att interventionen kan vara ett effektivt alternativ till sjukhusvård för en viss grupp av äldre patienter, men det är oklart vilka. De påpekar också att personer med stroke eller äldre patienter kan ha lägre risk att komma till särskilt boende om de efter tidig utskrivning får sjukhusvård i hemmet.

Geriatrisk dagsjukvård värderas i en uppdaterad översikt av god kvalitet [40]. Patienterna erhåller multidisciplinär rehabilitering under hela eller delar av dagen. Detta jämfördes med alternativa insatser som annan geriatrisk äldreomsorg i hemmet eller äldreomsorg som inte var omfattande. Översikten inkluderar äldre med någon grad av beroende när det gäller ADL och med medicinska problem såsom stroke, Parkinsons sjukdom, frakturer och depression. Studerade utfall är mortalitet, institutionalisering, självständighet och kostnader. Det framgår inte var primärstudierna utförts. Författarnas slutsatser är att geriatrisk dagsjukvård verkar vara mer effektivt än

ingen intervention i termer av förbättrad ADL och minskad användning av slutenvård vid sjukhus. Geriatrisk dagsjukvård visade ingen tydlig fördel i förhållande till andra former av omfattande äldrevård.

Effekt av vård vid särskilda strokeenheter med multidisciplinära team, mobilt stroteam eller blandad rehabilitering för personer med stroke värderas i en översikt av god kvalitet som inte är uppdaterad [41]. Jämförelser görs med enheter med lägre grad av fokusering på sjukdomen, det vill säga vård vid allmänna medicinska eller geriatriska enheter. Analyser finns för personer äldre än 75 år och studier finns från Sverige, Norge och Finland. Det saknas uppdaterad kunskap om effekter av vård vid specialiserade enheter för stroke. Det finns sammanställd och uppdaterad kunskap om tidig hemgång och sjukhusvård i hemmet samt geriatrisk dagsjukvård för de mest sjuka äldre.

Olika sätt att organisera icke akut geriatrisk vård

Tre översikter studerar olika sätt att organisera geriatrisk medicinsk vård, det vill säga vård inriktad på äldre sjuka personer. Bedömning och insatser kan ske i form av konsultation, i öppen vård vid sjukhus, i hemmet alternativt som specialiserad geriatrisk enhet vid sjukhus. En översikt, som är av god kvalitet men inte uppdaterad, värderar effektivitet vid särskilda geriatriska enheter i jämförelse med sedvanlig vård [42]. Översikten inkluderar personer som är 65 år och mer och som har varit inskrivna vid sjukhus minst 48 timmar. Utfall som studeras är dödlighet, sjukhemsboende, vård vid sjukhus och funktion. Denna översikt innehåller fyra norska studier. De två andra översikterna är av begränsad kvalitet och de inkluderar äldre som är sköra eller har multipla hälsoproblem [43, 44]. Det saknas följaktligen uppdaterad kunskap om effekter av olika sätt att organisera icke akut geriatrisk vård för de mest sjuka äldre.

Vårdform

I en översikt av god kvalitet som inte är uppdaterad adresseras vad som är bästa vårdform för äldre [4]. Översikten inkluderar personer 65 år och äldre med behov av akut, post- och subakut eller rehabiliterande vård. Interventionerna är många och med olika syften. De ingående primärstudierna handlar om särskilda enheter för stroke eller höftfraktur, enheter för akut eller icke akut geriatrik, vårdplatser som sjuksköterskor ansvarar för, tidig utskrivning, rehabilitering vid sjukhus samt dagsjukvård. Jämförelserna är vanligtvis med sedvanlig vård. Utfall som studeras är dödlighet, vårdtid och kostnader. Det framgår inte var primärstudierna gjorts. Frågeställningarna i översikten ligger nära frågor som berörs i flera andra uppdaterade översikter. Det saknas dock uppdaterad kunskap om effekt av interventioner där sjuksköterskor ansvarar för ett visst antal vårdplatser för de mest sjuka äldre. Övriga frågeställningar adresseras i andra översikter i kartläggningen.

Specialiserad boendeform för personer med demens

En uppdaterad översikt av god kvalitet värderar effekt av specialiserade enheter för vård och boende för personer med demenssjukdom jämfört med traditionella vårdformer [45]. I de traditionella vårdformerna är per-

sonalen inte på samma sätt specifikt utbildade och ingen miljöanpassning i övrigt förekommer. Utfall i form av beteendeproblem uppmärksammades särskilt. Det ingår inte några nordiska studier i översikten. Författarnas slutsatser är att inga randomiserade kontrollerade studier identifierades och utifrån ickerandomiserade studier finns det inget starkt stöd för nytta och värde med särskilda vårdenheter för personer med demens. Det tycks vara viktigare att implementera god praktik/bästa tillgängliga vård än att tillhandahålla särskilda enheter. Det finns alltså sammanställd och uppdaterad kunskap om värdet av specialiserat vårdboende för personer med demenssjukdom.

Jämförelser av olika vårdinsatser

16 översikter värderar effekter av vårdinsatser, exempelvis farmakologiskt stöd, eller effekter av insatser som ges inom en vårdform, t.ex. sjukhem. Sju översikter var av god kvalitet och två var också uppdaterade.

Tekniskt stöd och övervakning

Fem översikter studerar tekniskt stöd av olika slag. I flera av dem ingår interventioner som innefattar telefonstöd. Effekter av strukturerad övervakning eller stöd genom telefon värderas i en uppdaterad översikt av god kvalitet [46]. Interventionen innefattar inte telefonuppföljning på behovsbasis. Översikten inkluderar vuxna personer med hjärtsvikt, bland annat äldre. Telefonuppföljning jämförs med vanlig eftervård. Utfall som studeras är bland annat dödlighet, vård vid sjukhus, kostnadsbesparing och livskvalitet. Det ingår inte någon nordisk studie i översikten. Författarnas slutsatser är att strukturerad telefonsupport och telefonövervakning är effektiva för att minska dödlighet och sjukhusinläggningar relaterade till kronisk hjärtsvikt hos vuxna personer med kronisk hjärtsvikt, det förbättrar livskvaliteten, minskar kostnader och förbättrar förskrivning av läkemedel. Majoriteten av de äldre patienterna lärde sig använda tekniken lätt och var nöjda med att få vård på detta sätt. Den andra översikten om telefonstöd till äldre med blandade diagnoser, men kronisk sjukdom, bedömdes vara av begränsad kvalitet [47]. I denna finns två svenska primärstudier.

Två översikter, som båda är av god kvalitet men som inte är uppdaterade, värderar effekt av multidisciplinära strategier där telefonstöd ingår [48, 49]. Översikterna inkluderar vuxna med hjärtsjuklighet och framförallt äldre. Primärstudier från Sverige ingår i båda översikterna. I den ena översikten utgörs interventionerna av hembesök, fysiologisk övervakning eller televideolänk, telefonuppföljning eller intervention vid sjukhus [48]. I den andra översikten är interventionerna multidisciplinär hjärtklinik, multidisciplinärt team med specialiserad uppföljning men inte på sjukhus/ klinik, telefonuppföljning, telefonövervakning och förbättrad kommunikation med primärvårdsläkare eller utbildning för förbättring av patients egenvård [49].

En annan översikt av begränsad kvalitet har som syfte att utforma vårdprogram för äldre med hjärtsvikt [50]. Samordning, övervakning via telefon eller elektronik och andra interventioner ingår. Sammantaget konstateras att frågeställningarna är likartade och att viss överlappning kan finnas då sjukdomen hjärtsvikt uppmärksammas i flera översikter. Det finns

sammanfattningsvis sammanställd och uppdaterad kunskap om effekter av telefonstöd för äldre personer med hjärtsvikt. Det saknas kunskap om effekter av telefonstöd respektive fysiologisk eller annan övervakning för andra grupper av mest sjuka äldre än personer med hjärtsvikt.

Interventioner i ett akut skede

Två översikter värderar effekter av allsidig geriatrisk bedömning vid akut vård av äldre [51, 52]. En översikt är uppdaterad och av god kvalitet och studerar allsidig geriatrisk bedömning utförd av antingen ett multidisciplinärt team eller vid särskild avdelning [51]. Jämförelser är rutinvård eller allmän medicinsk vård vid sjukhus. Översikten inkluderar personer minst 65 år gamla med akuta medicinska, psykologiska eller funktionella eller sociala problem som oplanerat kommer till sjukhus. Det finns primärstudier från Sverige och Norge i översikten. Studerade utfall är bland annat hemmaboende, återinläggning, vårdtid, mortalitet och ADL. Författarnas slutsatser är att allsidiga geriatriska bedömningar ökar en patients sannolikhet att vara vid liv och i sitt eget hem i upp till tolv månader. Den andra översikten av begränsad kvalitet handlar om effekt av allsidig geriatrisk bedömning för konsumtion av akut vård, framförallt vid akutmottagning och är av begränsad kvalitet [52]. Översikten inkluderar personer som är minst 60 år gamla och som inte bara har en sjukdom. Det finns följaktligen sammanställd och uppdaterad kunskap om effekt av allsidig geriatrisk bedömning för mest sjuka äldre i behov av akuta insatser.

Multipla interventioner

Sex översikter studerar multipla interventioner. Det finns en uppdaterad översikt av god kvalitet om palliativa interventioner vid sjukhem [53]. Översikten inkluderar personer som bor i sjukhem (särskilt boende), oavsett sjukdom och med en medelålder om minst 80 år. Interventionen, som beskrivs som bestående av flera komponenter, innehöll bl. a. remiss till extern palliativ vård eller personalutbildning. Utfall var bland andra vårdkvalitet, beteende vid demens, sjukhusvård. De tre studierna var gjorda i USA. Författarnas slutsatser är att få studier identifierades och alla var från USA. Resultaten är lovande med det behövs fler studier av hög kvalitet framförallt utanför USA. Det finns lite vetenskapligt stöd för att interventioner för att förbättra palliativ vård för äldre människor på vårdhem förbättrar utfallen för dem. Det finns därmed sammanställd och uppdaterad kunskap om palliativa interventioner för personer i särskilt boende.

En annan översikt av god kvalitet, men som inte är uppdaterad, handlar om att bevara äldres fysiska funktioner och oberoende [54]. Interventionerna varierade men inbegrep exempelvis bedömningar och råd av läkare eller andra yrkesgrupper eller hembesök. Översikten inkluderar hemmaboende äldre eller äldre som skrivs ut från sjukhus, minst 65 år gamla och de beskrivs som sköra. Jämförelser görs med sedvanlig vård eller minimal intervention. Det ingår inte någon svensk primärstudie i översikten. Det saknas uppdaterad kunskap om effekter för att bevara fysisk funktion och självständighet för sköra hemmaboende äldre.

Vad som är effektivt eller inte för att minska sjukhusvård för äldre är frågeställningen i en översikt av begränsad kvalitet [55]. Multifaktoriella interventioner av olika slag för äldre ingår, där teaminsatser och omfattan-

de geriatrisk bedömning jämförs med sedvanlig vård i och utanför sjukhus. Inga svenska primärstudier ingår i översikten. Det saknas kunskap om vad som är effektivt för att minska sjukhusvård för äldre i behov av detta.

En annan översikt av begränsad kvalitet handlar om insatser som kombinerar psykiatrisk vård och sjukhemsinsatser för personer som bor i sjukhem (särskilt boende) och detta jämförs med sedvanlig vård [56]. Det finns inte någon nordisk primärstudie inkluderad. Det saknas kunskap om effekt av kombination av psykiatrisk vård och sjukhemsinsatser för personer på sjukhem.

Effekter av olika interventioner om hemvård värderas i en översikt av begränsad kvalitet [57]. Interventionerna är varierade, såsom tidig utskrivning, årlig omfattande geriatrisk bedömning, integrerade respektive förebyggande insatser. Översikten inkluderar vuxna, men vanligen äldre personer med en rad sjukdomar/hälsoproblem såsom exempelvis cancer och kroniska medicinska tillstånd. Syftet är bland annat att granska den empiriska litteraturen i ämnet. Två svenska primärstudier finns inkluderade. Det framgår inte av översikten vilka jämförelsegrupperna är. Det saknas kunskap om effekt av hemvård, men tidig utskrivning adresseras dock i andra översikter i kartläggningen [38, 39].

Ytterligare en översikt av begränsad kvalitet värderar nytta med multidisciplinärt teamarbete med äldre [58]. Interventionerna är exempelvis bedömningar vid akutmottagning eller klinik liksom hembesök. Översikten inkluderar hemmaboende äldre med multipla sjukdomar. En svensk studie finns. Det saknas kunskap av god kvalitet om effekter av multidisciplinärt teamarbete med hemmaboende äldre.

Farmakologiskt stöd

Två översikter från 2000-talet av begränsad kvalitet handlar om kliniska studier där farmakologiska råd på ett eller annat sätt utgör interventionen [59, 60]. Exempel på stöd är farmaceutisk medverkan, hembesök, läkemedelsplan, konsultation vid utskrivning. Översikterna inkluderar personer som bor i särskilt boende eller har äldreomsorg. En svensk primärstudie ingår i en av översikterna [59]. Det saknas kunskap om effekter av farmakologiskt stöd i äldreomsorgsverksamhet.

Beslutsstöd

En översikt av god kvalitet, men som inte är uppdaterad, fann inga relevanta primärstudier om interventioner för att stödja beslutsprocess om permanent flyttning till särskilt boende för personer som är minst 60 år [61]. Det finns en kunskapslucka som handlar om avsaknad av primärstudier om beslutsstöd inför flyttning till särskilt boende.

Sammanfattning av resultat

Kartläggningen identifierade 25 översikter för området vård, omsorg och boende. 14 översikter är av god kvalitet och sju av dessa är också uppdaterade. Översikterna handlar om jämförelser av olika vårdenheter respektive jämförelser av olika vårdinsatser. Inom gruppen vårdenheter ingår interventioner begränsade i tid, geriatriska enheter, vårdform samt specialiserad boendeform för personer med demens. Inom gruppen vårdinsatser in-

går tekniskt stöd, interventioner i ett akut skede, multipla interventioner, farmakologiskt stöd samt beslutsstöd till enskilda. Översikterna och interventionerna inkluderar både sköra äldre och personer med specifika diagnoser. Kostnader och kostnadseffektivitet uppmärksammas, men inte genomgående i samtliga översikter. I en majoritet av översikterna framgår vad interventionerna jämförs med, men oftast uttrycks detta som sedvanlig vård utan närmare beskrivning. I en majoritet av översikterna framgår primärstudiernas ursprungsland och de flesta kommer från USA eller Australien men det ingår även studier från Sverige och övriga nordiska länder.

Uppdaterad kunskap av god kvalitet

Kartläggningen visar på att det finns uppdaterad och sammanställd kunskap av god kvalitet om effekter av interventioner. De resultat och slutsatser som redovisas i översikterna visar att det finns kunskap om:

- Sjukhusvård i hemmet efter tidig hemgång från sjukhus för de mest sjuka äldre: det vetenskapliga stödet är otillräckligt för om sjukhusvård i hemmet leder till utfall som skiljer sig från sjukhusbaserad vård. Interventionen kan vara ett effektivt alternativ till sjukhusvård för en viss grupp av äldre patienter, men det är oklart vilka. Personer med stroke eller äldre patienter kan ha lägre risk att komma till särskilt boende om de efter tidig utskrivning får sjukhusvård i hemmet.
- Geriatrisk dagsjukvård för de mest sjuka äldre: verkar vara mer effektivt än ingen intervention i termer av förbättrad ADL och minskad användning av slutenvård vid sjukhus. Geriatrisk dagsjukvård visade ingen tydlig fördel i förhållande till andra former av omfattande äldreomsorg.
- Specialiserad boendeform för personer med demenssjukdom: inga randomiserade kontrollerade studier identifierades och utifrån ickerandomiserade studier finns det inget starkt stöd för nytta och värde med särskilda vårdenheter för personer med demens. Det tycks vara viktigare att implementera god praktik/bästa tillgängliga vård än att tillhandahålla särskilda enheter.
- Telefonstöd vid hjärtsvikt: strukturerad telefonsupport och telefonövervakning är effektiva för att minska dödlighet och sjukhusinläggningar relaterade till kronisk hjärtsvikt hos vuxna personer med kronisk hjärtsvikt, det förbättrar livskvaliteten, minskar kostnader och förbättrar förskrivning av läkemedel. Majoriteten av de äldre patienterna lärde sig använda tekniken lätt och var nöjda med att få vård på detta sätt.
- Allsidig geriatrisk bedömning vid akuta insatser för de mest sjuka äldre: ökar en patients sannolikhet att vara vid liv och i sitt eget hem i upp till tolv månader.
- Palliativa interventioner vid sjukhem: få studier identifierades och alla var från USA. Resultaten är lovande med det behövs fler studier av hög kvalitet framförallt utanför USA. Det finns lite vetenskapligt stöd för att interventioner för att förbättra palliativ vård för äldre människor på vårdhem förbättrar utfallen för dem.

Kunskapsluckor

Kunskapsluckorna nedan avser den sammantagna gruppen de mest sjuka äldre om inget annat framgår. Det saknas kunskap om effekter av:

- Särskilda vårdenheter för stroke. Det finns en översikt av god kvalitet, men den är inte uppdaterad.
- Organisering av geriatrisk icke akut vård. Det finns en översikt av god kvalitet, men den är inte uppdaterad. Det finns även två översikter av begränsad kvalitet.
- Teknikstöd för andra grupper av de mest sjuka äldre än personer med hjärtsvikt. Det finns två översikter av god kvalitet, men de är inte uppdaterade. Det finns även en översikt med begränsad kvalitet.
- Organisering där sjuksköterskor ansvarar för vårdplatser. Det finns en översikt av god kvalitet finns, men den är inte uppdaterad.
- Kombination av psykiatrisk vård och sjukhemsinsatser. Det finns en översikt av begränsad kvalitet.
- Multifaktoriella insatser för att minska äldres sjukhusvård. Det finns en översikt av begränsad kvalitet.
- Farmakologiska stödinsatser i äldreomsorgsverksamhet. Det finns två översikter av begränsad kvalitet.
- Interventioner i hemmet såsom multidisciplinärt arbete, bevarande av fysisk funktion och självständighet. Det finns en översikt av god kvalitet, men den är inte uppdaterad. Det finns även två översikter av begränsad kvalitet.
- Beslutsstöd inför flyttning till särskilt boende. Det finns en icke-uppdaterad översikt av god kvalitet men dock inga primärstudier i den översikten.

Rehabilitering

För området rehabilitering inkluderades 16 översikter. Av dessa bedömdes fem som uppdaterade översikter av god kvalitet, sex som översikter av god kvalitet men som inte är uppdaterade och fem var av begränsad kvalitet. Översikterna grupperades efter syfte/tema samt kvalitet och beskrivs utifrån detta. Grupperna är indelade dels efter var rehabilitering bäst bedrivs och dels efter hur rehabilitering bäst utformas. Flödesschema för urval och kategorisering samt ytterligare beskrivningar av översikterna redovisas i bilaga 2 och bilaga 6-9.

Var rehabilitering bäst bedrivs

Fyra översikter inkluderar interventioner avseende var rehabilitering bäst bedrivs dvs. jämför effekter av olika vårdmiljöer. En uppdaterad översikt av god kvalitet värderar olika vårdmiljöer såsom rehabilitering i det egna hemmet i jämförelse med rehabilitering vid klinik, exempelvis dagsjukvård, för personer med stroke [62]. Majoriteten av de ingående primärstudierna är från Storbritannien, men det ingår även studier från Danmark och Sverige i översikten. Författarna anger att det finns säkerställda effekter för hembaserad rehabilitering efter sex veckor och efter 3-6 månader. Efter sex månader är effekterna mer oklara. En annan uppdaterad översikt av god kvalitet värderar olika vårdmiljöer för rehabilitering av personer över 60 år med KOL och här jämförs rehabilitering i det egna hemmet med standardvård eller sjukhusbaserad rehabilitering eller både och [63]. Av översikten framgår inte ursprungsland för alla primärstudier och av det som framkommer så finns inte några nordiska studier med. Författarna anger att de flesta studierna påvisade förbättringar i hälsorelaterad livskvalitet och fysisk kapacitet efter hembaserad rehabilitering i jämförelse med sedvanlig vård. Studier som jämförde hembaserad rehabilitering med sjukhusbaserade öppenvårdsprogram har inte kunnat påvisa några statistiska och kliniskt säkerställda skillnader i hälsorelaterad livskvalitet och fysisk kapacitet. För rehabilitering av höftfraktur finns en översikt av god kvalitet men som inte är uppdaterad [64]. Översikten värderar olika vårdmiljöer för sjukgymnastik, såsom hembaserad sjukgymnastik i jämförelse med poliklinisk sjukgymnastik. Det framgår inte tydligt av översikten var primärstudierna kommer ifrån. En annan översikt av god kvalitet, men som inte är uppdaterad, inkluderar rehabilitering i tre olika vårdmiljöer såsom sjukhem jämfört med sjukhus och eget hem för äldre över 60 år med lårbensfraktur, stroke eller annat [65]. Denna översikt identifierade inte några primärstudier. Det finns sammanställd och uppdaterad kunskap av god kvalitet om effekter av olika vårdmiljöer för rehabilitering av personer med stroke eller KOL, men inte för andra grupper av de mest sjuka äldre. Det finns dock sammanställd men inte uppdaterad kunskap om bästa vårdmiljön för rehabilitering av personer med höftfraktur. Det finns en kunskapslucka som handlar om avsaknad av primärstudier om bästa

vårdmiljön vid rehabilitering av personer med lårbensfraktur, stroke eller andra sjukdomar/hälsoproblem. Denna kunskapslucka torde delvis överlappa med den översikt som värderar bästa vårdmiljön för personer med stroke [62].

Hur rehabilitering bäst utformas

Tolv översikter inkluderar interventioner avseende hur rehabilitering bäst utformas. Inom utformning av rehabilitering ryms många olika interventioner och för olika grupper av de mest sjuka äldre. Specificerade frågeställningar är ovanliga och interventionerna som ingår i dessa översikter beskrivs mer utförligt i vissa fall och mindre i andra. De ingående interventionerna beskrivs i vissa fall ganska lika samtidigt som de också skiljer sig åt. Detta gör det svårt att utläsa eventuella likheter eller olikheter mellan de olika interventionerna och därmed blir det också svårt att få en tydlig bild av kunskapsläget kring var det finns respektive saknas kunskap. Troligen förekommer visst överlapp men frågan var och i vilken utsträckning är svårbedömd på grund av att vi inte studerar primärstudierna.

Speciellt utformad rehabilitering

Rehabilitering kan utformas på flera olika sätt och av de översikter som identifierats handlar flera om multidisciplinär- och/eller geriatrisk rehabilitering. En uppdaterad översikt av god kvalitet värderar effekter av rehabilitering inom slutenvården speciellt utformad för geriatriska patienter minst 65 år gamla. I översikten beskrivs särskilt gruppen personer med höftfraktur [66]. Orsak till sjukhusinläggning var förutom höftfraktur även akuta medicinska eller kirurgiska sjukdomar. Översikten inkluderar allmän respektive ortopedisk geriatrisk rehabilitering vilket innefattar bland annat multidimensionell geriatrisk bedömning, individuell målsättning och uppföljning. Allmän respektive ortopedisk geriatrisk rehabilitering jämförs sedan med sedvanlig sjukhusvård. En majoritet av primärstudierna kommer från USA, Storbritannien och Australien, men det ingår även studier från Finland, Norge och Sverige. Författarnas slutsatser är att rehabilitering inom slutenvården speciellt utformad för geriatriska patienter har potential att förbättra resultat avseende funktion, sjukhemsboende och dödlighet. Data är dock otillräckliga för att definiera hur framgångsrika program ska vara uppbyggda och för att avgöra kostnadseffektivitet. Mot bakgrund av att översikten inkluderar geriatriska patienter torde kunskapen vara relevant för en stor del av gruppen de mest sjuka äldre. Ytterligare en uppdaterad översikt av god kvalitet identifierades. Denna översikt värderar effektivitet och kostnadseffektivitet av multidisciplinär rehabilitering inom bland annat slutenvården för personer över 65 år med höftfraktur [67]. Multidisciplinär rehabilitering jämförs sedan med sedvanlig kirurgisk eller medicinsk vård eller rehabilitering av lägre intensitet. En majoritet av primärstudierna kommer från Storbritannien och Australien men det ingår även studier från Sverige och Finland. Författarnas slutsatser är att det fanns en tendens till ett bättre resultat för patienter som erhöll multidisciplinär rehabilitering inom slutenvården, men resultaten var inte statistiskt säkerställda. Det finns också en uppdaterad översikt av god kvalitet som inkluderar interventioner med syfte att förbättra och återställa

fysisk och psykosocial funktion hos personer över 65 år med höftfraktur [68]. Detta inbegriper bland annat patientbedömning, bostadsbedömning och stöd i ADL och stöd till ett socialt liv. Dessa bedömningar och stöd jämförs sedan med sedvanlig eller konventionell vård. I denna översikt är de flesta primärstudierna från USA och Sverige. Författarnas slutsatser är att vissa positiva resultat fanns, men att studierna genomgående var för små och med varierande kvalitet och därmed är det vetenskapliga stödet otillräckligt.

För frågan om rehabiliteringens utformning identifierades även två översikter av god kvalitet men som inte är uppdaterade. Den ena översikten värderar olika interventioner för äldre med höftfraktur från intagning på sjukhus till sex månader efter frakturen [69]. I dessa interventioner ingår multidisciplinär vård och rehabilitering (tidig, omfattande, geriatrisk etc.), vilket jämförs med sedvanlig vård. Den andra översikten värderar effektivitet och kostnadseffektivitet av interventioner eller program av multidisciplinära geriatriska team efter frakturer och främst höftfrakturer [70]. Detta jämförs vanligtvis med ortopedisk vård vid sjukhus. Båda dessa översikter torde åtminstone delvis överlappa med andra inkluderade och uppdaterade översikter av god kvalitet om geriatrisk rehabilitering inom slutenvården [66] samt om multidisciplinär rehabilitering vid höftfraktur [67].

En översikt av god kvalitet men som inte är uppdaterad värderar terapi-baserad rehabilitering i hemmet efter stroke och i detta ingår exempelvis arbetsterapi, sjukgymnastik eller multidisciplinär intervention [71]. Denna terapibaserad rehabilitering i hemmet efter stroke jämförs sedan med sedvanlig eller ingen rutinvård. En majoritet av primärstudierna kommer från Storbritannien och USA, men en studie från Danmark ingår. Det finns därmed kunskap av god kvalitet men som inte är uppdaterad om terapibaserad rehabilitering i hemmet efter stroke. Ytterligare en översikt av god kvalitet identifierades och denna värderar effektivitet och kostnadseffektivitet av olika vårdprogram för personer med KOL [72]. Dessa vårdprogram jämförs med sedvanlig vård eller interventioner med lägre intensitet. En majoritet av primärstudierna kommer från USA, Australien och Kanada och det ingår inte några studier från Norden. Det finns därmed kunskap av god kvalitet men som inte är uppdaterad om vårdprogram för personer med KOL.

Ytterligare fem översikter identifierades men de bedömdes vara av begränsad kvalitet. Dessa värderar olika former av rehabilitering av höftfraktur [73], effekter av organiserad multidisciplinär vård och rehabilitering inom slutenvården för personer med stroke [74], effekter av olika program för hjärtrehabilitering [75] och två översikter värderar geriatrisk rehabilitering för sköra äldre respektive personer med exempelvis höftfraktur, stroke eller demens [76, 77]. Det saknas därmed kunskap av god kvalitet om multidisciplinär vård och rehabilitering inom slutenvården för personer med stroke och om olika program för hjärtrehabilitering. De frågor som handlar om rehabilitering av höftfraktur och geriatrisk rehabilitering för olika grupper av de mest sjuka äldre torde täckas av andra inkluderade och uppdaterade översikter på området.

Det finns sammanställd och uppdaterad kunskap av god kvalitet om utformning av rehabilitering för äldre med höftfraktur och för rehabilitering

inom slutenvården för geriatriska patienter. Det saknas uppdaterad kunskap om rehabiliteringens utformning för delar av gruppen mest sjuka äldre dvs. för specifika sjukdomstillstånd som kan innefattas i gruppen. Det finns dock översikter av god kvalitet men som inte är uppdaterade för diagnoserna stroke och KOL.

Sammanfattning av resultat

Kartläggningen identifierade 16 översikter för området rehabilitering. Elva översikter bedömdes vara av god kvalitet och fem av dem är också uppdaterade avseende sökningar efter primärstudier. De områden som ingår är interventioner kring var rehabilitering bäst bedrivs samt kring hur rehabilitering bäst utformas. Var rehabilitering bäst bedrivs handlar om effekter av olika vårdmiljöer såsom exempelvis det egna hemmet med sjukhusbaserad rehabilitering. Hur rehabilitering bäst utformas handlar om flera olika och delvis lika interventioner där den gemensamma nämnaren mellan flertalet översikter är värderingar av geriatrisk rehabilitering eller multidisciplinär rehabilitering. Översikterna och interventionerna är nästan uteslutande inriktade på äldre med en viss specifik sjukdom/hälsoproblem och framförallt höftfraktur. Vad interventionerna jämförs med är tydligt i de översikter som handlar om var rehabilitering bäst bedrivs, men för översikter om hur rehabilitering bäst utformas uttrycks det som man jämför med som sedvanlig vård utan att detta alltid specificeras närmare. I knappt hälften av översikterna framgår inte primärstudiernas ursprungsland tydligt. För de översikter där ursprungsland framgår kommer en majoritet av primärstudierna från USA, Storbritannien och Kanada, men ett flertal studier kommer även från Norden och Sverige. Om man studerar antalet primärstudier från respektive land kommer en majoritet av dem från USA eller Storbritannien, men efter dessa kommer Sverige som ursprungsland för primärstudier.

Uppdaterad kunskap av god kvalitet

Kartläggningen visar på att det finns uppdaterad och sammanställd kunskap av god kvalitet om effekter av interventioner. De resultat och slutsatser som redovisas i översikterna visar att det finns kunskap om:

- Olika vårdmiljöer för rehabilitering av personer med stroke eller KOL: för stroke finns det säkerställda effekter för hembaserad rehabilitering efter sex veckor och efter 3-6 månader. Efter sex månader är effekterna mer oklara. För KOL påvisade de flesta studierna förbättringar i hälsorelaterad livskvalitet och fysisk kapacitet efter hembaserad rehabilitering i jämförelse med sedvanlig vård. Studier som jämförde hembaserad rehabilitering med sjukhusbaserade öppenvårdsprogram har inte däremot inte kunnat påvisa några statistiska och kliniskt säkerställda skillnader i hälsorelaterad livskvalitet och fysisk kapacitet.
- Rehabilitering inom slutenvården speciellt utformad för geriatriska patienter och patienter med höftfraktur: har potential att förbättra resultat avseende funktion, sjukhemsboende och dödlighet. Data är dock otill-

räckliga för att definiera hur framgångsrika program ska vara uppbyggda och för att avgöra kostnadseffektivitet.

- Rehabiliteringsinterventioner med syfte att förbättra fysisk och psykosocial funktion efter höftfraktur: vissa positiva resultat fanns men studierna var genomgående för små och med varierande kvalitet och därmed är det vetenskapliga stödet otillräckligt.
- Multidisciplinär rehabilitering för personer med höftfraktur: det fanns en tendens till ett bättre resultat för patienter som erhöll multidisciplinär rehabilitering inom slutenvården, men resultaten var inte statistiskt säkerställda.

Kunskapsluckor

Kunskapsluckorna nedan avser den sammantagna gruppen de mest sjuka äldre om inget annat framgår. Det saknas kunskap om effekter av:

- Olika vårdmiljöer, exempelvis i hemmet jämfört med klinik, och för andra grupper av de mest sjuka äldre än personer med stroke eller KOL. Det finns två översikter av god kvalitet men de är inte uppdaterade. Den ena av dessa översikter identifierade inte några primärstudier.
- Rehabiliteringens utformning för delar av gruppen mest sjuka äldre dvs. för vissa specifika sjukdomstillstånd som kan innefattas i gruppen. Det finns dock översikter av god kvalitet men som inte är uppdaterade för diagnoserna stroke och KOL.

Slutsatser och diskussion

Kartläggningen visar att det finns sammanställd och uppdaterad kunskap av god kvalitet, men också betydande kunskapsluckor om organisering av vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Den kunskap och de kunskapsluckor som kartläggningen identifierat sammanfattas nedan. En utmaning under arbetets gång har varit att se likheter och olikheter i frågeställning, intervention och/eller population mellan olika översikter. Mot bakgrund av de stora ämnesområden som kartläggningen omfattar så gör den inte anspråk på att vara en komplett beskrivning av hela forskningsfältet.

Av totalt 63 inkluderade översikter var cirka hälften (35 översikter) av god kvalitet och av dessa var knappt hälften (15 översikter) också uppdaterade avseende sökningar efter primärstudier. Det finns således en hel del översikter att tillgå, men kvaliteten är i många fall begränsad. Sammantaget kan sägas att det finns översikter för flera viktiga frågor om organisering av vård och omsorg som i olika utsträckning inbegriper gruppen de mest sjuka äldre utifrån hur gruppen avgränsats för denna kartläggning. Området vård- och omsorgskedja handlar övervägande om sköra äldre, området vård- och boendeform om äldre med specifika sjukdomar, men även om sköra äldre, medan området rehabilitering framförallt handlar om vård och omsorg av specifika sjukdomar. I många översikter finns primärstudier från Sverige eller Norden, men en majoritet är utomnordiska och främst från USA.

Vad vet vi idag

Inom vård- och omsorgskedja, vård- och boendeform respektive rehabilitering finns det flera uppdaterade översikter av god kvalitet. Ingen vetenskaplig värdering har gjorts av resultaten i översikterna. De resultat och slutsatser som redovisas här är de som presenterats i översikterna. Här ges en sammanfattning av områdena samt slutsatserna och en mer detaljerad redogörelse finns i resultatdelen.

För området vård- och omsorgskedja:

- Utskrivningsplanering från sjukhus för de mest sjuka äldre: en strukturerad utskrivningsplan anpassad till den enskilda patienten medför troligen små minskningar i vårdtid på sjukhus och antal återinläggningar för äldre personer som skrivits in på grund av ett medicinskt tillstånd. Effekten av utskrivningsplanering på dödlighet, hälsoutfall och kostnader är dock fortfarande osäker.
- Säker patientförflyttning mellan olika vårdformer för de mest sjuka äldre: resultaten indikerar att en omfattande vårdplanering och välutbildad sjukvårdspersonal såsom sjuksköterskor eller farmakologisk personal, med aktuell information om patientens kliniska status och vårdplan, säkerställer smidigare

förflyttning från sjukhuset till hemmet. Multifacetterade interventioner såsom patientutbildning om äldre och gemensamt arbetssätt minskar förekomsten av fel och ogynnsamma händelser under överflyttningen.

- ”Stroke liaison worker” (samordningsfunktion vid utskrivning från sjukhus för personer med stroke): patienter med mild till måttlig funktionsnedsättning kan möjligtvis gynnas av en minskning i dödlighet och funktionsnedsättning. Patienter rapporterar förbättrad tillfredsställelse med vissa aspekter av interventionen.

För området vård- och boendeform:

- Tidig hemgång från sjukhus och sjukvård i hemmet för de mest sjuka äldre: det vetenskapliga stödet är otillräckligt för om sjukhusvård i hemmet leder till utfall som skiljer sig från sjukhusbaserad vård. Interventionen kan vara ett effektivt alternativ till sjukhusvård för en viss grupp av äldre patienter, men det är oklart vilka. Personer med stroke eller äldre patienter kan ha lägre risk att komma till särskilt boende om de efter tidig utskrivning får sjukhusvård i hemmet.
- Geriatrisk dagsjukvård för de mest sjuka äldre: verkar vara mer effektivt än ingen intervention i termer av förbättrad ADL och minskad användning av slutenvård vid sjukhus. Geriatrisk dagsjukvård visade ingen tydlig fördel i förhållande till andra former av omfattande äldreomsorg.
- Specialiserad boendeform för personer med demenssjukdom: inga randomiserade kontrollerade studier identifierades och utifrån ickerandomiserade studier finns det inget starkt stöd för nytta och värde med särskilda vårdenheter för personer med demens. Det tycks vara viktigare att implementera god praktik/bästa tillgängliga vård än att tillhandahålla särskilda enheter.
- Telefonstöd vid hjärtsvikt: strukturerad telefonsupport och telefonövervakning är effektiva för att minska dödlighet och sjukhusinläggningar relaterade till kronisk hjärtsvikt hos vuxna personer med kronisk hjärtsvikt, det förbättrar livskvaliteten, minskar kostnader och förbättrar förskrivning av läkemedel. Majoriteten av de äldre patienterna lärde sig använda tekniken lätt och var nöjda med att få vård på detta sätt.
- Allsidig geriatrisk bedömning vid akuta insatser för de mest sjuka äldre: ökar en patients sannolikhet att vara vid liv och i sitt eget hem i upp till tolv månader.
- Palliativa interventioner vid sjukhem: få studier identifierades och alla var från USA. Resultaten är lovande med det behövs fler studier av hög kvalitet framförallt utanför USA. Det finns svagt vetenskapligt stöd för att interventioner för att förbättra palliativ vård för äldre människor på vårdhem förbättrar utfallen för dem.

För området rehabilitering:

- Olika vårdmiljöer för rehabilitering av personer med stroke eller KOL: för stroke finns det säkerställda effekter för hembaserad rehabilitering efter sex veckor och efter 3-6 månader. Efter sex månader är effekterna mer oklara. För KOL påvisade de flesta studierna förbättringar i hälsorelaterad livskvalitet och fysisk kapacitet efter hembaserad rehabilitering i jämförelse med sed-

vanlig vård. Studier som jämförde hembaserad rehabilitering med sjukhusbaserade öppenvårdsprogram har däremot inte kunnat påvisa några statistiska och kliniskt säkerställda skillnader i hälsorelaterad livskvalitet och fysisk kapacitet.

- Rehabilitering inom slutenvården speciellt utformad för geriatriska patienter och patienter med höftfraktur: har potential att förbättra resultat avseende funktion, sjukhemsboende och dödlighet. Data är dock otillräckliga för att definiera hur framgångsrika program ska vara uppbyggda och för att avgöra kostnadseffektivitet.
- Rehabiliteringsinterventioner med syfte att förbättra fysisk och psykosocial funktion efter höftfraktur: vissa positiva resultat fanns men studierna var genomgående för små och med varierande kvalitet och därmed är det vetenskapliga stödet otillräckligt.
- Multidisciplinär rehabilitering för personer med höftfraktur: det fanns en tendens till ett bättre resultat för patienter som erhöll multidisciplinär rehabilitering inom slutenvården, men resultaten var inte statistiskt säkerställda.

Slutsatser kring vad vi vet idag

Sammantaget finns uppdaterad kunskap av god kvalitet för hela eller delar av gruppen de mest sjuka äldre för flera frågeställningar. Samtidigt visar dock översikterna att det sammanvägda resultatet från primärstudierna många gånger är osäkert. Denna osäkerhet handlar om att resultaten inte är statistiskt säkerställda, att studierna är för små, av dålig kvalitet, eller att resultaten inte kan betraktas som säkra för hela studiegruppen i översikten. I flera översikter pekar ändå resultaten på lovande effekter.

Kunskapsluckor

Här ges en sammanfattning av de områden där kartläggningen visar att det saknas kunskap. En mer detaljerad redogörelse finns i resultatdelen.

För området vård- och omsorgskedja:

Det saknas uppdaterad kunskap för hela gruppen de mest sjuka äldre om effekter av:

- case management (samordning)
- tidig utskrivning med stöd
- stöd efter utskrivning
- hembesök för bedömning av hemsituation innan utskrivning
- organisering inom akutsjukvården
- eftervård
- minskad överflyttning av äldre från särskilt boende till akutmottagning.

För alla dessa områden finns icke-uppdaterade översikter av god kvalitet eller översikter av begränsad kvalitet. Därtill har ingen översikt kunnat identifieras som studerar tekniska system (IT) för överföring av patientinformation, för hela gruppen de mest sjuka äldre.

För området vård- och boendeform:

Det saknas uppdaterad kunskap för hela gruppen de mest sjuka äldre, om inget annat anges, om effekter av:

- särskilda vårdenheter för stroke
- organisering av geriatrisk icke akut vård
- teknikstöd för andra grupper av de mest sjuka äldre än personer med hjärtsvikt
- organisering där sjuksköterskor ansvarar för vårdplatser
- kombination av psykiatrisk vård och sjukhemsinsatser
- multifaktoriella insatser för att minska äldres sjukhusvård
- insatser rörande farmakologiskt stöd i äldreomsorgsverksamhet
- interventioner i hemmet (multidisciplinärt arbete, bevarande av fysisk funktion och självständighet)
- beslutsstöd inför flyttning till särskilt boende.

För alla dessa områden finns icke-uppdaterade översikter av god kvalitet eller översikter av begränsad kvalitet. Det finns en kunskapslucka som handlar om avsaknad av primärstudier om beslutsstöd inför flyttning till särskilt boende.

För området rehabilitering:

Det saknas uppdaterad kunskap om effekter av

- olika vårdmiljöer, exempelvis i hemmet jämfört med klinik, för andra grupper av de mest sjuka äldre än personer med stroke eller KOL
- rehabiliteringens utformning för delar av gruppen mest sjuka äldre dvs. för vissa specifika sjukdomar som kan innefattas i gruppen.

För dessa områden finns icke-uppdaterade översikter av god kvalitet eller översikter av begränsad kvalitet. Det finns en kunskapslucka som handlar om avsaknad av primärstudier om bästa vårdmiljön vid rehabilitering av personer med lårbensfraktur, stroke eller andra sjukdomar/hälsoproblem.

Slutsatser kring kunskapsluckor

Sammantaget saknas uppdaterad kunskap av god kvalitet för hela eller delar av gruppen mest sjuka äldre för flera interventioner inom de tre områden som ingår i kartläggningen. Särskilt kan nämnas att det saknas uppdaterad kunskap för samordning av vård- och omsorgsinsatser (case management) samt olika sätt att organisera icke akut vård för sjuka äldre, det vill säga geriatriska patienter. Resultatet av kartläggningen tyder även på att det saknas primärstudier för frågan om effekter av beslutsstöd vid flyttning till särskilt boende [61] samt effekter av olika vårdmiljöer vid rehabilitering [65]. Vidare kan noteras att översikter om interventioner eller sätt att organisera långvariga vård- och boendeformer är mindre vanligt än översikter som handlar om att organisera insatser och modeller av mer avgränsat slag. De områden som studerats i översikterna är adekvata, men relevansen av olika interventioner kan rimligen

ändå variera för olika grupper av mest sjuka äldre vilket kan vara en förklaring till varför det saknas kunskaper.

Genomförande av kartläggningen

De tre ingående ämnesområdena vård- och omsorgskedja, former för vård, omsorg och boende samt rehabilitering, valdes för att de bedömdes täcka stora delar av vård och omsorg ur olika aspekter. Inom respektive område grupperades översikterna för att åstadkomma bättre överblick, men de gränsdragningar som har gjorts är inte självklara. En utmaning med gränsdragningen handlar om svårigheter att bedöma interventionerna då beskrivningens omfattning kan variera liksom variationer i hur strikt man varit i översikten vid inklusion av primärstudier.

Gruppen de mest sjuka äldre är inte entydigt definierad vilket medför en del svårigheter när det gäller att hitta relevant forskning. Det handlar både om ålder på de studerade personerna och vad som är lämpliga kriterier för ”mest sjuk”. Delar av den forskning som identifierats är antingen inriktad på diagnos(er) oavsett ålder eller på ålder oavsett diagnos(er). Därmed blir det svårt att avgöra hur stor del av gruppen de mest sjuka äldre som omfattas eftersom både ålder och sjuklighet ingår i begreppet. Socialstyrelsen har gjort tre olika målgruppsavgränsningar av mest sjuka äldre i Sverige där vård vid sjukhus, omfattande omsorgsinsatser såsom särskilt boende samt sjuklighet är centrala kriterier, medan enskilda specifika diagnoser inte är det [78]. Syftet med dessa målgruppsavgränsningar var att uppskatta volymen av gruppen de mest sjuka äldre. En tolkning helt utifrån denna avgränsning i stället för den avgränsning som tillämpats i denna kartläggning, hade inneburit att en del av de inkluderade översikterna hade uteslutits. Exempelvis hade vi missat en översikt om akut vård i hemmet i stället för på sjukhus där det inte framgår huruvida personerna hade fler än en diagnos [38]. Därmed hade kunskapsluckorna felaktigt uppfattats som än mer förekommande.

Eftersom kartläggningen inkluderar flera stora ämnesområden för de mest sjuka äldre så har sökningen utgått från termer för att fånga gruppen äldre kombinerat med begrepp för de tre ämnesområdena. Detta förfaringssätt visade sig leda till att vi missade relevanta översikter med fokus på en specifik diagnos, men där inget framgår om ålder vare sig i titel, sammanfattning eller i indexeringstermer. Ett exempel där ålder inte framgår är en översikt om hembaserad sjukgymnastik i jämförelse med bland annat poliklinisk sjukgymnastik efter höftfrakturskirurgi [64]. Mot bakgrund av detta gjordes vissa kompletterande sökningar med utgångspunkt från diagnoser som är vanliga för gruppen de mest sjuka äldre.

En annan svårighet med att hitta relevant forskning hör samman med begreppet organisering vilket knappt används i de översikter vi identifierat. Det blev därmed nödvändigt att läsa sig till om det rör sig om en organisationsfråga eller inte.

Ansatsen har varit bred för att finna så många potentiellt relevanta översikter som möjligt om organisering av vård och omsorg för gruppen de mest sjuka äldre. Det är därför viktigt att för varje enskild frågeställning fundera över om kunskapen i en uppdaterad översikt av god kvalitet har relevans endast för en del personer som inkluderas i gruppen mest sjuka äldre eller om

den är central för gruppen i sin helhet så som den avgränsats här. Ett exempel där kunskapen anses vara central för hela gruppen är översikter vars population beskrivs som äldre med multipla sjukdomar såsom case management-översikterna. Ett annat exempel är utformning av rehabilitering för personer med en specifik diagnos som höftfraktur, det vill säga en subgrupp av de mest sjuka äldre, där det är svårt att överföra resultat till hela gruppen.

Bedömning av de inkluderade översikternas kvalitet har baserats på internationella rekommendationer och framförallt utgått från redovisad litteratursökning, metod för urval av studier, hur granskningen av primärstudiernas kvalitet gått till och hur resultaten presenterats [13, 14]. Eftersom bedömning av kvalitet medger ett visst mått av tolkning har oberoende dubbelbedömning av allt material gjorts i alla steg i kartläggningen i strävan att minska felbedömningar. Överensstämmelsen mellan granskarna var mycket god.

Metoder och krav på kvalitet i systematiskt översiktsarbete har utvecklats under den period om tjugo år som kartläggningen omfattar [14]. Det kan vara en förklaring till att översikter med ”begränsad kvalitet” var en stor kategori. Att en översikt i kartläggningen har bedömts vara av begränsad kvalitet betyder antingen att vissa centrala delar i översiktsprocessen inte har genomförts alternativt inte har redovisats i översikten. Utförlighet i beskrivning av interventionen, valet av analysmetoder har dock inte bedömts i denna kartläggning. Ett viktigt dilemma att komma ihåg vid kvalitetsbedömning är att översikter av begränsad kvalitet faktiskt kan innehålla primärstudier av god kvalitet, liksom att en översikt av god kvalitet faktiskt kan innehålla primärstudier av begränsad kvalitet. Ett annat dilemma i arbete med översikter är att det i många översikter påtalas att det råder brist på metodologisk god primärforskning.

Kartläggningen visar att det finns primärstudier från Sverige och övriga Norden, men de flesta studierna är från USA och Storbritannien. Överförbarheten kan vara ett problem då det amerikanska och det brittiska välfärdssystemet ser annorlunda ut än det svenska. En annan aspekt är att överförbarheten av interventioner inte helt kan likställas med överförbarheten av till exempel medicinska behandlingar. Överförbarhet är också ett problem eftersom flera översikter inte tydligt beskriver vilken insats jämförelsegrupperna har fått, utan det står ofta sedvanlig vård utan vidare specificering. Det blir då svårt att avgöra likheter med svensk vård och därmed kunna avgöra överförbarheten av effekterna.

En svårighet i kartläggningen har varit att utläsa eventuella likheter och olikheter mellan olika översikter avseende frågeställningar, interventioner och/eller populationer. Det bör även tilläggas att uttrycket ”effekter av” inte innebär att kunskap finns om samtliga tänkbara effekter (utfall) av en intervention. Med hänsyn till dessa förhållanden blir det svårt att exakt fastställa var det finns respektive saknas kunskap. Den kunskap och de kunskapsluckor som lyfts fram är de som framstått tydligast.

Fortsatt arbete

Det fortsatta arbetet med regeringsuppdraget blir att genomföra en ny systematisk översikt baserat på de kunskapsluckor som identifierats i kartläggningen. Det handlar om att försöka prioritera och identifiera den i nuläget bedömda största kunskapsnyttan. Ämnet för en ny systematisk översikt bör ha förutsättningar att inrymma många viktiga aspekter för de mest sjuka äldre samt för ansvariga vårdgivare, kommuner, landsting och andra aktörer i Sverige. En angelägen kunskap är interventioner för att hantera komplexa hälsoproblem eller skörhet, problem som är utmärkande för gruppen de mest sjuka äldre. Ett sådant område är samordning av vård- och omsorgsinsatser (case management) där en systematisk översikt om effekter av individuell samordnare (case manager) anses viktig att genomföra.

Referenser

1. Folkmängden i riket efter civilstånd, ålder och kön. År 1968-2011. 2011 [cited 20120306]; Available from: <http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/Visavar.asp?yp=tansss&xu=C9233001&huvudtabell=BefolkningNy&deltabell=R1&deltabellnamn=Folkm%E4ngden+i+riket+efter+civilst%E5nd%2C+%E5lder+och+k%F6n%2E+%C5r&omradekod=BE&omradetext=Befolkning&preskat=O&innehall=Folkmangd&starttid=1968&stopptid=2011&ProdId=BE0101&fromSok=&Fromwhere=S&lang=1&langdb=1>
2. Folkhälsorapport 2009 [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
3. Fratiglioni, L. Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år : en systematisk litteraturöversikt om förekomst, konsekvenser och vård : en rapport. Stockholm: Fritze; 2010.
4. Parker, G, Bhakta, P, Katbamna, S, Lovett, C, Paisley, S, Parker, S, et al. Best place of care for older people after acute and during subacute illness: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2000; 5(3):176-89.
5. Johansson, L. Inte samverkan nu igen, eller...?! Äldre i centrum. 2002; (4).
6. Aktuellt på äldreområdet 2008. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2008.
7. Lungcancervård: vetenskapligt underlag för nationella riktlinjer 2011. Socialstyrelsen; 2011.
8. Hjärtsvikt: vetenskapligt underlag för nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008. Socialstyrelsen; 2008.
9. Depression och ångestsyndrom: vetenskapligt underlag för nationella riktlinjer 2010. Socialstyrelsen; 2010.
10. Strokesjukvård: vetenskapligt underlag för nationella riktlinjer 2009. Socialstyrelsen; 2009.
11. Demenssjukdom: vetenskapligt underlag för nationella riktlinjer 2010. Socialstyrelsen; 2010.
12. Higgins JPT, GS, editor. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0 ed: The Cochrane Collaboration; 2011.
13. Shea, BJ, Grimshaw, JM, Wells, GA, Boers, M, Andersson, N, Hamel, C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2007; 7:10.
14. Moher, D, Liberati, A, Tetzlaff, J, Altman, DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med*. 2009; 151(4):264-9, W64.

15. Hur vi arbetar med kunskapsluckor. Definition av en vetenskaplig kunskapslucka. [cited 20120214]; Available from: <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/vetenskapliga-kunskapsluckor/Hur-vi-arbetar-med-kunskapsluckor/>
16. Shepperd, S, McClaran, J, Phillips, CO, Lannin, NA, Clemson, LM, McCluskey, A, et al. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; (1):CD000313.
17. Parker, SG, Peet, SM, McPherson, A, Cannaby, AM, Abrams, K, Baker, R, et al. A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health Technology Assessment*. 2002; 6(4):1-183.
18. Preyde, M, Macaulay, C, Dingwall, T. Discharge planning from hospital to home for elderly patients: a meta-analysis. *J Evid Based Soc Work*. 2009; 6(2):198-216.
19. Mansah, MF, Ritin; Griffiths, Rhonda; Chang, Esther. Effectiveness of strategies to promote safe transition of elderly people across care settings. *JB I Library of Systematic Reviews*. 2009; 7(24):1036-90.
20. Early Supported Discharge, T. Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2005.
21. Winkel, A, Ekdahl, C, Gard, G. Early discharge to therapy-based rehabilitation at home in patients with stroke: a systematic review. *Physical Therapy Reviews*. 2008; 13(3):167-87.
22. Patterson, CJ, Mulley, GP. The effectiveness of predischage home assessment visits: a systematic review. *Clin Rehabil*. 1999; 13(2):101-4.
23. Hickman, L, Newton, P, Halcomb, EJ, Chang, E, Davidson, P. Best practice interventions to improve the management of older people in acute care settings: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 60(2):113-26.
24. Hyde, CJ, Robert, IE, Sinclair, AJ. The effects of supporting discharge from hospital to home in older people. *Age Ageing*. 2000; 29(3):271-9.
25. Phillips, CO, Wright, SM, Kern, DE, Singa, RM, Shepperd, S, Rubin, HR. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA*. 2004; 291(11):1358-67.
26. Richards, S, Coast, J. Interventions to improve access to health and social care after discharge from hospital: a systematic review. *J Health Serv Res Policy*. 2003; 8(3):171-9.
27. Hastings, SN, Heflin, MT. A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Academic Emergency Medicine*. 2005; 12(10):978-86.
28. Bours, GJ, Ketelaars, CA, Frederiks, CM, Abu-Saad, HH, Wouters, EF. The effects of aftercare on chronic patients and frail elderly patients when discharged from hospital: a systematic review. *J Adv Nurs*. 1998; 27(5):1076-86.
29. LaMantia, MA, Scheunemann, LP, Viera, AJ, Busby-Whitehead, J, Hanson, LC. Interventions to improve transitional care between nursing homes and

- hospitals: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010; 58(4):777-82.
30. Cole, MG. The impact of geriatric post-discharge services on mental state. *Age Ageing*. 2001; 30(5):415-8.
 31. Oeseburg, B, Wynia, K, Middel, B, Reijneveld, SA. Effects of case management for frail older people or those with chronic illness: A systematic review. *Nursing Research*. 2009; 58(3):201-10.
 32. Kim, YJ, Soeken, KL. A meta-analysis of the effect of hospital-based case management on hospital length-of-stay and readmission. *Nurs Res*. 2005; 54(4):255-64.
 33. Eklund, K, Wilhelmson, K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community*. 2009; 17(5):447-58.
 34. Chiu, WK, Newcomer, R. A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. *Professional Case Management*. 2007; 12(6):330-6.
 35. Ellis, G, Mant, J, Langhorne, P, Dennis, M, Winner, S. Stroke liaison workers for stroke patients and carers: an individual patient data meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; (5):CD005066.
 36. Payne, S, Kerr, C, Hawker, S, Hardey, M, Powell, J. The communication of information about older people between health and social care practitioners. *Age Ageing*. 2002; 31(2):107-17.
 37. Arendts, G, Howard, K. The interface between residential aged care and the emergency department: a systematic review. *Age & Ageing*. 2010; 39(3):306-12.
 38. Shepperd, S, Doll, H, Angus Robert, M, Clarke Mike, J, Iliffe, S, Kalra, L, et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2008.
 39. Shepperd, S, Doll, H, Broad, J, Gladman, J, Iliffe, S, Langhorne, P, et al. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009.
 40. Forster, A, Young, J, Lambley, R, Langhorne, P. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008; (4).
 41. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (4):CD000197.
 42. Van Craen, K, Braes, T, Wellens, N, Denhaerynck, K, Flamaing, J, Moons, P, et al. The effectiveness of inpatient geriatric evaluation and management units: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010; 58(1):83-92.
 43. Rubenstein, LZ, Stuck, AE, Siu, AL, Wieland, D. Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. *J Am Geriatr Soc*. 1991; 39(9 Pt 2):8S-16S; discussion 7S-8S.
 44. Cole, MG. Effectiveness of three types of geriatric medical services: lessons for geriatric psychiatric services. *CMAJ*. 1991; 144(10):1229-40.

45. Lai Claudia, KY, Yeung Jonas, HM, Mok, V, Chi, I. Special care units for dementia individuals with behavioural problems. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009.
46. Inglis, SC, Clark, RA, McAlister, FA, Ball, J, Lewinter, C, Cullington, D, et al. Structured telephone support or telemonitoring programmes for patients with chronic heart failure. Cochrane Database Syst Rev. 2010; (8):CD007228.
47. Botsis, T, Hartvigsen, G. Current status and future perspectives in telecare for elderly people suffering from chronic diseases. J Telemed Telecare. 2008; 14(4):195-203.
48. Holland, R, Battersby, J, Harvey, I, Lenaghan, E, Smith, J, Hay, L. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. Heart. 2005; 91(7):899-906.
49. McAlister, FA, Stewart, S, Ferrua, S, McMurray, JJ. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. J Am Coll Cardiol. 2004; 44(4):810-9.
50. Windham, BG, Bennett, RG, Gottlieb, S. Care management interventions for older patients with congestive heart failure. American Journal of Managed Care. 2003; 9(6):447-59.
51. Ellis G Fau - Whitehead, MA, Whitehead Ma Fau - O'Neill, D, O'Neill D Fau - Langhorne, P, Langhorne P Fau - Robinson, D, Robinson, D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. (1469-493X (Electronic)).
52. McCusker, J, Verdon, J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences. 2006; 61A(1):53-62.
53. Hall, S, Kolliakou, A, Petkova, H, Froggatt, K, Higginson Irene, J. Interventions for improving palliative care for older people living in nursing care homes. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2011.
54. Beswick, AD, Rees, K, Dieppe, P, Ayis, S, Gooberman-Hill, R, Horwood, J, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2008; 371(9614):725-35.
55. Batty, C. Systematic review: interventions intended to reduce admission to hospital of older people... including commentary by Damiani G, Ahearn DJ, Graves N, and Abrahamson V. International Journal of Therapy & Rehabilitation. 2010; 17(6):310-22.
56. Collet, J, de Vugt, ME, Verhey, FRJ, Schols, JMGA. Efficacy of integrated interventions combining psychiatric care and nursing home care for nursing home residents: a review of the literature. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2010; 25(1):3-13.
57. Thomé, B, Dykes, A, Hallberg, IR. Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. Journal of Clinical Nursing. 2003; 12(6):860-72.

58. Johansson, G, Eklund, K, Gosman-Hedström, G. Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community: a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2010; 17(2):101-16.
59. Hanlon, JT, Lindblad, CI, Gray, SL. Can clinical pharmacy services have a positive impact on drug-related problems and health outcomes in community-based older adults? *Am J Geriatr Pharmacother*. 2004; 2(1):3-13.
60. Verrue, CL, Petrovic, M, Mehuys, E, Remon, JP, Vander Stichele, R. Pharmacists' interventions for optimization of medication use in nursing homes : a systematic review. *Drugs Aging*. 2009; 26(1):37-49.
61. Gravolin, M, Rowell, K, de Groot, J. Interventions to support the decision-making process for older people facing the possibility of long-term residential care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007.
62. Hillier, S, Inglis-Jassiem, G. Rehabilitation for community-dwelling people with stroke: home or centre based? A systematic review. *Int J Stroke*. 2010; 5(3):178-86.
63. Vieira, DS, Maltais, F, Bourbeau, J. Home-based pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Curr Opin Pulm Med*. 2010; 16(2):134-43.
64. Mehta, SP, Roy, J-S. Systematic review of home physiotherapy after hip fracture surgery. *Journal of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)*. 2011; 43(6):477-80.
65. Ward, D, Drahota, A, Gal, D, Severs, M, Dean, TP. Care home versus hospital and own home environments for rehabilitation of older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008; (4).
66. Bachmann, S, Finger, C, Huss, A, Egger, M, Stuck, AE, Clough-Gorr, KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ: British Medical Journal*. 2010; 340(7758).
67. Handoll, HH, Cameron, ID, Mak, JC, Finnegan, TP. Multidisciplinary rehabilitation for older people with hip fractures. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009; (4).
68. Crotty, M, Unroe, K, Cameron, ID, Miller, M, Ramirez, G, Couzner, L. Rehabilitation interventions for improving physical and psychosocial functioning after hip fracture in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010; (1).
69. Beaupre, LA, Jones, CA, Saunders, LD, Johnston, DW, Buckingham, J, Majumdar, SR. Best practices for elderly hip fracture patients. A systematic overview of the evidence. *J Gen Intern Med*. 2005; 20(11):1019-25.
70. Cameron, I, Crotty, M, Currie, C, Finnegan, T, Gillespie, L, Gillespie, W, et al. Geriatric rehabilitation following fractures in older people: a systematic review. *Health Technology Assessment*. 2000; 4(2):1-105.
71. Outpatient Service, T. Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2003.

72. Steuten, LM, Lemmens, KM, Nieboer, AP, Vrijhoef, HJ. Identifying potentially cost effective chronic care programs for people with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2009; 4:87-100.
73. Chudyk, AM, Jutai, JW, Petrella, RJ, Speechley, M. Systematic review of hip fracture rehabilitation practices in the elderly. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2009; 90(2):246-62.
74. Langhorne, P, Duncan, P. Does the organization of postacute stroke care really matter? *Stroke*. 2001; 32(1):268-74.
75. Eshah, NF, Bond, AE. Cardiac rehabilitation programme for coronary heart disease patients: an integrative literature review. *Int J Nurs Pract*. 2009; 15(3):131-9.
76. Wells, JL, Seabrook, JA, Stolee, P, Borrie, MJ, Knoefel, F. State of the art in geriatric rehabilitation. Part I: review of frailty and comprehensive geriatric assessment. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2003; 84(6):890-7.
77. Wells, JL, Seabrook, JA, Stolee, P, Borrie, MJ, Knoefel, F. State of the art in geriatric rehabilitation. Part II: clinical challenges. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2003; 84(6):898-903.
78. Socialstyrelsen. De mest sjuka äldre. Avgränsning av gruppen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.

Bilaga 1. Kunskapsunderlag om de mest sjuka äldre

Inledning

I december 2009 fick Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) i uppdrag av regeringen att särskilt uppmärksamma kunskapsläget rörande de mest sjuka äldre (S2009/9857/ST). Syftet med uppdraget är att pröva om och hur en fortlöpande verksamhet kan bedrivas, där Socialstyrelsen och SBU tillhandahåller kunskap om de mest sjuka äldre. Kunskaperna gäller behandling, vård och omsorg för de mest sjuka äldre, med ett urval av frågeställningar. En uppdelning gjordes så att SBU svarar för frågeställningar med medicinsk inriktning (t.ex. urininkontinens och akut omhändertagande) medan Socialstyrelsen svarar för vård- och omsorgsinriktade frågeställningar (t.ex. kunskap om hur vården ska organiseras).

Socialstyrelsens delprojekt formulerades i projektplanen våren 2010 (13886/2009, nr 2) som att

- inventera kunskapsunderlag
- genomföra systematiska översikter och kunskapssammanställningar
- förmedla kunskap till målgruppen (verksam inom vård och omsorg om äldre)
- beskriva hur en fortsatt verksamhet kan bedrivas.

Denna rapport handlar huvudsakligen om den första punkten, att inventera kunskapsunderlag utifrån konsekvenserna av olika sätt att definiera och avgränsa gruppen de mest sjuka äldre. I projektplaneringen ingår att göra en ”empirisk prövning av olika definitioner av gruppen de mest sjuka äldre” eftersom detta bedöms ha ett värde för det fortsatta arbetet med regeringsuppdragets olika delar. Det finns ingen vedertagen definition av gruppen de mest sjuka äldre (MSÄ).

Populationen mest sjuka äldre

Det behövs en beskrivning av vilken population vi avser med MSÄ för att vi ska kunna samla in potentiellt relevanta kunskapsunderlag. Det är dessutom inte troligt att de mest sjuka äldre utgör en homogen och beständig grupp över tid, och därför är det viktigt att ur detta projekts perspektiv ha en bred ansats om vilka som kan tänkas ingå i gruppen. Den initiala bedömningen är att kunskapsunderlagen, som tas fram och sammanställs inom ramen för projektet, sannolikt kommer att ha olika relevans för olika delgrupper inom den vidare gruppen MSÄ.

Om vi gör en snäv avgränsning av vad som kännetecknar populationen kommer vi sannolikt att hitta endast ett mindre antal kunskapsunderlag. Den risken kan antas vara mer uttalad inom det gerontologiska och geriatriska området.

I vissa sammanhang kan interventioner för en delpopulation ha relevans för fler delpopulationer eller för hela gruppen. Det omvända kan emellertid också föreligga så att interventioner för en viss grupp inte kan anses vara överförbara till en så bred population som MSÄ. En snäv avgränsning blir därför troligen allt för begränsande för projektets syfte. Kunskapsunderlagens relevans övervägs i samband med värderingen av överförbarhet till hela eller delar av populationen MSÄ.

Socialstyrelsens arbete med att sammanställa kunskapsunderlag genomförs stegvis och innehåller olika deluppgifter. Vi ska dels göra två olika kartläggningar av redan genomförda översikter, dels göra nya systematiska översikter på områden där sådana saknas. För att kunna hantera kunskapsunderlag inom regeringsuppdraget så behöver vi följaktligen en beskrivning av vad som kännetecknar gruppen MSÄ.

Syfte

Syftet med denna rapport är att finna en praktiskt användbar beskrivning av gruppen MSÄ för att vi ska kunna hantera tillgängliga kunskapsunderlag för systematiska översikter och kartläggningar för denna målgrupp.

Beskrivningen ska ligga till grund både för bedömning av inklusion respektive exklusion av de kunskapsunderlag som påträffas. I ett senare steg ska beskrivningen ingå i bedömningen av om resultaten är överförbara till svenska sammanhang och till gruppen MSÄ i Sverige.

Tillvägagångssätt

Tillvägagångssättet i denna rapport har varit att

1. Identifiera närliggande och befintliga definitioner med relevans för gruppen MSÄ och bedöma dessa definitioner utifrån:
 - a) relevans och begränsningar avseende olika perspektiv såsom kliniskt, epidemiologiskt eller vård- och omsorgsperspektiv
 - b) vilken betydelse definitionerna har för att bedöma relevans och eventuella begränsningar av kunskapsunderlagen i detta uppdrag
2. göra en avgränsad analys av vård och omsorg för äldre med och utan äldreomsorg utifrån tillgängliga data i register vid Socialstyrelsen.

Flera definitioner används

Äldre drabbas ofta av funktionsnedsättningar. Med funktionsnedsättning menas all begränsning av förmågan att utföra en aktivitet som anses normal för människan. En persons funktionsnedsättning kan inte helt förklaras av antalet kroniska sjukdomstillstånd som personen har [57], eftersom konsekvenserna

av en sjukdom kan reduceras mer eller mindre med hjälp av mediciner eller andra behandlingar. Å andra sidan är behandlingar inte alltid möjliga eller lika verkningsfulla för äldre som på yngre. En helt klinisk definition av MSÄ är alltså inte lämplig för våra syften. Många är också överens om att arbets-sättet när det gäller vård av äldre behöver bli mindre diagnos- och sjukdoms-orienterat och mer situationsbaserat, där hela livssituationen fokuseras [58]. Sjukdom kan beskrivas som ett tillstånd karakteriserat av fysisk, psykisk eller social ohälsa vilket beskrivningen av gruppen MSÄ i möjligaste mån bör beakta.

Det finns ingen vedertagen definition av de mest sjuka äldre, men det finns flera närliggande definitioner som används mer eller mindre frekvent. Dessa handlar framför allt om skörhet, *eng. frailty*, multisjuklighet och multisviktande, men begreppet de mest sjuka äldre förekommer också. Ekerstad et al [59] konstaterade att skörhet inte fått någon större klinisk användning. I en översikt konstaterades att skörhet kunde definieras på tio olika sätt, men att gemensamma faktorer återkom i de olika definitionerna. Det handlar om fysiska, kognitiva eller psykologiska och sociala faktorer samt nutrition, åldrande och sjukdom. De tre vanligaste faktorerna är fysisk inaktivitet, åldrande och sjukdom [60].

För att beskriva gruppen MSÄ är faktorn multisjuklighet viktig. Multisjuklighet kan definieras olika beroende på om ett kliniskt eller socialpolitiskt perspektiv är utgångspunkten. Även inom lokal och regional vård och omsorg kan olika definitioner av gruppen förekomma [61]. Fratiglioni et al [62] fann i sin litteraturgenomgång elva olika sätt att definiera multisjuklighet fördelade på fyra kategorier av multisjuklighetsbegrepp. Samtliga fyra kategorier omfattar minst två diagnoser, hälsoproblem eller sjukdomar. De fyra kategorierna för att beskriva begreppet multisjuklighet är

1. antal sjukdomar
2. antal sjukdomar och svårighetsgrad
3. antal sjukdomar, sjukhusinläggning och ålder
4. komplexa hälsoproblem.

För närvarande debatteras både förtjänster och problem med definition av multisjuklighet, med fokus på problemen [63] [64]. Järbrink et al [63] har nyligen prövat Socialstyrelsens definition (se tabell 1) av multisjuklighet utifrån regionala uppgifter inom all hälso- och sjukvård. De fann att de multisjuka är en grupp med hög dödlighet och att gruppen är föränderlig över tid.

I tabell 1 presenteras sex definitioner som alla har anknytning till äldre och sjukdom. Flera har använts eller diskuterats i forskning och utvecklingsarbete om multisjuklighet inom äldreområdet i Sverige. Avsikten med tabell 1 är att på ett kortfattat sätt tydliggöra tre aspekter som är viktiga detta uppdrag: definitionens relevans sedd ur olika perspektiv, definitionens tänkbara begränsningar och definitionens möjliga konsekvenser för bedömningen av kunskapsunderlagen om MSÄ.

Tabell 1: Presentation av definitionerna skörhet, multisjuklighet, multisvikt samt de mest sjuka äldre inklusive bedömning av definitionernas relevans, begränsningar och betydelse för hanteringen av kunskapsunderlag

Inriktning	Källa	Lydelse	Relevans	Begränsningar	Betydelse för hanteringen av kunskapsunderlag
Frailty/ sköra äldre	Heath & Phair 2009 [65]	Skörhet är ett tillstånd av försvagning där en persons reservkapacitet är reducerad i sådan utsträckning att hälsa, funktion och välbefinnande äventyras (anm. egen översättning).	Begreppet är inte helt vedertaget i kliniskt perspektiv, men "sköra äldre eller sårbara personer" är allmänt sett förståeligt och kan vara en relevant beskrivning av att vara mycket sjuk.	Ingen tydlig åldersgräns. En diagnos kan finnas, men ibland anges enbart uppgifter om symptom, t.ex. viktnedgång som kan bero på undernäring.	"Frail elderly" förekommer relativt ofta i forskningslitteraturen som allmän beskrivning av en grupp äldre i behov av vård och formell eller informell omsorg. Sårbarhet leder inte alltid till sjukvård. Underlag om sköra äldre är relevant och kan troligen generaliseras till MSA.
	Åldrecentrum 1997 [66]	1. Personer över 75 år som de senaste 12 månaderna vårdats på sjukhus vid tre eller flera olika tidpunkter och då fått tre eller flera olika sjukdomsdiagnoser registrerade. 2. Personer 75 år eller äldre som under de senaste 12 månaderna har varit inlagda tre eller flera gånger inom slutenvården och med tre eller flera diagnoser i tre eller flera skilda diagnosgrupper enligt klassifikationssystemet ICD10.	Både definitionerna är relevanta för gruppen de mest sjuka äldre då det är mycket vanligt att personer 75 år och äldre har flera kroniska sjukdomar	- Personer under 75 år kan också ha flera kroniska sjukdomar. Definitionen underskattar alltså förekomsten av multisjuka. - Funktionsförmågan kan vara mer avgörande än antalet diagnoser för att vara mycket sjuk. - En diagnos kan vara tillräcklig för att ha komplexa och stora behov av vård och omsorg. - En person kan ha tre diagnoser inom skilda diagnosgrupper men inte behöva tre inläggningar. - Antalet vårdtillfällen kan påverkas av administrativa rutiner för in- och utskrivning. - Vårdens organisation i övrigt kan göra att faktiskt givna insatser inte syns, t.ex. registreras inte kommunal hälso- och sjukvård och primärvård i nationella register. - Underdiagnosticering av sjukdomar och symptom medför underskattning och underrapportering då det heller inte är givet att allt dokumenteras i journaler.	- Kravet på diagnos enl. ICD10 liksom åldersgränsen 75 år kan medföra alltför frekvent exkludering av underlag. - Om underlaget innehåller definitionens uppgifter om populationen är underlaget relevant och kan troligen generaliseras till MSA.
Multisjuk	Socialstyrelsen 2002 [67]				

Inriktning	Källa	Lydelse	Relevans	Begränsningar	Betydelse för hanteringen av kunskapsunderlag
Multi-sviktande	Åldrecentrum 2001 [66]	Personer 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.	Begreppet multisviktande löste flertalet av de problem som fanns med definitionen av multisjuklighet genom att använda mer av s.k. situationsbaserad kunskap, alltså beakta hela livssituationen.	Personer yngre än 75 år kan också ha flera kroniska sjukdomar.	Möjligheten att läsa ut denna information ur forskningsunderlag kan vara begränsad, men finns uppgifterna är underlaget relevant för och troligen generaliserbart till MSA.
Mest sjuka äldre	SKL 2010: utlysning av medel för försöksverksamheter i kommuner + landsting om MSA	1. Människor i hög ålder som har omfattande och återkommande behov av vårdinsatser från flera vårdgivare/verksamheter både inom kommunen och landstinget 2. Varal/ha: - biologiskt åldrad - nära sin funktionella sviktgräns - beroende av andra eller - flera samtidiga hälso- problem, flera läkemedel, många vårdgivare	Definitionen är relevant för gruppen MSA särskilt ur ett vård- och omsorgsperspektiv.	- "Hög ålder" är inte definierat och kan därför utesluta s.k. yngre äldre, 65–79 år. - För personer i särskilt boende finns ofta bara en vårdgivare, huvudmannen.	Den diffusa åldersgränsen kan vara missvisande och medföra frekvent exkludering av forskningsunderlag.
	SKL & Svensk geriatrisk förening 2011 [64]:		Definitionen kan vara kliniskt användbar.		Möjligheten att läsa ut all denna information ur forskningsunderlag kan vara begränsad, men väl enskilda kriterier.

De mest sjuka äldre – en heterogen grupp

I dag finns inte någon enhetlig och allmänt accepterad beskrivning av vad som karaktäriserar gruppen MSÄ. Riskerna med att vara alltför snäv har nämnts tidigare, såsom att endast ett fåtal kunskapsunderlag hittas och att vi därmed begränsar möjligheten att överföra forskningsresultat till svenska förhållanden. Ambitionen har därför varit att i ett första steg inkludera så många kunskapsunderlag som möjligt och samtidigt exkludera de underlag som är uppenbart irrelevanta. Diagnos eller sjukdom har naturligtvis betydelse eftersom äldre inte har samma möjligheter att klara en svår sjukdom, men de är inte ensamt tillräckliga för att fånga kunskaper om gruppen på ett heltäckande sätt. Att en enda definition inte kan täcka alla situationer eller syften har också diskuterats i samband med multisjuklighet [62].

För att kartlägga kunskapsunderlagen behöver vi tydliggöra vilka problem en person ska ha i form av sjukdom, diagnos eller annat möjligt problem för att ingå i gruppen MSÄ. Ingen av definitionerna i tabell 1 specificerar typ av sjukdom och inte heller ingår eventuella insatser från äldreomsorgen. Detta betyder att ingen av definitionerna är riktigt användbar när vi ska bedöma vilka kunskapsunderlag som är relevanta. Befintlig forskning, såväl primärstudier som översikter, utgår mycket ofta från personer i viss ålder, personer i en viss situation eller vårdfas eller patientgrupper med en viss diagnos [68]. Långt från alltid är utgångspunkten flera eller ett visst antal sjukdomar. Följaktligen passar ingen av dessa definitioner ensam som kriterium för urval av relevanta kunskapsunderlag om gruppen MSÄ i detta regeringsuppdrag.

Prövning av fler utgångspunkter

För att ett kunskapsunderlag ska inkluderas i kartläggningarna är ålder det primärt avgörande kriteriet, det vill säga att en äldre population ingår. Som framgått är också förekomsten av sjukdom väsentlig. Enligt SBU är demenssjukdom, stroke, pneumoni, KOL, depression och hjärtsvikt relevanta för äldre [69]. Dessa, men även andra sjukdomar, kan öka risken för ytterligare försämring av hälsan och funktionen, vilket placerar personen i gruppen ”de mest sjuka”.

Funktionsförmågan är relevant för om en person ingår i gruppen MSÄ, men den går inte att utläsa ur antalet diagnoser. Dock är brist på förmåga eller begränsning i att utföra aktiviteter en grund för insatser från äldreomsorgen (hemtjänst, särskilt boende, korttidsvård eller hemsjukvård). Uppgifter om äldreomsorgsinsats ger därför information om en persons livssituation och har alltså relevans.

Vårdkonsumtion och överlevnad enligt registerdata

Som ett nästa steg i beskrivningen av gruppen MSÄ hämtade vi uppgifter från Socialstyrelsens register över socialtjänst respektive slutet och öppen specialistvård. Dessa register ger information om diagnoser, men också om

personens situation och funktion, som typ och omfattning av äldreomsorgsinsats. Vi jämförde äldre personer utan respektive med äldreomsorg (hemtjänst, hemsjukvård, korttidsvård och särskilt boende) när det gäller kontakt med hälso- och sjukvården under två år samt ettårig överlevnad. Vissa analyser inom gruppen med insatser från äldreomsorgen gjordes också och dessa uppgifter redovisas i löpande text. Uppgifterna om vilka personer som avlidit fick vi från dödsorsaksregistret, som också finns vid Socialstyrelsen. Uppgifter om personer med beslut om hjälp enligt lagen om särskilt stöd, LSS, ingår inte i våra registerdata, vilket innebär en brist på information och därmed en viss underskattning.

I socialtjänstregistret identifierades personer 65 år och äldre som den 1 juli 2008

- a) hade beslut om insats enligt socialtjänstlagen, SoL, ensamt eller i kombination, i form av:
 - särskilt boende
 - hemtjänst (lite: < 50 timmar/månad; medel: 51–99 timmar/månad; mycket: ≥ 100 timmar/månad)
 - korttidsvård

och/eller

- b) hade beslut enligt hälso- och sjukvårdslagen, HsL, om hemsjukvård.

Patientregistret innehåller information om slutna och öppna sjukhusvård. Ur patientregistret användes uppgifter från perioden ett år före respektive efter den 1 juli 2008, det vill säga perioden 1 juli 2007–30 juni 2009, om

- unika huvuddiagnoser
- vårdtid i dagar, vilket inte är lika känsligt för eventuella olikheter rörande organisation samt in- och utskrivning som vårdepisoder.

Följande fyra punkter kan uppmärksammas när det gäller hur vi använt informationen i registren för att få fram uppgifter om äldre personers diagnoser, situation och äldreomsorgsinsats:

- a) Beslut om insats innebär inte med säkerhet att insatsen verkställts helt eller delvis, men troligtvis har flertalet personer fått hjälp varför vi för enkelhetens skull fortsättningsvis skriver ”personer med SoL/HsL-insats”.
- b) Beräkningarna utgår från levande personer med eller utan äldreomsorg, och när det gäller resultat om slutenvård gäller det personer som har fått detta.
- c) Vi presenterar resultatet för gruppen äldre som helhet, alltså alla 65 år och äldre. Det gör att den grupp där sjukligheten är högre och funktionsförmågan lägre, de 80 år och äldre, ingår men inte beskrivs särskilt.

- d) Utgångspunkten är huvuddiagnoser, och det kan innebära en viss underskattning av sjukligheten i gruppen.

Tabell 2 visar hur många personer som fanns kvar i livet ett år efter urvalstidpunkten den 1 juli 2008. Andelen som var i livet är 96 procent i gruppen utan SoL/HsL-insats och 82 procent i gruppen med sådan insats. Det betyder att dödligheten var högre i gruppen med insats än i gruppen utan insats. De drygt 49 000 personer som avlidit utgör drygt hälften av samtliga som avlider under ett år i Sverige (2008 avled 91 500 personer). En jämförelse inom gruppen med SoL/HsL-insats visar på högst överlevnad inom insatsformerna "lite hemtjänst" (89 procent) och "hemsjukvård" (87 procent) och lägst överlevnad för insatsformerna "särskilt boende" (73 procent) och "korttidsvård" (74 procent).

Tabell 2: Antal och andel överlevande i medelbefolkningen, med respektive utan SoL/HsL-insats vid ingångsdatum 1 juli 2008 samt ett år efter, 30 juni 2009

	Ingång (1 juli 2008)	Året efter (30 juni 2009)	
	Antal	Antal	Andel kvar = överlevande
Medelbefolkning 65 år och äldre minus personer med SoL/HsL-insats	1 353 216	1 324 011	98 %
Antal personer i patientregister utan SoL/HsL-insats	245 577	237 428	96 %
Antal personer med SoL/HsL-insats	273 531	224 166	82 %

Personer med SoL/HsL-insats hade i högre grad än personer utan insats varit inlagda på sjukhus, det vill säga hade haft slutenvård. En viss minskning av andelen med slutenvård kunde iakttas året efter (tabell 3). Den huvudsakliga förklaringen till detta är sannolikt att de mest sjuka inom gruppen hade avlidit. Ytterligare förklaringar kan vara att många hade fått den vård som behövdes, som var möjlig eller att de hade blivit bättre. Resultatet kan också bero på att vård eller behandling under det efterföljande året gavs av andra aktörer, exempelvis primärvård eller kommunal hälso- och sjukvård. Öppen specialistvård vid sjukhus är vanligare i gruppen utan SoL/HsL-insats.

Tabell 3: Andel med slutenvård respektive öppen specialistvård bland personer med eller utan SoL/HsL-insats året före respektive efter urvalstidpunkten

		Året före (1 juli 2007– 30 juni 2008)	Året efter (1 juli 2008– 30 juni 2009)
Slutenvård	SoL/HsL-insats	41 % (n=111 051)	35 % (n=77 417)
	Ingen SoL/HsL-insats	18 % (n=245 577)	18 % (n=237 425)
Öppen specialistvård	SoL/HsL-insats	26 % (n=72 247)	29 % (n=64 607)
	Ingen SoL/HsL-insats	43 % (n=584 140)	45 % (n=594 573)

Tabell 4 visar att personer med SoL/HsL-insats hade fler slutenvårdsdagar och fler diagnoser än personer utan SoL/HsL-insats.

Tabell 4: Andel med minst 3 diagnoser samt medeltal vårddagar bland personer med eller utan SoL/HsL-insats året före respektive efter urvalstidpunkten

		Året före	Året efter
Andel med minst 3 diagnoser (av de med slutenvård)	SoL/HsL-insats	17,1	15,2
	Ingen SoL/HsL-insats	10,4	9,8
Medeltal vårddagar (av de med slutenvård)	SoL/HsL-insats	17,7	14,8
	Ingen SoL/HsL-insats	10,7	9,8

En jämförelse inom gruppen med SoL/HsL-insats visar att andelen med minst 3 diagnoser året före är högst i insatskombinationen ”lite hemtjänst + korttidsvård” med 28,3 procent och lägst i ”särskilt boende” med 14,8 procent. Siffrorna är genomgående lägre året efter, sannolikt framför allt beroende på att de svårast sjuka avlidit. Vårddagar per person är året före högst i insatsformerna ”mycket hemtjänst + korttidsvård” med 30,7 dagar respektive ”korttidsvård” med 29 dagar och lägst för ”lite hemtjänst”, 15,6 dagar. Året efter sjunker andelarna genomgående men ligger jämförelsevis högre om korttidsvård ingår.

Tabell 5: Andel personer med de enskilt vanligaste diagnoserna för gruppen utan SoL/HsL-insats året före respektive efter urvalstidpunkten

Personer i slutenvård: ingen SoL/HsL-insats			
Året före (n=245 577)		Året efter (n=237 425)	
Övriga sjukdomar	52,3 %	Övriga sjukdomar	55,7 %
Cancer	12,5 %	Övrig hjärtsjuklighet	10,0 %
Övrig hjärtsjuklighet	9,8 %	Cancer	9,0 %
Ischemisk hjärtsjukdom	9,7 %	Ischemisk hjärtsjukdom	8,6 %
Alla frakturer	5,4 %	Alla frakturer	6,3 %

Cancer, ischemisk hjärtsjukdom och övrig hjärtsjuklighet är de enskilt vanligaste diagnoserna för personer som har fått slutenvård men som inte har SoL/HsL-insats (tabell 5). Frakturer, men också stroke och pneumoni är i tillägg till hjärtsjuklighet vanligt förekommande diagnoser för personer med SoL/HsL-insats. Övriga sjukdomar är den ojämförligt största kategorin för båda grupperna, och här ingår allt annat, såsom exempelvis skador, infektioner och magtarmsjukdomar (tabell 6).

Tabell 6: Andel personer med de enskilt vanligaste diagnoserna för gruppen med SoL/HsL-insats året före respektive efter urvalstidpunkten

Personer i slutenvård: SoL/HsL-insats			
Året före (n=111 051)		Året efter (n=77 417)	
Övriga sjukdomar	50,0 %	Övriga sjukdomar	53,6 %
Alla frakturer	15,4 %	Alla frakturer	14,1 %
Övrig hjärtsjuklighet	9,8 %	Övrig hjärtsjuklighet	9,3 %
Höftfraktur	9,1 %	Höftfrakturer	8,5 %
Stroke	7,6 %	Lunginflammation	7,5 %

Vårddagar totalt sett presenterades tidigare, men en uppdelning efter diagnos ger en något fördjupad bild. Diagnoser som inte är de mest förekommande visar sig svara för större andelar av vårddagarna, framför allt demenssjukdom och psykiatriska diagnoser, men även blodförgiftning (tabell 7–8).

Tabell 7: Antal vårddagar per person fördelat efter diagnos bland personer utan SoL/HsL-insats året före respektive efter urvalstidpunkten

Vårddagar/diagnos för personer i slutenvård: ingen SoL/HsL-insats			
Året före (n=245 577)		Året efter (n=237 425)	
Övrig psykiatri	26,2	Övrig psykiatri	26,0
Demenssjukdom	16,4	Demenssjukdom	18,6
Cancer	14,8	Stroke	14,6
Höftfraktur	11,3	Höftfraktur	13,3
Stroke	11,2	Sepsis	10,6

Tabell 8: Antal vård dagar per person fördelat efter diagnos bland personer med SoL/HsL-insats året före respektive efter urvalstidpunkten

Vård dagar/diagnos för personer i slutenvård: SoL/HsL-insats			
Året före (n=111 051)		Året efter (n=77 417)	
Övrig psykiatri	26,8	Övrig psykiatri	26,4
Stroke	20,0	Demenssjukdom	16,3
Demenssjukdom	19,8	Stroke	15,3
Cancer	16,4	Höftfraktur	12,9
Höftfraktur	14,0	KOL	12,4

Detta indikerar stora likheter vad gäller sjukdomar för äldre personer oavsett SoL/HsL-insats, men gruppen utan SoL/HsL-insats får vård som ”väger lättare”, alltså mindre slutenvård och mer öppenvård. De har heller inte stöd från äldreomsorgen. De som har SoL-/HsL-insats har lägre överlevnad. Mot bakgrund av denna analys drar vi slutsatsen att äldre med SoL/HsL-insats är en skörare grupp med stort behov av palliativa insatser i vid mening.

Genom att beakta såväl diagnosernas fördelning bland slutenvårdade som hur vård dagarna fördelas med hänsyn till diagnos får vi en mer nyanserad bild av vilka sjukdomar som kan vara relevanta för gruppen MSÄ. Slutsatsen är att det för beskrivningen av gruppen MSÄ är relevant att beakta förekomsten av

- äldreomsorgsinsats
- sjukdomar som cancer, demenssjukdom, frakturer, hjärtsjuklighet, KOL, lunginflammation, psykisk ohälsa och stroke.

Populationen mest sjuka äldre i uppdraget

Definitionerna av multisjuklighet har prövats empiriskt, också i Sverige. Det har framkommit problem med att använda dem, beroende på exempelvis organisatoriska faktorer, även om syftet vanligtvis har varit epidemiologiskt. I det aktuella uppdraget, som handlar om att finna och värdera befintliga kunskapsunderlag, föreslår vi därför en relativt generell och bred beskrivning av gruppen MSÄ som innefattar beroende, skörhet och sjukdom. Beskrivningen bygger både på tillgängliga definitioner och på information från patient- och socialtjänstregistren. Åldersgränsen har för nedanstående beskrivning satts till 60 år för att i möjligaste mån fånga kunskap som är relevant för populationen [62]. En högre åldersgräns, 75 eller 80 år, kan göra att befintliga och relevanta kunskapsunderlag inte identifieras eller att de utesluts.

Med gruppen MSÄ avser vi, inom detta regeringsuppdrag, personer med en ålder på minst 60 år som uppfyller ett eller flera av följande kriterier:

1. har någon form av äldreomsorg oavsett typ och omfattning
2. är benämnd skör (*eng. frail*) i relevanta studier alternativt beskrivs som multisjuk eller i övrigt har benämnts ha komplexa hälsoproblem

3. har någon av följande sjukdomar/hälsoproblem: cancer, demenssjukdom, frakturer, hjärtsjuklighet, KOL, lunginflammation, psykisk ohälsa, stroke.

Beskrivningen ska användas vid insamling och värdering av kunskapsunderlag inom uppdraget. Området är komplext och ytterligare kunskap kan framkomma under arbetets gång, och därför går det inte att helt utesluta att någon grupp inte uppmärksammas tillräckligt. Detta kan gälla teoretiska aspekter, såsom att det kommer nya definitioner av gruppen, men också att ny forskning presenterar nya data som kan påverka synen på gruppen MSÄ. Om det händer så kommer resultaten från bedömningarna av kunskapsunderlagen att värderas i ljuset av denna nya kunskap. Den nya kunskapen kommer också att tas upp vid uppdateringen av de rapporter som kan komma att skrivas inom ramen för uppdragets eventuella fortsatta verksamhet.

Slutord

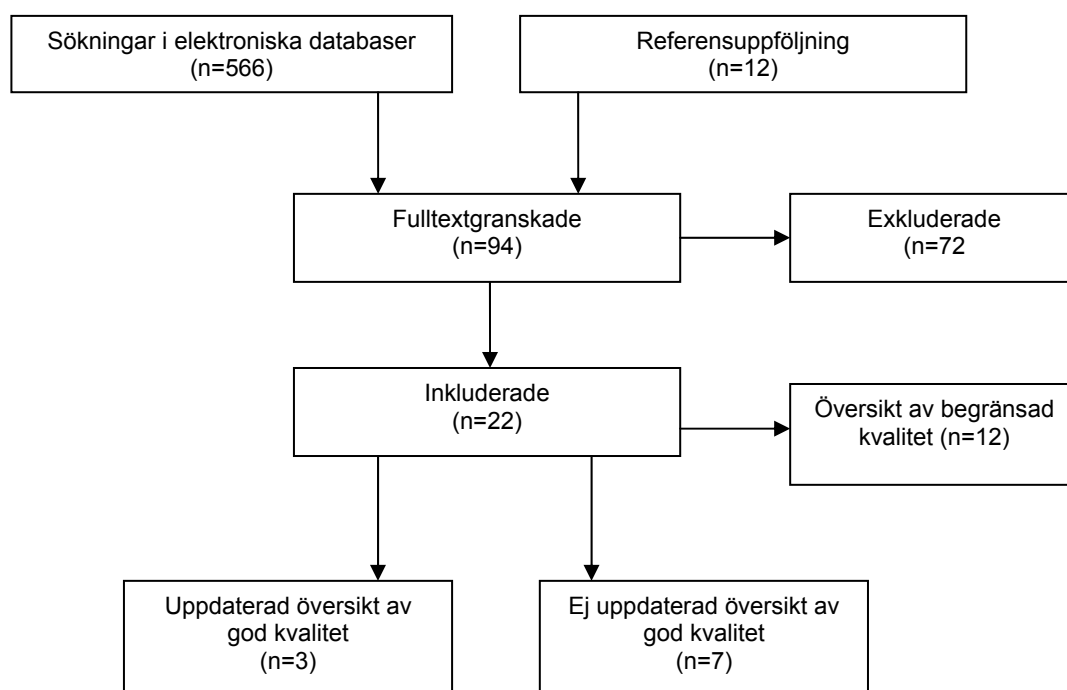
Denna rapport har syftat till att utveckla en beskrivning av gruppen MSÄ. Beskrivningen är nödvändig för att vi ska kunna hantera de kunskapsunderlag som påträffas under arbetet med regeringsuppdraget. Ett antal definitioner av relevans för forskning och utveckling av svensk vård och omsorg har beaktats ur flera perspektiv. Data från Socialstyrelsens socialtjänst- respektive patientregister har också analyserats. På detta sätt har beskrivningen grundats på både teoretiska och empiriska aspekter. Arbetet med kunskapsunderlagen kommer att fortsätta med denna beskrivning som utgångspunkt.

Referenser

1. Guralnik, J. Understanding the relationship between disease and disability. *J Am Geriatr Soc.* 1994; 42:1128–29.
2. Eklund-Grönberg, A, Köhler, M, Ekdahl, A, Modin, S, Sjöberg, A. Bättre vård för multisjuka äldre. *Läkartidningen.* 2009; 106:2512–13.
3. Ekerstad, N, Carlsson, P, Edberg, A. Prioritering av multisjuka äldre inom kardiologi – en medicinsk, etisk och hälsoekonomisk utmaning. *PrioriteringsCentrum.* 2008; (2008:4).
4. Levers, M-J, Estabrooks, C, Ross Kerr, J. Factors contributing to frailty: a literature review. *Journal of Advanced Nursing.* 2006; 56(3):282–91.
5. Region Skåne Malmö Stad. Slutrapport Projekt Nisse. 2006.
6. SOU. Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år. Statens offentliga utredningar 2010:48.
7. Järbrink, K, Althoff, K, Naploszek, M. Multisjuka äldre – en utmaning för vårdanalytiker och hälsoekonomer. *Läkartidningen.* 2011; 108(12):674–75.
8. Rom, M. Begreppen "sjuka äldre" och "mest sjuka äldre" är att föredra. *Läkartidningen.* 2011; 108(15):872.
9. Heath, H, Phair, L. The concept of frailty and its significance in the consequences of care or neglect for older people: an analysis. *International Journal of Older People Nursing.* 2009; 4:120–31.
10. Gurner, U, Thorslund, M. Helhetssyn behövs i vården av multisviktande äldre. Förslag till förändring av vård- och omsorgsstrukturen i Stockholms län. *Läkartidningen.* 2001; 98(21):2596–602.
11. Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre 2002.
12. Boyd, C, Darer, J, Boult, C, Fried, L, Boult, L, Wu, A. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA.* 2005; (294):716–24.
13. SBU. Evidensbaserad äldreomsorg. En inventering av det vetenskapliga underlaget. Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering. 2003.

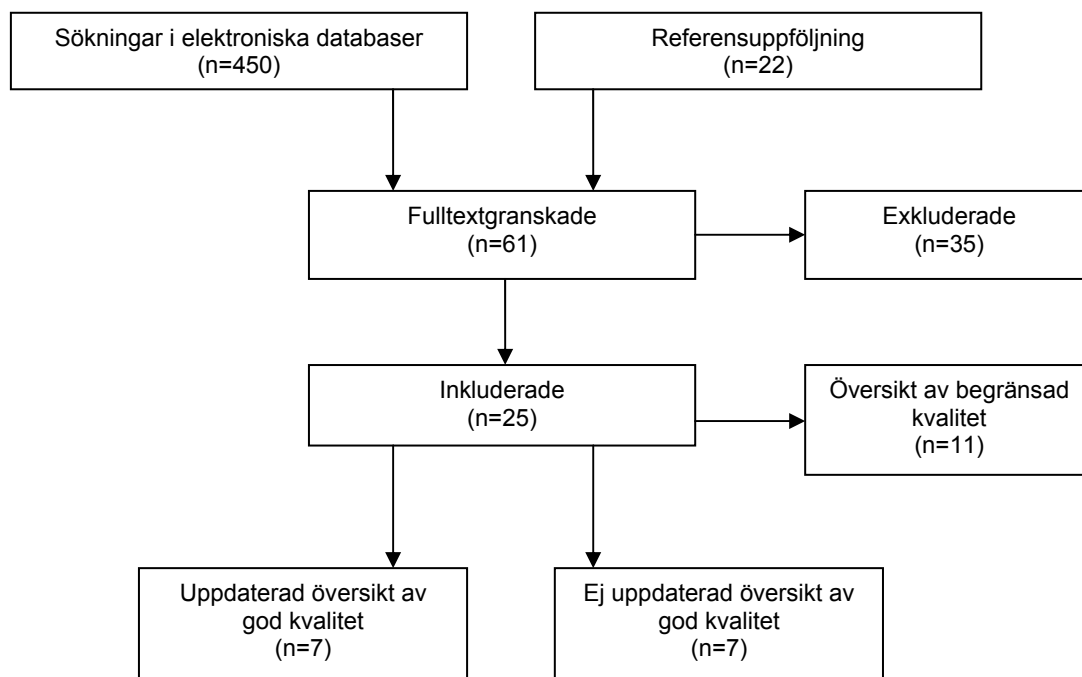
Bilaga 2. Flödesscheman för urval och kategorisering

Figur 1. Flödesschema för området vård- och omsorgskedja



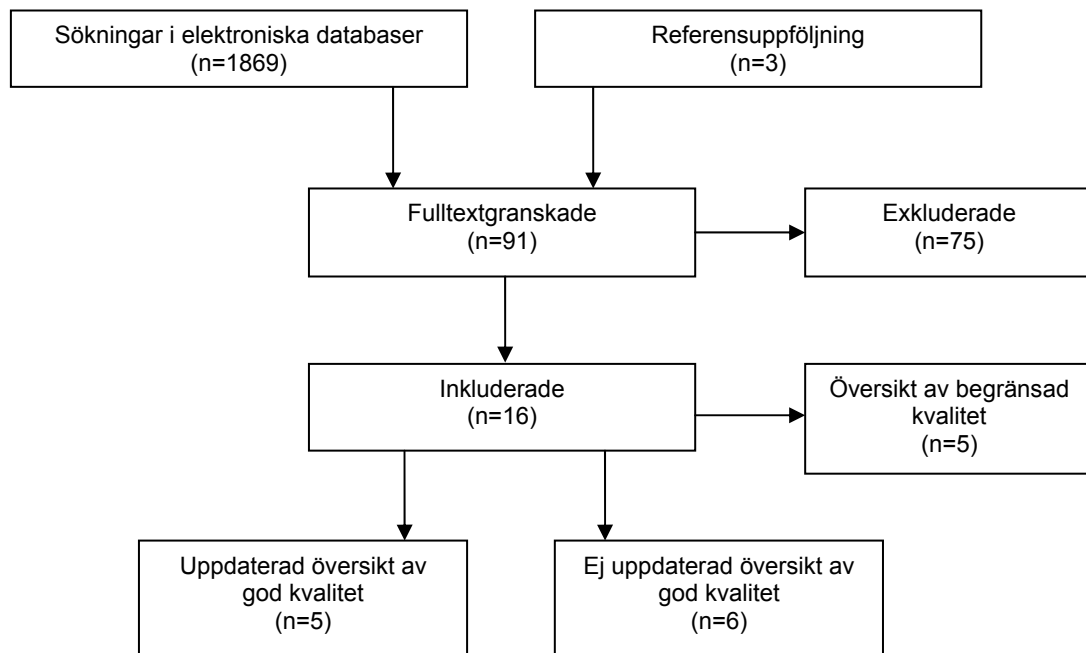
Databassökningen för vård- och omsorgskedjan resulterade i 566 sökträffar efter att dubletter hade sorterats bort. Sökningen kompletterades med referensuppföljning varvid tolv artiklar tillkom. Efter genomgång av titel och/eller sammanfattning exkluderades 484 artiklar eftersom de inte bedömdes relevanta utifrån de krav vi hade satt upp för inklusion och exklusion. Efter denna granskning bedömdes 94 artiklar vara relevanta och togs hem i fulltext för vidare granskning. Av dessa exkluderades sedermera 72 artiklar eftersom de inte uppfyllde våra urvalskriterier. Totalt inkluderades 22 översikter för området vård- och omsorgskedja. Av dessa bedömdes tre som uppdaterade översikter av god kvalitet, sju som ej uppdaterade översikter av god kvalitet och tolv som översikter av begränsad kvalitet. Överrensstämmelse mellan båda granskarna dvs. interbedömarreliabilitet avseende kvalitet och klassificering för 22 dubbelgranskade översikter var att 20 bedömdes lika. Två översikter har båda bedömarna visserligen klassificerat lika men båda angett att de varit osäkra och velat ha en tredje bedömare.

Figur 2. Flödesschema för området vård- och boendeform



Databassökningen för former för vård, omsorg och boende (vård- och boendeform) resulterade i 450 sökträffar efter att dubletter sorterats bort. Sökningen kompletterades med referensuppföljning varvid 22 artiklar tillkom. Efter genomgång av titel och/eller sammanfattning exkluderades 411 artiklar eftersom de inte bedömdes relevanta utifrån de krav vi satt upp kring inklusion och exklusion. Efter denna granskning bedömdes 61 artiklar vara potentiellt relevanta och togs hem i fulltext för vidare granskning. Av dessa exkluderades sedermera 35 artiklar eftersom de inte uppfyllde våra urvalskriterier. Totalt inkluderades 25 översikter för vård- och boendeform. Av dessa bedömdes sju som uppdaterade översikter av god kvalitet, sju som ej uppdaterade översikter av god kvalitet och elva som översikter av begränsad kvalitet. Överrensstämmelse mellan båda granskarna dvs. interbedömarreliabilitet avseende kvalitet och klassificering för 25 dubbelgranskade översikter var att 24 bedömdes lika. I en översikt gjorde båda granskarna samma bedömning men båda var osäkra i sitt beslut och ville ha en tredje bedömare.

Figur 3. Flödesschema för området rehabilitering



Databassökningen för området rehabilitering resulterade i 1 869 sökträffar efter det att dubletter hade sorterats bort, och inklusive resultatet av kompletteringssökningen som gjordes. Sökningen kompletterades med referensuppföljning varvid tre artiklar tillkom. Efter genomgång av titel och/eller sammanfattning exkluderades 1 781 artiklar eftersom de inte bedömdes relevanta utifrån de krav vi hade satt upp kring inklusion och exklusion. Efter denna granskning bedömdes 91 artiklar vara potentiellt relevanta och togs hem i fulltext för vidare granskning. Av dessa exkluderades sedermera 75 artiklar eftersom de inte uppfyllde våra urvalskriterier. Totalt inkluderades 16 översikter för ämnesområdet rehabilitering. Av dessa bedömdes fem som uppdaterade översikter av god kvalitet, sex som ej uppdaterade översikter av god kvalitet och fem som översikter av begränsad kvalitet. Överrensstämmelse mellan båda granskarna dvs. interbedömarreliabilitet avseende kvalitet och klassificering för 16 dubbelgranskade översikter var att 15 bedömdes och klassificerades på samma sätt och en översikt bedömdes av båda som tveksam och i behov av en tredje bedömare.

Bilaga 3. Sökdokumentation

Tabell 1. Informationssökning för vård- och omsorgskedjan

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 101118, 110317 Ämne: Vård- och omsorgskedjan Sökning gjord av: Ann Kristine Jonsson i samarbete med Marie Nyström			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Antal ref.
Vård- och omsorgskedjan 2010-11-18			
1.	MeSH	"Continuity of Patient Care"[Mesh]	11354
2.	MeSH	"Patient-Centered Care"[Mesh] OR "Patient Care Management"[Mesh:NoExp] OR "Patient Care Planning"[Mesh:NoExp] OR "Geriatric Nursing"[Mesh] OR "Geriatric Psychiatry"[Mesh] OR "Geriatric Dentistry"[Mesh] OR "Health Services for the Aged"[Mesh]	62795
3.	MeSH	("Interdisciplinary Communication"[Mesh] or "Interprofessional Relations"[Mesh] OR "Interinstitutional Relations"[Mesh])	52157
4.		2 and 3	1743
5.	MeSH	"Case Management"[Mesh]	6960
6.	FT	continuity of patient care[ti] OR continuity of care[ti] or the caring continuum[ti] OR continuum of care[ti] OR patient care continuity[ti] OR care continuum[ti] OR care continuity[ti] OR continuous post-acute care[ti] OR home care continuity[ti] OR discharge planning[ti] OR quality of discharge[ti] OR integrated care[ti] OR integrated health care[ti] OR transitional care[ti] OR care transition*[ti] OR seamless care[ti] OR clinical integration[ti] OR care coordination[ti] OR coordinating care[ti] OR health care transition*[ti] OR discharged patients[ti] OR care fragmentation[ti] OR case management[ti] OR holistic care management[ti] OR process of care[ti]	5840
7.	FT	continuity[ti] AND care[ti]	1065
8.	FT	continuum[ti] AND (care[ti] OR caring[ti])	462
9.	FT	coordinating[ti] AND care[ti]	105
10.	FT	continuum[ti] AND patient*[ti]	111
11.		1 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10	22276
Äldre			
12.	MeSH	"Aged"[Mesh] OR "Frail Elderly"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh]	1919735
13.	FT	older people*[ti] OR older adults[ti] OR older women[ti] OR older men[ti] OR older person*[ti] OR elderly[ti] OR oldest old[tiab] OR frail older[tiab] OR frail elder*[tiab] OR frail seniors[tiab] OR nonagenarians[ti] OR frailty[ti] OR elderly care recipient*[ti] OR frail patient*[tiab] OR geriatric patients[ti]	74423
14.		Limits Activated: Aged: 65+ years, 80 and over:	1919735

		80+ years	
15.		12 OR 13 OR 14	1926582
16.		11 AND 15	4061
17.	FT	review*[tw] Limits Activated: Publication Date from 2009/01/01	204752
18.		Limits Activated: Review	1554071
19.		17 OR 18	1633724
20.		16 AND 19	351
Kompletterande sökning 2011-03-15			
21.	MeSH	"Patient Discharge"[Majr] Limits Activated: Systematic Reviews	153
22.	MeSH	"Aged"[Mesh] OR "Frail Elderly"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh]	1950693
23.	FT	older people*[ti] OR older adults[ti] OR older women[ti] OR older men[ti] OR older person*[ti] OR elderly[ti] OR oldest old[tiab] OR frail older[tiab] OR frail elder*[tiab] OR frail seniors[tiab] OR nonagenarians[ti] OR frailty[ti] OR elderly care recipient*[ti] OR frail patient*[tiab] OR geriatric patients[ti]	75772
24.		Limits Activated: Aged: 65+ years	1950693
25.		22 OR 23 OR 24	1957807
26.		21 AND 25	40

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

Majr = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln)

FT = Fritextterm/er

Ti= sökning i titelfältet

TW = söker i flertalet fält

Tabell 2. Informationssökning för vård- och boendeform

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 101129 Ämne: Vård- och boendeform Sökning gjord av: Ann Kristine Jonsson i samarbete med Marie Nyström			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Antal ref.
1.	MeSH	"Frail Elderly"[Mesh]	4981
2.	FT	oldest old[tiab] OR frail older[tiab] OR frail elder*[tiab] OR frail seniors[tiab] OR nonagenarians[ti] OR frailty[ti] OR elderly care recipient*[tiab] OR frail patient*[tiab] OR geriatric patients[ti]	5723
3.		1 OR 2	9127
4.	MeSH	"Organization and Administration"[Mesh]	880093
5.	FT	organization*[ti] OR organize*[ti] OR administrate[ti] OR administration[ti] OR care planning[tiab] OR care management[tiab] OR planning[ti] OR management[ti]	410966
6.		4 OR 5	1232615
7.		3 AND 6	1577
8.		7 AND Limits Activated: Review, English, German, Danish, Finnish, Norwegian, Swedish	176
9.		7 AND Limits Activated: English, German, Danish, Finnish, Norwegian, Swedish, Systematic Reviews	64

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

FT = Fritextterm/er

Ti = Sökning i titelfältet

Tiab= söker i titel- och abstractfälten

Tabell 3. Informationssökning för rehabilitering

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 101213 Ämne: Rehabilitation Sökning gjord av: Ann Kristine Jonsson i samarbete med Marie Nyström och Gunilla Fahlström			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Antal ref.
1.	MeSH	"Frail Elderly"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh]	457630
2.	FT	older people*[ti] OR older adults[ti] OR older women[ti] OR older men[ti] OR older person*[ti] OR elderly[ti] OR oldest old[tiab] OR frail older[tiab] OR frail elder*[tiab] OR frail seniors[tiab] OR nonagenarians[ti] OR frailty[ti] OR elderly care recipient*[tiab] OR frail patient*[tiab] OR geriatric patients[tiab]	76122
3.		1 or 2	506215
4.	MeSH	"Rehabilitation"[Mesh]	120984
5.	FT	rehabilitat*[ti] OR geriatric rehabilit*[tiab]	39854
6.		4 OR 5	144162
7.		6 AND 3	17748
8.		Limits Activated: Review	1554158
9.	FT	Review[ti] AND Limits Activated: Publication Date from 2010	13445
10.		8 OR 9	1562186
11.		7 AND 10	869
12.		11 AND Limits Activated: English, German, Danish, Finnish, Norwegian, Swedish	753

*)

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

FT = Fritextterm/er

Ti = Sökning i titelfältet

Tiab= söker i titel- och abstractfälten

Tabell 4. Kompletterande informationssökning rehabilitering

Databas: PubMed (NLM), Cinahl [EBSCO] Datum: 110913 Ämne: Rehabilitering (kompletteringssökning på utvalda diagnoser) Sökning gjord av: Ann Kristine Jonsson i samarbete med Marie Nyström och Gunilla Fahlström			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Antal ref.
PubMed			
1.	MeSH/FT	"Rehabilitation"[Mesh] OR rehabilitat*[ti] AND Limits Activated: English, Danish, Norwegian, Swedish, Systematic Reviews, Publication Date from 2008	1581
2.	MeSH/FT	"Stroke"[Majr] OR stroke[ti]	66303
3.		1 AND 2	113
4.	MeSH/FT	"Dementia"[Majr] OR dementia*[ti] OR Alzheimer's[ti]	85911
5.		1 AND 4	34
6.	MeSH/FT	"Neoplasms"[Majr] OR neoplasm*[ti] OR cancer[ti] OR tumor*[ti]	2048946
7.		1 AND 6	59
8.	MeSH/FT	"Fractures, Bone"[Majr] OR fracture*[ti]	117582
9.		1 AND 8	21
10.	MeSH/FT	"Depressive Disorder"[Majr] OR depression[ti] OR depressed[ti]	86682
11.		1 AND 10	24
12.	MeSH/FT	"Pulmonary Disease, Chronic Obstructive"[Majr] OR COPD[ti] OR pulmonary[ti]	189908
13.		1 AND 12	39
14.	MeSH/FT	"Heart Failure"[Majr] OR heart failure[ti]	59654
15.		1 AND 14	33
*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed) Majr = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln) Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade FT = Fritextterm/er Ti = Sökning i titelfältet			
Cinahl			
16.	DE/FT	(MM "Rehabilitation+") OR TI rehabilitat* AND Limiters - Published Date from: 20080101-; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish; Publication Type: Systematic Review	752
17.	DE/FT	(MM "Stroke") OR TI stroke	21572
18.		16 AND 17	64
19.	DE/FT	(MM "Dementia+") OR TI Alzheimer's OR TI dementia	21822
20.		16 AND 19	8

21.	DE/FT	(MM "Neoplasms+") OR TI neoplasm* OR TI cancer	130545
22.		16 AND 21	26
23.	DE/FT	(MM "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive+") OR TI PDCO	4561
24.		16 AND 23	16
25.	DE/FT	(MM "Fractures+") OR TI fracture*	14470
26.		16 AND 25	16
27.	DE/FT	(MM "Depression+") OR TI depression	22386
28.		16 AND 27	6
29.	DE/FT	(MM "Heart Failure+") OR TI heart failure	11544
30.		16 AND 29	7
*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen): MM = major main heading FT = fritextsökning i fältet för titel + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade			

Bilaga 4. Mall för bedömning av kvalitet (systematik)

Fullständig referens:

Titel:

.....
.....

Författare:.....

Tidskrift/institut/institution:

Granskare (datum):

Del 1- Bedömning av inklusion eller exklusion av översikter

☐ Exkluderas helt, ingen vidare åtgärd

☐ Ej relevant population

☐ Ej relevant intervention (avser ej organisation av vård- och omsorgskedja, former för vård, omsorg och boende eller rehabilitering)

☐ Ej relevant typ av studie (ej en översikt, finns ej inkluderade effektstudier, oklart vilka primärstudier som har inkluderats)

☐ Ej relevant p.g.a. att översikten är för gammal (före 1990)

☐ Annat, ange:.....

☐ Inkluderas för beskrivning och bedömning av kvalitet
(Relevant och potentiell systematisk översikt).

Går till del 2 för bedömning av kvalitet

Del 2 – Bedömning av kvalitet i översiktsprocessen

Problemformulering och urvalskriterier

1) Har översikten ett tydligt syfte/frågeställning med avseende på:

- ☐ Population
- ☐ Insats
- ☐ Utfallsmått

☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis ☐ Framgår ej

Kommentar:.....

2) Har översikten tydliga urvalskriterier för primärstudierna med avseende på:

- ☐ Population
- ☐ Insats
- ☐ Studiedesign
- ☐ Utfallsmått

☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis ☐ Framgår ej

Kommentar:.....

3) Var urvalskriterierna avseende forskningsdesign i primärstudierna adekvata med hänvisning till frågeställningen? (t ex interventionsstudier för att påvisa effekter eller orsakssamband)

☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis ☐ Framgår ej

Kommentar:.....

Identifiering av studier (sökning)

Kriterier för utförliga sökningar: Detta innebär att författaren eller författarna ska tillämpa flera olika metoder för att identifiera så många relevanta studier som möjligt (dvs. det ska vara osannolikt att man missat relevanta studier). Detta innebär att relevanta databaser ska ha genom sökts och att en beskrivning av sökarbetet ska finnas samt att databassökningen ska ha kompletterats med andra strategier för att identifiera så många relevanta studier som möjligt.

(Ange tidsrymd för sökningen (från år- år):.....)

4) Har en tillräckligt omfattande databassökning genomförts?

Ange vilka databaser som sökts:

- ☐ CINAHL
- ☐ PsycInfo
- ☐ PubMed
- ☐ SA
- ☐ SSA
- ☐ Cochrane Database of Systematic Reviews
- ☐ Medline
- ☐ Ageline
- ☐ CENTRAL
- ☐ EMBASE

Annan, ange:.....

- ☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis ☐ Framgår ej

Kommentar:.....

5) Har sökarbetet för databassökning beskrivits tydligt (avseende söktermer/-kombinationer samt eventuella begränsningar i tid, språk, geografi)

- ☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis ☐ Framgår ej

Kommentar:.....

6) Har databassökningen kompletterats med någon av följande strategier?

- ☐ Handsökning av tidskrifter
- ☐ Referensuppföljning
- ☐ Kontakt med organisationer eller experter
- ☐ Internetsökning och/eller sökning efter grå litteratur

- ☐ Ja ☐ Nej ☐ Framgår ej

3. Interbedömarreliabilitet

7) Genomfördes urval av primärstudier av fler än en person?

- ☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis ☐ Framgår ej

Kommentar:.....

8) Genomfördes dataextraktion av fler än en person?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis ☐ Framgår ej

Kommentar:.....

9) Genomfördes kvalitetsvärdering av fler än en person?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis ☐ Framgår ej

Kommentar:.....

10) Redovisas strategi för hur konsensus uppnås avseende:

- ☐ urval av studier
- ☐ dataextraktion
- ☐ kvalitetsvärdering

☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis ☐ Framgår ej

Kommentar:.....

Beskrivning av inkluderade eller exkluderade studier

11) Redovisas vilka primärstudier som inkluderats i översikten?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis

Kommentar:.....

12) Redovisas vilka primärstudier som exkluderats i översikten?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis

Kommentar:.....

(Redovisas skäl för exklusion av primärstudier (avseende population, insats, studiedesign och utfallsmått)?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis

Kommentar:.....

13) Om metaanalys utförts, redovisas vilka studier som inkluderats i dessa analyser?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis ☐ Ej aktuellt

Kommentar:.....

14) Är de ingående studierna adekvat beskrivna eller tabellerade avseende:

- ☐ Design
- ☐ Populationsstorlek
- ☐ Intervention
- ☐ Intervention för jämförelsegrupp
- ☐ Kontext, utfalls-/resultatmått
- ☐ Uppföljningstid
- ☐ Bortfall
- ☐ Resultat

☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis

Kommentar:.....

Utvärdering av primärstudiernas tillförlitlighet

En systematisk översikt ska ha genomfört en bedömning av tillförlitligheten hos varje inkluderad primärstudie och bör inkludera information om vilka kriterier som använts. Den utvärdering av primärstudiernas tillförlitlighet som har genomförts ska vara transparent och reproducerbar.

15) Har de ingående studierna granskats med avseende på tillförlitlighet?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis ☐ Framgår ej

Kommentar:.....

16) Har de ingående studierna granskats avseende tillförlitlighet utifrån något protokoll, en checklista eller liknande?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis ☐ Framgår ej

Kommentar:.....

17) Har de ingående studierna granskats avseende tillförlitlighet specifikt för olika typer av systematiska fel, bias (intern validitet) som kan uppstå?

☐ Selektionsbias (systematiska skillnader mellan jämförelsegrupperna avseende slumpmässig respektive dold allokering, begränsning av randomiseringsprocess, gruppernas utseende vid start)

☐ Behandlingsbias (systematiska skillnader i hjälpen som erhålls förutom insatsen som studeras såsom dold grupptillhörighet, fördelning av fullständig insats, behandlarnas trohet till insats, kontaminering, likartad procedur mellan grupperna)

☐ Bortfallsbias (systematiska skillnader mellan undersökningsspersoner vad gäller bortfall såsom skillnader i bortfallets storlek och orsaker)

☐ Bedömningsbias (systematiska skillnader mellan jämförelsegrupperna vid bedömning av utfall såsom mätmetodernas likhet för grupperna, format, validitet, reliabilitet, okänd gruppindelning för deltagare, utförare och bedömare).

Se tex Higgins JPT, Altman DG (editors). Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. In: Higgins JPT, Green S (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.0 (updated February 2008). The Cochrane Collaboration, 2008.

☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis (kommentera) ☐ Framgår ej

Kommentar:.....

18) Finns det tillräcklig information om centrala utfallsmått för att kunna göra en bedömning om hur man ska tolka resultatet, avseende:

☐ Vilka instrument/skattningsskalor som använts

☐ Kategorisering av olika mått (självrapporterade, observationer etc.)

☐ Måttens validitet

☐ Måttens reliabilitet

☐ Ja ☐ Nej ☐ Delvis ☐ Framgår ej

Kommentar:.....

19) Redovisas tillräcklig data om effekter av interventioner?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Ej aktuellt (avser översikt utan ingående primärstudier)

Kommentar:.....

För att översikten ska anses redovisa tillräckligt med data om effekterna av interventioner, krävs att den redovisar något av följande information för utfallet:

- Medelvärden, standardavvikelser och antal individer per grupp och separat per studie (från mätning efter intervention och/eller förändring mellan före och efter intervention, s.k. change scores).
- Populationsstorlek och händelser/utfall per grupp och separat per studie (vid binära data)
- Punktestimat och spridningsmått från metaanalys.

20. Sammantagen bedömning av kvalitet

Mot bakgrund av ovanstående frågor kategoriseras översikten till:

☐ Uppdaterad översikt av god kvalitet (sökning max 3 år gammal, 2008)

☐ Ej uppdaterad översikt av god kvalitet

☐ Översikt av begränsad kvalitet

Kommentar:.....

Vid de sammantagna bedömningarna har följande krav uppmärksamats särskilt:

- att tillräcklig data om interventioners effekter redovisas,
- att en oberoende dubbelbedömning gjorts åtminstone vid urval eller kvalitetsbedömning av primärstudier,
- att minst två former av begränsningar i ingående primärstudier bedömts, så kallade systematiska fel (selektionsbias, behandlingsbias, bedömningsbias och bortfallsbias).

Bilaga 5. Bedömning av kvalitet och kategorisering av översikter

Tabell 1. Bedömning och kategorisering för vård- och omsorgskedjan

Ingående frågor:

1. Tydligt syfte/frågeställning?
2. Tydliga urvalskriterier?
3. Adekvat forskningsdesign?
4. Tillräckligt omfattande databassökningar?
5. Tydlig beskrivning av databassökning?
6. Kompletterande sökning?
7. Interbedömarrelabilitet urval av primärstudier?
8. Interbedömarrelabilitet dataextraktion?
9. Interbedömarrelabilitet kvalitetsvärdering?
10. Strategi för konsensus?
11. Redovisning av vilka primärstudier som ingår?
12. Redovisning av vilka primärstudier som exkluderats?
13. Redovisning av vilka primärstudier som ingår i metaanalys?
14. Beskrivning av inkluderade primärstudier?
15. Granskning av tillförlitlighet/kvalitet?
16. Tillförlitlighetsgranskning utifrån mall?
17. Granskning av bias?
18. Tillräcklig information för bedömning av centrala utfallsmått?
19. Redovisas tillräcklig data om effekter av interventioner?
20. Kategorisering av översikt?

Publikation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Fråga nr																				
Arendts et al. 2010 [37]	J	J	J	J	J	J	J	FE	FE	J	J	J	EA	J	FE	FE	FE	FE		BK
Bours et al. 1998 [28]	J	J	J	N	D	J	J	J	J	J	J	N	EA	J	J	J	J	D		BK
Chiu et al. 2007 [34]	J	J	J	N	D	J	FE	FE	FE	FE	J	N	EA	J	D	N	D	J		BK

Publikation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Fråga nr																				
Cole 2001 [30]	J	J	J	J	J	J	N	N	N	N	J	N	EA	J	J	J	J	J		BK
Early Supported Discharge Trialists 2005 [20]	J	J	J	J	D	J	J	J	FE	FE	J	J	J	J	J	J	J	J	J	EUGK
Eklund et al. 2009 [33]	J	J	J	J	J	N	J	J	J	FE	J	N	EA	J	J	J	J	J	N	BK
Ellis et al. 2010 [35]	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	UGK
Hastings et al. 2005 [27]	J	J	J	J	J	J	J	FE	FE	FE	J	N	EA	D	J	J	J	J	N	BK
Hickman et al. 2007 [23]	J	J	J	J	D	J	J	FE	J	J	J	N	EA	J	J	J	FE	J		BK
Hyde et al. 2000 [24]	J	J	J	J	D	J	J	J	J	FE	J	D	J	J	J	J	J	J	J	EUGK
Kim et al. 2005 [32]	J	J	J	J	D	J	D	J	J	J	J	N	J	J	J	J	J	J	J	EUGK
LaMantia et al. 2010 [29]	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	N	EA	J	D	D	FE	D		BK
Mansah et al. 2009 [19]	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	UGK
Oeseburg et al. 2009 [31]	J	J	J	J	D	J	J	J	J	J	J	N	J	J	J	J	J	J	J	EUGK
Parker et al. 2002 [17]	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	EUGK

Publikation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Fråga nr																				
Patterson et al. 1999 [22]	J	J	J	J	D	J	FE	FE	FE	FE	J	N	EA	D	FE	FE	FE	D		BK
Payne et al. 2002 [36]	J	J	J	J	D	J	J	J	J	J	J	N	EA	J	J	J	D	D		BK
Phillips et al. 2004 [25]	J	J	J	J	D	J	J	J	J	FE	J	N	J	J	J	J	J	J	J	EUGK
Preyde et al. 2009 [18]	J	J	J	J	D	N	J	FE	FE	J	J	N	D	D	J	J	J	D		BK
Richards et al. 2003 [26]	J	J	J	J	J	J	FE	D	D	FE	J	N	EA	J	J	J	J	D	J	EUGK
Shepperd et al. 2010 [16]	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	UGK
Winkel et al. 2008 [21]	J	J	J	J	J	J	N	FE	J	FE	J	N	EA	J	J	J	J	J	N	BK

J= Ja, N= Nej, D= Delvis, FE= Framgår ej, EA= Ej aktuellt, UGK= Uppdaterad översikt av god kvalitet, EUGK= Ej uppdaterad översikt av god kvalitet, BK= Översikt av begränsad kvalitet

Tabell 2. Bedömning och kategorisering för vård- och boendeform

Ingående frågor:

- | | |
|--|--|
| 1. Tydligt syfte/frågeställning? | 11. Redovisning av vilka primärstudier som ingår? |
| 2. Tydliga urvalskriterier? | 12. Redovisning av vilka primärstudier som exkluderats? |
| 3. Adekvat forskningsdesign? | 13. Redovisning av vilka primärstudier som ingår i metaanalys? |
| 4. Tillräckligt omfattande databassökningar? | 14. Beskrivning av inkluderade primärstudier? |
| 5. Tydlig beskrivning av databassökning? | 15. Granskning av tillförlitlighet/kvalitet? |
| 6. Kompletterande sökning? | 16. Tillförlitlighetsgranskning utifrån mall? |
| 7. Interbedömarrelabilitet urval av primärstudier? | 17. Granskning av bias? |
| 8. Interbedömarrelabilitet dataextraktion? | 18. Tillräcklig information för bedömning av centrala utfallsmått? |
| 9. Interbedömarrelabilitet kvalitetsvärdering? | 19. Redovisas tillräcklig data om effekter av interventioner? |
| 10. Strategi för konsensus? | 20. Kategorisering av översikt? |

Publikation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Fråga nr																				
Batty 2010 [55]	J	J	J	J	J	J	N	N	N	N	J	N	EA	J	J	J	J	J		BK
Beswick et al. 2008 [54]	J	J	J	J	J	J	N	D	D	J	J	N	J	J	J	J	J	J	J	EUGK
Botsis et al. 2008 [47]	J	J	J	N	J	N	J	FE	FE	FE	J	N	EA	D	FE	FE	FE	D		BK
Cole 1991 [44]	J	D	J	J	D	J	N	N	N	N	J	N	EA	J	J	J	J	J		BK

Publikation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Fråga nr																				
Collet et al. 2010 [56]	J	J	J	J	J	J	J	D	FE	J	J	N	EA	J	J	J	J	J	N	BK
Ellis et al. 2011 [51]	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	UGK
Forster et al. 2008 [40]	J	J	J	J	D	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	UGK
Gravolin et al. 2007 [61]	J	J	J	J	J	N	J	EA	EA	J	EA	J	EA	EA	EA	EA	EA	EA	EA	EUGK
Hall et al. 2011 [53]	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	EA	J	J	J	J	D	J	UGK
Hanlon et al. 2004 [59]	J	J	J	J	J	J	J	FE	FE	FE	J	J	EA	J	J	D	FE	N	J	BK
Holland et al. 2005 [48]	J	J	J	J	D	J	J	J	J	J	J	N	J	J	J	J	J	J	J	EUGK
Inglis et al. 2010 [46]	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	UGK
Johansson et al. 2010 [58]	J	J	J	J	J	N	J	FE	J	J	J	N	EA	J	J	J	J	J	N	BK
Lai et al. 2009 [45]	J	J	J	J	J	J	J	D	FE	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	UGK
McAlister et al. 2004 [49]	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	N	J	J	J	J	J	J	J	EUGK
McCusker et al. 2006 [52]	J	J	J	J	J	J	D	J	FE	J	J	N	EA	J	FE	FE	FE	J		BK

Publikation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Fråga nr																				
Parker et al. 2000 [4]	J	J	J	J	N	J	J	FE	FE	J	J	N	EA	J	J	J	J	D	J	EUGK
Rubenstein et al. 1991 [43]	J	J	J	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	J	N	J	D	FE	FE	FE	D		BK
Shepperd et al. 2009 [39]	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	UGK
Shepperd et al. 2008 [38]	J	J	J	J	J	J	D	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	UGK
Stroke Unit Trials` Collaboration 2007 [41]	J	J	J	J	N	J	J	D	J	FE	J	J	J	J	J	J	J	J	J	EUGK
Thomé et al. 2003 [57]	J	J	J	J	J	N	FE	FE	J	J	J	N	EA	J	J	J	J	J		BK
Van Craen et al. 2010 [42]	J	J	J	J	J	J	FE	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	EUGK
Verrue et al. 2009 [60]	J	J	J	J	J	J	FE	FE	FE	FE	J	N	EA	J	FE	FE	FE	J		BK
Windham et al. 2003 [50]	J	J	J	N	D	J	FE	FE	FE	FE	J	N	EA	J	FE	FE	FE	J		BK

J= Ja, N= Nej, D= Delvis, FE= Framgår ej, EA= Ej aktuellt, UGK= Uppdaterad översikt av god kvalitet, EUGK= Ej uppdaterad översikt av god kvalitet, BK= Översikt av begränsad kvalitet

Tabell 3. Bedömning och kategorisering för rehabilitering

Ingående frågor:

1. Tydligt syfte/frågeställning?
2. Tydliga urvalskriterier?
3. Adekvat forskningsdesign?
4. Tillräckligt omfattande databassökningar?
5. Tydlig beskrivning av databassökning?
6. Kompletterande sökning?
7. Interbedömarrelabilitet urval av primärstudier?
8. Interbedömarrelabilitet dataextraktion?
9. Interbedömarrelabilitet kvalitetsvärdering?
10. Strategi för konsensus?
11. Redovisning av vilka primärstudier som ingår?
12. Redovisning av vilka primärstudier som exkluderats?
13. Redovisning av vilka primärstudier som ingår i metaanalys?
14. Beskrivning av inkluderade primärstudier?
15. Granskning av tillförlitlighet/kvalitet?
16. Tillförlitlighetsgranskning utifrån mall?
17. Granskning av bias?
18. Tillräcklig information för bedömning av centrala utfallsmått?
19. Redovisas tillräcklig data om effekter av interventioner?
20. Kategorisering av översikt?

Publikation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Fråga nr																				
Bachman et al. 2010 [66]	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	N	J	J	J	J	J	J	J	UGK
Beaupre et al. 2005 [69]	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	N	EA	J	J	J	J	J	J	EUGK
Cameron et al. 2000 [70]	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	EUGK
Chudyk et al. 2009 [73]	J	J	J	J	D	J	J	FE	FE	FE	J	N	EA	J	J	J	J	J	N	BK
Crotty et al. 2010 [68]	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	UGK

Publikation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Fråga nr																				
Eshah et al. 2009 [75]	J	J	J	J	D	N	FE	FE	FE	FE	J	N	EA	J	FE	FE	FE	D		BK
Handoll et al. 2009 [67]	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	UGK
Hillier et al. 2010 [62]	J	J	J	J	D	J	J	J	J	FE	J	J	J	J	J	J	J	J	J	UGK
Langhorne et al. 2001 [74]	J	J	J	J	D	J	J	FE	FE	FE	J	N	J	J	D	D	FE	J		BK
Mehta et al. 2011 [64]	J	J	J	J	N	J	J	J	FE	J	J	D	J	J	J	J	J	J	J	EUGK
Outpatient Service Trialists 2003 [71]	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	EUGK
Steuten et al. 2009 [72]	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	N	EA	J	J	J	J	J	J	EUGK
Vieira et al. 2010 [63]	J	J	J	J	FE	J	N	J	J	J	J	N	EA	J	J	J	J	J	J	UGK
Ward et al. 2008 [65]	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	EA	J	EA	EA	J	J	EA	EA	J	EUGK
Wells et al. 2003 [76]	J	J	J	J	J	N	N	FE	N	N	J	N	EA	D	FE	FE	FE	J		BK
Wells et al. 2003 [77]	J	J	J	J	J	N	N	FE	N	N	J	N	EA	D	FE	FE	FE	J		BK

J= Ja, N= Nej, D= Delvis, FE= Framgår ej, EA= Ej aktuellt, UGK= Uppdaterad översikt av god kvalitet, EUGK= Ej uppdaterad översikt av god kvalitet, BK= Översikt av begränsad kvalitet

Bilaga 6. Tabeller över inkluderade översikter

Tabell 1. Interventioner för vård- och omsorgskedja ordnade efter tema och i bokstavsordning

Referens	Syfte	Intervention och jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Interventioner kring utskrivning (N = 8)					
Early Supported Discharge Trialists 2005 [20]	Värdera effekter och kostnader för tidig utskrivning med stöd för personer med stroke.	Tidig utskrivning av multidisciplinära team i jämförelse med olika utskrivningsarrangemang oftast från allmänna enheter där en minoritet fick hembesök före utskrivning och olika uppföljningsarrangemang.	Stroke Medelålder: 66-78 år.	Norge (3), Storbritannien (3), Irland (1), Sverige (1), Kanada (1), Australien (1), Thailand (1).	Ej uppdaterad men av god kvalitet

Referens	Syfte	Intervention och jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Mansah et al. 2009 [19]	Identifiera interventioner som visat sig effektiva i att minska förekomst av fel och ogynnsamma händelser och främja säker överflyttning av äldre mellan olika vårdformer.	Det handlar om överflyttning mellan sjukhus, mellan avdelningar eller från sjukhus till särskilt boende eller det egna hemmet. Strategierna omfattar bland annat utskrivningsplanering, omfattande geriatrisk bedömning, farmakologisk rådgivning och särskilda koordinatörer. Detta jämförs med sedvanlig vård som inte innehöll något av den vård och omsorg som ingick för interventionsgruppen. De skrevs ut till hemmet utifrån läkarbedömning och erhöll interventioner från socialtjänsten där det ansågs nödvändigt.	Äldre. Vanligaste orsaken till sjukhusintagning var kopplad till hjärt-, andnings- och kirurgiska problem. Ålder över 65 år. Medelålder 67-84 år.	USA (5), Australien (4), Storbritannien (2), Tyskland (1).	Uppdaterad och av god kvalitet
Parker et al. 2002 [4]	Att utvärdera olika utskrivningsarrangemang från slutenvården för äldre människor.	Detta inkluderar exempelvis omfattande protokoll för utskrivningsplanering, program för utskrivningsstöd, geriatriska bedömningsprogram och utbildningsprogram för patienter. Vad detta jämfärs med framgår inte tydligt.	Äldre med olika diagnoser. Ålder över 65 år.	USA (26), Storbritannien (10), Kanada (4), Australien (3), Sverige (3), Danmark (2), Nederländerna (1), Hong Kong (1), ingen uppgift (4).	Av god kvalitet men ej uppdaterad

Referens	Syfte	Intervention och jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Patterson et al. 1999 [22]	Att utvärdera effekter av hembesök innan utskrivning av äldre från sjukhus.	Hembesök för bedömning av hemsituation innan utskrivning från sjukhus. Vad detta jämförs med framgår inte tydligt.	Äldre över 65 år i en majoritet av studierna där ålder framgår. Exempelvis ingår höftfraktur och stroke.	Framgår ej	Begränsad kvalitet
Preyde et al. 2009 [18]	Att utvärdera effekter av utskrivningsplanering från sjukhus till hemmet.	Alla interventioner innehöll multidisciplinär vård och omsorg. I flera studier var fokus på omfattande, tidig, eller geriatrisk bedömning. Vad detta jämförs med framgår inte.	Äldre över 65 år. Exempelvis ingår: sköra äldre, hjärtsvikt, kroniska sjukdomar och delirium.	Framgår ej	Begränsad kvalitet
Shepperd et al. 2010 [16]	Effekter av utskrivningsplanering vid sjukhus.	Utskrivningsplanering beskrivs som utarbetande av en individuell utskrivningsplan med bedömning, planering, implementering och övervakning. Detta jämförs med ordinarie vård/rutinmässig utskrivning som inte är individanpassad och kan betecknas som strukturerad vårdplanering.	Inga avgränsningar för sjukdom eller ålder. Grupper som ingår är äldre medicinska patienter, kirurgiska patienter och de med blandade tillstånd. Exempelvis ingår: diabetes, hjärtsvikt, depression, KOL och stroke. Medelålder över 60 år i en majoritet av studierna.	USA (10), Storbritannien (5), Kanada (3), Australien (1), Danmark (1), Frankrike (1).	Uppdaterad och av god kvalitet

Referens	Syfte	Intervention och jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Winkel et al. 2008 [21]	Att utvärdera effekter av tidig utskrivning till rehabilitering i det egna hemmet för patienter med stroke, samt undersöka fysioterapeuters roll i multidisciplinärt arbete.	Interventionerna innefattar: rehabilitering vid sjukhus och tidig utskrivning med stöd, stöd från utskrivningsteam vid sjukhus utan rehabiliteringsstöd och kommunbaserat rehabiliteringsstöd. Detta jämförs med olika former av rehabilitering vid sjukhus.	Stroke Medelålder 74 ± 3,5 år.	Norge (7), Sverige (5), Kanada (2), England (2), Italien (1).	Begränsad kvalitet
Fokus efter utskrivning (N = 7)					
Bours et al. 1998 [28]	Att bedöma effektiviteten av eftervård för kroniska patienter och sköra äldre vid utskrivning från sjukhus.	Interventioner avseende eftervård efter utskrivning från sjukhus såsom remisser, råd, samordning, telefonsamtal m.m. Detta jämförs vanligtvis med sedvanlig vård.	Ålder framgår inte alltid tydligt. Sköra äldre och kroniska patienter.	Framgår ej.	Begränsad kvalitet
Cole 2001 [30]	Att studera effekt på psykisk hälsa av geriatrisk vård efter utskrivning.	Multidisciplinärt team alternativt en sjuksköterska som bedömer och följer patienten, en medhjälpare/skötare som erbjuder hjälp i hemmet eller frivilligt besök. Detta jämförs med sedvanlig vård.	Äldre minst 60 år med undantag av två studier där uppgift saknas. Medicinska problem samt sköra.	USA (5), Storbritannien (3), Australien (1), Tyskland (1), Sverige (1).	Begränsad kvalitet

Referens	Syfte	Intervention och jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Hastings et al. 2005 [27]	Att utvärdera interventioner utformade för att förbättra utfall för äldre som skrivs ut från akutmottagning.	Olika interventioner vid akutmottagning (telefonuppföljning, omfattande geriatrisk bedömning av specialistsjuksköterska, geriatrisk konsultation, konsultation med arbetsterapeut/sjukgymnast för bedömning av funktion, samordningsteam för bedömning av risk och eventuell remiss, utbildningsprogram till personal) och i hemmet (snabb tillgång till lämpligt stöd/hjälp hemma eller annan vårdform alternativt hembesök för bedömning). Detta jämförs med sedvanlig vård.	Hemmaboende äldre minst 65 år i alla studier utom en.	Uppgifter tabellerade endast för kliniska studier. Kanada (4), USA (2), Australien (1), Storbritannien (1).	Begränsad kvalitet
Hyde et al. 2000 [24]	Att undersöka effekter av stöd vid utskrivning efter akut vård vid sjukhus av äldre personer.	Exempelvis besök av hemsjukvårdsteam eller uppföljning av geriatriskt team genom hembesök av geriatriker, sjuksköterska eller sjukgymnast; fortsatt rehabilitering, råd och utbildning till vårdare och etablera stödjande nätverk. Detta jämförs med icke-stödjande utskrivning eller normalt stödjande utskrivning om interventionsgruppen erhållit mycket stödjande utskrivning.	Äldre vanligen över 65 år och medelålder vanligen 73,6–82,7 år, men ospecifika kliniska problem. .	Storbritannien (5), Danmark (2), Sverige (1), USA (1).	Ej uppdaterad men av god kvalitet

Referens	Syfte	Intervention och jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
La Mantia et al. 2010 [29]	Värdera interventioner för att förbättra kommunikation om korrekta och ändamålsenliga läkemedelslistor och önskemål om fortsattvård/ behandling vid patientöverföring mellan sjukhem och sjukhus.	Läkemedelsgenomgång, överföringsblankett, blankett för framtida vård. Vad detta jämförs med framgår inte tydligt.	Sköra äldre över 65 år.	USA (4), Australien (1)	Begränsad kvalitet
Phillips et al. 2004 [25]	Att utvärdera effekt av omfattande utskrivningsplanering plus stöd efter utskrivning.	Fem typer av interventioner: 1) ett hembesök, 2) ökad uppföljning vid klinik och frekvent telefonkontakt, 3) hembesök och/eller frekvent telefonkontakt, 4) utvidgad hemtjänst, 5) specialiserad enhet vid dagsjukhus. Utskrivningsplaneringen kompletterades med t.ex. genomgång och råd om medicinering, diet, viktkontroll och fysisk träning. Detta jämförs med sedvanlig rutin.	Äldre med hjärtsvikt. Medelåldern var minst 70 år i 16 studier, under 70 år i två studier.	USA (10), Australien (2), Kanada (1), England (1), Holland (1), Irland (1), Italien (1), Sverige (1).	Ej uppdaterad men av god kvalitet
Richards et al. 2003 [26]	Att utvärdera effektivitet och kostnader för interventioner syftande till att förbättra tillgång till vård och omsorg för äldre patienter efter utskrivning.	Interventioner: 1. geriatriska konsultationsteam, 2. geriatrisk utvärdering/hantering vid sjukhus, 3. poliklinisk geriatrisk utvärdering/hantering. Detta jämförs med sedvanlig utskrivning utan särskild bedömning eller särskild personal.	Sköra äldre minst 60 år.	USA (18), Tyskland (2), Australien (1), Italien (1), Kanada (1).	Ej uppdaterad men av god kvalitet

Referens	Syfte	Intervention och jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Samordning (N = 6)					
Chiu et al. 2007 [34]	Syftet var att utvärdera effekter av sjuksköterskestödd case management för sköra äldre som skrivs ut från sjukhus.	Gemensamma nämnare var hembesök, telefonkontakt och utbildning i egenvård. Detta jämförs med sedvanlig vård.	Äldre över 60 år där ålder framgår. Exempelvis ingår: hjärtsvikt, hjärtinfarkt och KOL.	Framgår ej tydligt.	Begränsad kvalitet
Eklund et al. 2009 [33]	Att utvärdera effekter av integrerade och samordnade interventioner för sköra äldre avseende effekter för klient, vårdare och vårdutnyttjande.	Integrerad intervention inkluderar case management eller liknande samordningsfunktioner. Vad detta jämförs med framgår ej.	Sköra äldre och multisjuka över 65 år, medelålder 81-82 år. Exempelvis ingår: KOL, hjärtsvikt, och diabetes.	USA (3), Italien (1), Kanada (5).	Begränsad kvalitet
Ellis et al. 2010 [35]	Att utvärdera effekter av "stroke liaison worker" för patienter med stroke och deras vårdare.	Utbildning och information, socialt stöd och samverkan med andra verksamheter främst vid utskrivning. Detta jämförs med sedvanlig vård.	Ålder över 16 år med stroke, medelålder vanligen över 65 år. Analyser på äldre över 65 år.	Australien, Nederländerna, Storbritannien. Antal för respektive land framgår ej.	Uppdaterad och av god kvalitet

Referens	Syfte	Intervention och jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Kim et al. 2005 [32]	Att utvärdera effekter av sjukhusbaserad case management .	Samordning av vanligtvis sjuksköterska. Oftast ingick bedömning samt utbildning för patient/anhörig och samarbete. Hembesök kunde förekomma liksom utskrivningsplan eller särskilt protokoll. Detta jämförs med sedvanlig vård.	Ålder över 18 år, analys på äldre. Exempelvis ingår: hjärtfel, lungsjukdom, epilepsi, stroke, skörhet, allvarlig sjukdom.	USA (8), Storbritannien (1), Australien (1), Kanada (1), Sverige (1).	Ej uppdaterad men av god kvalitet
Oeseburg et al. 2009 [31]	Att utvärdera effekter av case management för sköra äldre.	Samordning av vård där samordnaren (sjuksköterska/socialarbetare) arbetade ensam eller i multidisciplinärt team. Hembesök var den vanligaste formen av kontakt, ibland i kombination med telefonsamtal. Vad detta jämförs med framgår inte	Sköra äldre över 65 år (eventuellt med kronisk eller allvarlig sjukdom). Sjukdomar/hälsoproblem som ingår är demens, multisjuka, medicinska problem.	USA (5), Kanada (1), Italien (1), Finland (1).	Ej uppdaterad men av god kvalitet
Payne et al. 2002 [36]	Att utvärdera effekter av interventioner avseende kommunikation av patientinformation mellan sjukhus och samhällsvård för äldre.	Exempelvis ingår koordinering vid utskrivning, uppföljning, sjuksköterska som samordnare. Detta jämförs med sedvanlig vård.	Äldre med fysiska sjukdomar. Ålder framgår inte.	Framgår ej tydligt.	Begränsad kvalitet

Referens	Syfte	Intervention och jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Från särskilt boende till akutmottagning (N = 1)					
Arendts et al. 2010 [37]	Akutvård för patienter på särskilt boende.	Alla interventioner inbegrep en eller flera geriatriskt utbildade personer. Exempelvis ingår multidisciplinära geriatriska bedömningssteam. Detta jämförs med sedvanlig vård.	Äldre över 65 år i särskilt boende.	USA (8), Kina (1).	Begränsad kvalitet

Tabell 2. Översikter för vård- och boendeform ordnade efter tema och i bokstavsordning

Referens	Syfte	Intervention och jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Jämförelser av insatser av olika slag (N = 16)					
Batty 2010 [55]	Interventioner för att minska sjukhusvård för äldre. Syftet är att undersöka forskning om modeller, analysera behandlingskomponenter och identifiera vad som är effektivt och inte.	Multifaktoriella eller komplexa interventioner i hem och sjukhus, teaminsatser, omfattande geriatrisk bedömning m.m. Detta jämförs med sedvanlig vård.	Äldre över 65 år.	USA (6), Australien (2), Storbritannien (3), Israel (1), Italien (1).	Begränsad kvalitet
Beswick et al. 2008 [54]	Effekter av komplexa lokala interventioner som bevarar fysisk funktion och oberoende bland äldre.	Komplexa interventioner för att förbättra fysisk funktion och behålla självständigt boende. Interventionerna varierade men inbegrep ofta bedömningar och råd av läkare och/eller sjuksköterska eller andra yrkesgrupper, hembesök mm. Detta jämförs med sedvanlig vård eller minimal intervention.	Hemmaboende äldre eller äldre som ska skrivas hem från sjukhus. Beskrivs bland annat som sköra. Medelålder på minst 65 år.	USA (15), Kanada (5), Japan (1), Nederländerna (1), Storbritannien (1), Italien (1) (för de 24 studierna om sköra äldre).	Ej uppdaterad men av god kvalitet

Referens	Syfte	Intervention och jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Botsis et al. 2008 [47]	Att granska litteratur rörande televård för äldre med kro- niska sjukdomar.	Telekommunikationshjälpmedel såsom videokonferenser och audiovisuella hjälpmedel alternativt teleövervakning av symptom. Detta jämförs med sedvanlig insats.	Kroniska sjukdomar som diabetes, hjärtsvikt, KOL, rörelsehinder, demens. Ålder framgår ej.	USA (34), Europa (10 varav två svenska), Australien (3), Kana- da (3), Kina, Korea och Taiwan (4).	Begränsad kvalitet
Collet et al. 2010 [56]	Integrerade interventioner som kombinerar psykiatrisk vård och sjukhemsvård.	Individuell behandlingsplan med integrerad och skräddarsydd psykosocial, omvårdande, medicinska och farmakologiska interventioner. Individuell eller gruppterapi förekom i några fall. Allsidig bedömning av psykiatriska och beteendeproblem. Detta jämförs med sedvanlig vård.	Äldre med kombinerad problematik. Medelålder: 70.6±6.1 – 82.9±8.9 år. Psykiatriska eller beteendeproblem, demens eller somatisk sjukdom.	USA (5), Storbritan- nien (1), Australien (2).	Begränsad kvalitet
Ellis et al. 2011 [51]	Effekt av allsidiga geriatriska bedömningar till sköra äldre som oplanerat kommer till sjukhus.	Allsidig geriatrisk bedömning är en samtidig, multinivåbedömning av problem utförda av multidisciplinärt team. Detta sker vid en särskild av- delning eller av ett team. Detta jäm- förs med rutin- eller allmän medicinsk akut vård på sjukhus.	Äldre över 65 år med akuta medicinska, psykologiska, funktionella eller sociala problem.	USA (13), Kanada (4), Tyskland (2), Sverige (1), Norge (1), Australien (1).	Uppdaterad och av god kvalitet

Referens	Syfte	Intervention och jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Gravolin et al. 2007 [61]	Jämföra effekter av olika beslutsstöd från hälso- och sjukvård eller socialtjänst under tiden före beslut om inflyttning i särskilt boende.	Interventioner för att stödja beslutsprocess för till särskilt boende. Interventioner om bedömning, tillhandahållande av information, möjliggöra beslutsfattande, med koppling till val, tidsaspekt eller annat. Detta jämförs med sedvanliga rutiner.	Tom Ålder: personer över 60 år som står inför permanent flyttning.	Tom	Ej uppdaterad men av god kvalitet
Hall et al. 2011 [53]	Palliativ vård för personer vid sjukhem.	Interventioner med flera komponenter (t.ex. remiss till särskild palliativ vård, till enheter med särskilda terapeutiska aktiviteter respektive särskild utbildning av team). Detta jämförs med ingen intervention.	För äldre oavsett ålder, diagnos, prognos eller behov av palliativ vård. Medelålder minst 80 år.	Alla från USA (3)	Uppdaterad och av god kvalitet
Hanlon et al. 2004 [59]	Apotekarmedverkan i läkemedelsanvändning .	Farmakologiskt stöd i hemmet, vid utskrivning från sjukhus eller vid sjukhus. Exempel är hembesök, läkemedelsplan, konsultation vid utskrivning, läkarrekommendation, personalutbildning. Detta jämförs med sedvanlig vård.	Äldre i äldreomsorg Minst 65 år.	USA (7), Storbritannien (6), Australien (1), uppgift saknas (1).	Begränsad kvalitet

Referens	Syfte	Intervention och jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Holland et al. 2005 [48]	Multidisciplinära interventioners inverkan på sjukhusvård och mortalitet i hjärtsjuklighet.	Interventionerna var hembesök, fysiologisk övervakning eller telelänk, telefonuppföljning men ej hembesök, enbart sjukhus- eller klinisk intervention. Detta jämförs med sedvanlig vård.	Hjärtsjuklighet. Medelålder 56–86 år. I två studier var medelåldern under 60 år.	Europa (13 varav tre i Sverige), USA (13), Australien/Nya Zeeland (3), Argentina (1).	Ej uppdaterad men av god kvalitet
Inglis et al. 2010 [46]	Att bedöma effekter av teleövervakning och/eller strukturerat telefonstöd.	Strukturerat telefonstöd eller teleövervakning utan hembesök eller intensifierad klinisk uppföljning. Detta jämförs med standardvård efter utskrivning utan intensifierad närvaro på hjärtklinik, klinikbaserade program för hjärtsvikt eller hembesök.	Hjärtsvikt (kronisk). Patienter över 18 år med diagnostiserad kronisk hjärtsvikt. Medelålder 44,5–78 år. Majoriteten av studierna har en medelålder över 60 år.	USA (14), Italien (4), Tyskland (3), Kanada (2), EU (Tyskland, Nederländerna, Storbritannien, Polen, Italien) (2), Storbritannien (1), Nederländerna (1), Indien (1), Argentina (1), Australien.	Uppdaterad och av god kvalitet
Johansson et al. 2010 [58]	Att utforska litteratur rörande nytta med multidisciplinär teamarbete med äldre.	Bedömning och insats vid akutmottagning eller klinik, hembesök. Varierade interventioner. Detta jämförs med sedvanlig vård, men viss variation.	Hemmaboende äldre med multipla sjukdomar. Ålder framgår ej.	USA (16), Tyskland (2), Nederländerna (2), Storbritannien (12), Sverige (1), Australien (1), Kanada (3).	Begränsad kvalitet

Referens	Syfte	Intervention och jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
McAlister et al. 2004 [49]	Att studera om olika multidisciplinära strategier förbättrar utfall för patienter med hjärtsvikt och med hög risk för inläggning på sjukhus.	Interventioner: multidisciplinär hjärtklinik, multidisciplinärt team med specialiserad uppföljning men inte på sjukhus/klinik, telefonuppföljning, telefonövervakning och förbättrad kommunikation med primärvårdsläkare eller utbildning för förbättring av patients egenvård. Detta jämförs med sedvanlig vård.	Hjärtsjuklighet. En studie: medelålder under 60 år, två studier medelålder under 65 år. Medelålder 70-80 år i majoriteten av studierna.	USA (15), Sverige (3), Australien (2), Kanada (2), Storbritannien (2), Nya Zeeland (1), Irland (1), Frankrike (1), Nederländerna (1), Italien (1).	Ej uppdaterad men av god kvalitet
McCusker et al. 2006 [52]	Att studera effekter av alsidig geriatrisk bedömning på besök vid akutmottagning.	Fem typer av interventioner: 1) unidisciplinär bedömning med remiss och/eller liaison 2) multidisciplinär bedömning med remiss och/eller liaison 3) unidisciplinär bedömning och hantering 4) multidisciplinär bedömning och hantering 5) samordning med lokal äldreomsorg. Detta jämförs med sedvanlig vård.	Sköra personer som inte har endast en sjukdom. Ålder: minst 60 år gamla.	USA (18), Kanada (6), Australien (1), Italien (1).	Begränsad kvalitet
Thomé et al. 2003 [57]	Att granska och beskriva hemvård som fenomen och begrepp avseende vårdtagare, utförda aktiviteter och bedömningar och uppnådda effekter för vårdtagarna.	Interventionerna är varierade - från prevention till palliativ vård vid allvarliga sjukdomar. Exempelvis integrerade insatser, årlig omfattande geriatrisk bedömning, förebyggande hembesök, tidig utskrivning. Vad detta jämförs med framgår inte.	Cancer, akut kirurgi, akuta/kroniska medicinska tillstånd, äldre hemmaboende. Medelålder: i fyra studier var medelåldern under 60 eller okänd.	USA (11), Storbritannien (9), Nederländerna (3), Sverige (2), Italien (1).	Begränsad kvalitet

Referens	Syfte	Intervention och jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Verrue et al. 2009 [60]	Farmakologiska interventioner vid sjukhem för optimerad läkemedelsanvändning.	Apotekarens bedömning utgjorde interventionen eller tillsammans med andra yrkesgrupper i team. Vad detta jämförs med framgår inte helt tydligt. Ibland jämförelser inom enheten, ibland med andra sjukhem.	Personer i särskilt boende (sjukhem). Medelålder: 79-85 år.	Australien (5), Storbritannien (2), Sverige (1).	Begränsad kvalitet
Windham et al. 2003 [50]	Att identifiera interventioner och utfall som ska ingå i utformning av vårdprogram för äldre med hjärtsvikt samt bedöma sammantagen kvalitet med dessa program.	Care management eller case management. Varierande interventioner med insatser från läkare, sjuksköterskor, samordnare, apotekare, socialarbetare, dietist, sjukgymnast samt hembesök, telefonövervakning eller elektronisk övervakning. Vad detta jämförs med framgår inte.	Hjärtsjuklighet. Ålder framgår ej men studier med låg medelålder exkluderades.	Tabelleras inte. Totalt 32 studier. En svensk studie hittades.	Begränsad kvalitet

Referens	Syfte	Intervention och jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Jämförelser av enheter av olika slag (N = 9)					
Cole 1991[44]	Att bedöma effektiviteten av olika typer av geriatrisk service, att identifiera vilka typer av patienter som har nytta av dessa, att avgöra vilka komponenter som är relaterade till positiva utfall samt att tillämpa relevanta resultat på geriatrisk verksamhet.	Tre typer av geriatrisk medicinsk vård och omsorg; vid sjukhus, som konsultation eller som extern service. Detta jämförs med sedvanlig vård eller vård vid andra allmänna medicinska enheter.	Demens, multisjuklighet eller andra allvarliga medicinska problem. Ålder: minst 65 år i alla studier utom en.	Framgår ej tydligt	Begränsad kvalitet
Forster et al. 2008 [40]	Att studera effekt och implikationer för resurser av geriatrisk dagsjukvård för äldre.	Geriatrisk dagsjukvård är öppenvård där äldre patienter vistas en hel eller nästan en hel dag och får multidisciplinär rehabilitering i sjukvårdsmiljö. Multidisciplinär rehabilitering i öppenvård ingick i alla studier. Detta jämförs med omfattande geriatrisk äldreavård, insatser hemma eller ingen omfattande äldreavård.	Medicinska problem. StROKE eller blandning av diagnoser som Parkinson, artros, fraktur, depression. Ålder: Personer över 60 år med medicinska problem. I alla utom en studie var medelåldern över 70 år och i en över 65 år.	Framgår ej. 13 studier.	Uppdaterad och av god kvalitet

Jämförelser av enheter av olika slag (N = 9)

Lai et al. 2009 [45]

Att utvärdera effekt av speciella vårdenheter för att hantera beteendeproblem bland personer med demens.

Enheterna är oftast belägna intill sjukhem och omfattar särskilt rekryterad, utbildad och handledd personal, speciella aktiviteter, anpassad fysisk miljö samt involvering av familjen. Detta jämförs med traditionella vårdenheter för patienter med demens och/eller ADRD, så som sjukhem och långvård, men inte enheter särskilt utformade för personer med demenssjukdom.

Demens relaterade sjukdomar.

Ålder: 65 år eller uppgift saknas. Inga krav på ålder.

Kanada (2), Internationell studie men bara data från Italien (Italien, Frankrike och Sverige (1), USA (3), Italien (1), Tyskland (1).

Uppdaterad och av god kvalitet

Parker et al. 2000 [4]

Bästa vårdform för äldre över 65 år med behov av akut, post- och subakut eller rehabiliterande vård.

Interventions- grupper: undvika inläggning, tidig utskrivning, stroke- och höftenheter, geriatriska bedömningsenheter, akuta vårdenheter för äldre, slutenvårds- eller, distriktsrehabilitering, sjuksköterske- ledda enheter respektive dagsjukvård. Detta jämförs med sedvanlig vård.

Akut, post- och subakuta tillstånd.

Äldre över 65 år med behov av akut, post- och subakut och rehabiliterande vård.

Framgår inte. 84 artiklar från 45 interventioner.

Ej uppdaterad men av god kvalitet

Rubenstein et al. 1991[43]

Att beskriva olika mönster av geriatrisk utvärdering och hantering (GEM) samt granska effekter av detta.

Allsidig geriatrisk bedömning vid konsultation, geriatrisk enhet vid sjukhus, bedömning i hemmet och geriatrisk öppenvårdsenhet. Vad detta jämförs med framgår inte.

Sköra äldre.

Ålder framgår ej.

Framgår ej.

15 studier ingår i meta-analys.

Begränsad kvalitet

Shepperd et al. 2009 [39]	Att avgöra effektivitet och kostnad vid tidig utskrivning från sjukhus av patienter från sjukhus	Tidig utskrivning från sjukhus till hemmet där aktiv behandling erbjuds av sjukvårdspersonal för ett tillstånd som annars skulle krävt sjukhusvård. Detta jämförs med sjukhusbaserad akutvård.	KOL, stroke, akuta medicinska tillstånd. Ålder: Patienter över 18 år, särredovisning för äldre (65 år eller mer).	Storbritannien (16), Australien (3), Norge (3), Kanada (1), Nya Zeeland (1), Sverige (1), Thailand (1).	Uppdaterad och av god kvalitet
Shepperd et al. 2008 [38]	Att avgöra effektivitet och kostnad vid tidig utskrivning från sjukhus av patienter från sjukhus.	Akut sjukhusvård i hemmet i stället för på sjukhus. Hälso- och sjukvårdsteam erbjuder aktiv behandling i hemmet för något som skulle kräva akut sjukhusvård. Detta jämförs med akut sjukhusvård.	Ingående diagnoser är bland annat KOL, stroke och akuta medicinska tillstånd. Resultatet särredovisas för 65 år+. Medelåldern varierar mellan 50, 1-82,9 där ålder finns.	Australien (2), Italien (2), Storbritannien (3) Nya Zeeland (3).	Uppdaterad och av god kvalitet
Stroke Unit Trialists' Collaboration 2007 [41]	Att studera hur effekt av vård vid strokeenheter jämfört med andra vårdformer.	Organiserad strokevård ges vid enheter med ett multidisciplinärt team som enbart tar hand om strokepatienter vid särskild avdelning/ enhet (stroke, akut, rehabilitering, allsidig), med ett mobilt stroketeam eller vid blandad rehabiliteringsenhet. Detta jämförs vanligtvis med konventionell vård på allmänna medicinska enheter eller på geriatriiska medicinska enheter.	Stroke Ålder: alla strokepatienter med subgruppsanalyser bland annat på personer över 75 år.	Tabelleras inte. Studier från Sverige, Norge och Finland hittades. 31 studier.	Ej uppdaterad men av god kvalitet
Van Craen et al. 2010 [42]	Att studera effektivitet vid särskilda geriatriiska enheter.	Särskilda geriatriiska enheter och deras organisation. Detta jämförs med sedvanlig vård.	Äldre över 65 år som varit inskrivna på sjukhus minst 48 timmar.	USA (7), Norge (4), Österrike (1), Tyskland (1).	Ej uppdaterad men av god kvalitet

Tabell 3. Översikter för rehabilitering ordnade efter tema och i bokstavsordning

Referens	Syfte	Intervention och jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Var rehabilitering bedrivs (N = 4)					
Hillier et al. 2010 [62]	Att utvärdera effekter av hembaserad rehabilitering vid stroke i jämförelse med rehabilitering vid klinik så som exempelvis dagsjukvård.	Plats/lokalisering för rehabilitering där effekter av rehabilitering i det egna hemmet jämförs med rehabilitering vid klinik, exempelvis dagsjukvård.	Stroke Personer över 18 år. En majoritet av studierna rapporterar åldrar på 65-75 år. I studien med de äldsta varierade medelvärdet på 78.3-79.6 år och i studien med de yngsta var medianåldern 53 år.	Storbritannien (7), Danmark (1), Nya Zeeland (1), Sverige (1), USA (1).	Uppdaterad och av god kvalitet
Mehta et al. 2011[64]	Att jämföra effekter av hembaserad sjukgymnastik med poliklinisk sjukgymnastik och ingen sjukgymnastik alls efter höftfrakturskirurgi.	Hembaserad sjukgymnastik efter höftfrakturskirurgi i jämförelse med poliklinisk sjukgymnastik och ingen sjukgymnastik alls	Höftfraktur Ålder framgår ej	Framgår ej tydligt	Ej uppdaterad men av god kvalitet
Vieira et al. 2010 [63]	Utvärdera effekter av hembaserad rehabilitering vid KOL för studier som rapporterar fysisk förmåga.	Hembaserad rehabilitering i jämförelse med standardvård eller sjukhusbaserad rehabilitering eller både och.	KOL Ålder över 60 år	Framgår ej för alla studier, Kanada (1), Spanien (1).	Uppdaterad och av god kvalitet

Referens	Syfte	Intervention och jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Ward et al. 2008 [65]	Att jämföra effekter av olika vårdmiljöer såsom sjukhem jämfört med sjukhus och eget hem för rehabilitering av äldre.	Rehabilitering i tre olika vårdmiljöer: sjukhem jämfört med sjukhus och eget hem för rehabilitering av äldre med lårbensfraktur, stroke eller annat.	Äldre över 60 år. Stroke, lårbensfraktur och annat.	Inga studier identifierades	Ej uppdaterad men av god kvalitet
Hur rehabilitering utformas (N = 12)					
Bachmann et al. 2010 [66]	Att utvärdera effekter av rehabilitering inom slutenvården som är speciellt utformad för geriatriska patienter.	Geriatrisk rehabilitering, allmän respektive ortopedisk (för höftfraktur). Detta innefattar multidimensionell geriatrisk bedömning, terapeutisk insats, teammöten, individuella insatser efter behov, individuell målsättning samt uppföljning. Detta jämförs vanligtvis med sedvanlig sjukhusvård.	Geriatriska patienter och patienter med höftfraktur. Ålder över 55 år, medel- eller medianålder: 74.2–86.0 år.	USA (4), Storbritannien (4), Australien (2), Finland (2), Norge (1), Sverige (1), Spanien (1), Kanada (1), Thailand (1).	Uppdaterad och av god kvalitet
Beaupre et al. 2005 [69]	Värdera interventioner/program för äldre med höftfraktur från intagning på sjukhus till sex månader efter frakturen.	Multidisciplinär vård, rehabilitering (tidig, omfattande, geriatrisk etc.) samt utskrivningsplanering. Detta jämförs med sedvanlig vård.	Höftfraktur Ålder över 65 år	Framgår ej	Ej uppdaterad men av god kvalitet

Referens	Syfte	Intervention och jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Cameron et al. 2000 [70]	Att utvärdera effektivitet och kostnadseffektivitet av program eller interventioner av multidisciplinära geriatriska team, eller av dess individuella medlemmar, efter frakturer bland äldre. Huvudfokus är på höftfrakturer.	Interventioner som ingår: tidig och stödd utskrivning, geriatriskt höftfrakturens program, geriatrisk ortopedisk rehabiliteringsenhet, introduktion av råd och regim vid behandling av höftfraktur, effekt av införande av prospektivt betalningssystem, olika sjukhusprogram, specifika typer av terapi, omvårdnad eller medicinsk vård. Detta jämförs vanligtvis med ortopedisk vård vid sjukhus.	Fraktur på extremiteter, bäcken, ryggrad med fokus på höftfrakturer. Ålder: minst 65 år, majoriteten av deltagarna har en medelålder på 80 år.	USA (17), Australien (7), Sverige (6), Storbritannien (5), Kanada (2), Nya Zeeland (1), Finland (1), Danmark (1), Italien (1).	Ej uppdaterad men av god kvalitet
Chudyk et al. 2009 [73]	Att utvärdera effekter av rehabiliteringsinsatser vid höftfraktur hos äldre.	Kategorier som identifierades: behandlingsregim, tidig rehabilitering, interdisciplinär vård, arbetsterapi och sjukgymnastik, träning, ospecificerad intervention. Detta jämförs med sedvanlig vård.	Höftfraktur Ålder framgår ej tydligt	Framgår ej tydligt	Begränsad kvalitet
Croft et al. 2010 [68]	Att utvärdera effekter av rehabiliteringsinterventioner med syfte att förbättra fysisk och psykosocial funktion efter höftfraktur hos äldre.	Fysisk funktion inbegriper patientbedömning, bostadsbedömning och stöd/träning att utföra ADL. Psykosocial funktion inbegriper beteendemodifiering samt stöd till socialt liv/engagemang och nätverk. Detta jämförs med sedvanlig vård.	Höftfraktur Ålder över 65 år, om yngre personer ingick i primärstudier inkluderades de om medelåldern minus en standardavvikelse översteg 65 år.	USA (4), Sverige (3), Storbritannien (1), Taiwan (1).	Uppdaterad och av god kvalitet

Referens	Syfte	Intervention och jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Eshah et al. 2009 [75]	Syftet var att utvärdera effekter av program för hjärtrehabilitering och undersöka sjuksköterskors roll i multidisciplinära hjärtrehabiliteringsteam.	Olika former av hjärtrehabilitering däribland sjuksköterskors roll och vårdmiljö vid rehabilitering. Vad detta jämförs med framgår inte tydligt.	Hjärtsjuk. Medelålder 55-82 år. En majoritet av studierna hade en medelålder på över 60 år.	Framgår ej	Begränsad kvalitet
Handoll et al. 2009 [67]	Att utvärdera effektivitet och kostnadseffektivitet av multidisciplinär rehabilitering inom slutenvården eller inom ambulande enhet för äldre patienter med höftfraktur.	Multidisciplinär rehabilitering där rehabiliteringen utförs av ett multidisciplinärt team hanlett av geriatriker i slutenvården eller särskild ambulande enhet såsom dagvård eller liknande. Detta jämförs med sedvanlig kirurgisk eller medicinsk vård eller rehabilitering av lägre intensitet.	Höftfraktur Ålder över 65 år, medelålder: 78-84 år.	Storbritannien (4), Australien (3), Sverige (2), Finland (1), Kanada (1), Taiwan (1), Spanien (1).	Uppdaterad och av god kvalitet
Langhorne et al. 2001 [74]	Att utvärdera effekter av organiserad multidisciplinär vård och rehabilitering inom slutenvården för personer med stroke.	Organiserade multidisciplinära team bestående av läkare, sjuksköterskor och terapeuter för vård och rehabilitering inom slutenvården. Detta jämförs med frånvaro av vård av multidisciplinärt team eller multidisciplinärt team inom slutenvården på en allmän rehabiliteringsenhet.	Stroke Ålder oklart men det finns subgruppsanalyser för äldre (äldre definieras ej).	Framgår ej	Begränsad kvalitet

Referens	Syfte	Intervention och jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Outpatient Service Trialists 2003 [71]	Att utvärdera terapibaserad rehabilitering i hemmet efter stroke. Tre frågeställningar:	I detta ingår exempelvis arbetsterapi, sjukgymnastik eller multidisciplinär intervention. Detta jämförs med sedvanlig eller ingen rutinvård.	Stroke. Medelåldern: 55-75 år (en studie hade en medelålder under 60 år och där var den 55 år)	Storbritannien (9), USA (2), Kanada (1), Danmark (1), Hong Kong (1).	Ej uppdaterad men av god kvalitet
Steuten et al. 2009 [72]	Att utvärdera effektivitet och kostnadseffektivitet av multikomponenta vårdprogram för personer med KOL.	Vårdprogram vilka kategoriserades efter 1) vårdmiljö, 2) patientpopulation, 3) typ och antal komponenter (systemdesign, beslutsstöd, egenvård etc.). Detta jämförs med sedvanlig vård eller vård med lägre intensitet.	KOL. Medelålder för alla studier 66,4 år. Två studier hade en medelålder under 60 år.	USA (6), Australien (4), Kanada (3), Nya Zeeland (2), Nederländerna (2), Spanien (2), Kina (1).	Ej uppdaterad men av god kvalitet
Wells et al. 2003 [76]	Att studera geriatrisk rehabilitering där bland effekter.	Geriatrisk rehabilitering avseende kliniska problem (höftfrakturer, stroke, nutrition, demens eller depression) och rekommendationer för vården. Vad detta jämförs med framgår inte tydligt.	Höftfraktur, stroke, nutrition, demens, depression. Alder över 65 år.	Framgår ej tydligt	Begränsad kvalitet

Referens	Syfte	Intervention och jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Wells et al. 2003 [77]	Att studera geriatrisk rehabilitering där bland effekter av geriatriska rehabiliteringsenheter samt effekter av teamarbete.	Geriatrisk rehabilitering där begreppen skör och omfattande geriatrisk bedömning samt huvudprocessen i geriatrisk rehabilitering granskas (skörhet, allsidiga geriatriska bedömningar, screening vid inskrivning, bedömningsinstrument och interdisciplinära team). Vad detta jämförs med framgår ej tydligt, men i vissa studier framgår sedvanlig vård.	Geriatriska patienter, sköra äldre. Ålder över 65 år	Framgår ej tydligt	Begränsad kvalitet

Bilaga 7. Beskrivning av uppdaterade översikter av god kvalitet

För vård- och omsorgskedjan

Ellis et al. (2010). Stroke liaison workers for stroke patients and careers: an individual patient data meta-analysis.

Intervention: Hälso- och sjukvårdspersonal, socialarbetare eller volontärer vars mångfacetterade roller har grupperats under titeln ”stroke liaison workers”. Detta innefattar en multifacetterad intervention som består av mer än en av följande: utbildning och information, socialt stöd och samverkan med andra verksamheter. Oftast tillhandahålls denna intervention när en patient skrivs ut från sjukhus.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig vård och omsorg.

Population: Strokepatienter över 16 år. 4759 deltagare. Medelålder i de studier där ålder framgår (12/16) är över 65 år i alla studier utom en där den är 63 år. Subgruppsanalyser på personer över 65 år.

Analys: Metaanalys

Antal ingående studier och design: 16 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Studier som enbart undersöker vårdares behov och inte inkluderar patienter. Studier där interventionen inte var mångfacetterad - detta för att skilja ut ”stroke liaison workers” från interventioner som exempelvis enbart består av tillhandahållande av information.

Utfallsmått: Subjektivt hälsotillstånd och utökad ADL, mortalitetlighet, boendeform, ADL, beroende, mental hälsa, kunskap om stroke, vård- och omsorgsutnyttjande, tillfredsställelse med vård och omsorg, deltagande.

Uppföljningstid: Varierade mellan 3–18 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: Australien, Nederländerna, Storbritannien, USA. Exakt var framgår ej tydligt.

Årsintervall för inkluderade studier: 1984–2009

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2009

Författarnas slutsatser: Patienter med mild till måttlig funktionsnedsättning kan möjligtvis gynnas av en minskning i mortalitetlighet och funktionsnedsättning. Patienter och anhöriga rapporterar förbättrad tillfredsställelse med vissa aspekter av interventionen.

Mansah et al. (2009). Effectiveness of strategies to promote safe transition of elderly people across care settings

Strategier för att minska förekomst av fel och ogynnsamma händelser samt främja säkra patientöverföring mellan vårdformer. Fel definieras som misslyckad planerad åtgärd eller användningen av en felaktig plan för att uppnå ett mål. Negativa händelser definieras som en följd av dåligt resultat, en skada för patienten, som svar på fel som uppstår under vårdprocessen. Det handlar om överföring mellan sjukhus eller mellan avdelningar alternativt från sjukhus till särskilt boende eller hemmet.

Intervention: Exempel på strategier är utskrivningsplanering, omfattande geriatrisk bedömning, farmakologisk rådgivning och särskilda koordinatörer. Alla inkluderade interventioner inbegrep en särskilt tillsatt samordnare för hälso- och sjukvård. Samordnarna var sjuksköterskor med specialisering inom äldreomsorg, socialarbetare, farmaceutisk personal eller multidisciplinära vårdteam. De sjuksköterskeledda interventionerna inkluderade patientbedömning, medicinsk uppföljning, hembesök, telefonuppföljning, samarbete och kommunikation med familjer samt lokal äldreomsorg. Farmaceutledda interventioner fokuserade medicinskt relaterade utfall och involverade familjer, allmänläkare och socialtjänst. Multidisciplinära team innefattade utförliga geriatriska bedömningar, screening för risk, stödjande besök i hemmet eller uppföljning av långtidsvårdade, telefonuppföljning och samarbete med allmänläkare.

Intervention för jämförelsegrupp: Standardinsats som inte innehöll något av den vård och omsorg som ingick för interventionsgruppen. De skrevs ut till hemmet utifrån läkarbedömning och erhöll interventioner från socialtjänsten där det ansågs nödvändigt för deras fortsatta vård.

Population: Äldre över 65 år, medelålder 67–84 år. Orsak till sjukhusinläggning var relaterad till hjärt- eller andningsproblem och kirurgiska problem. 5400 deltagare.

Analys: Metaanalys

Antal ingående studier och design: 12 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Studier som a) beskriver fel/brister som inte var relaterade till överföring av en patient; b) äldre med psykiatrisk diagnos.

Utfallsmått: Användning av sjukvårdresurser så som återinläggning på sjukhus, antal läkare eller öppenvårdsbesök, medicinskt relaterade såsom ogynnsamma händelser relaterade till läkemedel, kunskap om och följsamhet till medicinering. Även andra utfall finns, exempelvis förvirring och rörlighet, patienttillfredsställelse, livskvalitet och kostnadseffektivitet.

Uppföljningstid: 1–12 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: USA (5), Australien (4), Storbritannien (2) och Tyskland (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1988–2006

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2008

Författarnas slutsatser: En omfattande planering av vården och välutbildade vårdgivare såsom sjuksköterskor och farmakologisk personal med aktuell information om patientens kliniska status och vårdplan, säkerställer smidigare överföring från sjukhus till hemmet. Multifacetterade interventioner så som patientutbildning och gemensamt arbetssätt minskar förekomsten av fel och ogynnsamma händelser under övergången.

- Strategier som inbegriper strukturerad kommunikation förbättrar patientutfallen under överföringen.
- Sjuksköterskeledda interventioner och multidisciplinära team var effektivt för att minska återinläggning på sjukhus under 1-9 månaders tid. Dessa interventioner minskade kostnaderna för interventionerna.
- Sjuksköterskeledda intervention förbättrade effektivt patienternas livskvalitet.
- Farmakologledda interventioner och multidisciplinära team minskade akutvårdsbesök, långtids- och rehabiliteringsvård.
- Farmakologledda interventioner förbättrade kvaliteten på läkares förskrivning av läkemedel.

Shepperd et al. (2010). Discharge planning from hospital to home

Översikten innehåller studier som utvärderat effekter av utskrivningsplanering vid sjukhus.

Intervention: Utskrivningsplanering definieras som utarbetandet av en individuell utskrivningsplan för patienten innan denne lämnar sjukvården där planeringen avser hur fortsatt vård ska organiseras. Processen är där möjligt uppdelad på följande moment: a) bedömning före inskrivning, b) finna relevanta patienter vid inskrivning, c) bedömning inom slutenvården och förberedelse av utskrivningsplan baserat på den individuella patientens behov, exempelvis genom en multidisciplinär bedömning bestående av patienten, anhöriga och kommunikation mellan relevanta vårdgivare inom sjukhuset, d) implementering av utskrivningsplan som bör överrensstämma med bedömningen och kräver dokumentation av utskrivningsprocessen, e) övervakning. De inkluderade studierna utvärderade i stort sett likartade interventioner av utskrivningsplanering som inkluderade bedömning, planering, implementering och övervakning.

Intervention för jämförelsegrupp: Rutinmässig utskrivning som inte är individanpassad och kan betecknas som strukturerad vårdplanering. Beskrivningen av vad kontrollgruppen fick varierade, men i 16 studier fick kontrollgruppen ordinarie vård.

Population: I översikten ingick alla sjukhuspatienter oavsett tillstånd, ålder och kön. Patientgrupper som ingår är äldre medicinska patienter; kirurgiska patienter och de med blandade tillstånd. Totalt ingick 7234 patienter för alla åldersgrupper. Medelåldern i de inkluderade studierna varierade mellan 47–84 år för interventionsgruppen. Vissa resultat finns särredovisade för äldre. Medelålder > 75 år i åtta studier, > 70 år i fyra studier och >65 år i tre studier. Diagnoser som ingår är exempelvis diabetes, hjärtsvikt, depression, medicinska problem, neurologiska problem, återhämtning efter kirurgi, fallskador, obstruktiv lungsjukdom, hjärt-kärlsjukdom och stroke.

Analys: Metaanalys

Antal ingående studier och design: 21 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Studier som inte innehöll en bedömnings- och implementeringsfas av utskrivningsplaneringen; studier där det inte gick att särskilja effekterna av samordnad vård och omsorgsplanering från andra komponenter av interventionen eller om vårdplanering föreföll vara en mindre del av en multifacetterad intervention, eller om fokus var vård efter utskrivning från slutenvården.

Utfallsmått: Vårdtid vid sjukhus, antal återinläggningar på sjukhus, antal komplikationer, plats för utskrivning, antal mortalitetsfall, patienters hälsostatus, patienters nöjdhet, vårdares nöjdhet, psykisk hälsa hos patienter och vårdare, kostnader av utskrivningsplanering för sjukvård och socialtjänst, användning av läkemedel (för de översikter som utvärderar en samordnad vårdplan för läkemedel).

Uppföljningstid: Två veckor - nio månader.

Primärstudiernas ursprungsland: USA (10), UK (5), Kanada (3), Australien (1), Danmark (1) och Frankrike (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1987–2009.

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2009

Författarnas slutsatser: En strukturerad utskrivningsplan anpassad till den enskilda patienten medför troligen små minskningar i vårdtid och antal återinläggningar på sjukhus för äldre människor som skrivits in på grund ett medicinskt tillstånd. Effekter av utskrivningsplanering på mortalitetlighet, hälsa och kostnader är fortfarande osäker. Ökad patienttillfredsställelse kunde noteras. Författarna anser

att metoder bör utvecklas för att mäta effekten av försenad eller icke ändamålsenlig utskrivning på vårdplatsutnyttjande.

För vård- och boendeform

Ellis et al. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital.

Intervention: Allsidig geriatrisk bedömning (CGA) är en flerdimensionell och tvärvetenskapligt disgnostisk process för att avgöra den medicinska, psykologiska och funktionella kapaciteten för en skör äldre person. Detta för att utveckla en samordnad och integrerad behandlingsplan och en långsiktig uppföljning. I denna översikt behandlas effekten av allsidiga geriatriska bedömningar på sjukhus för äldre intagna oplanerat på akuten (oavsett om det är mobila team eller särskilda vårdenheter).

Intervention för jämförelsegrupp: Rutin- eller allmän medicinsk akut vård på sjukhus.

Population: Äldre över 65 år intagna på sjukhus med akuta problem så som medicinska, psykologiska, funktionella eller sociala problem. Totalt 10 315 deltagare.

Analys: Metaanalys

Antal ingående studier och design: 22 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Framgår ej.

Utfallsmått: Hemmaboende (vilket är motsatsen till mortalitet eller institutionaliserad), mortalitet, institutionaliserad, beroende, mortalitet eller beroende, allmän daglig livsföring (ADL), kognitiv status, återinläggningar, vårdtid, resursutnyttjande.

Uppföljningstid: Varierade

Primärstudiernas ursprungsland: USA (13), Kanada (4), Tyskland (2), Sverige (1), Norge (1), Australien (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1984-2007

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2010

Författarnas slutsatser: Allsidiga geriatriska bedömningar ökar en patients sannolikhet att vara vid liv och i sitt eget hem i upp till 12 månader.

Forster et al. (2008). Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care

Geriatrisk dagsjukvård är utformad för att komplettera sjukhusbaserad vård. Vårdformen startade i England tidigt 1950-tal och finns nu såväl i Europa som i USA, Nya Zeeland och Australien.

Intervention: Geriatrisk dagsjukvård är öppenvård där äldre patienter vistas en hel eller nästan en hel dag och får multidisciplinär rehabilitering i sjukvårdsmiljö.

Multidisciplinär rehabilitering i öppenvård ingick i alla studier. *Intervention för jämförelsegrupp:* Omfattande geriatrisk äldrevård, insatser i hemmet eller inte någon omfattande äldrevård.

Population: Personer över 60 år med medicinska problem. Totalt 3007 deltagare. I alla utom en studie var medelåldern över 70 år och i en över 65 år. Diagnoser som ingår är stroke eller en blandning av diagnoser så som exempelvis artros, frakturer, Parkinson, depression eller patienter som genom screening bedömts vara i behov av dagvård.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 13 randomiserade och kvasirandomiserade studier.

Exklusionskriterier: Sociala dagcenter och andra typer av dagcenter som psykiatrisk dagsjukvård för patienter med demens eller psykiatriska åkommor och dagsjukvård för enstaka åkommor så som artrit.

Utfallsmått: Mortalitetsfall, institutionsvård, självständighet, totalt sett ”dåliga utfall” bestående av mortalitetsfall eller en av följande (i prioritetsordning): institutionsvård, svåra/stora behov i slutet av uppföljningstid eller försämrad fysisk funktion under uppföljningstid, beroende (ADL), nöjdhet, subjektiv hälsa och resursutnyttjande (sjukhus eller institutionsvård samt totalkostnader).

Uppföljningstid: Varierade mellan 2–6 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: Framgår ej.

Årsintervall för inkluderade studier: 1962–2001

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2008.

Författarnas slutsatser: Geriatrisk dagsjukvård verkar vara mer effektivt än ingen intervention i termer av förbättrad allmän daglig livsföring (ADL) och minskad användning av slutenvård vid sjukhus. Geriatrisk dagsjukvård visade ingen tydlig fördel i förhållande till andra former av omfattande äldrevård/service.

Hall et al. (2011). Interventions for improving palliative care for older people living in nursing care homes

Palliativ vård ger lindring för smärta och andra plågsamma symptom till människor i slutskedet av livet. Palliativ vård försöker hjälpa människor till så god livskvalitet som möjligt fram till mortaliteten och stöder också familjer i att handskas med sjukdom och sorg.

Intervention: Palliativa interventioner till äldre på vårdhem (särskilda boenden). Detta innefattar remisser till externa palliativa vårdhem och/eller utbildning i palliativ vård för vårdpersonal. Det är multikomponenta interventioner ofta inkluderande exempelvis bedömning och hantering/administrering av fysiska, psykologiska och andliga symptom och önskemål om framtida vård/behandling.

Intervention för jämförelsegrupp: Ingen intervention alternativt i en översikt om strukturerade intervjuer i syfte att identifiera personer lämpliga för palliativ vård där läkare tillfrågades om remiss till specialiserad palliativ vård och kontrollgruppen genomgick samma intervju men resultaten kommunicerades inte med deras läkare.

Population: Boende på vårdhem för äldre oavsett ålder, diagnos, prognos eller behov av palliativ vård. Totalt 735 patienter. Medelåldern varierade mellan 80,0–87,9 år. Två av tre inkluderade översikter inkluderade alla boende medan en översikt enbart inkluderade boende med diagnosticerad demens i slutskedet av livet. Vårdhem definierades som en kollektiv institutionell miljö där vård tillhandahålls för äldre människor 24 timmar om dygnet, sju dagar i veckan. Vården inkluderar personlig assistans med dagliga aktiviteter. Sjuksköterskeinsatser och medicinsk vård kan också erbjudas.

Analys: Strukturerad narrativ syntes

Antal ingående studier och design: Tre studier, 2 randomiserade kontrollerade och en kontrollerad före-efter studie.

Exklusionskriterier: Studier om personal på vårdhem. Studier som fokuserar på enskilda komponenter av palliativ vård så som vårdplanering eller bedömning och behandling av specifika symptom så som smärta.

Utfallsmått: Alla utfall som ingick i inkluderade studier. För boende: mortalitetlighet vid 6 månader, familjegradering av kvalitet på vården, boende med smärta, beteende i samband med demens, obehag, fysiska komplikationer. Processen: inskrivning på hospis, akut sjukhusinläggning, dagar på sjukhus, mortaliteta i vårdhem etc.

Uppföljningstid: Varierade från 2 -6 månader efter intervention eller till mortaliteten inträdde.

Primärstudiernas ursprungsland: Alla (3) USA

Årsintervall för inkluderade studier: 1996–2005

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2010

Författarnas slutsatser: Få studier identifierades och alla var från USA. Resultaten är potentiellt lovande men det behövs fler studier av hög kvalitet framförallt utanför USA. Det finns lite vetenskapligt stöd för att interventioner för att förbättra palliativ vård för äldre människor på vårdhem förbättrar utfallen för de äldre på vårdhem.

Inglis et al. (2010). Structured telephone support or telemonitoring programmes for patients with chronic heart failure.

Intervention: Strukturerad telefonsupport eller telefonövervakning. Strukturerade innefattar inte telefonuppföljningar som erbjuds på behovsbasis. Interventionen måste blivit initierad av sjukvårdspersonal för hemmaboende patienter som enda eftervårdsintervention, utan hembesök eller intensifierad klinisk uppföljning. Den måste vara riktad mot patienten och avsedd för patientens bekymmer och problem och inte för vårdgivaren. Patienten får inte ha haft hembesök av sjukvårdspersonal specialiserad på kronisk hjärtsvikt eller studiepersonal med syfte av utbildning eller kliniska bedömningar, förutom ett inledande besök för att ställa in utrustningen.

Intervention för jämförelsegrupp: Vanlig eftervård för hemmaboende patienter med kronisk hjärtsvikt. Detta bestod av standardvård efter utskrivning utan intensifierad närvaro på hjärtklinik, klinikbaserade program för hjärtsvikt eller hembesök.

Population: Patienter över 18 år med diagnostiserad kronisk hjärtsvikt. Medelålder 44.5–78 år. Majoriteten av studierna har en medelålder över 60 år. Totalt 5613 deltagare.

Analys: Metaanalys

Antal ingående studier och design: 30 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Studier om allmänna hjärtsjukdomar och inte specifikt kronisk hjärtsvikt exkluderades.

Utfallsmått: Mortalitetsfall oavsett orsak, sjukhusintagning relaterad till kronisk hjärtsvikt, återinläggning på sjukhus oavsett orsak, vårdtid, livskvalitet, kostnadsbesparingar inom hälsovården och acceptans av interventionen för patienterna.

Uppföljningstid: Varierade mellan 3–18 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: USA (14), Italien (4), Tyskland (3), Kanada (2), EU (Tyskland, Nederländerna, Storbritannien, Polen, Italien) (2), Storbritannien (1), Nederländerna (1), Indien (1), Argentina (1), Australien (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1999–2009

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2008

Författarnas slutsatser: Strukturerad telefonsupport och telefonövervakning är effektiva för att minska mortalitet och sjukhusinläggningar relaterade till kronisk

hjärtsvikt hos patienter med kronisk hjärtsvikt; de förbättrar livskvaliteten, minskar kostnader och förbättrar förskrivning av läkemedel. Majoriteten av äldre patienter lärde sig att använda tekniken lätt och var nöjda med att få hälsovård på detta sätt.

Lai et al. (2009) Special care units for dementia individuals with behavioral problems

Demenssjukdom medför ibland svåra problem med beteende såsom aggressivitet, vandring etc. Speciella vårdenheter för demenspatienter med beteendeproblem finns.

Intervention: Speciella vårdenheter för demenspatienter med beteendeproblem. De speciella enheterna är oftast belägna intill sjukhem och omfattar särskilt rekryterad, utbildad och handledd personal, speciella aktiviteter, anpassad fysisk miljö samt involvering av familjen.

Intervention för jämförelsegrupp: Traditionella vårdenheter för patienter med demens och/eller ADRD, så som sjukhem och långvård, men inte vårdenheter särskilt utformade för personer med demenssjukdom.

Population: Patienter diagnostiserade med demens eller Alzheimer eller relaterade sjukdomar (ADRD). Inga krav på ålder. Ingående åldrar för de olika primärstudierna: 65 + (1) eller framgår ej (7). Deltagare i interventionsgruppen varierade mellan 12-725.

Analys: Metaanalys utifrån fyra studier samt narrativ analys.

Antal ingående studier och design: Inga randomiserade studier identifierades, men åtta icke-randomiserade studier.

Exklusionskriterier: Kliniska studier om effekterna av en viss dimension (exempelvis de fysiska attributen i miljön) inom de särskilda vårdenheterna exkluderades samt fallstudier. Personer med demens och/eller ADRD vid psykiatriska enheter exkluderades.

Utfallsmått: Utagerande beteende (och/eller konstaterat störande eller problematiskt), begränsningsåtgärder, medicinering, humör/stämning, välmående och livskvalitet.

Uppföljningstid: 3–18 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: Kanada (2), Internationell studie men bara data från Italien (Italien, Frankrike och Sverige) (1), USA (3), Italien (1), Tyskland (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1993–2006.

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2008.

Författarnas slutsatser: Inga randomiserade studier hittades. Det finns utifrån analysen av icke-randomiserade studier inget starkt stöd för nytta och värde med särskilda vårdenheter för personer med demens. Det tycks vara viktigare att implementera god praktik/bästa tillgängliga vård än att tillhandahålla särskilda enheter.

Shepperd et al. (2009). Early discharge hospital at home

Intervention: Tidig utskrivning och sjukhusvård i hemmet är en service som tillhandahåller aktiv behandling/vård av hälso- och sjukvårdspersonal i patientens hem för ett tillstånd som i annat fall skulle kräva akut sjukhusvård och för en begränsad tidsperiod. Dessa patienter skulle vara på en akut vårdenhet om de inte skrivits ut tidigt för vård i det egna hemmet. Vanligtvis är det ett team av läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster.

Intervention för jämförelsegrupp: Sjukhusbaserad akutvård.

Population: Patienter över 18 år. Patienter med långvariga vårdbehov inkluderas inte om de inte behövde intagning på sjukhus för en akut vårdepisod. Äldre patienter definieras som över 65 år. Primärstudierna grupperades utifrån patienternas tillstånd: patienter som återhämtar sig från stroke, äldre patienter med en blandning av tillstånd (inklusive KOL och de som återhämtar sig efter ortopedisk kirurgi) samt patienter som återhämtar sig efter kirurgi. 11 av 21 studier rörde stroke, 7 äldre patienter med en blandning av tillstånd och 3 KOL. Totalt 3967 deltagare.

Analys: Metaanalys

Antal ingående studier och design: 26 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Utvärderingar rörande förlossning, pediatrik och psykisk hälsovård exkluderas.

Utfallsmått: Mortalitetslighet, återinläggning, generell och sjukdomsspecifik hälsostatus, funktionell status, psykologiskt välbefinnande, kliniska komplikationer, patienters nöjdhet, vårdares nöjdhet, vårdares börda, personalens åsikter, utskrivningsdestination från "sjukhusvård i hemmet", vårdtid på sjukhus och sjukhusvård i hemmet, kostnader.

Uppföljningstid: Beroende på utfallsmått.

Primärstudiernas ursprungsland: Storbritannien (16), Australien (3), Kanada (1), Nya Zeeland (1), Norge (3), Sverige (1) och Thailand (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1978-2006.

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2008

Författarnas slutsatser: Det finns otillräckligt stöd för att sjukhusvård i hemmet efter tidig utskrivning skulle öka risken för mortalitet eller återinläggning. Personer med stroke eller äldre patienter kan ha lägre risk för att komma till särskilt boende om de efter tidig utskrivning får sjukhusvård i hemmet. Emellertid föreligger otillräcklig objektivt stöd för ekonomisk nytta eller förbättrade hälsoeffekter till följd av sjukhusvård i hemmet efter tidig utskrivning från sjukhus.

Shepperd et al. (2008). Admission avoidance hospital at home

Intervention: Handlar om att ge människor med behov av akut vård sådan vård i hemmet i stället för på sjukhus. Ett team med hälso- och sjukvårdspersonal (läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster, men även andra yrkesgrupper) tillhandahåller vård i hemmet. Insatsen definierades som "sjukhusvård i hemmet är en service som kan undvika sjukhusinläggning genom att erbjuda aktiv behandling/vård av hälso- och sjukvårdspersonal i patientens hem för ett tillstånd som i annat fall skulle kräva akut sjukhusvård för en begränsad tidsperiod". Patienterna kan komma via sjukhusets akutmottagning eller genom remiss från distriktsläkare eller från akutsjukvård.

Intervention för jämförelsegrupp: Akut sjukvård på sjukhus.

Population: Patienter över 18 år. Totalt ingick 1333 personer där medelålder i interventionsgruppen varierade mellan 50,1–82,9 för de studier där ålder framgick. Resultat särredovisas för äldre som definieras som personer över 65 år. Diagnoser som bland annat ingår: kronisk obstruktiv lungsjukdom, stroke, akuta medicinska tillstånd hos huvudsakligen äldre.

Analys: Metaanalys

Antal ingående studier och design: 10 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Patienter med långvariga vårdbehov inkluderades inte om de inte behöver vård för en akut vårdepisod. Utvärderingar av vård i hemmet för

obstetriska, pediatrika eller psykiska besvär exkluderades. Service som erbjuder långvarig vård, inom öppenvård efter utskrivning från sjukhus eller egenvård av patienten i sitt hem exkluderades också.

Utfallsmått: Mortalitetlighet, återinläggningar eller överföring till sjukhus för dem som kräver slutenvård under tiden sjukhusvård gavs i hemmet, generell och sjukdomsspecifik hälsostatus, funktionell status, psykiskt välbefinnande, kliniska komplikationer, patientens och vårdarens nöjdhet, vårdarens belastning, personalens åsikter inklusive allmänläkares tillfredsställelse, utskrivningsplats från sjukhusvård i hemmet, vårdtid på sjukhus och för sjukhusvård i hemmet, kostnader inklusive kostnader för patienten och familjen, för primärvård inklusive arbetsbelastning, respektive för sjukhuset och för samhället.

Uppföljningstid: En vecka till tolv månader.

Primärstudiernas ursprungsland: Australien (2), Italien (2), Nya Zeeland (3), Storbritannien (3).

Årsintervall för inkluderade studier: 1999–2005.

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2008.

Författarnas slutsatser: Det finns inget vetenskapligt stöd för att sjukhusvård i hemmet skulle leda till utfall som skiljer sig från sjukhusbaserad vård. Författarna menar att denna insats kan erbjuda ett effektivt alternativ till sjukhusvård för en viss grupp av äldre patienter, men det är oklart vilka. Urvalet av patienter i studierna kan avspegla den höga tillfredsställelsen som noterades med vården i alla studier.

För rehabilitering

Bachmann et al. 2010. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials

Rehabilitering är effektivt för yngre personer men något kontroversiellt för äldre. Specialiserad behandling för geriatriska patienter kan ha en potential att förbättra hälsa och funktion.

Intervention: Översikten handlar om geriatrisk rehabilitering, allmän respektive ortopedisk (för höftfraktur). Multidimensionell geriatrisk bedömning (läkare, socialarbetare, psykolog, dietist, logoped, terapeutisk insats (sjukgymnastik, arbetsterapi, socialarbetare), teammöten, individuella insatser efter behov, individuell målsättning samt uppföljning.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig sjukhusvård med ett undantag där övervakad hemvård gavs.

Population: Geriatriska patienter, 4780 personer minst 55 år gamla (1 studie över 75 år, 2 studier över 70 år, resten minst 65 år). Medel eller medianålder från 74.2–86.0.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 17 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Inget slutenvårdsprogram i särskild enhet, interventioner som var en del av akutvård utan rehabilitering av medicinskt stabila patienter, interventioner utan multidisciplinär terapi av aktiv sjukgymnastik eller arbetsterapi eller båda, studier som ej rapporterade fördefinierade utfallsmått, kontrollgrupp som inte erhöll konventionell vård.

Utfallsmått: Funktionsförbättring, sjukhemsboende, mortalitetlighet.

Uppföljningstid: Vid utskrivning och efter ett år.

Primärstudiernas ursprungsland: USA (4), Storbritannien (4), Australien (2), Finland (2), Norge (1), Sverige (1), Spanien (1), Kanada (1), Thailand (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1984-2007.

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2008.

Författarnas slutsatser: Särskilt anpassad slutenvårdsbaserad rehabilitering för geriatriska patienter har potential att förbättra resultat avseende funktion, sjukhemsboende samt mortalitetlighet. Data är dock otillräckliga för att definiera hur framgångsrika program skall vara uppbyggda samt kostnader.

Crotty et al. 2010. Rehabilitation interventions for improving physical and psychosocial functioning after hip fracture in older people

En höftfraktur kräver vanligen ganska betydande hälso- och sjukvårdsinsatser och minskar patienters rörlighet, oberoende och livskvalitet och även deras familjer berörs. Tidigare forskning fokuserar fysisk funktion men uppmärksammar inte särskilt psykosocial funktion.

Intervention: Interventioner/program för att förbättra och återställa fysisk och psykosocial funktion efter höftfrakturer hos äldre. Fysiskt inriktad intervention: patientbedömning, bostadsbedömning och stöd/träning att utföra ADL. Psykosocialt inriktad intervention: beteendemodifiering samt stöd till socialt liv/engagemang och nätverk, t.ex. träningsstöd till anhöriga. Interventioner gavs i slutenvård eller utanför som rörlig eller efter utskrivning. Slutenvårdsinterventioner: reorientering av sjuksköterska, intensiv arbetsterapi av arbetsterapeut, kognitiv beteendeterapi av psykolog. Ambulerande eller efter utskrivning: specialistsjuksköterskeledd vård, coachning med eller utan träning, hemrehabilitering (sjukgymnast och rehabiliteringspersonal), lärande i grupp.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig eller konventionell vård.

Population: 1400 deltagare. Personer äldre än 65 år med någon form av höftfraktur. Om yngre personer ingick i primärstudierna inkluderades de om medelåldern minus en standardavvikelse översteg 65 år.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 9 randomiserade eller kvasirandomiserade studier.

Exklusionskriterier: Studier av yngre personer.

Utfallsmått: Oberoende när det gäller fysisk funktion och livskvalitet, rörlighet, fall, rädsla att falla, styrka och balans för fysiska funktioner, smärta och självkänsla, självskattad hälsa och välbefinnande, oro och depression. Följsamhet till utbildning, sjukvårdsutnyttjande, utskrivningsdestination, återinläggning och vårdtid på sjukhus. Också ”dåliga utfall”, mortalitet, återinläggning eller ingen hemgång (inte oberoende liv), rapporterades.

Uppföljningstid: Varierande, upp till 12 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: USA (4), Sverige (3), Storbritannien (1), Taiwan (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1999-2007.

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2008.

Författarnas slutsatser: Vissa positiva resultat fanns, men studierna var genomgående alltför små och med varierande kvalitet. Det vetenskapliga stödet är otillräckligt för att kunna rekommendera förändring i praxis och handläggning.

Handoll et al. 2009. Multidisciplinary rehabilitation for older people with hip fractures

Höftfraktur är en allvarlig skada för äldre personer och kan leda till mortalitet eller förlust av självständighet.

Intervention: Multidisciplinär rehabilitering där rehabiliteringen utförs av ett multidisciplinärt team handlett av en geriatriker i slutenvård eller särskild ambulans-enhet såsom dagvård eller liknande.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig kirurgisk eller medicinsk vård eller rehabilitering av lägre intensitet.

Population: 2498 deltagare. Personer äldre än 65 år som opererats för höftfraktur före interventionen. Medelålder 78–84 år.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 13 randomiserade och kvasirandomiserade studier.

Exklusionskriterier: Yngre personer med höftfraktur eller personer med multipelt trauma.

Utfallsmått: Mortalitet eller försämring av funktionell status som leder till ökat beroende eller särskilt boende, mortalitetlighet, sjuklighet, funktionsstatus efter operation inklusive kognition, rörlighet och ADL; vårdutnyttjande, vårdnivå, livskvalitet och välbefinnande, börda och stress för anhöriga, direkta och indirekta kostnader, följsamhet till rehabiliteringsregimen.

Uppföljningstid: Slutlig uppföljning enligt studierna.

Primärstudiernas ursprungsland: Australien (3), Storbritannien (4), Sverige (2), Finland (1), Kanada (1), Taiwan (1), Spanien (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1986–2008.

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2009

Författarnas slutsatser: Det finns en icke statistiskt säkerställd tendens att multidisciplinär rehabilitering är gynnsam och resultaten är således inte entydiga. Multidisciplinär rehabilitering är inte förenad med risk eller skada.

Hillier et al. 2010. Rehabilitation for community-dwelling people with stroke: home or centre based? A systematic review.

Intervention: Översikten handlar om plats/lokalisering för rehabilitering av personer med stroke. Effekter av rehabilitering vid stroke i det egna hemmet jämförs med rehabilitering vid klinik, exempelvis dagsjukvård. Strokerehabilitering inkluderar singel- eller multidisciplinära insatser av hälso- och sjukvårdspersonal.

Intervention för jämförelsegrupp: Rehabilitering vid klinik, exempelvis dagsjukvård.

Population: Personer över 18 år med stroke. Ålder varierade mellan studierna men en majoritet rapporterade åldrar på 65–75 år. I studien med de äldsta varierade medelvärdet på 78.3–79.6 år. I studien med de yngsta var medianåldern 53 år. 1711 deltagare.

Analys: Metaanalys

Antal ingående studier och design: 11 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Specificeras ej.

Utfallsmått: Funktionellt oberoende, vårdares tillfredsställelse eller stress, kostnadseffektivitet.

Uppföljningstid: Varierade mellan 3–12 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: Storbritannien (7), Danmark (1), Nya Zeeland (1), Sverige (1), USA (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1991–2006

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2008

Författarnas slutsatser: Det fanns signifikanta effekter för hembaserad rehabilitering efter 6 veckor och efter 3-6 månader. Efter 6 månader är effekterna mer oklara. Rehabilitering för personer med stroke boende hemma borde vara mer hembaserad, speciellt utifrån en kostnadsaspekt. Mot bakgrund av att effekterna dock inte är lika tydliga på lång sikt rekommenderar författarna att patienters önskemål bör användas vid avgörandet av vårdplats. I vissa studier fanns det en antydning om att äldre gynnas mer av dagsjukvård.

Vieira et al. 2010. Home-based pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease patients.

Intervention: Hembaserad rehabilitering vid kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) i jämförelse med standardvård eller sjukhusbaserad rehabilitering eller både och.

Intervention för jämförelsegrupp: Standardvård. Vanligen definierad som standardvård utan ytterligare behandling förutom utbildning och råd för livsstilsförändring.

Population: Personer med KOL 60 år eller äldre. 728 patienter.

Analys: Narrativ syntes

Antal ingående studier och design: 12 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Studier som bedömde en annan population eller aspekter som inte relaterade till denna översikts syfte så som utbildning i egenvård, andningsinriktad muskelträning exkluderades.

Utfallsmått: Fysisk kapacitet och hälsorelaterad livskvalitet.

Uppföljningstid: Varierade mellan 4 veckor – 18 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: Framgår ej för alla, Kanada (1), Spanien (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1977–2009

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2009

Författarnas slutsatser: De flesta ingående studierna som jämförde hembaserad rehabilitering med standardvård påvisade förbättringar i hälsorelaterad livskvalitet och fysisk kapacitet. Studier som jämförde hembaserad rehabilitering med sjukhusbaserade öppenvårdsprogram har inte kunnat påvisa några statistiska och kliniskt signifikanta skillnader i hälsorelaterad livskvalitet och fysisk kapacitet. Det är därmed fortfarande oklart om hembaserad rehabilitering skiljer sig från sjukhusbaserade öppenvårdsprogram när det handlar om att öka de fysiska aktiviteterna i det dagliga livet. Självkontrollerad hembaserad rehabilitering kan vara ett alternativ till öppenvårdsrehabilitering, men ytterligare forskning krävs för att bättre undersöka de långsiktiga effekterna.

Bilaga 8. Beskrivning av ej uppdaterade översikter av god kvalitet

För vård- och omsorgskedjan

Early Supported Discharge Trialists, Cochrane Collaboration (2005) Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients

Intervention: Översikten handlar om utskrivningsmodeller för strokepatienter, framförallt äldre personer, i syfte att minska vård vid sjukhus. Accelererad utskrivning från sjukhus genom stöd, med eller utan rehabilitering, till lokal vård. Tre kategorier av intervention fanns: a) tidig utskrivning av multidisciplinärt team som regelbundet möttes och samordnade utskrivning, tillhandahöll rehabilitering och vård hemma, b) tidig utskrivning av multidisciplinärt team som lämnade över till lokala, ej samordnade team, för rehabilitering och vård, c) multidisciplinärt sjukhusteam, men inget lokalt team.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig vård.

Population: 1597 personer. Alla patienter med strokediagnos. Med undantag för en studie där uppgift saknas var medelåldern minst 66 år.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 11 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Framgår ej.

Utfallsmått: Mortalitet, fysiskt beroende, boendeform, allmän daglig livsföring (ADL), subjektiv hälsa, sinnesstämning, anhörigas hälsa och sinnesstämning, tillfredsställelse. Andra mått var vårdtid, återinläggning och kostnader.

Uppföljningstid: Varierande, 3-12 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: Norge (3), UK (3), Irland (1), Sverige (1), Kanada (1), Australien (1), Thailand (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1998-2003

Sökningar efter primärstudier slutförd: Sökningarna baseras på register av försök, 2004.

Författarnas slutsatser: Adekvat bemannad utskrivningsservice för strokepatienter kan minska långvarigt beroende, särskilt boende liksom vårdtidens längd vid sjukhus. De bästa resultaten gällde välorganiserade utskrivningsteam och personer med mindre svår stroke.

Hyde et al. (2000). The effects of supporting discharge from hospital to home in older people

Intervention: Stöd efter utskrivning från akutvård som påbörjats inom en vecka efter utskrivning från akut vård. Stödet gavs under olika lång tid efter utskrivning men vanligtvis var stödet tillbakadraget 16 veckor efter utskrivning. Exempel på stödjande insatser som ingår är besök av hemsjukvårdsteam eller uppföljning av geriatriskt team genom hembesök av geriatriker, sjuksköterska eller sjukgymnast. Det kan handla om fortsatt rehabilitering, råd och utbildning till vårdare och etablera stödjande nätverk.

Intervention för jämförelsegrupp: Icke-stödjande utskrivning eller normalt stödjande utskrivning om interventionsgruppen erhållit mycket stödjande utskrivning.

Population: Äldre över 65 år (eller där 70 % av populationen är över 65 år) med odifferentierade kliniska problem där analysen inte begränsats till ett specifikt kliniskt problem som exempelvis stroke. 1351 patienter i interventionsgrupp och 1286 i kontrollgrupp. Medelåldern i de studier där det framgick varierade för interventionsgruppen mellan 73,6–82,7 år.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 9 randomiserade kontrollerade studier eller kvasirandomiserade.

Exklusionskriterier: Fel studiedesign, ålder på deltagarna eller intervention.

Utfallsmått: Alla som ingår i identifierade studier vilka var: patientens nöjdhet, vårdares nöjdhet, funktionell status, mortalitetlighet, institutionalisering, hemmaboende, sjukhusvård.

Uppföljningstid: Varierade, för mortalitetlighet 6-12 månader, för hemmaboende 3-12 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: Storbritannien (5), Danmark (2), Sverige (1), USA (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1972–1995

Sökningar efter primärstudier slutförd: 1997

Författarnas slutsatser: Att stödja utskrivning från slutenvård till hemmet är av värde. Det finns dock flera källor till osäkerhet och därför behövs mer forskning. På grund av begränsningar (bias) måste resultaten tolkas med försiktighet. Trots detta var det relativt säkert att andelen hemmaboende 6-12 månader efter utskrivning är högre efter stödjande utskrivning. Detta var förenat med minskning av inskrivning i långtidsvård för samma period och utan ökad mortalitetlighet. Det var osäkert om värdet av stödjande utskrivning på vård vid sjukhus. Det fanns inga rigorösa forskningsdata om funktionell status och om patienters och vårdares nöjdhet. Sammantaget råder osäkerhet över den totala effekten av stödjande utskrivning.

Kim et al. (2005) A meta-analysis of the effect of hospital-based case management on hospital length-of-stay and readmission

Intervention: Sjukhusbaserad case management (samordning). Vanligtvis var en sjuksköterska samordnare (med ett undantag). Bedömning samt utbildning för patient/anhörig och samarbete ingick oftast. Sedan kunde hembesök förekomma liksom utskrivningsplan eller särskilt protokoll.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig vård.

Population: Personer över 18 år. 42-668 äldre personer med diagnoser som hjärtfel (fyra studier), lungsjukdom, stroke (två studier), epilepsi, skörhet (tre studier) och allvarligt sjuk. Studierna som ingick i metaanalysen var av äldre med en medelålder på 72,2 år.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 12 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Studier av psykiskt sjuka, öppenvårdspatienter eller av implementering av case management (från sjukhus till kommun eller kommunbaserad).

Utfallsmått: Vårdtid och återinläggning vid sjukhus.

Uppföljningstid: 3-12 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: USA (8), UK (1), Australien (1), Kanada (1), Sverige (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1992-2003

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2003

Författarnas slutsatser: Återinskrivningarna minskade med 6 % för patienter som fått case management vid sjukhus. Generellt visade case management inte någon signifikant minskning av vårdtid och återinläggning.

Oeseburg et al. (2009) Effects of case management for frail older people or those with chronic illness. A systematic review.

Intervention: Översikten handlar om case management, dvs. sätt att samordna vården för sköra äldre och att stärka personerna. Samordnaren (sjuksköterska eller socialarbetare) arbetade ensam eller ingick i ett multidisciplinärt team. Hembesök var den vanligaste formen för kontakt, ibland i kombination med telefonsamtal.

Intervention för jämförelsegrupp: Beskrivs ej.

Population: Ca 100-4000 hemmaboende sköra, handikappade äldre, eventuellt med akut eller kronisk somatisk sjukdom. Ålder över 65 år i alla studier utom en där 2 % är under 65 år. Medelåldern varierade mellan 86-84 för de studier där medelålder framgår.

Analys: Konfidensintervall och effektstorlek.

Antal ingående studier och design: Åtta randomiserade kontrollerade studier (nio artiklar).

Exklusionskriterier: Mental/psykiatrisk vård, akutvård, andra case-management-modeller som är sjukhusbaserade, program för att hantera viss sjukdom eller program för utskrivningsplanering. Studier som rörde barn, unga, anhöriga, missbruk eller professionell samordning uteslöts.

Utfallsmått: Sjukhusvård, vårdtid, akutmottagningsbesök, sjukhemsvård, kostnader.

Uppföljningstid: 10-36 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: USA (5), Kanada (1), Italien (1), Finland (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1997-2004

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2007

Författarnas slutsatser: Den viktigaste slutsatsen är att case managementprogram som stärker patienten och inte ökar resursutnyttjande eller kostnader.

Parker et al. (2002). A systematic review of discharge arrangements for older people

Intervention: Interventioner avsedda att modifiera utskrivning för patienter som skrivs ut från slutenvård vid sjukhus. Det kunde vara interventioner som använde omfattande protokoll för utskrivningsplanering, program för utskrivningsstöd, geriatriska bedömningsprogram, utbildningsprogram för patienter.

Intervention för jämförelsegrupp: Framgår ej

Population: Patienter 65 år och äldre som skrivs ut från sjukhus. Olika diagnoser. Totalt antal deltagare framgår ej tydligt.

Analys: Metaanalys eller kvalitativ analys.

Antal ingående studier och design: 71 artiklar (54 studier), randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Slutenvårdsformer som ej tillhandahåller högteknologiska insatser, interventioner specifikt inriktade på en sjukdom eller effekt av viss medicinering.

Utfallsmått: Mortalitetlighet, vårdtid, återinläggning, fysisk och mental funktion, patient- eller vårdartillfredsställelse, vård och omsorg, kostnader.

Uppföljningstid: Varierande, 3-12 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: USA (26), UK (10), Kanada (4), Australien (3), Sverige (3), Danmark (2), Nederländerna (1), Hong Kong (1), ingen uppgift (4).

Årsintervall för inkluderade studier: 1972-1999

Sökningar efter primärstudier slutförd: Oklart

Författarnas slutsatser: Randomiserade kontrollerade studier ger inte belägg för att stödja ett allmän antagande av utskrivningsprotokoll, geriatriska bedömningsprocedurer eller program för utskrivningsstöd som medel för att förbättra utfallen av utskrivning. Översikten stöder att arrangemang för utskrivning av äldre personer från sjukhus kan ha gynnsam effekt på återinläggning, men inte på mortalitetlighet och vårdtidens längd. Interventioner som gick över både sjukhus och kommun (hemmet) visade störst effekt.

Phillips et al. 2004. Comprehensive discharge planning with post discharge support for older patients with congestive heart failure

Översikten handlar om utskrivning från sjukhus för äldre personer med hjärtproblem.

Intervention: Omfattande utskrivningsplanering samt stöd efter utskrivning. Fem typer fanns: a) ett hembesök, b) ökad uppföljning vid klinik och frekvent telefonkontakt, c) hembesök och/eller frekvent telefonkontakt, d) utvidgad hemtjänst, e) specialiserad enhet vid dagsjukhus. Den omfattande utskrivningsplaneringen kompletterades med olika typer av stöd såsom exempelvis genomgång och råd angående medicinering, diet, viktkontroll och fysisk träning.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig rutin.

Population: 3304 personer med hjärtproblem. Medelåldern var minst 70 år i 16 studier, under 70 år i två studier.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 18 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Inte adekvat design, grupp, intervention eller avsaknad av relevanta utfallsmått, annat språk än engelska.

Utfallsmått: Återinläggning, mortalitetlighet, initial vårdtid, livskvalitet, kostnader.

Uppföljningstid: 3-12 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: USA (10), Australien (2), Kanada (1), England (1), Holland (1), Irland (1), Italien (1), Sverige (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1993-2003

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2003

Författarnas slutsatser: För äldre personer med hjärtproblem (CHF) kunde omfattande utskrivningsplanering plus stöd efter utskrivning signifikant minska återinläggning och kan förbättra hälsan i termer av överlevnad och livskvalitet utan ökade kostnader.

Richards et al. 2003. Interventions to improve access to health and social care after discharge from hospital: a systematic review

Översikten handlar om effektivitet och kostnader för organisatoriska interventioner som påverkar tillgång till vård och omsorg efter utskrivning från sjukhus.

Intervention: Systematisk bedömning av äldre patienters behov av förbättrad tillgång till vård/omsorg efter en akut vårdepisod. Tre grupper av interventioner fanns: geriatriska konsultationsteam, geriatriskt utvärdering och hantering vid sjukhus, poliklinisk geriatrisk utvärdering och hantering.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig utskrivning utan särskild bedömning eller särskild personal. Interventionerna använde standardiserade metoder som omfattande geriatrisk bedömning, utskrivningsprotokoll eller omfattande vårdplaner.

Population: Sköra äldre personer minst 60 år gamla. Antal i interventionsgruppen varierade mellan 39-235 och i kontrollgruppen 41-215.

Analys: Effektstorlekar.

Antal ingående studier och design: 15 randomiserade kontrollerade studier, 23 artiklar.

Exklusionskriterier: Endast inklusionskriterier presenteras varför exklusionskriterierna antas vara studier som inte uppfyller dessa, nämligen inte använde standardiserade metoder, ingen kontrollgrupp, personer under 60 år samt inte använde något av utfallsmåtten.

Utfallsmått: Vård och omsorgsinsatser, mortalitetlighet, upplevd hälsa, livskvalitet, socialt stöd, kognitiv funktion, välbefinnande, adekvat vård/omsorg, funktionsförmåga.

Uppföljningstid: Varierande mellan 3-6 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: USA (18), Tyskland (2), Australien (1), Italien (1), Kanada (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1987-2000

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2000

Författarnas slutsatser: Det finns visst stöd för att insatser som kombinerade behovsbedömning, utskrivningsplanering och metod för att möjliggöra implementering av planeringen var mer effektiv än insatser som inte innefattade implementering. Behovsbedömning ska kombineras med insatser som möjliggör implementering av vårdplaner.

För vård- och boendeform

Beswick et al. (2008) Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis

Översikten handlar om komplexa interventioner för att förbättra fysisk funktion och behålla självständigt boende. Ett antal studier handlade om sköra äldre.

Intervention: Multifaktoriell lokal intervention för att förbättra fysisk funktion och behålla självständigt boende. Interventionerna varierade men inbegrep ofta bedömningar och råd av läkare och/eller sjuksköterska eller andra yrkesgrupper. Utfördes ibland i hemmet eller i kombination med hembesök.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig vård eller minimal intervention.

Population: Hemmaboende äldre eller äldre som ska skrivas ut från sjukhus till eget hem med en medelålder på minst 65 år. 97984 personer. Beskrivs som bland annat sköra.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 116 artiklar om 87 studier, randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Anges inte, men inklusion handlar om försök där studiegruppen var hemmaboende/aktuell för utskrivning från sjukhus till hemmet, minst 65 år gamla.

Utfallsmått: Hemmaboende, mortalitetlighet, sjukhemsvård, sjukhusvård, fall och fysisk funktion.

Uppföljningstid: Varierande, men minst sex månader.

Primärstudiernas ursprungsland: USA (15), Kanada (5), Japan (1), Nederländerna (1), UK (1), Italien (1) (för de 24 studierna om sköra äldre).

Årsintervall för inkluderade studier: 1971-2004

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2006

Författarnas slutsatser: Komplexa interventioner kan hjälpa äldre personer att leva säkert och oberoende och kan utformas för att möta individuella behov och önskemål.

Gravolin et al. (2007) Interventions to support the decision-making process for older people facing the possibility of long-term residential care.

Översikten handlar stöd för äldre personer som ska besluta huruvida de permanent skall flytta till särskilt boende som är att betrakta som en avgörande livshändelse.

Intervention: Åtta interventioner var möjliga: bedömning, information, rådgivning, interventioner för att möjliggöra beslutsfattande, interventioner relaterade till val, timing av process eller andra former av kommunikation eller andra interventioner som bedöms vara adekvata.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig rutin

Population: Personer minst 60 år gamla som står inför möjlighet att bo i särskilt boende.

Analys: Ej aktuellt.

Antal ingående studier och design: RCT, kvasirandomiserade och kvasiexperimentella studier, kontrollerade före-efter-studier, kontrollerade prospektiva studier samt avbrutna tidsserier.

Exklusionskriterier: Temporär vistelse eller nedsatt beslutsförmåga.

Utfallsmått: Övergripande utfallsområden var livskvalitet t.ex. sjuklighet, deltagande i beslutsprocessen t.ex. övergripande upplevelse av kontroll, psykosocial anpassning t.ex. attityder till boendet samt mortalitetlighet.

Uppföljningstid: inga studier inkluderades.

Primärstudiernas ursprungsland: Inga studier inkluderades.

Årsintervall för inkluderade studier: Ej aktuellt.

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2005 (för några databaser 2004).

Författarnas slutsatser: Inga studier inkluderades vilket ska uppfattas som att fler studier behövs, inte nödvändigtvis att relevanta interventioner inte skulle vara till hjälp.

Holland et al. (2005) Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure.

Intervention: Översikten handlar om multidisciplinära interventioners inverkan på sjukhusvård och mortalitetlighet i hjärtsjuklighet. Fyra varandra uteslutande kategorier: hembesök, fysiologisk övervakning eller televideolänk, telefonuppföljning men inga hembesök, enbart sjukhus-/klinikintervention.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig vård.

Population: 20-1518 personer med hjärtsvikt. Medelålder 56–86 år. I två studier var medelåldern under 60 år.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 30 studier

Exklusionskriterier: Design ej randomiserad kontrollerad studie, inte multidisciplinär intervention eller innehöll träning eller farmakologi, ej rätt diagnos, otillräckliga data, kontrollgrupp ej sedvanlig vård.

Utfallsmått: Sjukhusvård och mortalitetlighet oberoende av orsak, sjukhusvård pga. hjärtfel och vårdtid.

Uppföljningstid: 12-52 veckor.

Primärstudiernas ursprungsland: Europa (13 varav tre i Sverige), USA (13), Australien/Nya Zeeland (3), Argentina (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1993-2005

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2004

Författarnas slutsatser: Multidisciplinära interventioner för hjärtsjuklighet minskar såväl sjukhusvård som mortalitetlighet oavsett orsak. De mest effektiva interventionerna genomfördes åtminstone delvis i hemmet.

McAllister et al (2004) Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials

Intervention: Multidisciplinära strategier i vård av patienter med hjärtfel med hög risk för återinläggning. I detta ingår multidisciplinär hjärtklinik, multidisciplinärt team med specialiserad uppföljning men inte på sjukhus eller praktikbaserad klinik, telefonuppföljning eller telefonövervakning och förbättrad kommunikation med primärvårdsläkare, eller utbildningsprogram för att förbättra patientens egenvård.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig vård.

Population: 5039 personer med hjärtsvikt. En studie hade medelålder under 60 år, två studier medelålder under 65 år. Medelålder varierade mellan 70-80 år i majoriteten av studierna.

Analys: Risk ratios, intention to treat.

Antal ingående studier och design: 29 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Studier som enbart hade abstract, inte rapporterade aktuella utfallsmått, enbart rörde interventioner för inneliggande patienter, inte arbetade multidisciplinärt, om inte resultat för hjärtproblempatienter kunde särskiljas från andra sjukdomar.

Utfallsmått: Mortalitetlighet oberoende av orsak, sjukhusvård på grund av hjärtfel, total sjukhusvård, andra mått som medicinering och livskvalitet.

Uppföljningstid: 3-12 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: USA (15), Sverige (3), Australien (2), Kanada (2), UK (2), Nya Zeeland (1), Irland (1), Frankrike (1), Nederländerna (1), Italien (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1967-2004

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2003

Författarnas slutsatser: Multidisciplinära strategier i vård av patienter med hjärtfel reducerar sjukhusvård för detta. Program med särskild uppföljning av specialiserat multidisciplinärt team minskar mortalitetlighet och sjukhusvård överlag.

Parker et al. (2000). Best place of care for older people after acute and during subacute illness: a systematic review.

Intervention: Olika lokalisering av vård för äldre med behov av akut, post- och subakut eller rehabiliterande interventioner. Interventionerna delades in i grupper avseende bland annat att undvika inläggning, tidig utskrivning, strokeenheter, höftenheter, geriatriska bedömningsenheter, akuta vårdenheter för äldre, slutenvårds- och lokal rehabilitering, vårdenheter som leds av sjuksköterskor och dagsjukvård.

Intervention för jämförelsegrupp: Framgår ej alltid men ibland traditionell vård utan att specificera detta.

Population: Äldre över 65 år med behov av akut, post- och subakut och rehabiliterande vård.

Analys: Deskriptiv analys

Antal ingående studier och design: 84 artiklar från 45 studier.

Exklusionskriterier: Framgår ej.

Utfallsmått: Mortalitetlighet, vårdtid, återintagning/inläggning, boendeform och kostnader för hälso- och sjukvården.

Uppföljningstid: Varierade från allt från utskrivning till 5 år.

Primärstudiernas ursprungsland: Framgår ej tydligt.

Årsintervall för inkluderade studier: 1984–1999

Sökningar efter primärstudier slutförd: 1999

Författarnas slutsatser: Trots betydande utveckling av olika former av vård för äldre patienter så är det vetenskapliga stödet för effektivitet och kostnader svag. Det vetenskapliga stödet är också svag för långvariga vårdmodeller.

Stroke Unit Trialists' Collaboration (2007). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke

Intervention: Översikten handlar om hur man ska organisera vården för strokepatienter där man jämför effekten av vård vid särskilda strokeenheter med andra vårdformer. Organiserad strokevård ges vid enheter med ett multidisciplinärt team som enbart tar hand om strokepatienter vid särskild avdelning/enhet (stroke, akut, rehabilitering, allsidig), med ett mobilt stroke-team eller vid blandad rehabiliteringsenhet.

Intervention för jämförelsegrupp: Vanligtvis konventionell vård på allmänna medicinska enheter eller på geriatriska medicinska enheter.

Population: Alla strokepatienter. Subgruppsanalyser på personer upp till 75 år och de över 75 år. 6936 patienter ingår.

Analys: Metaanalys

Antal ingående studier och design: 31 randomiserade eller kvasirandomiserade studier.

Exklusionskriterier: Framgår ej.

Utfallsmått: Mortalitetlighet, beroende, institutionsboende vid uppföljningens slut, patientens livskvalitet, patient och anhörigs tillfredsställelse, vårdtid på sjukhus och/eller institution.

Uppföljningstid: Varierade från utskrivning upp till 6,5 år.

Primärstudiernas ursprungsland: Tabelleras inte.

Årsintervall för inkluderade studier: 1962–2005

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2006

Författarnas slutsatser: Strokepatienter som får vård på särskilda strokeenheter är mer benägna att vara vid liv, självständiga och hemmaboende ett år efter stroke. Fördelarna var mest uppenbara i enheter baserade i åtskild avdelning. Ingen systematisk ökning observerades för vårdtid i slutenvård. Utfallen var oberoende av patientens ålder, kön eller strokegradens allvarlighetsgrad.

Van Craen et al. (2010) The effectiveness of inpatient geriatric evaluation and management units: a systematic review and meta-analysis

Intervention: Översikten handlar om särskilda geriatriska enheter och deras organisation.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig vård.

Population: Äldre över 65 år som varit inskrivna på sjukhus minst 48 timmar. 123-1531 personer.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 13 artiklar om sju studier, randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Studier om modeller för vård av enstaka sjukdomar såsom cancer respektive om konsultationsinsatser för inneliggande patienter.

Utfallsmått: Mortalitetlighet, sjukhemsboende, funktionsförsämring, återinläggning, vårdtid.

Uppföljningstid: Varierande från utskrivning upp till 12 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: USA (7), Norge (4), Österrike (1), Tyskland (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1984-2006

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2007

Författarnas slutsatser: Multidisciplinär omfattande geriatrisk bedömning inom en geriatrisk enhet kan addera nytta till vården av äldre sköra personer vid sjukhus. Välgjorda studier behövs. Enheterna är olika organiserade vilket försvårar studier och utvärdering, men ett multidisciplinärt team var ett centralt inslag i alla geriatriska enheter. En signifikant effekt till geriatriska enheters fördel visades för funktionell försämring vid utskrivning av patienter samt sjukhemsboende ett år senare.

För rehabilitering

Beaupre et al. (2005) Best practices for elderly hip fracture patients. A systematic overview of the evidence

Översikten omfattar 50 artiklar, men här beskrivs de som har relevans för denna kartläggning.

Intervention: Multidisciplinär vård, rehabilitering (tidig, omfattande, råd och regim eller geriatrisk inriktning, i hemmet eller) samt utskrivningsplanering

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig vård/insatser.

Population: Personer 65 år och äldre med höftfraktur.

Analys: Relativ risk, odds ratios, hazard ratio med konfidensintervall.

Antal ingående studier och design: 18 primärstudier (randomiserade, kontrollerade, kohortstudier, före - efter).

Exklusionskriterier: Observationsstudier som enbart undersökte icke modifierbara riskfaktorer som t.ex. ålder

Utfallsmått: Vårdtid, institutionsboende, mortalitetlighet.

Uppföljningstid: Varierande.

Primärstudiernas ursprungsland: Framgår ej.

Årsintervall för inkluderade studier: 1993-2004

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2004

Författarnas slutsatser: Det saknas tillräckligt vetenskapligt stöd för att bestämma nytta eller skada rörande multidisciplinär vård. Mer vetenskapligt stöd behövs för att vägleda vården av äldre höftfrakturpatienter i subakut fas och rehabilitering.

Cameron et al. (2000) Geriatric rehabilitation following fractures in older people: a systematic review

Intervention: Översikten handlar om studier av rehabilitering efter frakturer bland äldre personer. Sju grupper av interventioner: tidig och stödd utskrivning, geriatriskt höftfrakturprogram, geriatrisk ortopedisk rehabiliteringsenhet, introduktion av råd och regim vid behandling av höftfraktur, effekt av införande av betalningssystem, olika sjukhusprogram, specifika typer av terapi, omvårdnad eller medicinsk vård.

Intervention för jämförelsegrupp: Vanligtvis ortopedisk vård vid sjukhus.

Population: Personer minst 65 år med fraktur på extremiteter, bäcken eller ryggrad. Majoriteten av deltagarna har en medelålder på cirka 80 år. Totalt antal deltagare framgår ej tydligt.

Analys: Metaanalys

Antal ingående studier och design: 41 studier. Randomiserade kontrollerade studier, kvasirandomiserade- och kontrollerade kohortstudier.

Exklusionskriterier: Studier av frakturer efter trafikolyckor, rehabilitering efter frakturer i revben eller ansikte.

Utfallsmått: Varierande såsom mortalitetlighet, vårdtid, boendeform vid utskrivning, återinläggning, postoperativa komplikationer, allmän daglig livsföring (ADL), livskvalitet, kostnader.

Uppföljningstid: Varierande.

Primärstudiernas ursprungsland: USA (17), Australien (7), Sverige (6), UK (5), Kanada (2), Nya Zeeland (1), Finland (1), Danmark (1), Italien (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1977-1998

Sökningar efter primärstudier slutförd: 1998

Författarnas slutsatser: Geriatriska interventioner efter höftfraktur är komplexa och det lokala inflytandet på form och utfall är stort. Jämförande studier håller svag till måttlig kvalitet vilket endast tillåter försiktiga slutsatser. Som en allmän strategi för rehabilitering efter fraktur i höft och andra nedre extremiteter är geriatriska ortopediska rehabiliteringsenheter sannolikt inte kostnadseffektiva, men vissa sköra personer kan ha nytta i termer av minskad återinläggning och behov av sjukhemsvård. Geriatriska höftfrakturprogram och tidig stödd utskrivning är sannolikt kostnadseffektiva eftersom de tycks uppnå en förkortad vårdtid och signifikant ökad möjlighet att återgå till tidigare boendeform.

Mehta et al. (2011) Systematic review of home physiotherapy after hip fracture surgery.

Intervention: Hembaserad sjukgymnastik i jämförelse med poliklinisk sjukgymnastik och ingen sjukgymnastik alls efter höftfrakturkirurgi.

Intervention för jämförelsegrupp: Sjukgymnastik vid sjukhus eller motsvarande eller ingen intervention.

Population: Personer som genomgått höftfrakturkirurgi. Ålder framgår ej men översiktsförfattarna talar om att höftfrakturer är vanliga hos äldre. En primärstudie anger att populationen är äldre patienter. 329 deltagare.

Analys: Metaanalys

Antal ingående studier och design: 5 randomiserade kontrollerade studier

Exklusionskriterier: Studier där den hembaserade interventionen var multidisciplinär eller patienterna hade en planerad höftoperation. Studier som inkluderade patienter 5 månader eller mer efter höftfrakturkirurgin på grund av att dessa patienter kan tidigare ha fått andra interventioner vilket kan påverka det slutliga utfallet.

Utfallsmått: Patientrapporterad hälsorelaterad livskvalitet och prestationsbaserade mätningar så som rörelseförmåga, muskelstyrka och balans.

Uppföljningstid: 3 månader–6 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: Framgår ej tydligt.

Årsintervall för inkluderade studier: 2002–2006

Sökningar efter primärstudier slutförd: Framgår ej. Senast inkluderad primärstudie är från 2006.

Författarnas slutsatser: Hembaserad sjukgymnastik var bättre än ingen sjukgymnastik och likvärdig med poliklinisk sjukgymnastik när det gäller att förbättra hälsorelaterad livskvalitet. Prestationsbaserade utfall var marginellt bättre efter poliklinisk sjukgymnastik jämfört med hembaserad sjukgymnastik tre och sex månader efter operation.

Outpatient Service Trialists (2003) Therapy-based rehabilitation service for stroke patients at home

Intervention: Översikten handlar om terapibaserad rehabilitering i hemmet efter stroke. Arbetsterapi, sjukgymnastik eller multidisciplinär intervention.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig eller ingen rutinvård.

Population: Personer med stroke. 1617 personer. Medelålder 55-75 år. (En studie hade medelålder på 55 år).

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 14 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Studier av interventioner där sjukhusvård skulle förebyggas, tidig utskrivning från sjukhus eller minska kommunikationsproblem.

Utfallsmått: Mortalitet eller svagt utfall såsom försämring, beroende, institutionsboende, personlig ADL, tidigare nämnda samt subjektiv hälsa/livskvalitet, sinnesstämning, tillfredsställelse med vård, anhörigas livskvalitet och sinnesstämning.

Uppföljningstid: 3-12 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: Storbritannien (9), USA (2), Kanada (1), Danmark (1), Hong Kong (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1981-2001

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2001

Författarnas slutsatser: Terapibaserad rehabilitering för hemmaboende strokepatienter tycks förbättra deras oberoende i dagliga aktiviteter. Interventionerna var heterogena varför vidare utforskande av dessa behövs.

Steuten et al. (2009) Identifying potentially cost effective chronic care programs for people with COPD

Intervention: Översikten handlar om effektivitet och kostnadseffektivitet för vårdprogram för kroniska obstruktiva lungsjukdomar. Kategoriserades efter 1) vårdmiljö (primärvård etc.), 2) patientpopulationen (vid risk, mild, svår etc.), 3) typ och antal komponenter (systemdesign, beslutsstöd, egenvård etc.).

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig vård eller interventioner med lägre intensitet.

Population: 32-453 personer med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL). Medelålder för alla studier 66,4 år. Två studier hade medelåldern under 60 år, i två andra studier var medelåldern under 65 år.

Analys: Deskriptiv sammanfattning med bland annat relativ risk och konfidensintervall.

Antal ingående studier och design: 20 artiklar om 17 program, randomiserade kontrollerade studier, icke randomiserad och före-efter-studier.

Exklusionskriterier: Effekt av särskilda terapeutiska insatser, t.ex. syrgas, studier med låg kvalitet. Inklusionskriterierna var: intervention med minst två komponenter för hantering av sjukdomen (sjukdomsinriktad eller kronisk sjukdomsinriktad), kontroll-/jämförelsegrupp/före-efter-design, utvärderade mått av relevans om processen.

Utfallsmått: Intermediära mått som kunskap om sjukdomen, egenvårdsfärdighet, följsamhet till medicinering, socialt stöd, slutliga mått som mortalitetlighet, livskvalitet, lungfunktion, symtom, sjukhusinläggning, oplanerade besök, akutvårdsbesök, antal dagar ej i arbete, kostnader m.m.

Uppföljningstid: 8 veckor - 2 år.

Primärstudiernas ursprungsland: USA (6), Australien (4), Kanada (3), Nya Zeeland (2), Nederländerna (2), Spanien (2), Kina (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1998-2006

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2007

Författarnas slutsatser: Generellt var resultaten jämförbara med vanlig vård, men program med minst tre komponenter visar lägre relativ risk för sjukhusvård. Det är begränsat utrymme för att spara pengar eller att få det att gå jämt upp.

Ward et al. (2008) Care home versus hospital and own home environments for rehabilitation of older people

Intervention: Den tomma översikten tar upp effektiviteten av olika vårdmiljöer för rehabilitering av äldre. Rehabilitering (enligt definition) i olika vårdmiljöer såsom sjukhem jämfört med sjukhus och eget hem (enligt definitioner).

Intervention för jämförelsegrupp: Ej aktuellt.

Population: Personer minst 60 år, boende sjukhem, eget hem eller på sjukhus och är i rehabilitering. Personerna kan ha stroke, frakturer eller annat.

Analys: Ej aktuellt.

Antal ingående studier och design: Inga studier; randomiserade kontrollerade studier, kontrollerade studier, kontrollerade före och efterstudier med minst två interventions- och kontrollgrupper samt avbrutna tidsserier.

Exklusionskriterier: Vårdmiljö som ej kan klassificeras enligt definitionerna, personer som finns i minst två vårdmiljöer under ett dygn (t.ex. dagsjukhus och dagcenter).

Utfallsmått: Instrumentell ADL och personlig ADL, subjektiv hälsa, livskvalitet, återgång till boendeform, mortalitetlighet, oönskade effekter, återinläggning i akut vård, tillfredsställelse, vårdtid, dagar med rehabilitering, kostnader.

Uppföljningstid: Ej aktuellt.

Primärstudiernas ursprungsland: Ej aktuellt.

Årsintervall för inkluderade studier: Ej aktuellt.

Sökningar efter primärstudier slutförd: 2007

Författarnas slutsatser: Inga studier återfanns, det vill säga översikten är tom. Otillräckligt stöd finns för att jämföra effekt av rehabilitering i olika vårdformer.

Bilaga 9. Beskrivning av översikter av begränsad kvalitet

För vård- och omsorgskedjan

Arendts et al. (2010). The interface between residential aged care and the emergency department: a systematic review.

Intervention: Interventioner för att minska överföring från särskilt boende till akutmottagning

Population: Äldre över 65 år i särskilt boende. Antal varierade mellan 55-4774 patienter.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningen är att det inte framgår om någon granskning av bias för de ingående primärstudierna har genomförts.

Bours et al. (1998). The effects of aftercare on chronic patients and frail elderly patients when discharged from hospital: a systematic review.

Intervention: Interventioner avseende eftervård efter utskrivning från sjukhus.

Population: Kroniska patienter och sköra äldre. Antal varierade mellan 50-1001. Ålder framgår inte alltid tydligt.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningen är att de enbart sökt efter primärstudier i en databas.

Chiu et al. (2007). A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly.

Intervention: Interventioner i form av sjuksköterskeassisterad samordning, case management, för att förbättra överföring från sjukhus till andra miljöer.

Population: Äldre patienter med bland annat hjärtsvikt, hjärtinfarkt och KOL. Antal varierade mellan färre än 100 i interventions- och kontrollgrupp till fler än 1000 i kontrollgruppen. Tre studier hade interventionsgrupper med fler än 200 patienter.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningarna är att de enbart sökt efter primärstudier i en databas och att ingenting framgår om interbedömarreliabilitet avseende urval av primärstudier, dataextraktion och kvalitetsvärdering.

Cole (2001). The impact of geriatric post-discharge services on mental state.

Intervention: Interventioner i form av geriatrisk vård efter utskrivning från sjukhus. I detta ingår ett multidisciplinärt team alternativt en sjuksköterska som bedömer och följer patienten, en medhjälpare/skötare som erbjuder hjälp i hemmet eller frivilligt besök.

Population: Äldre vanligen över 65 år. Antal varierade mellan 54-903.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningen är att det enbart är en författare av översikten och att interbedömarreliabilitet därmed saknas för urval av primärstudier, dataextraktion och kvalitetsvärdering.

Eklund et al. (2009). Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials.

Intervention: Samordnade och integrerade interventioner för sköra äldre. Den initiala bedömningen utfördes per telefon eller ansikte mot ansikte av en samordnare, case manager. I fem studier samarbetade samordnaren med ett team. Varierande form för och omfattning av stödinsatser gavs.

Population: Sköra äldre över 65 år, medelålder 81-82 år. Antal varierade mellan 164-3079.

Skäl till begränsad kvalitet: Tillräckligt med data om effekter av interventioner redovisas ej.

Hastings et al. (2005). A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department

Intervention: Interventioner vid akutmottagningen eller i hemmet. Vid akutmottagningen kunde det vara: telefonuppföljning inom 3 dygn, omfattande geriatrisk bedömning av specialistsjuksköterska, geriatrisk konsultation, konsultation med arbetsterapeut/sjukgymnast för bedömning av funktion, samordningsteam som bedömde risk och kunde remittera, utbildningsprogram till personal. Hembaserade interventioner var snabb tillgång till lämplig form av stöd/hjälp hemma eller annan vårdform alternativt hembesök för bedömning.

Population: Hemmaboende äldre patienter som ska skrivas ut från akutmottagning. I de kliniska studierna är populationen över 65 år i alla studier utom en. Totalt antal deltagare framgår ej.

Skäl till begränsad kvalitet: Tillräckligt med data om effekter av interventioner redovisas ej.

Hickman et al. (2007). Best practice interventions to improve the management of older people in acute care settings: a literature review.

Intervention: Interventioner för att förbättra organisation inom akutsjukvården. I detta ingår teamarbete i vården genom särskilda enheter för äldre eller genom användning av gerontologisk expertis som konsulter, målinriktade bedömningsmetoder för att förebygga komplikationer, ökad betoning på utskrivningsplanering och förbättrad kommunikation mellan vårdgivare i vård- och omsorgskedjan.

Population: Personer över 65 år med stroke, delirium, funktionsnedsättning, lunginflammation, höftfrakturer eller är sköra. Antal varierade mellan 97-2353.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningen är att det inte framgår om någon granskning av bias för de ingående primärstudierna har genomförts.

LaMantia et al. (2010). Interventions to improve transitional care between nursing homes and hospitals: a systematic review.

Intervention: Interventioner för att förbättra kommunikation om korrekta och ändamålsenliga läkemedelslistor och önskemål om fortsatt vård/behandling vid patientöverföring mellan sjukhem och sjukhus.

Population: Sköra äldre över 65 år. Antal varierade mellan 65-420.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningen är att det inte framgår om någon granskning av bias för de ingående primärstudierna har genomförts.

Patterson et al. (1999). The effectiveness of pre discharge home assessment visits: a systematic review.

Intervention: Interventioner i form av hembesök för bedömning av hemsituation innan utskrivning från sjukhus.

Population: Äldre patienter där ålder inte framgår för alla studier men i två av fem inkluderade studier framgår att medelåldern är 69 år respektive 82 år och i en studie framgår att åldern varierar mellan 65-96 år.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningen är att det inte framgår om någon granskning av bias för de ingående primärstudierna har genomförts.

Payne et al. (2002). The communication of information about older people between health and social care practitioners.

Intervention: Interventioner avseende kommunikation av patientinformation mellan sjukhus och samhällsvård. I detta ingår exempelvis koordinering vid utskrivning.

Population: Äldre med fysiska sjukdomar. Antal framgår ej tydligt för alla studier.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningen är att det är en otydlig granskning av bias för de ingående primärstudierna.

Preyde et al. (2009). Discharge planning from hospital to home for elderly patients: a meta-analysis.

Intervention: Utskrivningsplanering från sjukhus till hemmet.

Population: Äldre patienter över 65 år med bland annat hjärtsvikt, kroniska sjukdomar, delirium, kritiska sjukdomar, ortopediska problem samt högrisk, sköra och äldre patienter. Antal framgår ej tydligt.

Skäl till begränsad kvalitet: Tillräckligt med data om effekter av interventioner redovisas ej.

Winkel et al. (2008) Early discharge to therapy-based rehabilitation at home in patients with stroke: a systematic review

Intervention: Tre olika interventionsgrupper: utskrivningsstöd från sjukhus, utskrivningsstöd från utskrivningsteam vid sjukhus utan direkt rehabiliteringsstöd, kommunbaserat rehabiliteringsstöd efter tidig utskrivning.

Population: 1122 personer, medelålder 74 år. Akut stroke, inkluderades inom tio dagar från stroke inträffade, över 18 och hemmaboende.

Skäl till begränsad kvalitet: Tillräckligt med data om effekter av interventioner redovisas ej.

För vård- och boendeform

Batty (2010). Systematic review: interventions intended to reduce admission to hospital of older people.

Intervention: Multi-faktoriella eller komplexa interventioner avsedda att minska sjukhusinläggning.

Population: Äldre över 65 år. Antal deltagare i interventionsgruppen varierade mellan 49-3650 och i kontrollgruppen 28-11700.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningen är att det enbart är en författare av översikten och att interbedömarreliabilitet därmed saknas för urval av primärstudier, dataextraktion och kvalitetsvärdering.

Botsis et al. (2008). Current status and future perspectives in telecare for elderly people suffering from chronic diseases.

Intervention: Telefonvård i hemmet för äldre med kroniska sjukdomar.

Population: Äldre med kroniska sjukdomar som diabetes, hjärtsvikt, kognitiva nedsättningar som demens/Alzheimer, KOL, kroniska sår och rörelsehinder. Antal varierade mellan 4-1665.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningen är att de enbart sökt efter primärstudier i en databas samt att det inte framgår om någon granskning av bias för de ingående primärstudierna genomförts.

Cole (1991). Effectiveness of three types of geriatric medical services: lessons for geriatric psychiatric services.

Intervention: Tre typer av geriatrisk vård och omsorg.

Population: Äldre över 65 år i alla studier utom en. Personer som ingår är exempelvis dementa, multisjuka eller personer med andra allvarliga medicinska problem. Antal deltagare varierade mellan 100-1732.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningen är att det enbart är en författare av översikten och att interbedömarreliabilitet därmed saknas för urval av primärstudier, dataextraktion och kvalitetsvärdering.

Collet et al. (2010). Efficacy of integrated interventions combining psychiatric care and nursing home care for nursing home residents: a review of the literature

Intervention: Integrerade interventioner som kombinerar både psykiatrisk vård och sjukhem. Alla inkluderade studier använde individuella vårdplaner med integrerad och skraddarsydd psykosociala, omvårdande-, medicinska och farmakologiska interventioner.

Population: Personer över 55 år i behov av både sjukhemsboende och psykiatrisk vård för somatisk sjukdom eller demens kombinerat med psykiatriska problem eller allvarliga beteendeproblem (Double Care Demanding, DCD). Problembeteende definierades som våldsamt beteende eller andra störande beteenden samt psykoser eller depression. I genomsnitt hade man tre somatiska sjukdomar, vanligast var diabetes, cerebrovaskulära sjukdomar och sjukdomar i hjärta och kärl. Medelåldern varierade mellan 70.6±6.1 – 82.9±8.9. Antal varierade mellan 15-164.

Skäl till begränsad kvalitet: Tillräckligt med data om effekter av interventioner redovisas ej.

Hanlon et al. (2004). Can clinical pharmacy services have a positive impact on drug-related problems and health outcomes in community-based older adults?

Intervention: Apotekarmedverkan i läkemedelsanvändning.

Population: Äldre över 65 år. Antal varierade mellan 83-3230.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningen är att granskningen av bias i de ingående primärstudierna är otydlig.

Johansson et al. (2010). Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community: a systematic literature review

Intervention: Multidisciplinära team som arbetar med hemmaboende äldre. Med ”team” avses två eller fler personer som arbetar tillsammans för att uppnå gemensamma mål.

Population: Äldre hemmaboende personer med multipla sjukdomar. Deltagarantal varierade mellan 19-2353 personer.

Skäl till begränsad kvalitet: Tillräckligt med data om effekter av interventioner redovisas ej.

McCusker et al. (2006). Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review.

Intervention: Geriatriska interventioner.

Population: Äldre över 60 år oavsett medicinskt tillstånd. Antal varierade mellan 12-1724.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningen är att det inte framgår om någon granskning av bias för de ingående primärstudierna har genomförts.

Rubenstein et al. (1991). Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence.

Intervention: Allsidiga geriatriska bedömningar.

Population: Sköra äldre. Totalt antal deltagare framgår ej tydligt.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningarna är att det saknas en processbeskrivning i stora delar och att det inte framgår om någon granskning av bias för de ingående primärstudierna har genomförts.

Thomé et al. (2003). Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: a systematic literature review.

Intervention: Hemvård, vilket innefattar förebyggande interventioner som förhindrar försämrad funktionsförmåga till palliativ vård för allvarliga sjukdomar.

Population: Patienter med medicinska diagnoser och/eller funktionsnedsättningar som kräver vård i hemmet. De flesta studierna behandlar äldre hemmaboende. Specifika diagnoser som ingår är cancer, akuta kirurgiska tillstånd, akuta och kroniska medicinska tillstånd och äldre medicinska patienter. Deltagare: 37-3706 personer, medelålder 53 år och uppåt.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningarna är att det inte framgår om databassökningen efter primärstudier kompletterats med annan sökstrategi, eller om någon granskning av bias för de ingående primärstudierna har genomförts.

Verrue et al. (2009). Pharmacists' interventions for optimization of medication use in nursing homes: a systematic review.

Intervention: Farmaceutiska interventioner för optimering av läkemedelsanvändning på sjukhem.

Population: Äldre över 65 år med olika diagnoser boende på särskilt boende. Medelålder varierade mellan 79-85 år. Antal varierade mellan 110-2325.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningen är att det inte framgår om någon granskning av bias för de ingående primärstudierna har genomförts.

Windham et al. (2003). Care management interventions for older patients with congestive heart failure.

Intervention: Care management: strategier för att förbättra vården för äldre patienter med hjärtsvikt.

Population: Äldre med hjärtsvikt, medelålder framgår ej tydligt. Antal varierade mellan 15-1915.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningarna är att de enbart sökt efter primärstudier i en databas och att det inte framgår om någon granskning av bias för de ingående primärstudierna har genomförts.

För rehabilitering

Chudyk et al. (2009) Systematic review of hip fracture rehabilitation practices in the elderly

Intervention: Översikten handlar om olika former för rehabilitering av höftfraktur. Sex kategorier identifierades: behandlingsregim, tidig rehabilitering, interdisciplinär vård, arbetsterapi och sjukgymnastik, träning, ospecificerad intervention.

Population: Personer med höftfraktur. Ingen egentlig beskrivning av antal eller ålder.

Skäl till begränsad kvalitet: Tillräckligt med data om effekter av interventioner redovisas ej.

Eshah et al. (2009). Cardiac rehabilitation programme for coronary heart disease patients: an integrative literature review.

Intervention: Olika former av hjärtrehabilitering bland annat med sjuksköterskor.

Population: Personer med hjärtproblem med en medelålder på 55-82 år. Majoriteten av studierna har en medelålder på över 60 år. Antal deltagare varierar mellan 18-1812.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningarna är att det inte framgår om någon granskning av bias för de ingående primärstudierna har genomförts, att det inte framgår något om interbedömarreliabilitet för urval av primärstudier, dataextraktion eller kvalitetsvärdering, samt att databassökningarna efter primärstudier inte kompletterats med annan sökstrategi.

Langhorne et al. (2001). Does the organization of post acute stroke care really matter?

Intervention: Organiserad multidisciplinär rehabilitering inom slutenvården.

Population: Personer med stroke där ålder är oklart men det finns subgruppsanalyser för äldre. Totalt 1437 patienter.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningen är att det inte framgår om någon granskning av bias för de ingående primärstudierna har genomförts.

Wells et al. (2003). State of the art in geriatric rehabilitation. Part I: review of frailty and comprehensive geriatric assessment.

Intervention: Geriatrisk rehabilitering del I granskar begreppen skör och omfattande geriatrisk bedömning samt huvudprocessen i geriatrisk rehabilitering (skörhet, allsidiga geriatriska bedömningar, screening vid inskrivning, bedömningsinstrument och interdisciplinära team).

Population: Personer beskrivs som sköra, geriatriska patienter och omfattar åldrar på över 65 år. Totalt antal patienter framgår ej tydligt.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningarna är att det inte framgår något om interbedömarreliabilitet för urval eller kvalitetsvärdering av primärstudier och att det inte framgår om någon granskning av bias för de ingående primärstudierna har genomförts.

Wells et al. (2003). State of the art in geriatric rehabilitation. Part II: clinical challenges.

Intervention: Geriatrisk rehabilitering del II handlar om kliniska problem (höftfrakturer, stroke, nutrition, demens och depression) och rekommendationer för vården.

Population: Personer med höftfraktur, stroke, nutrition, demens eller depression och ålder över 65 år. Totalt antal patienter framgår ej tydligt.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningarna är att det inte framgår något om interbedömarreliabilitet för urval eller kvalitetsvärdering av primärstudier och att det inte framgår om någon granskning av bias för de ingående primärstudierna har genomförts.