

Deprescribing – en ny strategi för att optimera äldre personers läkemedelsanvändning. En narrativ litteraturöversikt

Jonas W Wastesson¹, Carl Willers¹,
Karl-Hermann Sielinou Kamgang¹, Thony Björk²,
Johan Fastbom¹, Kristina Johnell¹ och Carina Lundby³

ABSTRACT. Syfte: Att ge en introduktion till begreppet *deprescribing* och sammanfatta centrala teman i den internationella forskningen.

Metod: Narrativ litteraturöversikt baserad på sökningar i *PubMed* och *Google Scholar*, samt manuell genomgång av referenslistor.

Resultat: Deprescribing definieras som en strukturerad process för utsättning eller dosreduktion av läkemedel. Internationella studier visar att interventionen kan minska olämplig läkemedelsanvändning och total läkemedelsbörda, men effekterna på patientcentrerade utfall är begränsade och ofta osäkra. Forskningen identifierar flera hinder för implementering, bland annat tidsbrist och bristande kunskap. Få studier av deprescribing har genomförts i Sverige.

Slutsats: Deprescribing är en lovande strategi för att optimera läkemedelsanvändning hos äldre. Det behövs studier som utvärderar insatsen inom svensk vård och omsorg, inte minst för att bedöma dess praktiska genomförbarhet och kliniska nytta.

¹Karolinska institutet

²SPF Seniorerna

³Syddanska universitetet

Korrespondens: Jonas W Wastesson, jonas.wastesson@ki.se

Inledning

I den engelskspråkiga forskningslitteraturen har *deprescribing* under de senaste åren lyfts fram som en av de mest lovande strategierna för att minska läkemedelsrelaterade problem hos äldre personer. Begreppet har dock inte tidigare beskrivits för en svensk läsekrets, trots att vi står inför samma utmaning med hög förekomst av läkemedelsrelaterade problem hos äldre, som i andra länder. I medeltal använder svenska individer 75 år och äldre fem läkemedel och det är inte ovanligt att de använder betydligt fler [1]. Samtidig användning av flera läkemedel ökar risken för läkemedelsbiverkningar och andra läkemedelsrelaterade problem [2]. Uppskattningsvis kan 10–20 procent av akuta inläggningar av äldre personer hänföras till läkemedelsrelaterade problem [3]. Detta visar att det finns ett behov av nya strategier för att minska läkemedelsrelaterade problem även i Sverige, vilket är bakgrunden till det övergripande syftet med denna artikel – att ge en introduktion till begreppet *deprescribing*.

I korthet syftar *deprescribing* till att förbättra hälsa och välmående för äldre personer genom utsättning (att avsluta en läkemedelsbehandling) eller dosreduktion av läkemedel. *Deprescribing* saknar för närvarande en svensk översättning, och vi använder det engelska begreppet i denna text. Vi har valt att inte använda något av de befintliga ord som används för att avsluta läkemedelsbehandling (till exempel seponering och utsättning av läkemedel) då *deprescribing* avser att beskriva utsättning via en särskild process och med mål att förbättra hälsa och välbefinnande.

I en svensk kontext har optimering av äldre personers läkemedelsbehandling främst fokuserat på läkemedelsgenomgångar, och enligt nuvarande riktlinjer ska läkemedelsgenomgång genomföras årligen för personer ≥ 75 år som använder minst fem läkemedel [4]. Läkemedelsgenomgångar har ofta ett vidare syfte än att sätta ut läkemedel, och kan inbegripa optimering

Huvudbudskap

- Internationell forskning visar att *deprescribing* minskar onödig och potentiellt olämplig läkemedelsanvändning. Evidensen för effekter på patientcentrerade utfall som livskvalitet och funktion är däremot begränsad.
- *Deprescribing* är genomförbart i klinisk vardag, men implementeringen hämmas av hinder såsom tidsbrist, bristande kontinuitet och otillräcklig kunskap.
- Svensk evidens är mycket begränsad, vilket motiverar studier i ordinärt och särskilt boende med fokus på komplexa patientgrupper och kliniskt relevanta utfall.

genom att till exempel sätta in läkemedel för tidigare obehandlade sjukdomar. Vid *deprescribing* är avsikten snävare och syftar till att identifiera läkemedel som är möjliga att sätta ut ifall det överensstämmer med personens önskligheter och mål. Det rör sig huvudsakligen om läkemedel som uppfyller något av följande kriterier [5]: (i) läkemedel som sannolikt inte har en positiv effekt under personens återstående livslängd (till exempel primär prevention med statiner); (ii) läkemedel som saknar aktuell indikation, det vill säga läkemedel som fortsätter att användas trots att den ursprungliga behandlingsorsaken inte längre föreligger (till exempel protonpumpshämmare); (iii) läkemedel som kan leda till beroende eller endast bör användas under en begränsad tid (till exempel benzodiazepiner och antidepressiva); (iv) läkemedel som är olämpliga för äldre personer (till exempel NSAID:er); (v) läkemedel där

den positiva effekten är begränsad men kan öka komplexiteten i behandlingsregimen (till exempel vissa vitaminer).

Det övergripandet syftet med denna narrativa litteraturöversikt är att ge en bred introduktion till deprescribing för en svensk publik. Vi diskuterar följande områden med särskilt fokus på äldre personer med polyfarmaci (samtidig användning av fem eller fler läkemedel): begreppet deprescribing, dess utveckling och nuvarande definition, hur deprescribing genomförs i praktiken, evidens för deprescribings säkerhet och effektivitet, kända hinder för deprescribing, samt svensk forskning på området. Slutligen diskuterar vi begreppets potentiella roll i en svensk kontext.

Metod

Denna artikel är en narrativ litteraturöversikt som introducerar begreppet deprescribing och belyser dess relevans för äldre personer med polyfarmaci. Narrativa litteraturstudier genomförs inte med samma formaliserade metodik som systematiska översikter och är primärt lämpliga för att ge breda översikter av begrepp i syfte att öka förståelsen för ett koncept eller fenomen [6].

Litteraturen identifierades genom sökning- ar i databaserna *PubMed* och *Google Scholar*, med hjälp av söktermer såsom deprescribing, polypharmacy, older adults och interventions i olika kombinationer. Utöver detta genomfördes kompletterande manuell sökning i referenslistor från relevanta översiktsartiklar. Urvalet av litteratur baserades dessutom på författarnas ämneskunskap och tidigare erfarenhet inom området, vilket möjliggjorde identifiering av centrala arbeten som inte fångades upp i sökningen. Detta var framför allt tidiga översiktsartiklar och metodartiklar där termen deprescribing inte användes konsekvent i litteraturen. Vi har valt att rikta översikten mot äldre personer med polyfarmaci för att belysa deprescribing som en generell intervention. Studier med fokus på specifika

läkemedel eller specialiserade vårdkontexter (till exempel palliativ vård) ligger därför utanför översiktens huvudsakliga syfte och behandlas endast översiktligt utan att formellt exkluderas.

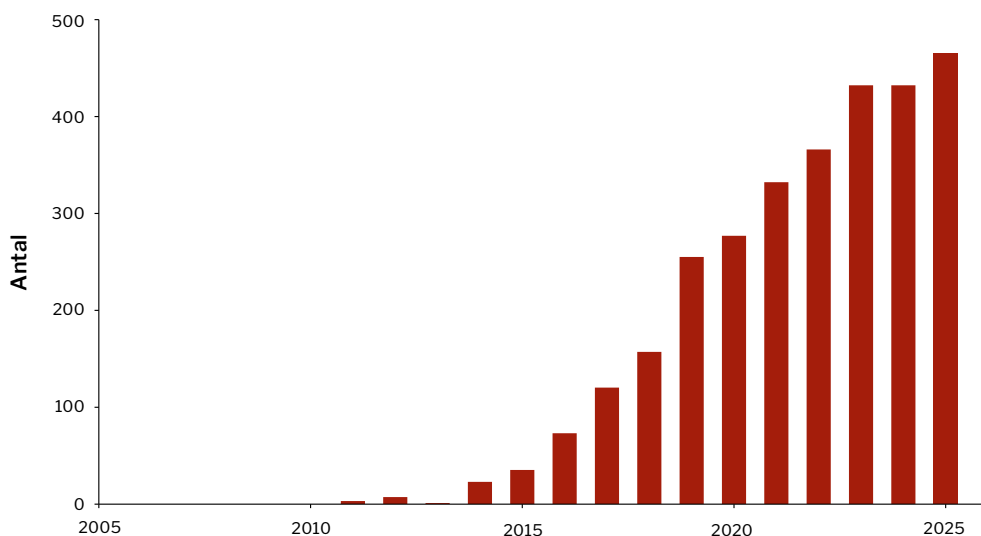
Urvalet av litteratur syftar till att belysa de teman som anges i studiens syfte: begreppets utveckling och definition, hur deprescribing genomförs i praktiken, evidens för säkerhet och effektivitet, hinder för implementering samt den svenska forskningen på området. Dessa teman har valts eftersom de återkommande framträder i den internationella deprescribinglitteraturen och utgör centrala komponenter för att ge en introduktion till interventionens kliniska och praktiska betydelse. Vi har inte sökt etiskt tillstånd för denna litteraturöversikt.

Resultat

Begreppsdefinition

Den mest vedertagna definitionen av deprescribing i den vetenskapliga litteraturen är från 2015: "Deprescribing is the process of withdrawal of an inappropriate medication, supervised by a health care professional, with the goal of managing polypharmacy and improving outcomes" [7]. Senare förslag till förändringar av definitionen innefattar att lägga till dosreduktion och substitution till mindre potent läkemedel; att bredda definitionen till att även omfatta läkemedel som inte är direkt olämpliga, men som förväntas ha låg sannolikhet att ge en positiv effekt under patientens livslängd [8]; samt att behandlingen ska överensstämma med patientens preferenser och vårdmål [9].

En ytterligare aspekt som inte fångas av den nuvarande definitionen är indelning i reaktiv och proaktiv deprescribing. Reaktiv utsättning av läkemedel efter att dessa har medfört läkemedelsrelaterade problem sker redan rutinmässigt i vården. Deprescribing fokuserar istället på proaktiv utsättning för att förebygga läkemedels-



FIGUR 1. Antalet artiklar indexerade årligen i *PubMed* där begreppet *deprescribing* förekommer i titel eller abstract mellan 2005 och 2025.

relaterade problem, genom regelbundna överväganden av risken och nyttan med patientens läkemedelsbehandling [10, 11]. Sannolikt kommer en ny definition av *deprescribing* att föreslås under de kommande åren.

Historisk utveckling

Konceptet *deprescribing* introducerades i en artikel av Woodward år 2003, som en strategi för att minska förekomsten av polyfarmaci, med syfte att undvika negativa effekter av omfattande läkemedelsbehandling [12]. Den process som föreslogs i ursprungsartikeln utgör fortfarande ett bärande inslag i de *deprescribing*interventioner som utvecklats därefter. Sedan 2003 har antalet artiklar om *deprescribing* ökat i snabb takt, se figur 1. Utvecklingen är särskilt tydlig efter 2015, då både begreppet och metodiken började etableras internationellt. År 2025 indexerades nästan

500 artiklar i *PubMed* med ordet *deprescribing* i titel eller abstract. Denna tilltagande publiceringstakt illustrerar hur området vuxit fram som ett eget forskningsfält och motiverar behovet av en översikt som sammanfattar centrala teman.

Anledningen till den kraftiga ökningen av publikationer är sannolikt den utbredda uppfattningen att läkemedelsanvändningen är för omfattande hos äldre personer. Detta innebär att risken för negativa effekter på grund av biverkningar och läkemedelsinteraktioner överväger de förväntade positiva effekterna av de enskilda läkemedlen [2]. Särskilt i en vårdstruktur med bristande kontinuitet kan läkemedelslistor riskera att växa på ett oplanerat sätt [13].

En central orsak till att *deprescribing* etablerats som begrepp är att processen att initiera en ny läkemedelsbehandling historiskt varit i hög grad standardiserad via riktlinjer och rekommendationer. Motsvarande riktlinjer saknas dock

i hög grad för i vilka situationer utsättning av läkemedel bör övervägas, samt hur ett läkemedel kan sättas ut på ett patientsäkert sätt [14, 15]. I ökande grad har forskare lyft fram behovet av att processer för utsättning (till exempel deprescribing) integreras i kliniska riktlinjer. Inte som ett tillägg, utan som en naturlig del i beslut om läkemedelsbehandling [16-18].

Den primära målgruppen för deprescribing-interventioner har ändrats något över tid. Till en början framhölls metoden som en generell strategi för att minska läkemedelsanvändningen bland äldre personer. Över tid har fokus förflyttats till grupper med en kort återstående livslängd, till exempel inom palliativ vård eller särskilt boende [19]. Den främsta anledningen till detta är att vid en kort förväntad livslängd minskar antalet läkemedel som kan förväntas ge en positiv effekt (så kallad *time-needed-to-treat*) under återstoden av personens liv [20].

Hur genomförs deprescribing?

Interventioner som syftar till deprescribing kan delas in i läkemedelsspecifika och generella [21]. De läkemedelsspecifika har fokus på ett (1) specifikt läkemedel, till exempel bisfosfonater [22] och statiner [23]. I denna översikt fokuserar vi på generella interventioner, då dessa oftare har större relevans för att förbättra äldre personers övergripande läkemedelsanvändning.

Generell deprescribing följer i de flesta fall en fyrstegsprocess, som innefattar:

1. fullständig läkemedelsgenomgång,
2. identifikation av läkemedel som ska avslutas, dosreduceras eller bytas ut,
3. planering av deprescribing i samförstånd med patienten, samt
4. fortsatt återkommande monitorering och stöd för patienten [8, 12].

Interventionen genomförs ofta i multiprofessionella team med omfattande läkemedelsgenomgång, beslut om utsättning (i samråd med

patient) och genomförande. Det faktum att deprescribing ofta sker via multiprofessionella kliniska överväganden innebär att det kan vara svårt att översätta en intervention från en kontext till en annan [24].

Evidens för säkerhet och effektivitet

Deprescribinginterventioner har primärt genomförts i form av randomiserade eller pragmatiska kliniska prövningar. Över lag har interventionerna varit småskaliga och genomförts på en specifik klinik eller vårdenhet. Det har publicerats en stor mängd systematiska översiktsartiklar för specifika utfall och insatser gällande säkerhet och effektivitet av deprescribinginterventioner. I bilaga 1 presenterar vi ett urval av systematiska översikter publicerade mellan 2018 och 2025, som belyser det nuvarande forskningsläget. Tabellen är avsedd som en informationsöversikt och är inte uttömmande.

De utvalda översiktsartiklarna visar att interventionerna ofta omfattar breda populationer [25, 26], men även mer specifika grupper, till exempel äldre personer med dokumenterad polyfarmaci [27], skörhet [28] eller boende på särskilt boende [29].

De utfall som studerats inkluderar läkemedelsrelaterade utfall, kliniska händelser, resursutnyttjande och hälsorelaterad livskvalitet. Resultatbilden är samstämmig i att interventionerna ofta leder till förbättringar i läkemedelsrelaterade mått, såsom minskning av olämpliga läkemedel och lägre totalt antal läkemedel [25-27, 29-31]. Effekterna på kliniska utfall och livskvalitet är mer varierande och ofta begränsade. Kvaliteten på de primärstudier som ingår i översikterna bedöms i flera fall vara begränsad [32], vilket gör det svårare att dra robusta slutsatser om effekter på hälsoutfall, vårdresurser och hälsorelaterad livskvalitet (HRQoL).

Sammantaget indikerar översikterna att deprescribing är en genomförbar strategi som kan

förbättra kvaliteten i läkemedelsanvändningen hos äldre. Däremot är det fortfarande oklart i vilken utsträckning förbättrad läkemedelsanvändning leder till bättre kliniska resultat. Flera författare lyfter behovet av större studier av hög kvalitet, inklusive hälsoekonomiska utvärderingar och studier med patientcentrerade utfall som primära effektmått.

Kända hinder för deprescribing

Hinder för deprescribing har studerats inom olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet [33-35]. I litteraturen har dessa ofta rapporterats vara knutna till antingen läkaren eller patienten, eller samspelet mellan ansvarig läkare och patient [36].

Individuella faktorer. Ett väldokumenterat hinder är att förslag om deprescribing kan skapa en känsla av att sjukvården har givit upp om patienten [33]. Det är därför av vikt att samtal om deprescribing görs på ett strukturerat sätt. Ett antal samtalsguider och -verktyg har skapats för detta ändamål, men inga är ännu översatta till svenska [37]. Dessa kan överlappa med till exempel brytpunktssamtal inom palliativ vård. Det primära hindret som lyfts fram av behandlande läkare är brist på erfarenhet och kunskap kring deprescribing. Detta kan bland annat inkludera osäkerhet om vilka läkemedel som kan sättas ut och hur utsättningen kan planeras och genomföras på ett säkert sätt [8].

Organisatoriska faktorer. Ett organisatoriskt hinder för deprescribing som ofta angetts av forskare är brist på tid eller tillfälle. Detta innefattar åtminstone två komponenter. Dels tiden att göra en fullgod läkemedelsgenomgång med efterföljande diskussion om alternativ. Dels möjlighet att följa patienten efter utsättning för att övervaka eventuella utsättningssymptom [33, 34]. Vidare kan deprescribing försvåras av att det kan kräva kommunikation mellan olika förskrivare.

Att sätta ut ett läkemedel som är insatt av en annan läkare kan upplevas som känsligt, dels på grund av ofullständig klinisk information, dels för att det kan uppfattas som att man överprövar en annan förskrivares beslut [38]. De organisatoriska hinder för deprescribing som angetts av patienter är främst brist på kunskap om att deprescribing kan vara ett alternativ till fortsatt behandling [39]. Ett annat hinder är bristen på kontinuitet i vården, som kan medföra att patienten har svårt att identifiera en person med huvudansvar för patientens läkemedelsanvändning.

Strukturella faktorer. Strukturella hinder har diskuterats i mindre omfattning. På det nationella och regionala planet kan det till exempel handla om att deprescribing nämns i policy och rekommendationer [40]. Specifika behandlingsriktlinjer för olika sjukdomstillstånd eller läkemedelsbehandlingar är primärt fokuserade på korrekt insättning av läkemedel medan utsättning sällan nämns eller ges lite utrymme [41]. Gemensam infrastruktur, så som it-stöd, kan också hänföras till strukturella faktorer [42]. Att korrekt kunna genomföra läkemedelsgenomgång och deprescribing kräver att man har tillgång till en uppdaterad och korrekt läkemedelslista, varvid elektroniska beslutssystem kan vara till hjälp.

Deprescribing forskning i en svensk kontext

Den publicerade forskning som specifikt rör deprescribing i Sverige är begränsad. De studier som finns är huvudsakligen genomförda inom palliativ vård [19, 43, 44], där förändrade behandlingsmål och kontinuerlig uppföljning gör läkemedelsutsättning till en integrerad del av vårdprocessen. Resultaten är därför svåra att generalisera till äldre personer med polyfarmaci i ordinärt eller särskilt boende. En registerbaserad studie från 2025 visar att avslutade läkemedelsförskrivningar bland äldre i Sverige är ovanliga, även för läkemedel som i internationell

litteratur ofta föreslås som kandidater för deprescribing [45]. En metodologisk artikel har dessutom beskrivit utmaningar och möjliga förbättringar i hur deprescribing kan identifieras i nordiska register [46]. Dessa registerstudier visar både potentialen och begränsningarna med att studera deprescribing utifrån registerdata. Sammantaget är det vetenskapliga underlaget för deprescribing i Sverige betydligt tunnare än i flera andra länder.

Diskussion

Deprescribing har varit ett växande område för internationell vetenskaplig forskning under de senaste två decennierna. Trots att deprescribing numera är ett etablerat forskningsfält saknas det kunskap om insatsen i en svensk kontext. Denna narrativa översikt visar att deprescribing är en kliniskt möjlig intervention som konsekvent förbättrar kvaliteten i läkemedelsanvändningen hos äldre personer, framför allt genom att minska antalet potentiellt olämpliga läkemedel och reducera onödig läkemedelsbörda. Däremot finns begränsat stöd för effekter på patientprioriterade utfall (så som livskvalitet och funktionsförmåga). Det växande intresset för deprescribing speglar en bred insikt om att omfattande läkemedelsbehandling hos äldre kan medföra betydande risker, vilket understryker behovet av alternativa angreppssätt.

De senaste decennierna har deprescribing etablerats som den tydligast definierade och kliniskt inriktade strategin för att minska onödig läkemedelsanvändning bland äldre. Bland annat som ett mer fokuserat alternativ till bredare läkemedelsgenomgångar. Det finns en mängd strategier och mycket relevant information om läkemedelsoptimering för äldre tillgängligt på svenska, dock diskuteras deprescribing sällan i dessa källor, se tabell 2 för vidare läsning om läkemedelsinsatser för äldre i Sverige. Den samlade erfarenheten från andra länder visar dock att deprescribinginsatser är genomförbara

och uppskattade i klinisk vardag, vilket talar för att en mer systematisk prövning även i en svensk kontext är motiverad. Deprescribingkonceptet har i dagsläget nått en sådan mognadsgrad att det börjar inkluderas i riktlinjer i en rad europeiska länder [41].

Evidensen för deprescribinginterventioner visar på tydliga förbättringar i förskrivningskvalitet. Dock präglas forskningsfältet fortsatt av relativt små studier, heterogena populationer och varierande interventioner, ofta med kort uppföljningstid och begränsad metodologisk stringens [26]. Dessa resultat liknar i stort den evidens som existerar för läkemedelsgenomgångar, vilket är den mest etablerade strategin nationellt [47]. Men där läkemedelsgenomgångar ofta sker reaktivt för att åtgärda ett uppstått läkemedelsrelaterat problem, kan deprescribing utgöra en mer proaktiv åtgärd som syftar till att undvika problem innan de uppstår. I en svensk kontext kan det alltså snarast ses som ett möjligt komplement till existerande rekommendation om läkemedelsgenomgångar.

Det finns en rad kända hinder för att integrera deprescribing i klinisk vardag. Noterbara faktorer från den internationella litteraturen är tidsbrist bland förskrivare och otillräcklig kunskap om insatsen. Detta kan sannolikt också utgöra ett hinder i Sverige. Majoriteten av äldre personers vårdbesök görs på vårdcentraler, och primärvården i Sverige har generellt långa väntetider och bristande kontinuitet [48]. Vidare är primärvårdsbesök förhållandevis korta, med fokus på enskilda hälsoproblem. Denna typ av vårdbesök lämpar sig dåligt för deprescribing, då en utförlig läkemedelsgenomgång och deprescribing som åtgärd är tidskrävande. Även uppföljning efter utsättning av läkemedel kan vara svårt att organisera inom primärvården. Möjligen skulle särskilt boende utgöra en god miljö för att testa deprescribing, med mer kontinuitet i läkarkontakt och möjlighet till uppföljning.

Svensk forskning om deprescribing är som

TABELL 2. Svenska initiativ och resurser för förbättrad läkemedelsanvändning bland äldre.

Initiativ/resurs	Typ av information	Aktörer
Koll på läkemedel www.kollpalakemedel.se	Webbsida med information rörande äldre personer och läkemedel som riktar sig till både äldre personer, anhöriga och vårdgivare	Samarbete mellan Apoteket, PRO, SPF Seniorerna och SKPF Pensionärerna
Indikatorer för god läkemedelsterapi bland äldre www.socialstyrelsen.se	Nationella riktlinjer för äldre personers läkemedelsterapi. Inkluderar: Läkemedelsspecifika indikatorer gällande val av läkemedel, behandlingsregim, dosering och läkemedelskombinationer. Diagnosspecifika indikatorer som beskriver förekomst av rationell/irrationell/olämplig läkemedelsanvändning vid de vanligaste diagnoserna hos äldre	Socialstyrelsen
Föreskrift om läkemedelsgenomgångar www.socialstyrelsen.se	<i>HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Kap 11 Läkemedelsgenomgångar</i>	Socialstyrelsen
FAS-UT 2024 och Region Uppsalas Rekommenderade läkemedel för vuxna www.regionuppsala.se	Information om vanliga läkemedel där nedtrappning ofta är motiverad. Informationen baseras på böckerna FAS-UT 3 och FAS-UT 2024	Region Uppsala
Janusinfo/ Kloka listan www.janusinfo.se	Rekommendationer för läkemedelsbehandling av äldre personer, riktad till läkare och sjukvårdspersonal. Innehåller länkar till användbara verktyg för bland annat läkemedelsgenomgångar	Region Stockholm

vi tidigare nämnt begränsad. Den publicerade forskning som specifikt berör deprescribing är huvudsakligen genomförd inom palliativ vård [43], där utsättning av läkemedel redan är en rutinmässigt accepterad och integrerad praktik. Det finns också nyliga studier som försöker utveckla metoder för att mäta förekomsten av deprescribing i registerdata, men utfallsstudier saknas alltså [45]. Därför saknas i dag det vetenskapliga underlag som krävs för att bedöma hur deprescribing fungerar i svensk vård och om insatsen kan ge mervärde utöver nuvarande arbetssätt.

Styrka och begränsningar

Denna översikt är narrativ och saknar de formella moment som präglar en systematisk litteraturoversikt. Sökningen är inte uttömmande, urvalet bygger delvis på författarnas ämneskunskap och vi har inte genomfört en strukturerad kvalitetsgranskning av primärstudierna. Syftet har inte varit att värdera interventionens effekt i kvantitativ bemärkelse, utan att introducera begreppet deprescribing, redogöra för dess centrala komponenter och sammanfatta den internationella forskningen på ett sätt som är relevant för svenska kliniker och beslutsfattare.

Slutsats

Det nuvarande kunskapsläget om deprescribing visar att det är en insats som effektivt kan minska det totala antalet använda läkemedel och olämpliga läkemedel. Dock är det oklart om deprescribing främjar viktiga utfall såsom livskvalitet. Det finns ett behov av studier som utvärderar deprescribinginterventioner i ordinärt och särskilt boende i Sverige, inklusive studier som inkluderar mer komplexa patientgrupper och patientcentrerade utfall som primära effektmått. Det finns även behov av metodutveckling som gör det möjligt att identifiera och följa planerade

utsättningar i registerdata. Sammantaget talar översikten för att deprescribing är en kliniskt rimlig strategi som bör testas i en svensk kontext med moderna studiedesigner och tydliga målgrupper för att minska förekomsten av läkemedelsrelaterade problem hos äldre personer.

Deprescribing – a new strategy to optimise older adults' medical use. A narrative review

Abstract. Aim: To introduce the concept of *deprescribing* and summarise key themes in the international research literature.

Method: Narrative literature review based on searches in *PubMed* and *Google Scholar*, supplemented by manual screening of reference lists.

Results: Deprescribing is defined as a structured process for withdrawing or reducing the dose of medications. International studies show that the intervention can reduce potentially inappropriate medication use and overall medication burden, although effects on patient-centred outcomes are limited and often uncertain. Several barriers to implementation have been identified, including lack of time and insufficient knowledge. Few studies on deprescribing have been conducted in Sweden.

Conclusion: Deprescribing is a promising strategy for optimising medication use in older adults. Studies evaluating the intervention in Swedish healthcare are needed, particularly to assess its practical feasibility and clinical value.

Referenser

1. Wastesson JW, Minguéz AC, Fastbom J, Maioli S, Johnell K. *The composition of polypharmacy: a register-based study of Swedes aged 75 years and older*. Plos one 2018;13(3): e0194892. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194892>
2. Wastesson JW, Morin L, Tan ECK, Johnell K. *An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review*. Expert opinion on drug safety 2018;17:1185-96. <https://doi.org/10.1080/14740338.2018.1546841>

3. Cosgrave N, Frydenlund J, Beirne F, Lee S, Faez I, Cahir C m fl. *Hospital admissions due to adverse drug reactions and adverse drug events in older adults: a systematic review*. Age and ageing. 2025;54. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaf231>
4. Socialstyrelsen. *Läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel – en vägledning för hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen; 2013.
5. Hayes KN, Niznik JD, Gnjidic D, Moriarty F, Tran N, Coe AB m fl. *Evaluation of real-world evidence to assess health outcomes related to deprescribing medications in older adults: an International society for pharmacoepidemiology-endorsed systematic review of methodology*. American journal of epidemiology. 2025;194(8):2431-39. <https://doi.org/10.1093/aje/kwae425>
6. Greenhalgh T, Thorne S, Malterud K. *Time to challenge the spurious hierarchy of systematic over narrative reviews?* European journal of clinical investigation. 2018;48(6):e12931. <https://doi.org/10.1111/eci.12931>
7. Reeve E, Gnjidic D, Long J, Hilmer S. *A systematic review of the emerging definition of "deprescribing" with network analysis: implications for future research and clinical practice*. British journal of clinical pharmacology. 2015;80:1254-68. <https://doi.org/10.1111/bcp.12732>
8. Thompson W, McDonald EG. *Polypharmacy and deprescribing in older adults*. Annual review of medicine. 2024;75:113-27. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-070822-101947>
9. Holmes HM, Todd A. *The role of patient preferences in deprescribing*. Clinics in geriatric medicine. 2017;33(2):165-75. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2017.01.004>
10. Anderson TS, Goyal P, Marcum ZA. *Implementing a proactive deprescribing approach to prevent adverse drug events*. Journal of general internal medicine. 2020;35:3694-6. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05886-z>
11. Scott S, Clark A, Farrow C, May H, Patel M, Twigg MJ m fl. *Deprescribing admission medication at a UK teaching hospital: a report on quantity and nature of activity*. International journal of clinical pharmacy. 2018;40(5):991-6. <https://doi.org/10.1007/s11096-018-0673-1>
12. Woodward MC. *Deprescribing: achieving better health outcomes for older people through reducing medications*. Journal of pharmacy practice and research. 2003;33:323-8. <https://doi.org/10.1002/jppr2003334323>
13. Lundby C, Graaebak T, Ryg J, Søndergaard J, Potte-gård A, Nielsen DS. "... Above all, it's a matter of this person's quality of life": health care professionals' perspectives on deprescribing in older patients with limited life expectancy. Gerontologist. 2020;60(3):439-49. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz116>
14. Thompson W, Reeve E, Moriarty F, Maclure M, Turner J, Steinman MA m fl. *Deprescribing: future directions for research*. Research in social and administrative pharmacy. 2019;15(6):801-5. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.08.013>
15. Farrell B, Pottie K, Rojas-Fernandez CH, Bjerre LM, Thompson W, Welch V m fl. *Methodology for developing deprescribing guidelines: using evidence and GRADE to guide recommendations for deprescribing*. Plos one. 2016;11(8):e0161248. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161248>
16. Lundby C, Burghle A, Ryg J, Abuna L, Alnabhan WA, Thanikaikumaran JK m fl. *Afmedicinering i danske kliniske behandlingsvejledninger*. Ugeskrift for læger. 2022;184(27):V01220063.
17. Jepsen DB, Bergen ES, Pan J, van Poelgeest E, Osman A, Burghle A m fl. *Recommendations on deprescribing of bisphosphonates in osteoporosis guidelines: a systematic review*. European geriatric medicine. 2023;14:747-60. <https://doi.org/10.1007/s41999-023-00820-y>
18. van der Ploeg MA, Floriani C, Achterberg WP, Bo-gaerts JMK, Gussekloot J, Mooijlaart SP m fl. *Recommendations for (discontinuation of) statin treatment in older adults: review of guidelines*. Journal of the American geriatrics society. 2020;68(2):417-25. <https://doi.org/10.1111/jgs.16219>
19. Hedman C, Frisk G, Björkhem-Bergman L. *Deprescribing in palliative cancer care*. Life. 2022;12(5):613. <https://doi.org/10.3390/life12050613>
20. Holmes HM, Hayley DC, Alexander GC, Sachs GA. *Reconsidering medication appropriateness for patients late in life*. Archives of internal medicine. 2006;166:605-9. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.6.605>
21. Reeve E, Thompson W, Farrell B. *Deprescribing: a narrative review of the evidence and practical recommendations for recognizing opportunities and taking action*. European journal of internal medicine. 2017;38:3-11. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2016.12.021>
22. Lamarre M, Marcotte M, Laurin D, Furrer D, Vedel I, Tourigny A m fl. *Discontinuation of bisphosphonates in seniors: a systematic review on health outcomes*. Archives of osteoporosis. 2021;16:133. <https://doi.org/10.1007/s11657-021-01000-w>

23. Holmes HM, Todd A. *Evidence-based deprescribing of statins in patients with advanced illness*. *Jama internal medicine*. 2015;175(5):701-2. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.0328>
24. Sawan M, Reeve E, Turner J, Todd A, Steinman MA, Petrovic M m fl. *A systems approach to identifying the challenges of implementing deprescribing in older adults across different health-care settings and countries: a narrative review*. *Expert review of clinical pharmacology*. 2020;13:233-45. <https://doi.org/10.1080/17512433.2020.1730812>
25. Chua S, Todd A, Reeve E, Smith SM, Fox J, Elsi Z m fl. *Deprescribing interventions in older adults: An overview of systematic reviews*. *Plos one* 2024;19(6):e0305215. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0305215>
26. Veronese N, Gallo U, Boccardi V, Demurtas J, Michielon A, Taci X m fl. *Efficacy of deprescribing on health outcomes: an umbrella review of systematic reviews with meta-analysis of randomized controlled trials*. *Ageing research reviews*. 2024;95:102237. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2024.102237>
27. Omuya H, Nickel C, Wilson P, Chewning B. *A systematic review of randomised-controlled trials on deprescribing outcomes in older adults with polypharmacy*. *International journal of pharmacy practice*. 2023;31(4):349-68. <https://doi.org/10.1093/ijpp/riad025>
28. Ibrahim K, Cox NJ, Stevenson JM, Lim S, Fraser SDS, Roberts HC m fl. *A systematic review of the evidence for deprescribing interventions among older people living with frailty*. *BMC Geriatrics*. 2021;21(1):258. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02208-8>
29. Kua CH, Mak VSL, Huey Lee SW. *Health outcomes of deprescribing interventions among older residents in nursing homes: a systematic review and meta-analysis*. *Journal of the American medical directors association*. 2019;20(3):362-72. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.10.026>
30. Linsky AM, Motala A, Booth M, Lawson E, Shekelle PG. *Deprescribing in community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis*. *Jama network open*. 2025;8(5):e259375. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.9375>
31. Saeed D, Carter G, Parsons C. *Interventions to improve medicines optimisation in frail older patients in secondary and acute care settings: a systematic review of randomised controlled trials and non-randomised studies*. *International journal of clinical pharmacology*. 2022;44(1):15-26. <https://doi.org/10.1007/s11096-021-01354-8>
32. Pruskowski JA, Springer S, Thorpe CT, Klein-Fedyszyn M, Handler SM. *Does deprescribing improve quality of life? A systematic review of the literature*. *Drugs and aging*. 2019;36(12):1097-110. <https://doi.org/10.1007/s40266-019-00717-1>
33. Doherty AJ, Boland P, Reed J, Clegg AJ, Stephani A-M, Williams NH m fl. *Barriers and facilitators to deprescribing in primary care: A systematic review*. *BJGP Open*. 2020;4(3):bjgpopen20X101096. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20x101096>
34. Paque K, Vander Stichele R, Elseviers M, Pardon K, Dilles T, Deliens L m fl. *Barriers and enablers to deprescribing in people with a life-limiting disease: a systematic review*. *Palliative medicine*. 2019;33(1):37-48. <https://doi.org/10.1177/0269216318801124>
35. Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. *Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis*. *BMJ Open*. 2014;4(12):e006544. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006544>
36. Thompson W, Reeve E. *Deprescribing: moving beyond barriers and facilitators*. *Research in social and administrative pharmacy*. 2022;18(3):2547-9. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.04.004>
37. Chan B, Isenor JE, Kennie-Kaulbach N. *Categorization of deprescribing communication tools: a scoping review*. *Basic and clinical pharmacology and toxicology*. 2023;133(6):640-52. <https://doi.org/10.1111/bcpt.13886>
38. Robinson M, Mokrzecki S, Mallett AJ. *Attitudes and barriers towards deprescribing in older patients experiencing polypharmacy: a narrative review*. *NPJ aging*. 2024;10:6. <https://doi.org/10.1038/s41514-023-00132-2>
39. Burghle A, Lundby C, Ryg J, Søndergaard J, Pottgård A, Nielsen D m fl. *Attitudes towards deprescribing among older adults with limited life expectancy and their relatives: a systematic review*. *Drugs and aging*. 2020;37(7):503-20. <https://doi.org/10.1007/s40266-020-00774-x>
40. Moriarty F, Pottie K, Dolovich L, McCarthy L, Rojas-Fernandez, Farrell B. *Deprescribing recommendations: an essential consideration for clinical guideline developers*. *Research in social and administrative pharmacy*. 2019;15:806-10. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.08.014>
41. Langford AV, Warriach I, McEvoy AM, Karaim, E, Chand S, Turner JP m fl. *What do clinical practice guidelines say about deprescribing? A scoping review*. *BMJ Quality and safety*. 2025;34:28-39. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2024-017888>

- org/10.1136/bmjqs-2024-017101
42. Thompson W, Lundby C, Graabaek T, Nielsen DS, Ryg J, Søndergaard J m fl. *Tools for deprescribing in frail older persons and those with limited life expectancy: a systematic review*. Journal of the American geriatrics society. 2019;67:172-80. <https://doi.org/10.1111/jgs.15616>
 43. Frisk G, Szilcz M, Hedman C, Björkhem-Bergman L. *Treatment with antithrombotics in the last year of life – incidence of bleeding and side effects after deprescribing*. Journal of palliative medicine. 2024;27(10):1310-7. <https://doi.org/10.1089/jpm.2024.0108>
 44. Frisk G, Bergström H, Frankling MH, Björkhem-Bergman L m fl. *Sex-differences in discontinuation of statin treatment in cancer patients the year before death*. Pharmaceuticals. 2021;14(4): 368. <https://doi.org/10.3390/ph14040368>
 45. Kamgang KHS, Lundby C, Szilcz M, Johnell K, Wastesson JW. *Discontinuing chronic medications suggested for deprescribing in routine clinical practice: nationwide evidence from routinely collected data in Swedish older adults*. Basic and clinical pharmacology and toxicology. 2025;137(3):e70093. <https://doi.org/10.1111/bcpt.70093>
 46. Wastesson JW, Kamgang KHS, Lundby C, Pottegård A. *Studying deprescribing using routinely collected healthcare data: old challenges and new opportunities*. Basic and clinical pharmacology and toxicology. 2025;137(5):e70131. <https://doi.org/10.1111/bcpt.70131>
 47. *Läkemedelsgenomgångar. En uppföljning och utvärdering av Socialstyrelsens föreskrifter om läkemedelsgenomgångar i 11 kap (HSLF-FS 2017:37)*. Socialstyrelsen.
 48. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022. Indikationer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet*. Myndigheten för vård och omsorgsanalys; 2022. PM; 2022:3.

BILAGA 1.

Urval av systematiska litteraturoversikter (med eller utan metaanalys) för interventioner av deprescribing, publicerade från 2018 till 2025.

Population	Intervention	Utfall	Sammanfattande fynd
Chua S m fl (2024). Deprescribing interventions in older adults: An overview of systematic reviews [25]			
Äldre personer (>65 år)	Översikt av systematiska deprescribingöversikter	Läkemedelsbörda, kliniska utfall	Minskad läkemedelsbörda; begränsad evidens för förbättrade kliniska utfall
Linsky AM m fl (2025). Deprescribing in community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis [30]			
Äldre personer (>65 år), ordinärt boende	Deprescribinginterventioner	PIM, läkemedelsantal, kliniska utfall	Minskning av PIM och läkemedelsantal; varierande effekter på kliniska mått
Omuya H m fl (2023). A systematic review of randomised-controlled trials on deprescribing outcomes in older adults with poly-pharmacy [27]			
Äldre personer (>65 år), polyfarmaci	Deprescribing genom strukturerade genomgångar	Läkemedel, läkemedelsantal, HRQoL	Minskning i läkemedelsantal; heterogena resultat för HRQoL
Veronese N m fl (2024). Efficacy of deprescribing on health outcomes: An umbrella review of systematic reviews with meta-analysis of randomized controlled trials [26]			
Äldre personer (>65 år)	Översikt (paraplyöversikt) av deprescribingöversikter	Dödlighet, funktion läkemedelsbörda, vårdkonsumtion	Inga konsekventa effekter på dödlighet och funktion; tydlig minskning av läkemedelsbörda

HRQoL= Hälsorelaterad livskvalitet
PIM = Olämplig läkemedelsbehandling (Potentially Inappropriate Medication use)

Tabellen fortsätter på nästa sida.

BILAGA 1 fortsättning.

Population	Intervention	Utfall	Sammanfattande fynd
Kua CH m fl (2019). Health outcomes of deprescribing interventions among older residents in nursing homes: a systematic review and meta-analysis [29]			
Äldre personer (>60 år), särskilt boende	Multikomponentinterventioner med deprescribing-inslag	Fall; dödlighet, PIM	Minskning av PIM; vissa positiva effekter på fall och dödlighet
Ibrahim K (2021). A systematic review of the evidence for deprescribing interventions among older people living with frailty [25]			
Äldre personer med skörhet (frailty)	Deprescribing i populationer med hög skörhet	Funktion, sjukhusvård, dödlighet	Begränsad evidensbas; kliniska effekter svårtolkade
Saeed D m fl (2021). Interventions to improve medicines optimisation in frail older patients in secondary and acute care settings: a systematic review of randomised controlled trials and non-randomised studies [31]			
Äldre personer med skörhet (>65 år)	Deprescribing genom genomgångar/team	Läkemedelsbördan, kostnader, kliniska utfall	Minskning av olämpliga läkemedel och lägre kostnader; blandade kliniska resultat
Prusowski JA (2019). Does deprescribing improve quality of life? A systematic review of the literature [32]			
Äldre personer (>65 år)	Deprescribing jämfört med usual care	HRQoL, vårdkontakter	Inga tydliga effekter; metodologiska begränsningar vanliga

HRQoL = Hälsorelaterad livskvalitet
PIM = Olämplig läkemedelsbehandling (Potentially Inappropriate Medication use)