

SBU:s sammanfattning och slutsatser

I rapporten sammanfattas resultatet av SBU:s systematiska litteraturoversikt rörande möjligheter till förbättrad läkemedelsanvändning för äldre, sett ur ett patientperspektiv. Rapporten omfattar inte specifika sjukdomstillstånd, enskilda läkemedelsgrupper eller jämförelser mellan olika system för distribution av läkemedel.

SBU:s slutsatser

Att behandla med läkemedel är en viktig medicinsk åtgärd för att ge människor en bättre hälsa och högre livskvalitet långt upp i åldrarna. Men läkemedelsbehandlingen av äldre patienter behöver förbättras avsevärt. Idag orsakar läkemedelsrelaterade problem hos äldre onödigt lidande för många människor och kostar samhället miljardbelopp varje år.

- ❑ Äldre personer har inte nödvändigtvis för många läkemedel – men alltför många äldre ordinerar olämpliga läkemedel. Det finns vetenskapligt stöd för att ökad utbildning och information till i första hand läkare leder till minskad förskrivning och ordination av olämpliga läkemedel till äldre.
- ❑ Grundligare medicinsk utredning och bättre diagnostik av sköra, äldre patienter med flera samtidiga sjukdomar är en förutsättning för att kunna minska olika läkemedelsrelaterade problem. Alltför ofta behandlas dessa patienters symtom kortsiktigt i det akuta skedet, utan att man tar ett helhetsgrepp och planerar för en aktiv uppföljning. Detta kan innebära lidande för den enskilde patienten och kan försvåra eller försena möjligheten till funktionell och medicinsk återhämtning. Det leder också till förlängda vårdtider.

- ❑ Individuellt anpassad dosering och återkommande omprövning av läkemedelsordinationer till sköra, äldre patienter med flera samtidiga sjukdomar kan minska deras läkemedelsrelaterade problem. Många organsystem hos den åldrande människan har en mer eller mindre nedsatt funktion. Verknningar och biverkningar av läkemedel ändras med stigande ålder och också därför måste läkemedelsbehandlingen kontinuerligt omprövas. Det finns vetenskapligt stöd för att flera läkemedel medför ökade risker, t ex NSAID, läkemedel med antikolinerga effekter och bensodiazepiner. Dessa bör alltid betraktas som riskläkemedel för äldre.
- ❑ För äldre patienter med många hälsoproblem och många läkemedel skulle situationen förbättras om det vid konsultationen fanns rutiner för regelbunden avstämning av behandlingens effekt i varje enskilt fall och i samråd med patienten. Det är oetiskt att detta så ofta saknas, helt eller delvis, i dagens sjukvård.
- ❑ Det finns ingen enskild åtgärd, exempelvis läkemedelsgenomgångar, som kan lösa dagens problem med läkemedelsbehandling av äldre patienter. Istället krävs flera samtidiga förändringar som rör informationshantering, rutiner och hjälpmedel för förskrivning och behandlingsuppföljning, distribution av läkemedel samt utbildningsinsatser. Vårdens organisation och ansvarsfördelning bör också anpassas och klargöras. Flera aktörer måste samverka runt patienten – även organisatoriskt måste en samverkan ske mellan exempelvis regioner, landsting, kommuner, verksamhetsansvariga, läkemedelssakkunniga, hälso- och sjukvårdens yrkesorganisationer och företrädare för patientintressen. Dessa aktörer bör skyndsamt få ett gemensamt uppdrag att utforma en åtgärdsplan som tar ett helhetsgrepp med många samtidiga insatser på olika nivåer.

Bakgrund och syfte

SBU publicerade år 2003 en rapport om evidensbaserad äldrevård med avsikt att ge underlag för prioritering av projekt för utvärdering inom äldrevården (SBU-rapport nr 163: Evidensbaserad äldrevård, SBU:s webbplats www.sbu.se). Några slutsatser i denna rapport var att sluten-

vårdsstatistiken gav en missvisande bild av sjukligheten hos äldre, att indexeringen av studier som inkluderar personer över 65 år var ofullständig och otydlig och att kunskapsunderlaget för behandling av äldre var bristfälligt inom många stora sjukdomsgrupper.

Delvis med utgångspunkt från denna rapport fick SBU uppdraget att göra en utvärdering av metoder för att förbättra läkemedelsanvändningen hos äldre patienter.

Idag är omkring 1,6 miljoner svenskar äldre än 65 år. Hälften av dessa är över 75 år och använder i genomsnitt 5–6 olika läkemedel. Det är en fördubbling jämfört med för två decennier sedan. I åldersgruppen 80-åringar och äldre använder cirka 15 procent tio läkemedel eller fler.

I grunden är läkemedelsbehandling positiv och bidrar till förbättrad hälsa och ökad livslängd. Samtidigt ökar riskerna för oönskade effekter med stigande ålder.

Det bör också påpekas att antalet läkemedel i sig inte kan anses vara ett problem så länge patienten behöver och drar nytta av behandlingen. Det viktiga är att patienten inte behandlas med läkemedel, eller kombinationer av läkemedel, som är olämpliga.

Uppdraget

Uppdraget för denna rapport har varit att ta fram evidensbaserad kunskap om metoder för att förbättra läkemedelsanvändningen hos sköra, äldre (≥ 65 år) patienter med flera samtidiga sjukdomar. Dessa patienter, som utgör en allt större grupp i hälso- och sjukvården, har en komplex sjukdomsbild med ofta avvikande symtom och nedsatt funktion i många vitala organ. Avsikten har varit att belysa generella frågeställningar relaterade till läkemedel och hanteringen av läkemedel ur ett patientperspektiv.

Det har inte ingått i uppdraget att studera behandling av specifika sjukdomstillstånd annat än för att exemplifiera generella problem. Genomgången har inte heller granskat studier kring underbehandling eller läkemedel som inte gör tillräcklig nytta för patienten.

Huvudfrågeställning

- Finns det brister i äldres läkemedelsanvändning som påverkar hälsa och livskvalitet och finns det i så fall metoder för att komma till rätta med dessa brister?

Specifika frågeställningar

- Läkemedelsrelaterade problem:
 - Finns det vissa läkemedel som är särskilt riskabla vid behandling av äldre?
 - Har äldre en ökad förekomst av biverkningar och oönskade läkemedelseffekter och i så fall varför?
- Åtgärder för att förbättra läkemedelsbehandling av äldre:
 - Kan följsamheten förbättras och vad betyder det i så fall för patienterna?
 - På vilket sätt kan förekomsten av läkemedelsrelaterade problem minska?
 - Bidrar doseringshjälpmedel till ökad säkerhet i äldres läkemedelsanvändning?
- Hälsoekonomisk utvärdering av faktorer som påverkar äldres läkemedelsanvändning.
- Etiska och sociala aspekter på äldres läkemedelsanvändning.

Metod

Den systematiska litteratursökningen har omfattat all relevant litteratur i tillgängliga databaser fram till och med år 2007. Eftersom de inkluderade variablerna inte alltid gått att kvantifiera och randomiserade och kontrollerade studier (RCT) inte alltid har funnits, har även observationella studier inkluderats. Vid utvärderingen har tyngdpunkten lagts på primära effektmått (livskvalitet, sjuklighet, sjukvårdskonsumtion och dödlighet). Även vissa processmått (antal läkemedel, riskläkemedel, följsamhet) har ingått.

Varje inkluderad studie har kvalitetsgranskats enligt SBU:s utarbetade metodik. Litteraturgranskningen omfattar flera olika faser; identifiering, urval och kvalitetsgranskning av studierna samt slutligen en syntes och en samlad värdering. Syftet är att uppnå en objektiv kartläggning av kunskapsläget. Rapporten har sammanställts av en grupp om nio experter från olika specialiteter. Den färdiga rapporten har granskats av sju externa sakkunniga samt av SBU:s råd.

Syntes och styrkegradering av slutsats

Studier granskades med avseende på bevisvärde, dvs hur väl studien besvarade den aktuella frågeställningen, hur väl den var genomförd och hur tillförlitliga resultaten bedömdes vara. Bevisvärdet för studien graderades som högt, medelhögt eller lågt.

För varje enskild frågeställning sammanställdes resultatdata från de studier som uppfyllt de basala kvalitetskraven. Därefter gjordes en bedömning av styrkan av det sammanlagda bevisvärdet i det vetenskapliga underlaget som grund för gradering av evidensstyrkan. Evidensstyrka uttrycker således det sammanlagda vetenskapliga underlaget för en slutsats, dvs hur många studier med högt eller medelhögt bevisvärde som stöder slutsatsen.

Evidensstyrkan för varje slutsats anges i texten nedan inom parentes. Bevisvärde och evidensstyrka definieras i Faktaruta 1.

Faktaruta 1 Definition av bevisvärde och evidensstyrka i SBU:s kunskaps sammanställningar.

Bevisvärde avser den vetenskapliga kvaliteten hos en enskild studie och dess förmåga att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt.

Evidensstyrka uttrycker det sammanlagda vetenskapliga underlaget för en slutsats, dvs hur många högkvalitativa studier som stöder slutsatsen.

Evidensstyrka 1 – Starkt vetenskapligt underlag

Slutsatsen stöds av minst två oberoende studier med högt bevisvärde i det samlade vetenskapliga underlaget. Om det finns studier som talar emot slutsatsen kan dock evidensstyrkan bli lägre.

Evidensstyrka 2 – Måttligt starkt vetenskapligt underlag

Slutsatsen stöds av minst en studie med högt bevisvärde och två studier med medelhögt bevisvärde i det samlade vetenskapliga underlaget. Om det finns studier som talar emot slutsatsen kan dock evidensstyrkan bli lägre.

Evidensstyrka 3 – Begränsat vetenskapligt underlag

Slutsatsen stöds av minst två studier med medelhögt bevisvärde i det samlade vetenskapliga underlaget. Om det finns studier som talar emot slutsatsen kan det vetenskapliga underlaget anses som otillräckligt eller motsägande.

Otillräckligt vetenskapligt underlag

När det saknas studier som uppfyller kraven på bevisvärde, anges det vetenskapliga underlaget som otillräckligt för att dra slutsatser.

Motsägande vetenskapligt underlag

När det finns olika studier som har samma bevisvärde men vilkas resultat går isär, anges det vetenskapliga underlaget som motsägande och inga slutsatser kan dras.

Resultat av den systematiska litteraturöversikten

Läkemedel som medför särskilda risker för äldre

- Läkemedel med antikolinerga effekter och bieffekter, t ex medel mot inkontinens och vissa psykofarmaka, kan ge kognitiva störningar hos äldre (Evidensstyrka 1).
- Vissa typer av lugnande medel, bensodiazepiner, ökar risken för fall/höftfrakturer hos äldre (Evidensstyrka 3). Det finns dock inte vetenskapligt stöd för att bedöma om långverkande jämfört med kortverkande bensodiazepiner är förknippade med större risker.
- Antiinflammatoriska och smärtstillande läkemedel som tillhör NSAID-gruppen kan orsaka magsår/magblödningar hos äldre (Evidensstyrka 1).
- NSAID ökar risken för insjuknande i hjärtsvikt hos äldre, eller/och kan ytterligare försämra hjärtats funktion hos äldre med känd hjärtsvikt (Evidensstyrka 3).
- Användning av läkemedelskombinationer som bedöms kunna påverka varandras effekter kan leda till förstärkt läkemedelseffekt och därmed biverkningar (Evidensstyrka 3).

Risikfaktorer och biverkningar

- Biverkningar är vanligt förekommande bland äldre i alla vårdformer (Evidensstyrka 3).
- En stor andel, cirka 30–50 procent, av dessa biverkningar bedöms som möjliga att undvika (Evidensstyrka 3).
- Vanliga orsaker till brister i läkemedelsbehandlingen:
 - Felaktig ordination (Evidensstyrka 3).
 - Uppföljning saknas, antingen som rutin eller som en reaktion på varningssignaler (Evidensstyrka 3).
 - Onödigt många läkemedel som tillsammans orsakar flera biverkningar (Evidensstyrka 3).

- I förhållande till andra typer av fel är det ovanligt att brister i läkemedelsbehandlingen beror på felaktig utdelning, dispensering (Evidensstyrka 3).

Följsamhet till ordination

- Flera olika åtgärder i kombination såsom patientutbildning med upprepad information, förenklade läkemedelslistor och uppföljning av patientens möjlighet att kontrollera sin läkemedelsbehandling ökar följsamhet till ordinerad behandling (Evidensstyrka 3).
- Det saknas studier som stödjer att en enskild interventionsmetod på ett avgörande sätt påverkar följsamhet vid läkemedelsbehandling.
- Det saknas studier som belyser långtidseffekter av interventioner som syftar till att förbättra följsamhet. Observationstiderna i studierna uppgår till 6 månader.
- Det saknas studier som belyser om metoder som syftar till att förbättra följsamhet påverkar dödlighet, sjuklighet eller livskvalitet.

Utbildning, information och uppföljning

- Utbildning och information, riktad till läkare och annan sjukvårdspersonal, kan minska förskrivning och ordination av läkemedel som bedöms öka risken för uppkomst av läkemedelsrelaterade problem hos äldre (Evidensstyrka 3).
- Uppföljning av läkemedelsbehandling genom särskilda insatser som omfattar olika personalkategorier och även inkluderar patienten kan minska förekomsten av läkemedelsrelaterade problem hos äldre (Evidensstyrka 3).
- Det saknas i dagsläget vetenskapliga studier som entydigt kartlägger om olika typer av insatser för att minska läkemedelsrelaterade problem påverkar dödlighet, sjuklighet, livskvalitet eller sjukvårdskonsumtion.

Doseringshjälpmedel

- Det saknas studier som gör det möjligt att avgöra om dosdispensering/ApoDos förbättrar följsamhet till ordination eller ger ökad patientsäkerhet.

Hälsoekonomiska aspekter

- Läkemedelsbiverkningar ger upphov till ökade sjukvårdskostnader (Evidensstyrka 1).
- Det vetenskapliga underlaget uppvisar motstridiga resultat och är otillräckligt för att belysa om kostnaderna för läkemedelsbiverkningar ökar med patientens stigande ålder.
- Det vetenskapliga underlaget uppvisar motstridiga resultat och är otillräckligt för att visa i vilken mån följsamhet till ordination påverkar sjukvårdskostnaderna.
- Det vetenskapliga underlaget uppvisar motstridiga resultat och är otillräckligt för att avgöra om begränsad betalningsförmåga har betydelse för äldres inköp av läkemedel eller, över huvud taget, de äldres hälsa.
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma hur olika insatser för att minska läkemedelsrelaterade problem hos äldre påverkar sjukvårdskostnaderna.

Diskussion och slutsatser

Läkemedel räddar liv, förlänger liv och gör det möjligt för många att leva ett aktivt liv under en allt längre period av livet. Allt fler blir äldre.

Tack vare nyare, effektivare och ofta skonsammare behandlingsmetoder överlever också allt fler äldre akuta sjukdomstillstånd och kan hålla kroniska sjukdomar i schack under längre tid. Idag behandlas också riskfaktorer hos äldre, även om betydelsen av dessa riskfaktorer inte alltid är klarlagd för denna patientgrupp.

Sverige är ett av de länder som har högst medellivslängd i världen. Andelen personer som är 65 år eller äldre är idag närmare 18 procent och beräknas öka till något mer än 21 procent år 2020. Ökningen är störst bland de allra äldsta där närmare en halv miljon svenskar redan idag är över 80 år.

Men samtidigt som vi har möjlighet att leva ett allt längre liv ökar också risken att drabbas av sjukdom, exempelvis hjärt-kärlsjukdomar, diabetes, sjukdomar i rörelseorganen och demens. Sjukdomar som kräver medicinsk behandling, oftast med läkemedel. Drygt 40 procent av alla läkemedel förskrivs till patienter som är 65 år eller äldre.

De allra äldsta, från 80 år och uppåt, använder i genomsnitt mellan fem och sex läkemedel per person. Cirka 15 procent i denna åldersgrupp har tio läkemedel eller fler.

Totalt sett har förskrivningen av läkemedel till personer som är 75 år och äldre fördubblats under de senaste tjugo åren. Den genomsnittliga förbrukningen i denna åldersgrupp är idag drygt fem läkemedel per person. Men det är stora individuella skillnader: enligt läkemedelsregistret kan det variera mellan 1 och 42 läkemedel per person. Det är också skillnad mellan män och kvinnor och, beroende på den ojämna åldersfördelningen i landet, mellan olika regioner, landsting och kommuner.

- Det bör understrykas att den stora gruppen ”äldre” varken kan eller får behandlas som en homogen grupp; de funktionella skillnaderna mellan olika individer kan vara mycket stora och kronologisk ålder är ofta vilseledande. En ”ung” 90-åring kan vara lika vital som en ”äldre” 50-åring, även om det inte hör till vanligheten.

Åldrandet i sig leder till förändrade symtom och sjukdomstecken, som kan göra att man inte känner igen och upptäcker den bakomliggande sjukdomen. Ett exempel är kärilkramp och hjärtinfarkt där den äldre patienten inte alltid uppvisar det klassiska symtomet bröstsmärtor.

Den äldre patienten är också känsligare för läkemedel och får också annorlunda biverkningar; förvirringstillstånd ses sällan hos yngre patienter men är ett vanligt symptom hos äldre.

Biverkningar av läkemedel kan undvikas

Det finns många faktorer som påverkar risken för läkemedelsbiverkningar. Det kan vara fysiologiska åldersförändringar, flera olika sjukdomar, summan av effekter av olika läkemedel, läkemedelsinteraktioner och antalet läkemedel. Inte oväntat är det de allra äldsta, sjukaste patienterna som använder flest läkemedel som också drabbas svårast av biverkningar och andra oönskade effekter av sin behandling.

Den systematiska litteraturgenomgången visar att ungefär var femte äldre patient som söker sjukvård har biverkningar eller ogynnsamma effekter av sin läkemedelsbehandling. Den vanligaste orsaken är felaktig eller ej uppdaterad ordination och bristande uppföljning.

En stor del av dessa biverkningar, upp till hälften, är möjliga att förutse och därmed möjliga att undvika. Några exempel:

- Kognitiva störningar och förvirring, en av de vanligaste anledningarna till att äldre söker sjukvård akut, kan vara biverkningar av läkemedel med antikolinerg effekt (medel mot inkontinens, vissa psykofarmaka).
- Fall och höftfrakturer, indirekt orsakade av vissa lugnande medel (bensodiazepiner). Det förefaller finnas ett samband mellan risk för fallskador och given dos av bensodiazepiner. När det gäller eventuella skillnader mellan långverkande och kortverkande bensodiazepiner visar däremot studierna motsägande resultat.
- Magblödningar och ökad risk för hjärtsvikt eller försämrad hjärtsvikt hos äldre visar ett klart samband med behandling med antiinflammatoriska och smärtstillande läkemedel som tillhör NSAID-gruppen.

Långtidsbehandling med NSAID bör därför inte förekomma hos äldre patienter utan att mycket särskilda skäl föreligger.

- Ett stort antal studier har pekat på att kombinationer av läkemedel kan orsaka kliniskt betydelsefulla interaktioner, men få studier har undersökt den kliniska effekten av dessa. De studier som finns har dock visat att användning av läkemedelskombinationer, som bedöms kunna ge kliniskt relevanta interaktioner, kan leda till förstärkt läkemedelseffekt och därmed biverkningar.

Det finns sammantaget starkt vetenskapligt stöd för att flera av de läkemedel som av Socialstyrelsen utvalts som indikatorer för bedömning av läkemedelsbehandlings kvalitet (t ex läkemedel med antikolinerga effekter och bieffekter, bensodiazepiner och olämpliga läkemedelskombinationer) indikerar ökad risk för biverkningar hos äldre. Alla kvalitetsindikatorer har dock inte lika högt bevisvärde eller är inte helt anpassade till den kliniska vardagen.

- Ett problem vid studier av biverkningar är att symtom och tecken på biverkningar varierar mellan individer och läkemedel. Ofta kan det vara svårt att skilja biverkningssymtom från symtom på sjukdom eller åldrande. Ett annat problem är att förekomsten av biverkningar är svårt att studera med experimentella metoder och randomiserade kliniska studier. Samtliga granskade studier i denna rapport är olika typer av observationsstudier.
- Genomgången visar att biverkningar är vanligt förekommande bland äldre som söker sjukvård men det saknas bra studier av hur stort problemet är i befolkningen.
- En stor andel, cirka 30–50 procent, av dessa biverkningar bedöms som möjliga att undvika.
- Nedsatt allmäntillstånd, flera samtidiga sjukdomar och byte av vårdgivare ökar risken för biverkningar av läkemedelsbehandling.

- Många av biverkningarna orsakas av felaktig läkemedelsbehandling och/eller utebliven eller felaktig uppföljning av behandlingen.
- Samtidig medicinering med fem läkemedel eller fler (polyfarmaci) ökar risken för biverkningar och/eller ogynnsamma läkemedels-effekter.

Bland äldre öppenvårdspatienter löper de bräckliga och de med flera samtidiga sjukdomar större risk att drabbas av läkemedelsbiverkningar än friskare jämnåriga – även efter anpassning och förenkling av behandlingen.

En flytt mellan olika vårdgivare och vårdformer kan innebära en ökad risk för läkemedelsbiverkningar. Detta bör beaktas när den äldre patienten skrivs ut från sjukhusvård, särskilt bland patienter med flera nya läkemedel och med nedsatt kognitiv förmåga.

Utbildning och ökad uppföljning har effekt

Den systematiska litteraturgenomgången har fokuserat på utbildningsinsatser till vårdpersonal och/eller patienter och särskilda insatser som rör olika personalkategorier och även inkluderar patienten. Läkemedelsrelaterade problem har i detta sammanhang definierats som vårdutnyttjande, sjuklighet och dödlighet, men också sekundära utfallsmått som olämpliga läkemedel, antal läkemedel och följsamhet till ordination.

- Utbildning och information till läkare och annan vårdpersonal samt multidisciplinär samverkan kring patientens behandling kan minska förskrivningen av olämpliga och riskabla läkemedel.
- Uppföljning av läkemedelsbehandling som omfattar särskilda insatser av olika personal- och yrkeskategorier och som även inkluderar patienter minskar förekomsten av läkemedelsrelaterade problem hos äldre.

- Åtgärder för att förbättra äldres läkemedelsanvändning, t ex patient-information, måste vara väl anpassade till målgruppen och inriktade på flera faktorer för att kunna påverka följsamheten till ordination. Åtgärderna bör inte heller okritiskt inriktas mot slavisk följsamhet eftersom det kan finnas välgrundad anledning till att patienten inte tar sina läkemedel: symtomen lindras inte, indikationen upplevs inte som "livsviktig" eller kanske t o m är felaktig.

Dosdispensering – underlag för bedömning saknas

Sedan slutet av 1980-talet finns det i Sverige ett maskinellt system för central dispensering av flera läkemedel i samma förpackning (flerdosdispensering eller ApoDos). Systemet är i första hand avsett för patienter som inte själva kan sköta sin medicinering. Idag får cirka 140 000 patienter i Sverige sina läkemedel via ApoDos.

Mot bakgrund av den frekventa användningen har projektgruppen funnit det angeläget att genom en systematisk litteraturgenomgång undersöka om det finns evidens för att dosdispenseringssystem ger en bättre läkemedelshantering. Hittills gjorda studier har emellertid ofta varit små och dåligt definierade med lågt bevisvärde.

- Det saknas idag vetenskapligt underlag för bedömning om dosdispensering/ApoDos leder till förbättrad följsamhet, ökad säkerhet, ökad livskvalitet/hälsa eller är kostnadseffektivt.

Hälsoekonomiska aspekter

- Ogynnsamma effekter av läkemedel ger ökade kostnader. Detta gäller framför allt biverkningar som är förutsebara och möjliga att undvika. Större delen av kostnadsökningarna betingas av kostnader för slutenvård.
- Det finns för få studier för att kunna bedöma om kostnadseffekter av bristande följsamhet.

- Under senare år har det diskuterats om förändrade rabatteringsregler påverkar patienternas uttag av läkemedel från apotek. Det finns inga svenska studier som har undersökt detta och det vetenskapliga underlaget i övrigt är för litet för att visa hur äldre personers privatekonomi påverkar deras inköp av läkemedel.

Etiska och sociala aspekter

- All behandling ska ske i samråd med patienten eller dennes företrädare och ha förbättrad livskvalitet som mål. Det är en kränkning av patientens autonomi, rätt till självbestämmande, om detta inte sker.
- Särskild hänsyn måste tas till svårt sjuka människor där det ibland kan vara etiskt oförsvarbart att fortsätta behandling som inte är lindrande.
- Det finns studier som visar att bristen på kunskap om läkemedelsbehandling av de allra äldsta och svårast sjuka ofta beror på att denna grupp inte har studerats. Det är ett etiskt ansvar för de som utformar, godkänner och utför läkemedelsstudier att rätta till detta missförhållande.
- Brister i läkemedelsbehandlingen av äldre som beror på organisatoriska förhållanden i vården är oacceptabelt från etisk synpunkt. Det strider mot principen att göra gott och framför allt inte skada.
- Från social synpunkt skulle en förbättrad läkemedelsbehandling av äldre gynnsamt påverka livssituationen för den sjuke och dennes närstående och leda till lägre kostnader.

Konsekvensanalys

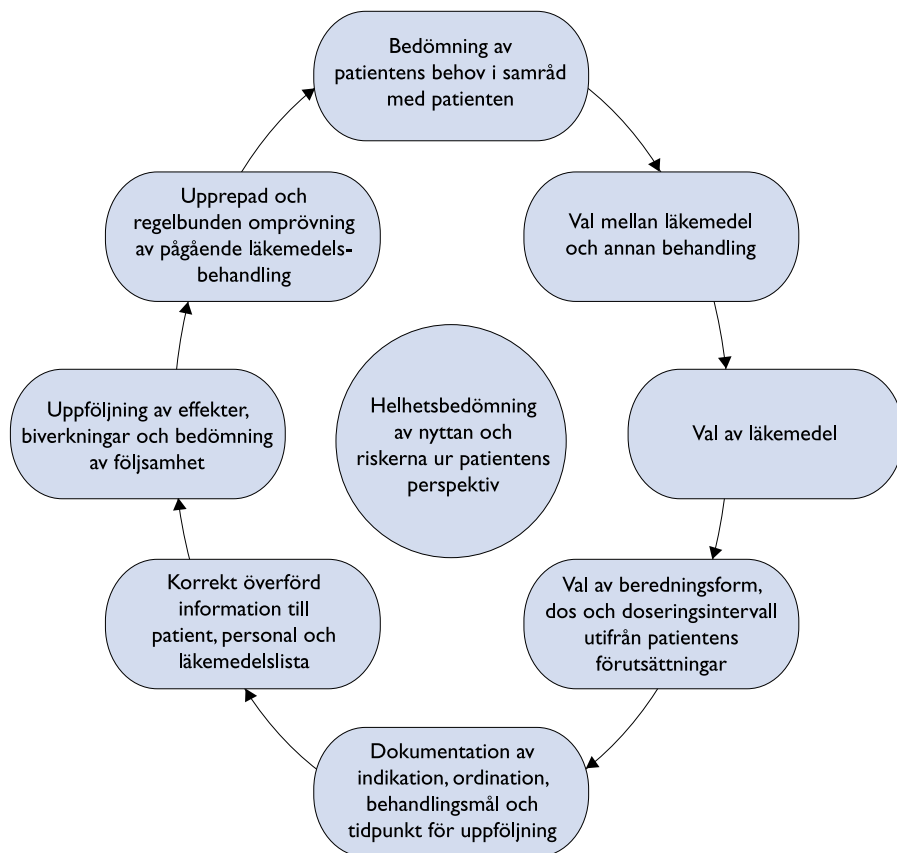
Den systematiska litteraturöversikten visar att det inte finns någon enskild metod eller åtgärd som påverkar äldres läkemedelsanvändning så att det leder till förbättrad hälsa, livskvalitet eller kostnadseffektivitet. Effekter har endast visats när det gäller enstaka processmått som olämpliga läkemedel, antal läkemedel eller följsamhet till ordination.

Utgångspunkten för all behandling av äldre måste vara faktiska kunskaper om åldrandets villkor från såväl biologisk som psykologisk och social synpunkt. Omsorgsfull utredning och diagnostik är avgörande för att bedöma den enskilde äldre patientens reaktion på sjukdom och läkemedel. Det räcker inte att, som alltför ofta görs i akuta skeden, enbart fokusera på den aktuella sjukdomen eller de aktuella symtomen.

Vid all behandling måste effekten av varje nyinsatt läkemedel bedömas i förhållande till patientens sjukdomar, aktuella hälsa, funktionella status samt övriga läkemedel. Denna helhetsbedömning är viktigare ju äldre patienten är.

Information och delaktighet, liksom dokumentation och uppföljning med kontinuerlig utvärdering, är nödvändiga förutsättningar för en god läkemedelsanvändning.

Läkemedelsbehandling av äldre ska ses som en kedja av olika åtgärder där alla länkar är lika nödvändiga (Figur 1). Insatser måste inriktas mot alla steg i processen och kan inte begränsas till åtgärder mot enstaka delar eller avsnitt. Detta arbete omfattar inte bara enskilda läkare och andra personalkategorier närmast patienten utan även sjukvårdens organisation och resursfördelning.



Figur 1 Läkemedelsbehandling av äldre – schema för helhetsbedömning.

Kunskapsluckor och behov av forskning

Genomgången av den vetenskapliga litteraturen visar att det finns ett stort behov av ytterligare studier av god kvalitet som undersöker metoder för att ge en säkrare läkemedelsanvändning hos äldre patienter.

Behandlingsstudier saknas ofta för de allra äldsta och det ökar osäkerheten om nyttan och riskerna av läkemedelsbehandling med stigande ålder. Det tas inte sällan för givet att forskningsresultat som gäller yngre

patienter är giltiga långt upp i åldrarna. Detta gäller framför allt förebyggande behandling och de långsiktiga effekterna på sjuklighet och dödlighet.

Med hänsyn till redovisade kunskapsluckor är det särskilt angeläget att framhålla behovet av studier på följande problemområden:

- *Utbildning, information och uppföljning.* Utbildning och information till läkare och vårdpersonal samt samverkan kring patientens behandling liksom aktiv planering och uppföljning med fokus på läkemedelsbehandlingen kan minska förekomsten av olämpliga och riskabla läkemedel. Ytterligare studier erfordras för att kunna avgöra i vilken omfattning överlevnad, sjuklighet, livskvalitet och sjukvårds-konsumtion påverkas av sådana insatser.
- *Risikfaktorer för biverkningar.* Här efterfrågas jämförande, epidemiologiska studier för att kartlägga förekomsten av biverkningar i en population. Sverige erbjuder goda möjligheter för denna typ av forskning.
- *Följsamhet till ordination.* Det råder brist på studier som visar i vad mån bättre följsamhet till ordination leder till förbättrad hälsa och livskvalitet.
- *Dosdispensering.* Det krävs studier av god vetenskaplig kvalitet för att kunna bedöma hur dosdispensering/ApoDos påverkar säkerhet i läkemedelsanvändningen, livskvalitet, hälsa och kostnadseffektivitet. Ännu finns det inga kontrollerade jämförande studier av de olika system för medicindelning som används i Sverige.