



**FORTE!**

Forskningsrådet för  
hälsa, arbetsliv och välfärd

# *Forskning i korthet* **ÄLDRE OCH LÄKE- MEDEL - KUNSKAP OCH UTMANINGAR**

*Äldre har ofta flera sjukdomar och får många olika läkemedel som kan påverka varandra → Behandlingar behöver optimeras utifrån den enskilda individen → Många läkemedelsrelaterade inläggningar på sjukhus för äldre skulle kunna undvikas → Bättre kontinuitet behövs i kontakten med vårdpersoner och att yrkesgrupper har samma information om läkemedel*

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b>	<b>2</b>
<b>Inledning</b>	<b>3</b>
<b>Äldre mer känsliga för läkemedel</b>	<b>3</b>
<b>Svårigheter vid användning av flera läkemedel</b>	<b>4</b>
<b>Läkemedelsorsakad sjuklighet</b>	<b>4</b>
<b>Satsningar på äldres läkemedelsanvändning</b>	<b>5</b>
<b>Tvärprofessionellt samarbete och samverkan med olika samhällsaktörer</b>	<b>6</b>
<b>Digitala möjligheter och utmaningar</b>	<b>6</b>
<b>Nära vård av äldre patienter</b>	<b>7</b>
<b>Forskningsbehov och rekommendationer</b>	<b>7</b>

## Titel:

Äldre och läkemedel – kunskap och utmaningar

## Författare:

Kristina Johnell, professor i geriatrisk farmakoepidemiologi vid Karolinska institutet

Maria Gustafsson, docent i farmaci vid Umeå universitet

Elin Lehnbo, førsteamanuensis i klinisk farmaci vid UiT Norges arktiske universitet

Fredrik Hagerman, specialistläkare i allmänmedicin vid Region Kalmar län

## Vetenskaplig granskare:

Johan Fastbom, professor i geriatrisk farmakologi vid Karolinska institutet

ISSN 2001-4287

Foto Scandinav Bildbyrå

Tryck BrandFactory, Stockholm okt 2023

Layout Granath

Ladda ner den här publikationen, inklusive referenslista, från:  
[www.forte.se/publikation/fk-lakemedel](http://www.forte.se/publikation/fk-lakemedel)

# Sammanfattning

Läkemedel är den vanligaste behandlingsformen för äldre personer. Många framsteg har gjorts och läkemedel är viktiga för att förlänga liv och ge en bra vardag. Läkemedelsbehandling för äldre är dock en utmaning. De har ofta flera sjukdomar (multisjuklighet) och behandlas därför ofta med många olika läkemedel (polyfarmaci). Förutom ökad risk för interaktioner mellan olika läkemedel kan detta leda till svårigheter med att följa läkemedelsordinationerna. Äldre personer är också känsligare för läkemedel än yngre individer och löper därför högre risk för biverkningar.

Trots detta baseras merparten av den grundläggande kunskapen om läkemedel på data som innehåller begränsad information om hur läkemedlen påverkar äldre multisjuka patienter. Läkemedelsrelaterade akuta inläggningar på sjukhus är därför ett problem som drabbar många äldre, i synnerhet personer med kognitiv svikt, omfattande multisjuklighet och användning av många läkemedel, nedsatt njurfunktion eller svårigheter att följa läkemedelsbehandlingen.

Eftersom kliniska prövningar av nya läkemedel ofta ger begränsad information om hur de påverkar äldre multisjuka sköra patienter är forskningsbehovet inom äldre och läkemedel mycket stort. Äldres läkemedelsbehandling skulle bland annat behöva individanpassas i högre utsträckning än vad som är möjligt i dag.

En av de viktigaste åtgärderna för en god läkemedelsbehandling är att äldreomsorgen och hälso- och sjukvården tar ett samlat grepp om patientens läkemedel. Läkemedelsbehandlingen behöver kontinuerligt följas upp utifrån den enskilda individen, men det kan vara en utmaning. Bland annat har vård, omsorg och apotek i dag svårt att dela patienters läkemedelslistor mellan varandra eftersom många arbetar i olika system, med olika listor. Det ökar risken för både över- och undermedicinering samt att olika läkemedel kan påverka varandra. På sikt öppnar digitala möjligheter i hälso- och sjukvården upp för förbättringar i informationsflödet och kvaliteten i läkemedelsbehandlingen för äldre personer.

Även god vårdkontinuitet är viktigt, det vill säga sammanhängande åtgärder från första kontakt med sjukvården, genom behandling och uppföljning. Att läkare och annan personal har tillgång till samma information och professioner från olika delar av vårdssystemet samarbetar kring insatser minskar risken för sjukhusinläggningar och dödlighet.

# Inledning

Äldre är den snabbast växande delen av befolkningen i stora delar av världen. Vissa personer förblir friska och aktiva när de åldras, medan andra utvecklar sjukdomar som reducerar livskvaliteten. Äldre utgör majoriteten av dem som använder många läkemedel för att behandla olika sjukdomar, en grupp som ibland kallas för "sköra" äldre.

Läkemedelsanvändningen hos äldre i Sverige har ökat över tid och blivit alltmer komplex i takt med att nya läkemedel har utvecklats (1). Personer i åldersgruppen 75 år och äldre använder i dag cirka fem läkemedel i genomsnitt och nära tolv procent använder tio eller fler läkemedel (2).

Äldre kvinnor och män använder delvis olika läkemedel. Kvinnor använder i större utsträckning läkemedel mot psykiska besvär och smärtstillande läkemedel, medan män oftare använder läkemedel mot hjärt-kärlsjukdomar. Dessa skillnader skulle kunna bero på en kombination av skillnader i sjukdomsförekomst och diagnostisering (3).

Äldre och läkemedel är ett brett område som rymmer många, vitt skilda, frågeställningar. Eftersom vi människor blir känsligare för läkemedel när vi åldras är det extra viktigt att optimera läkemedelsbehandlingen för äldre. Behandlingen behöver anpassas till varje individ, bland annat med hänsyn till nedsatt organfunktion, olika sjukdomar samt till de övriga läkemedel som personen använder.

Trots att läkemedelsföreskrivning till äldre personer alltså ofta är omfattande, är den samtidigt baserad på begränsat vetenskapligt underlag. Mycket är visserligen känt kring hur den fysiologiska känsligheten för läkemedel förändras med åldern (se nedan). Däremot är äldre multisjuka personer ofta uteslutna ur kliniska prövningar där effekt och eventuella biverkningar av nya läkemedel studeras. Det gör att få läkemedel har utvärderats tillräckligt mycket hos sköra äldre, och inte prövats i ett sammanhang av multimedcinering.

Vidare kan det för en äldre människa vara komplicerat att hantera och ta läkemedel enligt ordination – det man kallar för följsamhet – framför allt om läkemedelsanvändningen är omfattande. Förpackningarna kan vara svåra att öppna, läkemedel svåra att inta och samma preparat kan ha olika namn på grund av utbyte mot likvärdiga varianter på apoteket. Vissa läkemedel kan äldre dessutom själva välja att undvika på grund av att de upplevs ge biverkningar eller inte ha någon positiv effekt.

Äldre och läkemedel berör dessutom många olika aktörer i samhället, alltifrån vård, omsorg och myndigheter till pensionärs-

och brukarorganisationer. Det ställer krav på tvärprofessionellt samarbete mellan läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, farmaceuter och omsorgspersonal samt patient- och närstående-medverkan. En ökad samverkan och vårdkontinuitet, såsom att patienter får träffa samma vårdpersoner, skulle kunna lösa många utmaningar och leda till gemensamma innovativa lösningar av digitala stöd i hälso- och sjukvården.

## Äldre mer känsliga för läkemedel

Läkemedel är ett av de kraftfullaste verktygen för hälso- och sjukvården och den vanligaste behandlingsformen för äldre patienter. Äldre personer har dock generellt en ökad känslighet för läkemedel. Kroppens fysiologi förändras på olika sätt med stigande ålder och det gör att omsättningen av läkemedel i kroppen förändras (Tabell 1).

Den viktigaste förändringen är att njurarnas funktion försämras, vilket medför att exempelvis morfinbesläktade smärtstillande läkemedel (opioider) och vissa läkemedel mot hjärt-kärlsjukdomar stannar kvar längre i kroppen. Mängden kroppsvatten minskar dessutom med åldern, vilket medför att exempelvis vissa lugnande medel och sömnmedel kan sprida sig i en större del av kroppen och på så sätt få en förlängd verkan. Hos somliga individer minskar också leverns funktion. Det kan göra att exempelvis vissa läkemedel mot psykiska besvär får en förlängd verkan.

Den förändrade fysiologin påverkar även hur läkemedel verkar i olika delar av kroppen. Vårt centrala nervsystem blir med åldern känsligare för vissa läkemedel, kroppens förmåga att reglera blodtrycket påverkas, och skyddsmekanismerna i magsäckens slemhinna försämras (4).

Äldre personer med demenssjukdom är extra känsliga för läkemedel som påverkar hjärnan. Det beror bland annat på att de ofta har mer uttalade brister av signalsubstanser som acetylkolin och dopamin i centrala nervsystemet (5). Vidare har förändringar i blod-hjärnbarriären rapporterats hos personer med Alzheimers sjukdom, vilket potentiellt kan öka läkemedels förmåga att nå centrala nervsystemet (6). Därtill kan problem med att förstå instruktioner och att komma ihåg sina läkemedel leda till intag av för höga eller för låga doser, vilket i sin tur ytterligare ökar risken för negativa effekter.

Tabell 1. Exempel på förändringar i omsättning och verkan av läkemedel hos äldre

Kroppslig förändring	Konsekvens
Minskad njurfunktion	Ger en minskad utförelse av läkemedel som lämnar kroppen genom njurarna med urinen. Detta ökar koncentrationen och därmed effekten av läkemedlet
Mängden kroppsvatten minskar och andelen kroppsfett ökar	Kan medverka till att läkemedel som är fettlösliga kan sprida sig i en större del av kroppen, och därmed blir kvar och verkar under en längre tid
Minskad förmåga av levern att bryta ned läkemedel	Kan leda till att vissa läkemedel som måste brytas ned i levern blir kvar längre i kroppen vilket kan leda till en starkare effekt av läkemedlet
Ökad känslighet i centrala nervsystemet	Ger en ökad risk för biverkningar av läkemedel som har effekter på nervsystemet, exempelvis sömnmedel och olika läkemedel mot psykiska sjukdomar och besvär
Försämrad reglering av blodtryck	Ger en ökad risk för biverkningar (blodtrycksfall) av läkemedel som sänker blodtrycket
Försämrat skydd i magsäckens slemhinna	Ger en ökad risk för biverkningar av läkemedel som irriterar slemhinnan, exempelvis antiinflammatoriska smärtstillande läkemedel

Med tanke på dessa förändringar hos äldre, och att de dessutom skiljer sig åt mellan olika personer, behöver läkemedelsbehandlingen skraddarsys för varje individ. Bland annat med hänsyn till organsvikt, olika sjukdomar samt till de läkemedel som personen redan använder. För det behöver vården verktyg för att bättre kunna individanpassa behandlingen och kunna förutse förväntad effekt och biverkningsrisk hos varje enskild äldre patient. Här kan så kallad precisionsmedicin vara till hjälp, ett forskningsområde som är under utveckling. Precisionsmedicin kan ta hänsyn till både genetiska och icke-genetiska faktorer såsom ålder, kön, medicinska värden och levnadsvanor (7).

## Svårigheter vid användning av flera läkemedel

Sköra äldre har ofta flera sjukdomar samtidigt, så kallad multisjuklighet. Följs behandlingsriktlinjerna för varje sjukdom var för sig, resulterar det i behandling med ett flertal läkemedel (8). Så kallad polyfarmaci innebär att en individ använder fem eller fler läkemedel regelbundet (9). Detta har visat sig öka risken för att läkemedel påverkar varandra på ett ogynnsamt sätt och till biverkningar som förvirring och fallskador (8).

Hos äldre kan det vara svårt att skilja en läkemedelsbiverkning från ett nytt sjukdomssymtom, vilket ökar sannolikheten för förskrivning av ytterligare läkemedel – en så kallad ”förskrivningskaskad” som ytterligare spär på problemet. Ett exempel på detta är att behandling med vissa vätskedrivande läkemedel mot exempelvis hjärtsvikt kan leda till gikt. Detta kan i sin tur leda till att läkaren ordinerar läkemedlet allopurinol som sänker nivån av urinsyra hos patienten istället för att avsluta behandlingen med läkemedlet som orsakade gikten (10).

Användning av flera läkemedel kan dessutom göra det svårare att följa läkemedelsbehandlingen. Något som visat sig motverka

”

**Användning av flera läkemedel kan dessutom göra det svårare att följa läkemedelsbehandlingen.**

det är att läkare tillsammans med patienten och/eller närstående gör läkemedelsbehandlingen mindre komplex. Det kan till exempel vara att minska antalet doseringstillfällen per dygn eller att förskriva ett kombinationspreparat istället för två olika läkemedel. Även motive-

rande samtal eller användning av hjälpmedel som dosett eller dospåsar har visat sig fungera. Däremot har insatser som främst syftar till att öka kunskapen om läkemedel bland äldre inte ökat följsamheten. Ett stöd i att följa läkemedelsbehandlingen för såväl den äldre personen som närstående och vård- och omsorgspersonal är att upprätthålla en aktuell läkemedelslista med preparat, styrka och dosering över alla läkemedel. Det är extra viktigt eftersom informationen mellan olika vårdgivare ofta är bristfällig. Även information om användning av naturläkemedel och receptfria läkemedel bör stå med på listan. (11).

## Läkemedelsorsakad sjuklighet

Äldres högre känslighet för läkemedel tillsammans deras omfattande läkemedelsanvändning medför en ökad risk för biverkningar, att läkemedel påverkar varandra eller ger andra problem som kan leda till sjuklighet. Studier av hur omfattande sådan läkemedelsorsakad sjuklighet är har visat vitt skilda resultat (12). Den stora spridningen beror bland annat på skillnader i metod och vilka som ingått i studierna. Det mesta tyder dock på att läkemedelsorsakad sjuklighet är ett omfattande problem, särskilt hos äldre.

Forskningen har funnit att det vid sidan av hög ålder finns ett flertal andra viktiga faktorer som kan leda till läkemedelsrelaterade akuta inläggningar på sjukhus. Exempel på dessa faktorer är kognitiv svikt, omfattande samsjuklighet och användning av många läkemedel, nedsatt njurfunktion eller bristande följsamhet till läkemedelsbehandlingen (12, 13).

De läkemedel som oftast orsakar biverkningar som leder till akuta sjukhusinläggningar hos äldre är till exempel hjärt-kärl-läkemedel, blodförtunnande medel och läkemedel som påverkar centrala nervsystemet, såsom antidepressiva läkemedel och epilepsiläkemedel. De vanligaste orsakerna till läkemedelsrelaterade inläggningar har visat sig vara fall, yrsel, hjärtproblem av olika slag, blödningar, saltbalansrubbing och förvirring.

Studier har dock visat att många av de läkemedelsrelaterade problem som lett till sjukhusinläggning är potentiellt möjliga att förebygga, vilket visar på vikten av att hitta verktyg och metoder mot läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre (14).

För att optimera läkemedelsbehandlingen kan medicinreduktion vara nödvändig (även kallat deprescribing). Det innebär att sänka dosen eller att helt avsluta behandlingen när ett läkemedel orsakar skada eller inte längre är nödvändigt. Viss läkemedelsbehandling behöver fasas ut över tid för att undgå uppblomstring av sjukdomen/symptom. Därför är det viktigt att medicinreduktion sker i samråd mellan läkare och patient, så att man kan övervaka effekten. En svårighet är att det finns få riktlinjer med rekommendationer för när och hur medicinreduktion ska ske, liksom att äldre personer sällan involveras i samtal kring deras läkemedelsbehandling (15). Dessutom krävs multimedicinering ibland vid vissa sjukdomstillstånd för att uppnå önskade hälsovinster, trots eventuella problem.

Det kan vara stora individuella skillnader i hur omsättning och verkan av läkemedel förändras över tid hos äldre personer. Därför kan ett och samma läkemedel i samma dos fungera väl hos en person, men ge biverkningar hos en annan. Därför är det extra viktigt att kontinuerligt följa upp hur läkemedelsbehandlingen fungerar och göra individuella anpassningar av behandlingen. Ett sätt att göra det är en läkemedelsgenomgång, som är ett strukturerat sätt att upptäcka läkemedelsrelaterade problem, optimera läkemedelsanvändningen och därmed minska risken för oönskade händelser och läkemedelsrelaterade biverkningar. I genomgången utvärderas läkemedel systematiskt utifrån bland annat diagnos, symtom, styrka, dosering, biverkningar och interaktioner. Viktigt i en läkemedelsgenomgång är också att ta

hänsyn till underförskrivning av läkemedel som kan vara ett problem hos äldre, särskilt hos patienter med demenssjukdom där underbehandling av till exempel smärta och hjärt-kärlsjukdomar har rapporterats (16, 17). Läkemedelsgenomgångar har visats sig effektiva för att minska sjuklighet och minska antalet potentiellt olämpliga läkemedel, och har även visat sig kunna minska återinläggningar på sjukhus hos äldre (18, 19).

Att genomföra en enkel läkemedelsgenomgång är ett krav när vården möter personer som är 75 år och äldre och som behandlas med fem eller fler läkemedel (20). Finns kvarstående problem efter en enkel läkemedelsgenomgång ska en fördjupad läkemedelsgenomgång göras, och då gärna i team. En läkare ska ansvara för läkemedelsgenomgången och teamet kan även inkludera exempelvis personen själv, närstående, omvårdnadspersonal, sjuksköterska och klinisk farmaceut. Kliniska farmaceuter i vården blir allt vanligare i Sverige, och de kan bidra med sin kompetens i vårdteamet inom både primärvård och slutenvård. Hur detta krav på läkemedelsgångar följs är dock svårt att utvärdera eftersom genomgångarna genomförs på många olika sätt samt i olika konstellationer, med ibland endast läkare och ibland med andra professioner involverade.

## Satsningar på äldres läkemedelsanvändning

Trots att den totala förskrivningen av läkemedel till äldre personer har ökat, har betydelsefullt nog förskrivningen av potentiellt olämpliga läkemedel minskat med hela 59 procent sedan 2005 (21). Utvecklingen sedan 2010 syns i diagram 1.

Andel äldre 80 år och över som hämtat ut olämpliga läkemedel på recept 2010–2020



Källa: Socialstyrelsens läkemedelsregister

Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre publicerades första gången 2004 och har därefter uppdaterats flera gånger. Indikatorerna kan ses som ett slags riktlinjer för vad som är lämplig, riskfylld respektive potentiellt olämplig läkemedelsanvändning hos äldre, och har utgjort grunden för många andra viktiga initiativ inom området. Samtliga regioner och större privata vårdgivare arbetar numera aktivt med denna fråga, genom bland annat läkemedelsgenomgångar, förskrivningsvarningar i journalsystem när patienten är äldre, samt särskilda listor med läkemedelsrekommendationer för äldre patienter. Dessa insatser bygger i stor utsträckning på Socialstyrelsens indikatorer och har troligen bidragit till den positiva utvecklingen.

En annan betydelsefull nationell satsning inom området var *Bättre liv för sjuka äldre* som genomfördes av regeringen tillsammans med Sveriges kommuner och regioner (SKR) åren 2011–2014 för att höja kvaliteten på vård och omsorg för äldre, däribland läkemedelsbehandlingen. En tredje nationell satsning som sannolikt har bidragit till utvecklingen är projektet *Koll på läkemedel*, där pensionärsföreningarna Pensionärernas riksorganisation (PRO) och SPF Seniorerna samt Apoteket AB sedan 2009 samarbetar för att stödja äldre patienter för en bättre läkemedelsbehandling.

”

**Många läkemedelsrelaterade problem som lett till sjukhusinläggning är potentiellt möjliga att förebygga.**

## Tvårprofessionellt samarbete och samverkan med olika samhällsaktörer

För att uppnå optimal läkemedelsbehandling och att den följs på bästa sätt behöver flera aktörer samarbeta. Detta inkluderar såväl läkare, sjuksköterskor, farmaceuter och omvårdnadspersonal som läkemedelsanvändare och deras närstående. Det finns dock flera utmaningar kring samverkan kring äldre och läkemedel.

En av de viktigaste förutsättningarna för god läkemedelsanvändning är alltså en aktuell och fullständig läkemedelslista där namn, styrka och dosering av såväl receptbelagda som receptfria läkemedel framgår. Än så länge saknas dock en sådan gemensam lista som delas mellan de många informationssystem som vård, omsorg och apotek i Sverige använder. En stor del

”

**Än så länge saknas en gemensam läkemedelslista som delas mellan informationssystem för vård, omsorg och apotek.**

äldre vårdas exempelvis i regioner där primärvård och sjukhusvård arbetar i olika system, med olika läkemedelslistor. Det innebär stora patientrisker såväl när det gäller över- och undermedicinering som att olika läkemedel kan påverka varandra. En förhoppning är att det nya registret Nationella läkemedelslistan ska förbättra

denna situation när vården väl byggt in funktionaliteten i sina informationssystem.

Men det handlar inte bara om system. Individens förmåga att ta läkemedel enligt ordination måste fortlöpande utvärderas av ansvarig läkare, liksom själva läkemedelsbehandlingen eftersom risk för biverkningar måste vägas mot nyttan av läkemedlet.

God vårdkontinuitet, det vill säga sammanhängande åtgärder från första kontakt med sjukvården, genom behandling och uppföljning, har visat sig minska risken för sjukhusinläggningar och dödlighet (22, 23). I dagens vårdlandskap kan det dock vara svårt att uppnå kontinuitet, bland annat får en patient som söker vård ofta få träffa olika personer. Då blir sammanhängande information och vårdplanering desto viktigare. Grunden för informationskontinuitet är att läkare och annan vårdpersonal har tillgång till patientinformation, medan vårdplanskontinuitet innebär att flera professioner från olika delar av sjukvårdssystemet samarbetar kring insatser så att patienten upplever förutsägbarhet och trygghet.

Ytterligare en aspekt är att det finns regionala skillnader i läkemedelsbehandlingen av äldre patienter, både vad gäller omfattning och kvalitet (2). Sammanhängande åtgärder nationellt och uppföljning skulle troligen kunna bidra till en mer jämlik vård i hela Sverige.

## Digitala möjligheter och utmaningar

I Sverige finns sedan 2020 initiativet Vision E-hälsa 2025, där staten och SKR samverkar med målet att Sverige ska vara bäst i världen på digitalisering och e-hälsa år 2025. Ett exempel på ett område med stor potential är att personer själva digitalt ska kunna mäta och följa sina kroniska sjukdomar, där mycket är på gång och samtliga regioner och kommuner samverkar genom SKR. Ett område där Sverige redan ligger i framkant är möjligheten för patienter att digitalt ta del av sina egna journalanteckningar, provsvar, förskrivna recept och annan information. Det sker i första hand genom regionernas gemensamma webbplats 1177, som är en nationell samlingsplats för information och tjänster inom hälsa och vård.

En ökande andel äldre använder internet regelbundet, men fortfarande befinner sig 43 procent av personer födda på 1930-talet eller tidigare i ett digitalt utanförskap enligt Internetstiftelsen. Det är givetvis en utmaning att nå dessa medborgare när allt fler tjänster blir digitala. Användningen av internet ökar dock snabbt och motsvarande siffror på digitalt utanförskap för personer födda på 1940- och 1950-talet är 17 respektive 4 procent (24).

Som ett steg i regeringens satsning på e-hälsa skapades E-hälsomyndigheten 2014. Myndigheten tillhandahåller ett flertal digitala tjänster, varav flera bidrar till en säkrare läkemedelsanvändning för äldre:

- **E-recept:** Ett område där Sverige är världsledande. Elektroniskt skickade läkemedelsrecept utgör mer än 99 procent av de recept som expedieras i vårt land. E-recept medför många fördelar, såsom snabb kommunikation, ökad spårbarhet och minskad risk för fel.
- **Läkemedelskollen:** En webbaserad tjänst avsedd att ge patienter mer kontroll, insyn och deltagande i sin egen behandling. Bland annat kan en patient se sina recept och uthämtade läkemedel, ha koll på sitt högstkostnadsskydd och hantera fullmakter för apoteksärenden.
- **Elektroniskt expertstöd (EES):** Ett system som hjälper apotekspersonal att bedöma hur ett recept passar ihop med patientens övriga läkemedel. EES kan till exempel upptäcka och varna för läkemedel som kan interagera med varandra, som har samma verkan, som är olämpliga för äldre, barn, gravida eller ammande, eller som förskrivits i felaktig dos. EES användes som stöd vid mer än hälften av de 51 miljoner recept som expedierades i Sverige under 2021 och trenden pekar uppåt.
- **Nationella läkemedelslistan (NLL):** Ett register som för första gången ska möjliggöra en gemensam och aktuell bild av en patients läkemedelsbehandling för både vård, omsorg, apotek och patient. Målet är i första hand ökad säkerhet och delaktighet för patienten, men möjliggör även nya arbetssätt och verktyg för professionerna. Implementeringen av NLL har dock stött på tekniska utmaningar och riksdagen har beslutat att skjuta upp kravet på anslutning från maj 2023 till december 2025.

## Nära vård av äldre patienter

En av de viktigaste faktorerna för en god läkemedelsbehandling av äldre är att en läkare tar ett samlat grepp om patientens läkemedel. Det kräver helhetsansvar och kontinuitet, vilket enligt den svenska sjukvårdsmodellen ska finnas i primärvården. I Sverige har endast cirka 40 procent av befolkningen en fast, namngiven läkare (25). Primärvården är tänkt att utgöra navet i hälso- och sjukvården, men i dag är endast 15 procent av läkarkåren i Sverige specialister i allmänmedicin. Det är en låg siffra jämfört med genomsnittet 23 procent bland OECD-länderna och exempelvis 47 procent i Kanada, som på många sätt ses som ett föregångsland när det gäller primärvård (26).

Regeringen beslutade 2021 om en reformering av primärvården och konstaterade att tidigare satsningar på primärvården inte har fått genomslag i regionernas budgetar för primärvården. Målet är att primärvården ska prioriteras i högre grad än vad som sker i dag (27).

Men inte bara regionerna står för vården i vårt land. En stor del av den nära vården av äldre utförs inom den kommunala hälso- och sjukvården, där 45 procent av samtliga medborgare över 80 år fick vård under 2018 (28). Kommunerna har flera utmaningar i utförandet av den vården. Bland annat tillåter inte hälso- och sjukvårdslagen kommunerna att anställa egna läkare för de medicinska bedömningarna vid exempelvis äldreboenden och inom hemsjukvård. Kommunerna är beroende av att regionerna tillhandahåller den kompetensen. En svårighet i det upplägget är att läkaren för det mesta arbetar i ett annat vårdinformationssystem än sjuksköterskor i kommuner, och således inte har möjlighet att ta del av deras anteckningar om patienten. Mycket information går med andra ord förlorad, med patientrisker som följd och att en hel del tid läggs på dubbeldokumentation.

Uppdelningen har kritiserats av Coronakommissionen, som föreslår en lagändring för att tillåta kommunen att anställa egna läkare. En utredning om Nära vård kom däremot fram till motsatt slutsats. En utredning av en ny äldreomsorgslag lämnade 2022 den samlade bedömningen att kommuner och regioner bör samverka inom ramen för befintligt regelverk, men att det krävs förtydliganden i lag som klargör vilka krav som ställs på regionernas läkarinsatser i den kommunala primärvården (29).

## Forskningsbehov och rekommendationer

Området äldre och läkemedel är komplext och rymmer många, vitt skilda, frågeställningar. Inom vissa delar vet vi ganska mycket, medan det finns stora kunskapsbehov inom andra. Kunskapen om äldres fysiologiska känslighet för läkemedel och hur den förändras med åldern är relativt omfattande. Däremot är vårdens möjligheter att anpassa läkemedelsbehandlingen utifrån det på individnivå begränsade i dag. Förhoppningsvis kommer forskning inom området precisionsmedicin med tiden även att fokusera på äldre patienter med multisjuklighet och multimedicinering, där behovet av individanpassning är särskilt stort. Precisionsmedicinsk forskning behövs med fokus på äldre som omfattar hela kedjan från basal grundforskning till folkhälsovetenskap.

Som tidigare nämnts baseras dessutom merparten av vår kunskap om olika läkemedel på begränsad information om äldre sköra patienter. I kliniska prövningar av nya läkemedel inkluderas nämligen i första hand deltagare med begränsad multisjuklighet, vilket resulterar i en kunskapslucka för hur läkemedelsbehandlingen fungerar för sköra äldre med multimedicinering. Forskningsbehovet är mycket stort och alla slags studier om äldre och läkemedel är av största vikt.

Väl fungerande vårdssystem och utvärdering av olika insatser kopplat till äldre och läkemedel är viktiga delar i en god hälsa för äldre. Sammanhållen och kontinuerlig vård behövs för att minska risken för sjukhusinläggningar och dödlighet kopplade till läkemedel. Bättre samverkan mellan de olika aktörerna inom hälso- och sjukvården samt äldreomsorgen är nödvändig i det arbetet. Många satsningar görs inom området för att utveckla vården för äldre, men det saknas ofta utvärderingar av insatserna för att se om de fått effekt och vilka hinder som finns kvar.

En viktig del är givetvis läkemedelsbehandlingen och läkemedelshanteringen. Det behövs mer forskning på hur äldres läkemedelshandtering och uppföljning kan stärkas, till exempel genom större involvering av befintliga resurser såsom apotek. Forskning behövs också genom hela värdkedjan för utveckling av nya innovativa tjänster som kan levereras fysiskt eller digitalt. Allt för att underlätta kontinuitet i vården samt läkemedelshandtering för den äldre patienten, närstående och omsorgspersonal.

”

**Sammanhållen och kontinuerlig vård behövs för att minska risken för sjukhusinläggningar och dödlighet kopplade till läkemedel.**



**Forskning i korthet** är en serie publikationer från Forte som kort beskriver kunskapsläget inom ett samhällsrelevant område. Varje publikation i serien tas fram av en grupp forskare och samhällsföreträdare och granskas av minst en utomstående forskare.

Forte är ett forskningsråd som finansierar och initierar forskning för att stödja ett hållbart arbetsliv, god hälsa och väl fungerande välfärd.

Har du frågor eller synpunkter på den här produkten?  
Ring oss på 08-775 40 70 eller mejla på [forte@forte.se](mailto:forte@forte.se)

Utgiven av  
Forte – Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd  
Box 38084, 100 64 Stockholm

[www.forte.se](http://www.forte.se)