



GÖTEBORGS  
UNIVERSITET

# Att avstå från receptförskrivna läkemedel – en kartläggning av vem och varför

Författare: Annika Andersson

Program: Folkhälsovetenskapligt program 120 poäng  
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2007

Omfattning: 10 poäng

Handledare: Gunilla Ringbäck Weitoft

Examinator: Annika Jakobsson

---

Sahlgrenska akademien  
Enheten för socialmedicin

Svensk titel: Att avstå från receptförskrivna läkemedel – en kartläggning av vem och varför

Engelsk titel: Non-adherence with prescribed medicines – a survey of who and why

Författare: Annika Andersson

Program: Folkhälsovetenskapligt program 120 poäng  
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2007

Omfattning: 10 poäng

Handledare: Gunilla Ringbäck Weitoft

Examinator: Annika Jakobsson

---

## SAMMANFATTNING

Förskrivning av läkemedel och användningen av dessa ökar kontinuerligt i Sverige. Det är dock känt att en liten andel av befolkningen avstår från att hämta ut receptförskrivna läkemedel. I såväl de svenska folkhälsomålen som i hälso- och sjukvårdslagen uttrycks att god hälsa och vård ska ges på lika villkor i hela befolkningen. Detta innebär att ingen människa som behöver vård eller läkemedel ska behöva avstå. Bristande följsamhet vid läkemedelsbehandling kostar samhället stora summor pengar och kan orsaka individer onödigt lidande. Läkemedelsreformen år 1997 innebar bland annat att egenavgifterna ökade och att samhällets subvention därmed främst skulle riktas till de med stora behov av läkemedel snarare än de med enstaka behov av läkemedel.

Syftet med uppsatsen var att kartlägga vilka grupper i befolkningen som avstår från receptförskrivna läkemedel och vilka orsaker som anges. Frågor om i vilken utsträckning kön, ålder, utbildning, födelseort, yrkesstatus och ekonomisk situation spelar roll för läkemedelsanvändningen belystes. I en deskriptiv ansats diskuterades resultaten i relation till främst socioekonomisk position.

Uppgifterna i uppsatsen byggde på populationsbaserade resultat från Statistiska Centralbyråns (SCB) hushållsekonomiska undersökning (HEK) från år 2000 och 2005, Socialstyrelsens specialbearbetning av HEK-undersökningen år 2000 samt Statens Folkhälsoinstitut (FHI) nationella folkhälsoenkät "Hälsa på lika villkor?" från år 2006.

Kartläggningen visade att andelen i befolkningen som avstod från läkemedel av kostnadsskäl uppgick till 3 procent år 2005 enligt HEK-undersökningen. Det är en ökning från 2,4 procent enligt motsvarande undersökning år 2000. Enligt folkhälsoenkäten 2006 hade 6,5 procent av befolkningen avstått från läkemedel av olika skäl de tre senaste månaderna vid svarstillfället.

Sammanfattningsvis visade resultaten att ojämlika ekonomiska och sociala förutsättningar gjorde att vissa grupper avstod från läkemedel i större utsträckning än andra. Det var framför allt ensamstående med barn, arbetslösa, förtidspensionärer, personer med sjukersättning eller socialbidrag som avstod, och i genomsnitt i dubbelt så stor utsträckning som befolkningen i helhet. Kvinnor avstod generellt något oftare än män och yngre avstod oftare än äldre. Sambandet med ekonomisk situation var tydlig.

Ekonomiska skäl angavs som främsta orsak till att avstå från läkemedel i både HEK-undersökningarna och folkhälsoenkäten. Den näst vanligaste orsaken till att avstå var att man ansåg sig redan ha tillräckligt med läkemedel.

Att i många sammanhang sårbara grupper i befolkningen avstod från att hämta ut läkemedel oftare än andra understryker att detta är ett folkhälsoproblem och inte enbart ett individuellt medicinskt problem. Med en tvärvetenskaplig ansats inom forskningen i mötet mellan farmakoepidemiologi, samhällsmedicin och folkhälsovetenskap, finns goda förutsättningar för att identifiera vilka omständigheter som krävs för god hälsa i befolkningen och för att faktiska behov av läkemedel ska tillgodoses jämlikt.

*Nyckelord: läkemedelsanvändning, avstå läkemedel, farmakoepidemiologi, folkhälsa socioekonomisk position*

## ABSTRACT

The number of medical prescriptions and use of medication is increasing in Sweden. Yet it is known that a small proportion refrain from prescribed medicines. The eleven Swedish goals for public health as well as the health care law expresses that good health and care should be given on equal conditions to the entire population. This means that no person in need of care should have to relinquish. Lack of adherence with pharmacological therapy compels tremendous costs for the community and can cause individuals unnecessary suffering. The Swedish medical reform in 1997 meant for example that the user charges increased and that subvention from the community intended mainly for persons in great need of medication rather than those in occasional need.

The general aim of this paper were to survey which groups in the population refrains from prescribed medicines and what reasons that they give. Questions about in what extent sex, age, education, country of birth, status of work, economic situation matters for adherence in medical use were in focus. Results were discussed in a descriptive approach, first in relation to socioeconomic position.

The information in the paper was based on population-based results from SCB:s National Survey on Households Economy (HEK) from year 2000 and 2005, National Board of Health and Welfare special work on HEK from year 2000 and national survey "Health on equal conditions?" from year 2006, distributed by the Swedish National Institute of Public Health.

Three per cent of the total population refrained from medication from economic reasons according to the HEK- study year 2005. That is an increase from 2,4 per cent according to the corresponding survey year 2000. According to the public health survey from year 2006, 6,5 per cent in the population had refrained from medications for various reasons the last three months.

Results showed that lack of economical resources were strongly associated with non-adherence with medication. Economic reasons were most common according to both HEK- studies and the public health survey. The second most usual reason for non-adherence was that persons think they had enough medicine already.

Groups that refrained more than twice as often as the average population are single parents, unemployed, persons on a disability pension and persons with sickness benefit or social allowance. In general women refrained more often than men, and young people more often than old people.

That certain social groups in the population refrained from medication more often than other indicates that this is a public health problem and can not be solved with individual medical strategies. Through multidisciplinary research including pharmacoepidemiology, social medicine and public health we can identify the necessary circumstances for good public health and to satisfy the actual need of medication in an equal way.

*Keywords: use of medication, non-adherence, pharmacoepidemiology, public health, socioeconomic position*

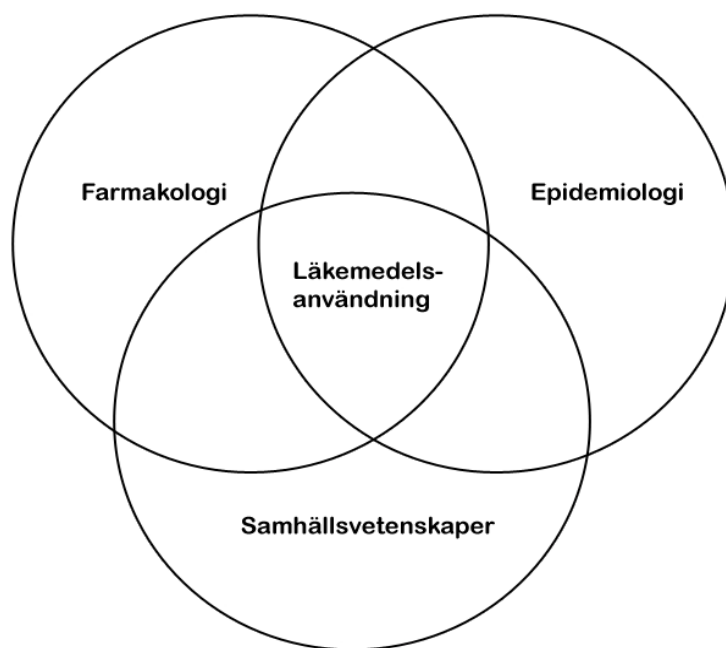
# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1. INLEDNING</b>	<b>1</b>
1.1 Disposition	2
<b>2. BAKGRUND</b>	<b>3</b>
2.1 Högkostnadsskyddet, läkemedelskostnader och läkemedelsreformen	3
2.2 Sveriges nationella läkemedelsregister	4
2.3 Läkemedelsanvändning efter utbildning och födelseland	4
2.4 Tidigare forskning och studier på att avstå från läkemedel	6
<b>3. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR</b>	<b>9</b>
<b>4. METOD</b>	<b>9</b>
4.1 Material	9
4.2 Tillvägagångssätt och avgränsningar	11
4.3 Teorianknytning och perspektiv	11
<b>5. RESULTAT</b>	<b>13</b>
<b>5.1 Del 1. Resultat från HEK- undersökningarna år 2000 respektive år 2005</b>	<b>13</b>
5.2 Vem	14
5.3 Varför	16
5.4 Vilka läkemedelsgrupper avstås	17
<b>5.5 Del 2. Resultat från folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor?” år 2006</b>	<b>18</b>
5.6 Vem	18
5.7 Varför	19
<b>5.8 Sammanfattande resultat</b>	<b>22</b>
<b>6. DISKUSSION</b>	<b>24</b>
<b>6.1 Resultatdiskussion</b>	<b>24</b>
6.1.1 Andelen som avstår från läkemedel ökar något	24
6.1.2 Vanligaste orsakerna till att avstå	25
6.1.3 Smärtstillande läkemedel, anti-astmatika och magsårsmedicin avstås oftast	25
6.1.4 Eventuella konsekvenser svåra att bedöma	26
6.1.5 Socioekonomisk position är avgörande	26
6.1.6 Snarare könsperspektiv än genusperspektiv i resultaten	27
6.1.7 Ojämlighet i hälsa	27
<b>6.2 Metod- och materialdiskussion</b>	<b>28</b>
<b>6.3 Folkhälsovetenskaplig relevans och fortsatt forskning</b>	<b>29</b>
<b>7. REFERENSER</b>	<b>31</b>

## 1. INLEDNING

Förskrivning och användning av läkemedel ökar kraftigt och kontinuerligt i Sverige. En av anledningarna till detta är en åldrande befolkning och den mest omfattande läkemedelsanvändningen finns i just högre åldrar. En annan orsak är att nya och mer effektiva läkemedel utvecklats och möjliggör behandling vid fler diagnoser än tidigare och i förebyggande syfte. Det är dock känt att en liten andel av befolkningen som får läkemedel utskrivna avstår från att hämta/köpa ut dessa. För att uppnå god behandling är det nödvändigt att patienten följer läkarens ordination av läkemedel och tar till sig övrig rådgivning från hälso- och sjukvården. Trots detta är bakomliggande faktorer för att avstå från läkemedel och dess konsekvenser inte studerade i någon större utsträckning i Sverige.

Förskrivning av läkemedel handlar vid första anblick om kroppsnära individinriktade insatser. Men läkemedelsanvändning kan relateras till andra faktorer än specifikt medicinska och farmakologiska, såsom individens uppfattade behov, socioekonomiska resurser och genusaspekter i mötet med vården. Därför blir farmakoepidemiologins uppgift att studera läkemedelsanvändning i social och kulturell kontext av stor betydelse för forskningen. Den folkhälsovetenskapliga ansatsen kan spela en viktig roll i forskningen kring läkemedelsanvändning genom dess fokus på kunskap om hur hälsan påverkas av levnadsvanor och omgivningsfaktorer. Forskningen inom området gynnas av en multidisciplinär ansats, som omfattas av studier på sociodemografisk nivå där man belyser betydelsen av faktorer som ålder, kön, utbildningsnivå och socioekonomi. Modellen nedan illustrerar hur disciplinerna farmakologi, epidemiologi och samhällsvetenskaper möts i studier av läkemedelsanvändning:



**Figur 1.** Multidisciplinär forskning kring läkemedelsanvändning [1].

En grundfrågeställning i denna uppsats är om läkemedelsanvändningen i Sverige är jämlik, dvs. om användningen i första hand baseras på behov och inte på andra faktorer som familjeekonomi, grad av utbildning, födelseland eller kön. Som ett led i detta är det viktigt att belysa grupper som avstår från att ta ut läkemedel och förklaringsfaktorer till detta. Frågan som följer är om bristande följsamhet i läkemedelsanvändning kan påverka fördelningen av (o)hälsa i befolkningen mellan grupper och i slutändan vilka åtgärder som krävs för att motverka eventuell ojämlikhet. För att nå djupare svar på frågan är det nödvändigt att ringa in orsaker till att avstå från läkemedel, eftersom olika orsaker kräver olika åtgärder.

## **1.1 Disposition**

Bakgrundsavsnittet ges relativt stort utrymme i denna uppsats för att introducera läsaren till problemområdet eftersom det är ett förhållandevis nytt forskningsfält och sällan föremål för debatt. Därefter följer avsnitt om syftet med uppsatsen samt de frågeställningar som ska besvaras, en närmare beskrivning av materialet och teoretiska utgångspunkter för att närmare klargöra perspektiv och ansats. I resultatavsnittet sammanställs kvantitativa data från nationella enkät- och intervjuundersökningar avseende att avstå från läkemedel. Resultaten diskuteras vidare mot frågeställningarna och de valda teoretiska utgångspunkterna i diskussionsavsnittet. Tyngdpunkten i diskussionen ligger på betydelsen av socioekonomisk position för att avstå från läkemedel, dels därför att tidigare forskning på området ofta utgår från ekonomiska skäl, dels för att dessa aspekter är framträdande i de datakällor som används i uppsatsen. Avslutningsvis diskuteras metod, källornas jämförbarhet och tänkbar fortsatt forskning inom fältet.

## 2. BAKGRUND

I följande avsnitt beskrivs tidigare forskning på området kring läkemedelsanvändning och brister i följsamhet samt bakgrund till det svenska högkostnadsskyddet för läkemedel.

Världshälsoorganisationen (WHO) fastslår att bristande följsamhet vid läkemedelsanvändning är ett folkhälsoproblem och den främsta anledningen till undermålig klinisk behandling [2]. I rapporten lyfts fram att oföljsamhet leder till medicinska och psykosociala komplikationer på sjukdomar, försämrar patienters livskvalitet samt är en tung ekonomisk börda för hälso- och sjukvård.

Tidigare forskning och statistik inom området visar att en liten andel av befolkningen avstår helt eller delvis från vård pga. kostnadsskäl [3-6]. Inte heller vårdutnyttjande beror enbart på olikheter i hälsotillstånd, utan på skillnaderna har även andra orsaker [7]. Exempelvis söker kvinnor vård i större utsträckning än män och högutbildade söker mer än lågutbildade. Ljung et al visar i en studie av svenska förhållanden att en tredjedel av sjukdomsbördan är ojämnt fördelad med hänsyn till socioekonomisk position, med en tyngre sjukdomsbörda på lågutbildade yrkesarbetare [8]. Trots detta utnyttjar lågutbildade och personer med arbetaryrken vården i mindre utsträckning än övriga grupper [5, 6]. I såväl de svenska folkhälsomålen [9] som i hälso- och sjukvårdslagen (*lag 1997:142*) uttrycks att god hälsa och vård ska ges på lika villkor i hela befolkningen. De som är i störst behov av vård ska prioriteras. Detta innebär att ingen människa som behöver vård eller läkemedel ska behöva avstå. Meningen med läkemedelsbehandling är att bota, lindra eller förebygga sjukdom. För lyckad behandling förutsätts därför att patienten följer läkarens råd och behandling [10]. Patienternas delaktighet i behandlingen har inte uppmärksamats i samma utsträckning som förskrivarnas ansvar för kostnadsmedveten läkemedelsanvändning [11].

### *2.1 Högkostnadsskyddet, läkemedelskostnader och läkemedelsreformen*

Sverige har en längre historia gällande subventionering av läkemedel [12]. Det statligt reglerade högkostnadsskyddet som infördes 1981 gällde såväl läkemedel som läkarbesök och sjukvårdsbehandling. I samband med att avgifter i öppenvården avreglerades 1991 infördes även ett högsta beloppstak. Från 1996 var taket 2200 kronor [12].

Då kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen togs över av landstingen från staten, fanns incitament för att begränsa och kontrollera läkemedelskostnaderna [4]. Med huvudsyfte att dämpa den kraftiga kostnadsutvecklingen för hälso- och sjukvården genomfördes läkemedelsreformen i Sverige år 1997 [4]. Denna innebar bland annat ett nytt högkostnadsskydd för skydd mot höga kostnader för individer med stora behov av läkemedel. Reformen medförde ökad egenavgift, vilket betyder att den enskilde betalar en högre avgift när läkemedlet hämtas ut. Individer med små läkemedelsbehov får därmed betala en större del av kostnaden utan subvention [7]. Modellen fick kritik för att kunna orsaka ekonomisk börda vid tillfälliga behov av läkemedel för individer med låg inkomst och som saknar kontantmarginal [12]. Trots högkostnadsskyddet kan man alltså inte utesluta att individer avstår från läkemedel av ekonomiska skäl. För att minska andelen som avstår från läkemedel av kostnadsskäl finns ett avbetalningssystem



där kostnaderna kan fördelas under en tolv månaders period. Priskänslighet inom hälso- och sjukvården påverkas främst av individens behov, betalningsförmåga och vårdens tillgänglighet [4]. Viktigt i sammanhanget är att betalningsförmågan inte enbart är inkomstrelaterad, utan beror av övriga utgifter individen och hushållen har, inte minst för övrig hälso- och sjukvård.

Pga. ökad konsumtion av läkemedel, ökade egenavgifter och allt dyrare läkemedel har utgiften beräknad per invånare ökat från under 400 kr 1997 till 600 kronor 2001 [13]. Det nuvarande högkostnadsskyddet i Sverige innebär att en individ inte betalar för förskrivna läkemedel då utlagd summa överstiger 1800 kronor inom 12 månader. Summan fastställdes 1999, enligt lag 1999:263. Kostnadsreducering lämnas då sammanlagd kostnad överstiger 900 kronor [12].

Läkemedelskostnaderna ökar samtidigt som kvalitetsbrister i läkemedelsanvändningen framkommit [14]. Socialstyrelsen påpekar att det finns bristande kunskap bland annat avseende hur läkemedel förskrivs till olika patientgrupper, med olika symtom och sjukdomar, i olika åldrar och kön, samt i olika delar av landet [14]. I samma rapport lyfter man fram att det finns stora kunskapsluckor i de medicinska konsekvenserna av kvalitetsbrister i läkemedelsanvändningen.

Bland orsaker till ökade läkemedelskostnader nämns att nya läkemedel kommit där inga alternativ funnits tidigare och att läkemedel allt oftare används i förebyggande syfte, så som vid behandling av hypertoni och höga blodfetter [14].

## *2.2 Sveriges nationella läkemedelsregister*

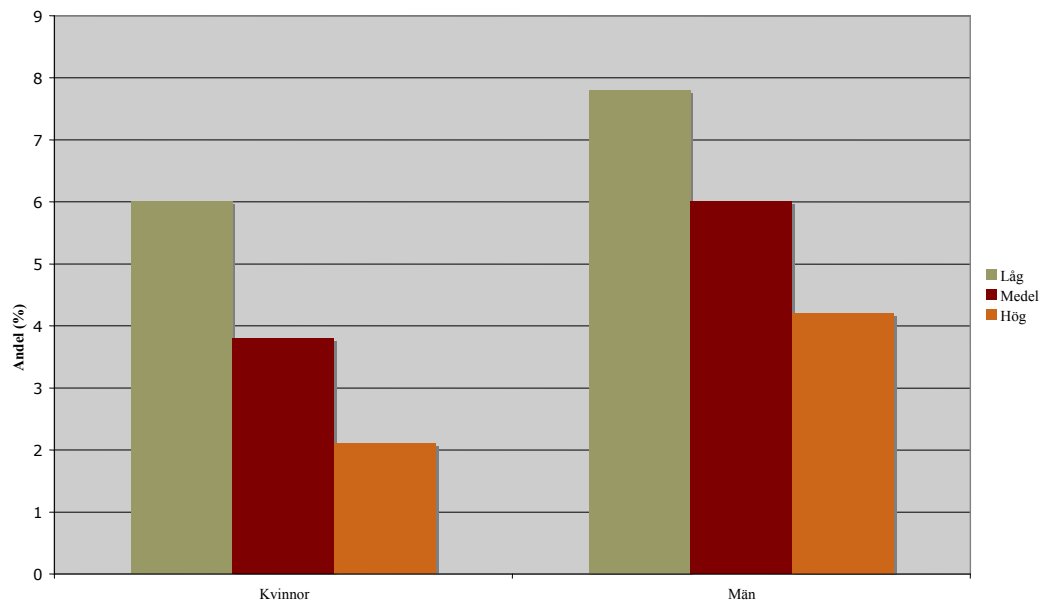
Sedan juli 2005 finns förbättrade möjligheter att följa läkemedelsanvändningen i den svenska befolkningen. Då inrättades ett nationellt Läkemedelsregister på individnivå vid Socialstyrelsen, som omfattar alla förskrivna och uthämtade läkemedel vid apotek. Antalet expedierade recept i Sverige är ca 90 miljoner per år. Registret får användas för forskning, epidemiologiska undersökningar samt statistik inom hälso- och sjukvårdsområdet [16]. Registret innehåller uppgifter om läkemedel, förbrukningsartiklar och livsmedel som expedierats mot recept eller motsvarande på apotek från år 1999 och framåt. I registret finns även uppgifter om den expedierade varan (identitet, mängd, pris) och datum för expedition. Sedan oktober år 2002 registreras också om utbyte till generiskt eller parallellimporterat läkemedel har gjorts på apoteket. Patientens kön, ålder och folkbokföringsort (län, kommun, församling) finns i registret och från juli år 2005 även personnummer. Dessutom finns uppgifter om förskrivarens yrke (läkare, tandläkare, etc.) och specialistutbildning, liksom om vissa egenskaper hos den arbetsplats från vilken förskrivningen har skett (ägarform, vårdform, verksamhetsinriktning). Identifikation av förskrivare eller arbetsplats kan inte göras. När det gäller kostnader finns uppgifter om totalkostnad, kostnad för läkemedelsförmånerna och patientens egenavgift. Registret uppdateras varje månad [15, 16].

## *2.3 Läkemedelsanvändning efter utbildning och födelseland*

Sociala skillnader i hälsa, sjuklighet och livslängd finns i alla samhällen och ingenting tyder på att dessa skillnader har minskat över tid i Sverige [17]. Indikatorer som används för att klassificera och mäta dessa skillnader är exempelvis utbildning, yrke,

inkomst och födelseland. Utbildning betraktas ofta som en användbar indikator, eftersom utbildningsnivån inte varierar lika mycket under ett liv som yrke och inkomst [17]. Sociala skillnader visar sig även när det gäller läkemedelsanvändning. I en sambearbetning mellan Socialstyrelsens nationella Läkemedelsregister och Statistiska Centralbyråns (SCB) Utbildningsregister har man kartlagt läkemedelsanvändning efter utbildning och födelseland i totalbefolkningen. Nedan presenteras några exempel på hur läkemedelsanvändningen kan beskrivas efter olika grupper i Sverige.

**Diagram 1.** Uttag av insuliner och perorala diabetesläkemedel juli-oktober år 2005 bland kvinnor och män 45-74 år efter utbildningsnivå. Anges i procent.

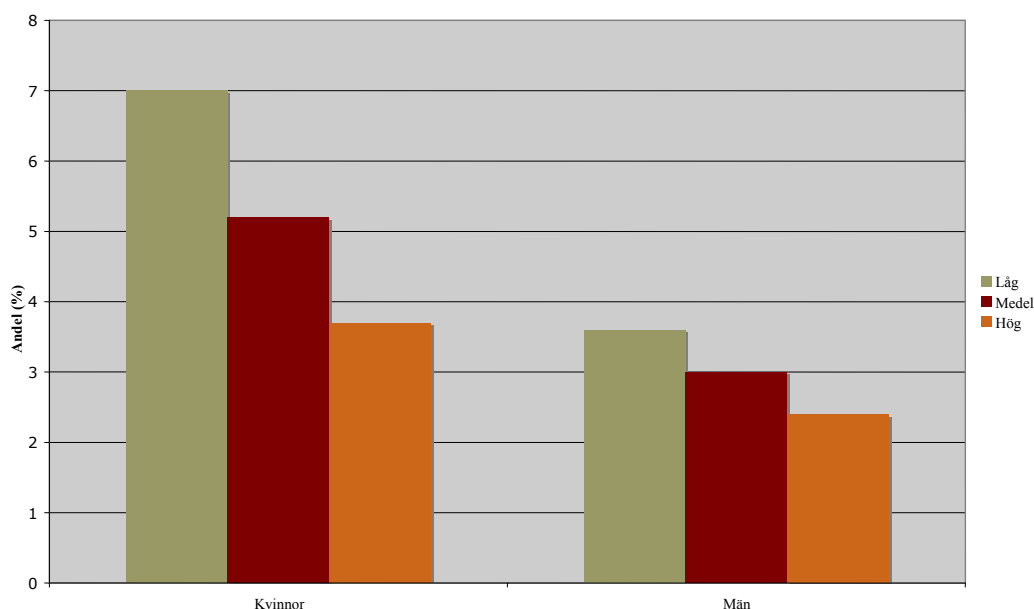


Källa: *Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen*

Klassificering av utbildning vid rapporteringen är enligt följande: låg utbildning = förgymnasial, högst 9 år, medellång utbildning = motsvarigheten till högst 3-årigt gymnasium, hög = resten.

Som vi ser i diagram 1 finns ett klart samband mellan användning av diabetesläkemedel och utbildningslängd bland kvinnor och män. Uppgifter om läkemedelsuttag i hela befolkningen ger nya möjligheter att uppskatta hur stor förekomsten av diabetes är i befolkningen, eftersom de flesta diabetiker använder läkemedel mot sin sjukdom. För diabetesläkemedel utgår inga egenavgifter, vilket gör att läkemedelsuttag stämmer väl överens med sjuklighet. Det har tidigare varit känt att det finns en social gradient, här ser vi hur det ser ut i totalbefolkningen.

**Diagram 2.** Uttag av lugnande medel och ataraktika juli-oktober år 2005 bland kvinnor och män 45-74 år efter utbildningsnivå. Anges i procent.



Källa: *Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen*

Som illustreras i diagram 2 finns sociala skillnader även vad gäller användning av lugnande medel och ataraktika, med störst användning bland de lägst utbildade.

Generellt visar samkörningen av läkemedelsregistret och utbildningsregistret på tydliga samband mellan låg utbildning och ökad läkemedelsanvändning. Skillnaderna avtar med stigande åldrar inom flera läkemedelsgrupper, då användningen är likartad i den högsta åldersgruppen 65-74 år, oavsett utbildningslängd. Generellt visar resultaten att kvinnor använder mer läkemedel än män oavsett utbildningslängd och födelseland. Vad gäller förebyggande läkemedel, såsom kolesterol- och triglyceridsänkande läkemedel och betareceptorblockerare kvarstår stora skillnader mellan lågutbildade och högutbildade både kvinnor och män även i högre åldrar. Dessa läkemedel förekommer främst bland individer födda i nordiska länder. Östrogener och medel mot migrän är de läkemedel som förekommer i störst utsträckning bland individer med högre utbildning.

#### *2.4 Tidigare forskning och studier på att avstå från läkemedel*

Biologiska, sociala och beteendemässiga faktorer påverkar läkare att skriva ut olika läkemedel till kvinnor och män, varför dessa faktorer är viktiga att ta hänsyn till i forskningen [18]. Det förskrivs mer läkemedel till kvinnor än män, även vid samma sjukdomsbild [17, 19]. Kostnaden per förskrivet läkemedel är dock högre för män. [4, 18, 20]. Eftersom kvinnor söker vård i större utsträckning än män är det inte direkt förvånande att det förskrivs fler läkemedel till kvinnor [18]. Men frågan kvarstår om mer behandling och läkemedelsförskrivning enbart är resultat av könsspecifika anledningar för kvinnor att söka vård, exempelvis vid graviditet eller andra reproduktiva orsaker.

En mängd studier är gjorda på hur social kontext påverkar människor, där sociala förhållanden har relaterats till hälsobeteende, självskattad hälsa och sjukdomsförekomst [17, 21]. När det gäller mer specifika frågor om individers inställning till läkemedel och följsamhet vid läkemedelsordination är forskningen mer begränsad.

Vad gäller studier av följsamhet vid läkemedelsbehandling finns två huvudfrågeställningar; dels huruvida individer hämtar ut läkemedlet som förskrivits, dels om individer faktiskt följer ordinationen efter att ha hämtat ut läkemedlet. Det finns många sätt att mäta individers följsamhet, men det saknas en optimal metod. De vanligaste metoderna är självrapportering, tableträkning, läkemedelsnivåer i blodplasma eller urin, data från apotekens register samt kombinationer av dessa [11, 22].

En genomgång av litteratur som kartlägger följsamhet vid läkemedelsbehandling och/eller interventioner för att förbättra den, gjord av Arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning (ABLA II) visar att korta behandlingar har bättre följsamhet än längre [11]. Resultaten visar att endast 50 procent följer läkemedelsordinationerna vid långtidsmedicinering. Detta antyder att behandlingar av kroniska sjukdomar i högre grad är undermåliga pga. bristande följsamhet. Beroende på sjukdom kan brister i följsamhet vid läkemedelsbehandling få konsekvenser av varierande allvarlighetsgrad för individens hälsa. Dessa brister har i förlängningen även en inverkan på samhällets kostnader.

Kvalitativa studier gjorda i Storbritannien, främst på kroniskt sjuka, har genomförts i syfte att kartlägga om attityder till läkemedel kan relateras till användning. Dessa visar att de orsaker som främst gör att patienter inte följer läkemedelsordinationer oftast beror på skeptisk inställning till själva läkemedlet. Patienter uppgav rädsla för biverkningar och stigmatisering, motvilja mot läkemedel överlag samt att läkemedlet påminner om sjukdom [23, 24].

På uppdrag av Socialstyrelsen gjorde SCB år 1997, den första omfattande svenska undersökningen i syfte att ta reda på i vilken utsträckning individer avstår från att köpa ut förskrivna läkemedel pga. kostnaden [7]. Enkäter skickades ut till 5975 personer i Sverige, i åldrarna 18-84 år. Svarsfrekvensen var 79 procent. Undersökningen visade att 5 procent av hushållen under 1997 avstått från att köpa ut förskrivna läkemedel pga. kostnaden. Hälften av dem som avstod angav kostnadens storlek som anledning, en fjärdedel angav att de redan hade tillräckligt med läkemedel hemma. 11 procent angav att de inte köpt ut förskrivna läkemedel för att de inte ville använda dem, bland annat pga. rädsla för biverkningar. Vanligaste läkemedlen att avstå från var medel mot astma, allergi, magsår samt smärtstillande läkemedel.

I en nyligen publicerad svensk studie har man undersökt sambandet mellan socioekonomisk position och att avstå från läkemedel på engångsrecept (dvs. där endast ett uttag är möjligt) [25]. Studien var populationsbaserad och utgick från data från nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor?" år 2004 samt 2005. 18292 kvinnor och 13603 män besvarade enkäten. Man använde ett index som utgick från socioekonomiskt mindre gynnade, baserat på fyra indikatorer: individen levde på socialbidrag, var arbetslös, hade ekonomisk kris och/eller saknade kontantmarginal. Resultaten visade på klara samband mellan låg socioekonomisk position och att avstå från läkemedel i alla åldersgrupper, även efter justering för kronisk sjukdom,

ensamboende, riskfylld livsstil, samt lågt förtroende för vården. Sambandet blir starkare med ökad ålder, särskilt bland kvinnor. I åldersgruppen 65-84 år ökade de som avstod från läkemedel sexfaldigt i gruppen med sämst socioekonomiska förutsättningar jämfört med grupper i högre socioekonomisk position. Motsvarande ökning i den yngsta åldersgruppen 21-34 år var tvåfaldig. Studien visade att prevalensen av bristande följsamhet vid läkemedelsbehandling totalt sett minskade med stigande ålder, från 11 procent bland män och 13 procent bland kvinnor i åldersgruppen 21-34 år, till 4 procent bland kvinnor och män i åldersgruppen 65-84 år.

En svensk studie visar att priskänsligheten för läkemedel varierar i olika grupper i samhället [26]. I en enkätundersökning omfattande 2008 personer i åldrarna 20-84 år i Uppsala, besvarades frågor om hur läkemedelsuttagen skulle påverkas vid egenavgifter på olika nivåer. Socioekonomiska faktorer visade sig viktiga för priskänsligheten. Bland dem som i störst utsträckning angav att de skulle avstå vid ökade avgifter fanns de med sämre självskattad hälsa, unga samt de med lägre inkomst och lägre utbildning. Resultatet visar ingen signifikant skillnad i priskänslighet mellan kvinnor och män. Priskänsligheten minskade med högre utbildningsnivå, ålder och inkomstnivå. Studien visade även att läkemedel som anses höja livskvalitet, såsom läkemedel som används vid klimakteriet, är mindre priskänsliga [26]. Däremot var priskänsligheten hög när det gäller exempelvis hostdämpande läkemedel. Detta tyder på att följsamheten påverkas av läkemedlets sort. Lundberg et al påpekar dock svårigheter med att dra slutsatser om s.k. priselasticitet på basis av studier som grundas på hypoteser och inte observerbara fakta [26].

Ytterligare en studie genomförd i Sverige undersökte i vilken utsträckning ett telefonsamtal från vårdpersonal kunde öka följsamheten av läkemedelsordination [10]. Denna studie visade att 90 procent av individerna som fått recept från aktuell vårdcentral, hämtade ut läkemedlet i fråga. Kvinnor var mer följsamma än män både med och utan telefonsamtal. Samtalet påverkade följsamheten positivt, men i större utsträckning bland kvinnor än män.

I Folkhälsorapport 2005 skriver man att en väsentlig del av akuta inläggningar av äldre individer på sjukhus orsakas av problem kopplade till läkemedelsanvändning [17]. Man räknar med att omkring 10-20 procent av inläggningarna beror på läkemedelsbiverkningar som feldosering eller brister i följsamhet. Uppskattningsvis kan minst hälften av inläggningarna av äldre förebyggas genom förbättrad kvalitet i läkemedelsanvändningen [17].

I Sverige har relativt få studier gjorts på konsekvenser av att individer inte hämtar ut läkemedel på flergångsrecept (dvs. där fler än ett uttag är möjligt) eller gör uppehåll i behandlingen [27]. I de fall där relationen mellan sjukdom och bristande följsamhet i läkemedelsbehandlingen studerats, syns klara samband med förvärrad sjukdom [28]. Detta innebär såväl ytterligare onödigt lidande för enskild samt ökade kostnader för samhället [27]. När det gäller individuella faktorer som påverkar benägenheten att hämta ut läkemedel har individer som brister i följsamhet rapporterats ha mer undvikande/förnekande beteende och sämre copingstrategier vid stressande situationer än individer som följer läkemedelsordinationer [29].

### 3. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Det övergripande syftet är att kartlägga i vilken utsträckning människor avstår från att hämta ut och/eller använda förskrivna läkemedel samt att kartlägga vilka orsaker som ligger bakom. Målet är att sammanställa såväl individuella som strukturella förhållanden som leder till bristande följsamhet vid läkemedelsanvändning ur ett samhällskontextuellt perspektiv.

- Vilka grupper avstår från att hämta ut förskrivna läkemedel?
  - Vilken betydelse har socioekonomisk position?
  - Vilka likheter och skillnader finns i kvinnors och mäns bristande följsamhet vid läkemedelsbehandling?
- Vilka orsaker anges till att avstå från förskrivna läkemedel?
- Kan vissa läkemedelsgrupper urskiljas där bristande följsamhet är större?
- Vilka konsekvenser för individers hälsa, folkhälsa och samhällets ekonomi kan bristande följsamhet ge?

### 4. METOD

#### 4.1 Material

För att finna vetenskapliga artiklar till bakgrundsavsnittet gjordes sökningar i tidsskriftsdatabasen PubMed med sökorden *drugs, prescription, compliance, adherence, pharmacoepidemiology, utilisation, cost, socioeconomic, gender* (070320-070410). I litteraturen används begreppen *compliance* och *adherence* synonymt för ”följsamhet”.

I uppsatsens resultatavsnitt används material från nationella enkätundersökningar och telefonintervjuer enligt nedan:

- Socialstyrelsens specialbearbetning av SCB:s undersökning Hushållens ekonomi (HEK) som finns presenterad i rapporten ”Vilka avstod från läkemedel år 2000? – orsaker och konsekvenser”. Utöver data som redovisas i Socialstyrelsens rapport har med anledning av detta arbete gjorts en specialbeställning från HEK med syfte att uppdatera en grundläggande beskrivning av olika befolkningsgrupper som avstår från att hämta ut läkemedel. Dessa resultat är från undersökningen som genomfördes 2005.
- Statens folkhälsoinstituts (FHI) folkhälsoenkät ”Hälsa på lika villkor?” från 2006.

I Socialstyrelsens rapport fokuseras främst på ekonomiska skäl till att avstå från läkemedel, medan individen kan ange fler skäl än ekonomiska i folkhälsoenkäten. Resultaten från HEK/SCB presenteras utifrån befolkningsgrupp men inte könsspecifikt, medan resultaten från folkhälsoenkäten presenteras separat för kvinnor och män.

HEK-undersökningen genomförs genom telefonintervjuer och administrativa register årligen på ett slumpmässigt urval av befolkningen. Undersökningen har två målpopulationer – en hushållspopulation och en individpopulation. Från och med inkomståret 2000 samordnas urvalet med SCB:s Longitudinella Individdatabas

(LINDA). Genom samordningen med LINDA ges möjlighet att följa urvalspersonerna och deras hushåll över flera år. De viktigaste variablerna är hushållstyp, ålder, kön, sysselsättningsgrad, socioekonomisk indelning, födelseland och boendeform [30].

Intervjuerna för år 2000 genomfördes mellan januari och mars 2001. Omkring 15 000 hushåll ingick och omfattade ca 34 000 individer. Intervjuszvaren kombineras med registerdata om exempelvis inkomst och bidrag. Svarefrekvensen var 74,5 procent. I bortfallet är följande grupper överrepresenterade: de allra äldsta (75 år eller äldre), de som saknar löneinkomst, socialbidragstagare, de som invandrat till Sverige, de som bor i storstadsområdena i Stockholm och Malmö. Bland de svarande är barnfamiljerna överrepresenterade.

Urvalet till HEK- undersökningen år 2005 bestod av 16 800 hushåll och omfattade ca 37 800 individer. Intervjuerna genomfördes mellan januari och april år 2006. Svarefrekvensen var 68 procent. I bortfallet är grupper som saknar löneinkomst överrepresenterade, liksom socialbidragstagare, de som invandrat till Sverige från länder utanför Norden. Bland de svarande är barnfamiljerna något överrepresenterade [31]. Frågan som ställdes respektive år angående om man avstått läkemedel var:

*”Har utgiftens storlek för läkemedel utskrivna av läkare eller sjuksköterskor under 2000/2005 påverkat dig så att du har avstått från att lämna in recept/hämta ut läkemedel?”*

Som ett komplement till dessa regelmässigt insamlade data skickade Socialstyrelsen och SCB ut en uppföljande enkät till personer som angett att de avstått från att hämta ut läkemedel vid ett eller flera tillfällen av ekonomiska skäl under år 2000. Personerna hade vid intervjutillfället blivit tillfrågade om de ville svara på frågor kring ämnet vid senare tillfälle. I HEK- undersökningen angav 374 personer att de avstått från läkemedel, 79 av dessa svarade på den uppföljande enkäten. Orsaker till att avstå från läkemedel är enbart kartlagt år 2000, ingen jämförelse över tid kan därför ske.

Folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor?” är en undersökning omfattande ett sjuttioal frågor om bland annat psykiskt och fysiskt välbefinnande och vårdutnyttjande i Sverige. Enkäten skickas ut årligen under april månad och samlar in uppgifter om läkemedelsanvändning bland intervjupersonerna de tre senaste månaderna. I undersökningen år 2006 deltog landstingen Östergötland, Jämtland, Västernorrland, Västerbotten, Norrbotten, Gotlands kommun och Västra Götalandsregionen med tilläggsurval. Urvalet omfattade totalt 93 000 personer i åldrarna 16-84 år, varav 10 000 är ett nationellt slumpmässigt urval med hjälp av SCB. Svarefrekvensen var 60,1 procent. Frågorna som ställdes avseende läkemedel var:

30. a) *”Har du under de tre senaste månaderna avstått från att köpa medicin som du fått recept på?”*

- Nej → gå vidare till fråga 31
- Ja

b) *”Vilken är den främsta orsaken till att du inte köpte medicin?” Flera alternativ kan anges.*

- Blev frisk
- Hade inte råd

- ( ) Hade medicin så det räckte
- ( ) Hade för långt till apoteket
- ( ) Trodde inte medicinen skulle hjälpa
- ( ) Annan orsak, ange vad

För de som angivit orsakerna *Hade inte råd* och/eller *Trodde inte medicinen skulle hjälpa* finns resultat redovisat över olika befolkningsgrupper.

#### **4.2 Tillvägagångssätt och avgränsningar**

Metoden för bearbetning och analys av data är kvantitativ. Problemområdet belyses med existerande deskriptiv statistik med data på individnivå. Data är aggregerade vilket enbart möjliggör analys och tolkning av egenskaper på gruppnivå.

Resultatavsnittet är begränsat till enbart data från undersökningar genomförda i Sverige, eftersom det svenska högkostnadsskyddet skapar specifika förutsättningar genom subventioner för läkemedelsanvändare i Sverige.

På grund av begränsad tid har jag inte möjlighet att gå in närmare på diagnoser, utan stannar vid läkemedelsuttag och läkemedelsgrupper. I resultaten ingår inte vilka som avstår från besök i vården och därmed inte heller fått en chans att få receptförskrivna läkemedel.

För att studien ska vara möjlig att genomföra måste jag utgå från att de förskrivna läkemedlen är utskrivna utifrån rätt diagnos, för att bota sjukdom samt påverka människors livskvalitet positivt.

#### **4.3 Teorianknytning och perspektiv**

Centrala begrepp i uppsatsen kommer att främst vara socioekonomisk position och genus eftersom jag anser att dessa aspekter har stor betydelse för hälsan och vid studier av folkhälsa på strukturell, symbolisk och individuell nivå. Dessa begrepp kommer att relateras till vid tolkning och analys av data i diskussionsavsnittet. I vilken utsträckning begreppen är användbara vet jag först efter sammanställning av material från de olika datakällorna.

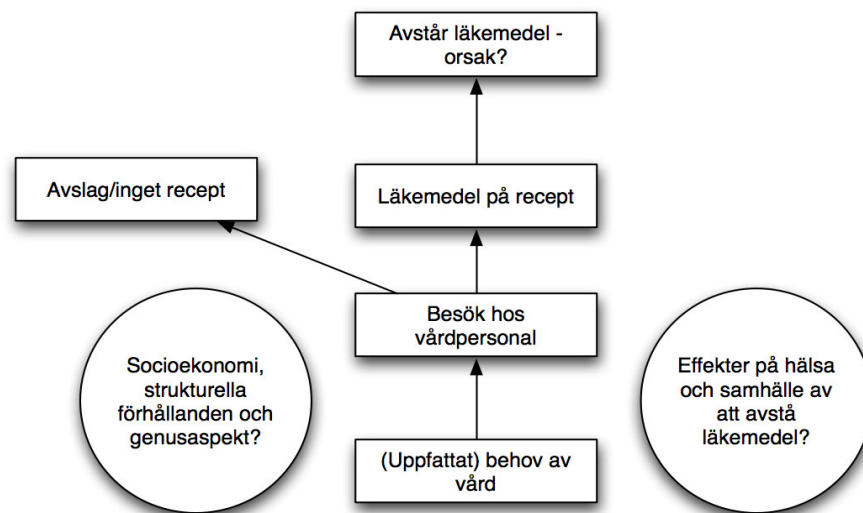
Ojämlighet i hälsa handlar oftast om skillnader i hälsa mellan socialt definierade grupper – samhällsklasser, utbildningsgrupper, etniska grupper baserade på familjesituation och kön [32]. Centrala aspekter i studier av ojämlik hälsa är skillnader i hälsotillstånd och riskfaktorer [32]. Eftersom socioekonomisk position genomgående i forskningen visar sig ha starka samband med hälsostatus, kan socioekonomiska skillnader avseende läkemedelsanvändning vara en intressant frågeställning med folkhälsovetenskaplig ansats. Då jag refererar till begreppet socioekonomisk position omfattas sysselsättning, utbildning, yrkesstatus och ekonomisk situation. Låg socioekonomisk position definieras i uppsatsen utifrån fyra variabler: person med socialbidrag, arbetslös, ekonomisk kris samt saknar kontantmarginal [25].

Anledningen till att jag valt begreppet socioekonomisk position är för att ”position” antyder något om en plats i en struktur som är föränderlig för människor. Begreppet antyder att sociala omständigheter och individens ekonomi interagerar och beror av



sammanhang [33, 34]. Michael Marmot uppmanar oss att tänka på inkomst på två sätt: dels vad individen har, dels hur mycket samhället bidrar med till individens försörjning [34]. Den individuella inkomsten och hur mycket samhället bidrar med påverkar i vilken grad individen kan kontrollera sitt liv och delta i samhället. I ett samhälle där individen själv måste betala utbildning och sjukvård spelar den individuella inkomsten en avgörande roll för individer och skapar grupperingar av människor i olika inkomstklasser. Om istället samhället står för dessa utgifter blir individens egen inkomst ett mer osäkert mått på tillgängliga resurser. Exempelvis är individens läkemedelsanvändning avhängig inte bara de egna materiella resurserna utan påverkas även av graden av högstkostnadsskydd.

Köns- och genusaspekter interagerar med sociala sammanhang samt materiella och kulturella resurser i frågor om hälsostatus. Att kvinnors och mäns livslängder skiljer sig åt sinsemellan, men även mellan länder och samhällen, kan ses som ett exempel på att hälsa är mer än biologi. Jag utgår från en definition av genusbegreppet som innebär en socialt och kulturellt konstruerad uppfattning om kvinnors respektive mäns kön och som medför vissa förväntningar och tankar kring egenskaper och handlingar [35]. Detta är viktigt i sammanhanget eftersom kvinnor oftare söker vård och får mer medicin utskrivna och därmed eventuellt hämtar ut mer medicin.



**Figur 2.** Kedja för vårdsökande samt omgivande faktorer som påverkar till respektive påverkas av att avstå från läkemedel.

Figuren ovan avser att illustrera hur de ovan nämnda begreppen (angivna i den vänstra cirkeln) knyts teoretiskt till resultat och analys i uppsatsen. Jag utgår från att dessa mekanismer i varje steg påverkar individens beteende - från vårdsökande, via besöket i sig till förhållning till läkemedelsbehandling. Detta får i sin tur effekter på individens hälsa och samhällsekonomiska konsekvenser (angivna i den högra cirkeln). I denna sammanställning fokuseras alltså på orsaker till att avstå läkemedel, framförallt bakomliggande strukturella förhållanden.

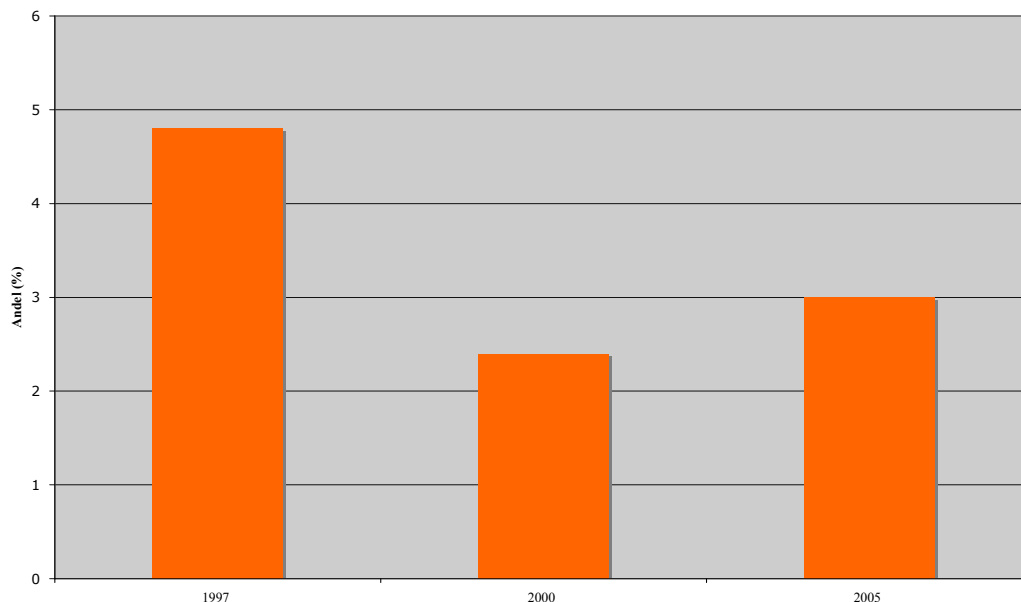
## 5. RESULTAT

Resultaten angående att avstå från läkemedel presenteras i två delar, i del 1 redovisas resultat från HEK-undersökningarna från år 2000 och 2005, i del 2 redovisas resultat från Nationella Folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor?* från år 2006. I HEK-undersökningarna fokuseras på socioekonomi utifrån olika befolkningsgrupper och i Folkhälsoenkäten på skillnader mellan kvinnor och män i olika befolkningsgrupper.

### 5.1 Del 1. Resultat från HEK-undersökningarna år 2000 respektive år 2005

I Socialstyrelsens rapport "Läkemedelsreformen – hur blev det?" framkommer att en liten andel av befolkningen avstod från att hämta ut förskrivna läkemedel av ekonomiska skäl samt att individer med svag ekonomi utgjorde en majoritet av dessa [4]. Rapporten "Läkemedelsreformen – hur blev det?" medförde att Socialstyrelsen fick i uppdrag av regeringen att följa läkemedelsreformens effekter i ekonomiskt svagare grupper. Uppdraget resulterade i rapporten "Vilka avstod från läkemedel år 2000?". Rapporten visar att andelen som avstått från läkemedel pga. ekonomiska skäl minskade från närmare 5 procent av hushållen 1997, till 2,4 procent år 2000. Motsvarande HEK-undersökning från år 2005 visar att andelen som avstått från läkemedel har ökat till 3 procent. Vissa grupper som avstod oftare kan fortfarande urskiljas.

**Diagram 3.** Andel (procent) i den totala befolkningen som helt eller delvis avstått från läkemedel av ekonomiska skäl år 1997, 2000 samt 2005.



Källor: Data för 1997 "Är läkemedlen för dyra för hushållen?" Socialstyrelsen 1998, och för år 2000 samt 2005 från Statistiska centralbyråns HEK-undersökningar

## 5.2 Vem

**Tabell 1.** Andel (procent) som avstått från läkemedel år 2000 respektive år 2005. Resultaten redovisas separat för olika befolkningsgrupper.

	<b>Befolkningsgrupp</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>
<b>Kön</b>	Kvinnor	3	3,5
	Män	1,8	2,5
<b>Ålder</b>	20-29	3,1	3,9
	30-54	3,2	3,7
	55-64	1,5	2,7
	65-74	1,1	1,7
	75-	0,8	1,4
<b>Hushållstyp</b>	Ensamstående utan barn	3,3	3,9
	Ensamstående med barn	11,6	8,4
	Samboende utan barn	1,1	1,8
	Samboende med barn	2	2,8
	Samboende med 3+ barn	3,2	2,5
<b>Sysselsättning</b>	Anställd, alla	2,2	3
	-fast anställning	2	2,9
	-tidsbegränsad anställning	3,8	3,7
	Företagare/jordbrukare	1,2	1,6
	Studerande	3,7	3,2
	Arbetslös	7,5	5,7
	Pensionär	1	1,5
	Förtidspensionär	4,7	7,1
<b>Utbildning</b>	Grundskola	2,7	3,5
	Gymnasium	2,9	3,6
	Högskola	1,9	2,4
<b>Födelseland</b>	Sverige	2,1	2,9
	övriga länder	4,6	3,8
<b>Disponibel inkomst per KE<sup>a</sup></b>	50 000 - 99 000	4,3	5,4
	100 000 - 149 000	2,9	3,9
	150 000 - 200 000	1,4	2,6
	200 000 eller mer	0,6	1,8
<b>Inkomststandard</b>	Lägre än socialbidragsnivå	2,6	4,2
	Socialbidragsnivå och strax över	5,4	4
	Upp till dubbla socialbidragsnivån	2,4	4,6
	Dubbla socialbidragsnivån och mer	1	2,2
<b>Andra grupper</b>	Personer i hushåll med socialbidrag	9,1	6,5
	Personer med sjukersättning	4,7	7,2
	Personer med frikort för sjukvård	4,2	3
	Personer med frikort för läkemedel	3,8	4,2

<b>Utgifter för läkemedel</b>	Ingen utgift	0,5	1
	1 - 400 kr	1,5	2,8
	401 - 900 kr	3,8	5,3
	901 - 1300 kr	5,8	4,7
	1301 - 1800 kr	4,4	4,5
	1800 kr eller mer	-	8,2
<b>Samtliga</b>		2,4	3

<sup>a</sup>KE = konsumtionsenhet. Disponibel inkomst per konsumtionsenhet är hushållets disponibla inkomst dividerat med summan av hushållets konsumtionsenheter. Syftet är att kunna jämföra hushåll med olika storlek och sammansättning.

Källa: HEK/Statistiska centralbyrån

Bland ensamstående med barn avstod närmare 12 procent från att hämta ut läkemedel år 2000 pga. ekonomiska skäl. Motsvarande siffra för hushåll med socialbidrag var 9 procent, och för arbetslösa 7,5 procent. Personer födda utanför Sverige, förtidspensionerade samt de med sjukersättning avstod i dubbelt så hög utsträckning jämfört med befolkningens genomsnitt. Kvinnor avstod från att hämta ut läkemedel i högre grad än män. Åldersgruppen 20-54 år avstod oftare än personer över 55 år. Det finns ett visst samband mellan högre utbildning och att avstå i något mindre utsträckning.

Kvinnor har högre utgifter för läkemedel än män, och äldre har högre utgifter än yngre [4]. De med höga utgifter för läkemedel avstår oftare från att hämta ut än de med lägre eller ingen utgift. Sambandet mellan hushållens ekonomi och att avstå från läkemedel av kostnadsorsak är tydligt. Andelen som avstår minskar med ökad disponibel inkomst och högre inkomststandard. Gruppen med lägre disponibel inkomst per konsumtionsenhet (KE) än 50 000, är liten och heterogen och består av såväl individer med stor förmögenhet, egna företagare och låg inkomst. Gruppen ska därför inte tolkas enbart som ekonomiskt svag [4].

Enligt HEK-undersökningen år 2005 hade andelen av befolkningen som avstod från läkemedel av ekonomiska skäl ökat bland både kvinnor och män i alla ålders- och utbildningsgrupper, jämfört med år 2000. En ökning märks främst bland förtidspensionärer och personer med sjukersättning (varit sjukskrivna minst två veckor under året), där drygt 7 procent angivit att de avstått i båda grupperna. I såväl gruppen med en inkomststandard understigande socialbidragsnivån som bland dem med en inkomststandard upp till dubbla socialbidragsnivån, märks en ökning vad gäller att avstå läkemedel.

Vissa grupper avstod från läkemedel i mindre utsträckning år 2005 jämfört med år 2000, främst bland de grupper som avstod i störst utsträckning år 2000. Ensamstående med barn som avstod från att hämta ut läkemedel minskade från nästan 12 procent till drygt 8 procent. Ensamstående med barn utgör även år 2005 den grupp som avstår från att hämta ut läkemedel i störst utsträckning, närmare tre gånger så ofta som genomsnittet i befolkningen. En minskning märks även för personer i hushåll med socialbidrag som hade sjunkit från 9,1 procent till 6,5 procent, och för arbetslösa från 7,5 procent till 5,7 procent.

### 5.3 Varför

Socialstyrelsen och SCB skickade ut en uppföljande enkät till dem som angivit att de avstått från läkemedel av kostnadsskäl i HEK- undersökningen år 2000. I enkäten frågades även vilka läkemedel man avstått ifrån. Resultaten som presenteras nedan bygger på svar från 79 personer.

**Tabell 2.** Orsaker till att inte hämta ut läkemedel år 2000, andel (procent) som angett orsaken (flera alternativ kunde anges)

<b>Ekonomiska skäl</b>	Läkemedlet var för dyrt	54
	Hade ont om pengar just då	53
	Ansträngd hushållsekonomi ofta	52
	Prioriterade andra utgifter	35
	Andra utgifter pga. sjukdomen	20
<b>Övriga orsaker</b>	Vill helst inte äta läkemedel	20
	Fick recept för att ta ut vid behov	15
	Osäker på att läkemedlet hjälper	8
	Rädd att bli beroende av läkemedel	5
	Mår inte bra av läkemedlet	5
	Rädd att slita på immunförsvaret	4
	Vill hellre ha annan behandling	4
	Bristande information om läkemedlet	2
	Läkemedlet hjälper inte	2
	Allergisk mot läkemedlet	1
Barnet vägrar ta läkemedlet	1	

Källa: "Vilka avstod från läkemedel år 2000?", Socialstyrelsen 2002

Frågorna i enkäten gällde det senaste tillfället individerna avstått från att hämta ut förskrivna läkemedel. 62 procent uppgav att de avstått under år 2001, 28 procent under år 2000 och övriga 10 procent uppgav inte senaste tillfälle. 95 procent angav en eller flera av ovanstående orsaker till att avstå från att hämta ut läkemedel.

Ekonomiska skäl var den betydligt vanligaste orsaken till att avstå från läkemedel, som uppgavs av totalt 87 % av de svarande. Detta var ett väntat resultat eftersom de tillfrågade redan i HEK- undersökning angivit kostnadsskäl till att avstå. 56 procent angav enbart ekonomiska skäl och 32 procent angav ekonomiskt skäl kombinerat med annat. Av de tillfrågade hade enbart 8 procent inte angivit ekonomiska skäl till att avstå från läkemedel. Att läkemedlet var för dyrt och/eller ansträngd ekonomi just då eller ofta var de vanligaste ekonomiska skälen bland de svarande. Bland orsaker som klassificerades som övriga angavs oftast att man inte ville äta läkemedel.

Bland de tillfrågade i denna uppföljande enkät bedömde 32 procent sitt allmänna hälsotillstånd som mycket gott eller gott, 37 procent som någorlunda och 25 procent som dåligt eller mycket dåligt. De sjukdomar och besvär som främst angavs var olika typer av värk (i rygg, höfter, axlar och/eller huvud), sömnbesvär, långvarig förkylning/influensa, magbesvär samt depression [4].

10 procent av de svarande hade berättat för vårdpersonal att de inte skulle hämta ut läkemedlet. Förtroende för den läkare som förskrev icke uthämtade läkemedel uppgavs oftast vara bra: 66 procent svarade bra, 22 procent svarade varken bra eller dåligt. Enbart 5 procent uppgav att förtroendet var dåligt.

På frågor om konsekvenser av att man inte hämtat ut förskrivna läkemedel uppgav 32 procent att de mått sämre eller fått ökade besvär. 24 procent svarade att det tagit längre tid att tillfriskna, medan 8 procent hade blivit friska även utan läkemedlet.

#### 5.4 Vilka läkemedelsgrupper avstås

**Tabell 3.** Läkemedel som inte hämtades ut av ekonomiska skäl år 2000. Fördelning mellan olika läkemedelsgrupper, anges i procent av de angivna läkemedlen

Läkemedelsgrupp		
Centrala nervsystemet	22	
	<i>Varav smärtstillande medel</i>	12
	<i>antidepressiva medel</i>	6
Andningsorganen ( <i>främst antiastmatika</i> )	20	
Matsmältningsorganen och ämnesomsättning	17	
	<i>magsårsmedel</i>	11
Infektionssjukdomar	7	
Hud	6	

Källa: HEK/Socialstyrelsen 2002

Bland de läkemedelsgrupper som avstods från pga. kostnadsskäl utgjorde läkemedel mot smärta, magsår och astma en majoritet [4]. Av de svarande visste 67 procent hur mycket läkemedlet de avstod från skulle ha kostat. 82 procent svarade att de skulle ha hämtat ut läkemedlet vid lägre kostnad. Till läkemedel man avstod från i mindre utsträckning hör läkemedel för hjärta och kretslopp, blod och blodbildande organ, urin- och könsorgan samt könshormoner [4].

## 5.5 Del 2. Resultat från folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor?” år 2006

### 5.6 Vem

**Tabell 4.** Andel (procent) som avstått från att köpa medicin på recept de tre senaste månaderna (år 2006). Resultatet presenteras separat för kvinnor och män. (N=2890 personer, vilket motsvarar totalt 416276 personer i befolkningen).

		Kvinnor	Män
<b>Ålder</b>	16-29 år	6	4
	30-44 år	7	6
	45-64 år	7	6
	65-84 år	4	6
	16-84 år	6	6
	Totalt 18-84 år	7	6
<b>Sysselsättning</b>	Yrkesarbetar	6	5
	Ålderspensionär	4	6
	Arbetslös	13	8
	Förtidspensionär	7	8
	Långtidssjukskriven	16	10
<b>Yrkesstatus</b>	Arbetare	7	6
	Lägre tjänsteman	7	7
	Mellan/högre tjänsteman	6	4
	Företagare	4	5
	Ej klassificerbara	17	8
<b>Utbildning</b>	Kort utbildning	6	7
	Mellanlång utbildning	8	5
	Lång utbildning	6	4
<b>Ekonomisk situation</b>	Ekonomisk kris	15	12
	Ej ekonomisk kris	4	4
	Saknar kontantmarginal	11	11
	Har kontantmarginal	5	5
	Låg inkomst	9	9
	Hög inkomst	8	4
<b>Födelseland</b>	Sverige	6	5
	Övriga Norden	6	4
	Övriga Europa	9	10
	Övriga världen	22	12

Källa: Nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor?”, Statens Folkhälsoinstitut 2006

Enligt resultaten från ”Hälsa på lika villkor?” år 2006 hade 6,5 procent av befolkningen avstått från att hämta ut läkemedel de tre senaste månaderna vid svarstillfället. Fler kvinnor än män avstod. Till dem som avstod i lägst utsträckning hör den yngsta gruppen män 16-29 år och den äldsta gruppen kvinnor, 65-84 år.

Bland kvinnor är det övervägande mest långtidssjukskrivna och arbetslösa som avstått från att hämta ut läkemedel. Motsvarande grupper bland män var arbetslösa, förtidspensionärer och långtidssjukskrivna.

Det var mindre vanligt att kvinnliga företagare och mer vanligt bland ej klassificerbara (de som oftare saknade yrke) att avstå från läkemedel, än bland arbetare. Manliga tjänstemän på mellan och hög nivå avstod i lägre grad än lägre tjänstemän och arbetare.

Kvinnor och män som hade ekonomisk kris, saknade kontantmarginal eller hade låg inkomst avstod från att hämta ut läkemedel i betydligt större utsträckning än de som inte varit ekonomiskt utsatta. Även kvinnor med hög inkomst avstod i hög grad, 8 procent.

Kvinnor med mellanlång utbildning avstod i högre grad än de med kort eller lång utbildning. Bland män minskade andelen som avstått från läkemedel med längre utbildning.

Individer födda utanför Norden avstod i betydligt större utsträckning än individer födda i Sverige eller övriga Norden. Bland kvinnor födda utanför Europa uppgick andelen till 22 procent, jämfört med 6 procent bland kvinnor födda i Sverige.

### 5.7 Varför

**Tabell 5.** De som på frågan *Har du under de senaste tre månaderna avstått från att köpa ut medicin som du fått recept på?* svarat *ja* och som på frågan *Vilken är den främsta orsaken till att du inte köpte medicin?* angivit en eller flera orsaker redovisas nedan. Anges i procent.

	<b>Kvinnor</b>	<b>Män</b>
Hade inte råd	26	28
Trodde inte att medicinen skulle hjälpa	13	15
Hade medicin så det räckte	26	20
Blev frisk	13	12
Hade för långt till apoteket	0	1

Källa: *Nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor?"*, Statens Folkhälsoinstitut 2006

Kvinnor uppgav att de inte hade råd med läkemedlet eller hade läkemedel så att det räckte som vanligaste orsaker till att avstå från att hämta ut. Därefter var de vanligaste orsakerna att man inte trodde att läkemedlet skulle hjälpa eller att man blev frisk. Bland män var den vanligaste orsaken till att inte hämta ut läkemedel att de inte hade råd. Vanligaste orsakerna därefter var att de hade läkemedel så att det räckte, trodde inte läkemedlet skulle hjälpa eller att de blev friska. Betydligt fler kvinnor än män uppgav att de hade läkemedel så det räckte som orsak till att de inte hämtat ut läkemedel.

För de som angivit orsakerna *Hade inte råd* och/eller *Trodde inte medicinen skulle hjälpa* finns resultat redovisat över olika befolkningsgrupper enligt följande.



**Tabell 6.** De som på frågan *Har du under de senaste tre månaderna avstått från att köpa ut medicin som du fått recept på?* svarat ja och som på frågan *Vilken är den främsta orsaken till att du inte köpte medicin?* svarat *Hade inte råd* redovisas nedan. Anges i procent. (N= 751 personer).

		<b>Kvinnor</b>	<b>Män</b>
<b>Ålder</b>	16-29 år	37	17
	30-44 år	23	39
	45-64 år	25	39
	65-84 år	19	4
	Totalt 18-84 år	26	28
<b>Sysselsättning</b>	Yrkesarbetar	18	29
	Ålderspensionär	19	4
	Arbetslös	47	54
	Förtidspensionär	71	49
	Långtidssjukskriven	51	42
<b>Yrkesstatus</b>	Arbetare	27	37
	Lägre tjänsteman	30	26
	Mellan/högre tjänsteman	26	15
	Företagare	0	30
	Ej klassificerbara	25	18
<b>Utbildning</b>	Kort utbildning	31	33
	Mellanlång utbildning	25	32
	Lång utbildning	26	16
<b>Ekonomisk situation</b>	Ekonomisk kris	52	59
	Ej ekonomisk kris	8	11
	Saknar kontantmarginal	47	42
	Har kontantmarginal	10	20
	Låg inkomst	42	32
	Hög inkomst	11	7
<b>Födelseland</b>	Sverige	27	29
	övriga Norden	28	30
	övriga Europa	20	34
	övriga världen	11	19

Källa: *Nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor?", Statens Folkhälsoinstitut 2006*

Bland kvinnor minskade andelen som inte hade råd med läkemedlet med ökad ålder. Andelen män som avstod av ekonomiska skäl var störst i åldern 30-64 år. Män i den äldsta åldersgruppen avstod i allra lägst utsträckning av ekonomiska skäl.

Arbetslösa eller förtidspensionerade kvinnor och män samt långtidssjukskrivna kvinnor angav ekonomiska skäl till att avstå från läkemedel i betydligt större utsträckning än

både yrkesarbetande och ålderspensionärer. Större andel yrkesarbetande män än ålderspensionärer angav att de inte hade råd som orsak.

Manliga arbetare och kvinnor klassificerade som lägre tjänstemän avstod i störst utsträckning pga. ekonomiska skäl. Män i gruppen mellan eller högre tjänstemän och kvinnliga företagare angav ekonomiska skäl mindre ofta.

Det fanns ingen större skillnad mellan kvinnor med olika utbildningslängd till att avstå pga. att de inte hade råd. Män med lång utbildning avstod mindre ofta av ekonomiska skäl än de med kort eller mellanlång utbildning.

Det var vanligare att kvinnor och män som var i ekonomisk kris, saknade kontantmarginall eller hade låg inkomst angav ekonomiska skäl till att inte hämta ut läkemedel än de med stabil ekonomi.

Kvinnor födda utanför Europa angav ekonomiska skäl till att avstå från läkemedel mindre ofta än övriga kvinnor framför allt födda i Sverige och övriga Norden. Bland männen var det vanligast bland födda i övriga Europa att ange bristande ekonomi som orsak till att inte ta ut läkemedel.

**Tabell 7.** De som på frågan *Har du under de senaste tre månaderna avstått från att köpa ut medicin som du fått recept på?* Svarat ja och som på frågan *Vilken är den främsta orsaken till att du inte köpte medicin?* svarat *Trodde inte medicinen skulle hjälpa* redovisas nedan. Anges i procent. (N= 405 personer).

		<b>Kvinnor</b>	<b>Män</b>
<b>Ålder</b>	16-29 år	16	18
	30-44 år	18	20
	45-64 år	11	12
	65-84 år	6	10
	Totalt 18-84 år	13	16
<b>Sysselsättning</b>	Yrkesarbetar	15	19
	Ålderspensionär	6	12
	Arbetslös	7	5
	Förtidspensionär	15	25
	Långtidssjukskriven	14	19
<b>Yrkesstatus</b>	Arbetare	18	11
	Lägre tjänsteman	14	15
	Mellan/högre tjänsteman	9	28
	Företagare	21	31
	Ej klassificerbara	25	20
<b>Utbildning</b>	Kort utbildning	9	18
	Mellanlång utbildning	16	17
	Lång utbildning	20	14
<b>Ekonomisk situation</b>	Ekonomisk kris	10	14
	Ej ekonomisk kris	16	15

	Saknar		
	kontantmarginal	12	9
	Har kontantmarginal	15	18
	Låg inkomst	10	22
	Hög inkomst	10	31
<b>Födelseland</b>	Sverige	12	14
	övriga Norden	12	10
	övriga Europa	14	8
	övriga världen	18	27

Källa: *Nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor?"*, Statens Folkhälsoinstitut 2006

En större andel män än kvinnor uppgav att de inte trodde läkemedlet skulle hjälpa som orsak till att avstå. Bland både kvinnor och män var det vanligare att avstå av detta skäl i åldersgrupperna 16-29 år och 30-44 år, än bland de äldre åldersgrupperna.

Arbetslösa och ålderspensionerade kvinnor och män angav mer sällan orsaken att de inte trodde läkemedlet skulle hjälpa. Bland män i grupperna förtidspensionerade, yrkesarbetande samt långtidssjukskrivna var denna orsak betydligt vanligare.

Manliga företagare samt mellan och högre tjänstemän angav att de inte trodde läkemedlet skulle hjälpa i störst utsträckning. Det var mindre vanligt att kvinnliga tjänstemän på mellannivå eller högre angav detta som orsak till att avstå.

Bland kvinnor ökar andelen som avstår från läkemedel för att de inte tror att det hjälper med längre utbildning. Bland män hade utbildningslängd mindre betydelse för att avstå av detta skäl.

Män med hög inkomst angav i störst utsträckning att de avstod från läkemedel pga. att de inte trodde läkemedlet skulle hjälpa. Andelen män med kontantmarginal uppgav denna orsak oftare än män som saknade kontantmarginal. Kvinnor med kontantmarginal samt de som inte hade ekonomisk kris avstod oftare av denna orsak än kvinnor som haft ekonomisk kris.

Det var vanligare att både kvinnor och män födda utanför Europa angav att de avstod från läkemedel pga. att de inte trodde läkemedlet skulle hjälpa, än övriga grupper.

### 5.8 Sammanfattande resultat

Följande faktorer kan betraktas ha negativ inverkan på följsamhet vid läkemedelbehandling, oavsett angiven orsak till att avstå från läkemedel:

- Låg ålder
- Ekonomisk kris
- Sakna kontantmarginal
- Ha låg (disponibel) inkomst
- Vara ensamstående med barn
- Vara långtidssjukskriven
- Vara förtidspensionär
- Vara arbetslös

- Vara född utanför Europa
- Upplevelse av att ha tillräckligt med medicin
- Negativ inställning till läkemedel och dess verkan
- Höga utgifter för läkemedel

Följande faktorer kan betraktas ha positiv inverkan på följsamhet vid läkemedelsbehandling, oavsett angiven orsak till att avstå från läkemedel:

- Hög ålder
- Vara samboende utan barn
- Ha kontantmarginal
- Ha hög (disponibel) inkomst
- Vara företagare
- Vara yrkesarbetare
- Vara ålderspensionär
- Ha låga utgifter för läkemedel
- Hög utbildning

## 6. DISKUSSION

### 6.1 Resultatdiskussion

Syftet med uppsatsen var huvudsakligen att sammanställa och kartlägga vilka grupper i samhället som avstår från att hämta/köpa ut förskrivna läkemedel, samt vilka orsaker som ligger bakom. Detta gjordes med hjälp av resultat från Statistiska Centralbyråns HEK-undersökningar från år 2000 respektive 2005 samt Statens folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät "Hälsa på lika villkor?" från år 2006. I följande avsnitt diskuteras valda viktiga resultat från undersökningarna och enkäten samt perspektiv, metod och material i uppsatsen. Eftersom området inte är beforskat i särskilt stor utsträckning i Sverige följer även tankar kring ämnets folkhälsovetenskapliga relevans och möjlig fortsatt forskning.

#### *6.1.1 Andelen som avstår från läkemedel ökade något*

Andelen i befolkningen som avstår från att hämta ut läkemedel av ekonomiska skäl ökade från 2,4 procent år 2000 till 3 procent år 2005 enligt HEK-undersökningarna. Enligt resultaten från folkhälsoenkäten hade 6,5 procent av befolkningen avstått från att hämta ut läkemedel de tre senaste månaderna vid svarstillfället. I Socialstyrelsens rapport "Vilka avstod från läkemedel år 2000?" visas att andelen som avstod från läkemedel av ekonomiska skäl minskat mellan varje år från 1997 till 2000 [4]. Andelen verkar alltså åter ha ökat lite till år 2005. Man vet att det hämtades ut läkemedel i större mängder än normalt innan läkemedelsreformen år 1997, vilket gjorde att läkemedelsförsäljningen minskade under nästkommande år. Detta kan inte förklara ökningen eftersom det snarare kan ha haft effekter på inkomståret 2000 än på 2005.

En ökad andel som avstår från läkemedel av ekonomiska skäl märks främst bland förtidspensionärer, från 4,7 procent år 2000 till 7,1 procent år 2005 samt bland personer med sjukersättning, från 4,7 procent till 7,2 procent.

Resultaten i HEK-undersökningarna visar också en minskning år 2005 bland de grupper som år 2000 avstod i störst utsträckning; ensamstående med barn som avstod från att hämta ut läkemedel minskade från nästan 12 procent till drygt 8 procent. Trots detta utgör ensamstående med barn även år 2005 den grupp som avstår från att hämta ut läkemedel i störst utsträckning, närmare tre gånger så ofta som genomsnittet i befolkningen. En minskning i icke uttagna läkemedel märks även bland personer med socialbidrag som hade minskat från 9,1 procent till 6,5 procent, samt arbetslösa för vilka motsvarande minskning var från 7,5 procent till 5,7 procent. Det vore intressant att närmare studera vilka faktorer som ligger bakom nedgången i andelen som avstår i just dessa grupper eller om det eventuellt beror av urval.

Äldre avstår från läkemedel i lägre grad än yngre. Enligt resultaten i folkhälsoenkäten anger äldre betydligt mer sällan än yngre att de avstår från läkemedel för att de inte trodde att läkemedlet skulle hjälpa. Det kan bero på olika inställning till läkemedel och hälso- och sjukvård eller att de äldre har mer livsviktiga läkemedel och därför är mindre benägna att avstå från dem. I detta fall spelar troligtvis inte disponibel inkomst någon direkt avgörande roll eftersom äldre ofta har lägre disponibel inkomst samt högre utgifter för både vård och läkemedel än yngre.

### 6.1.2 Vanligaste orsakerna till att avstå

När man går närmare in på orsaker till varför individer avstår från att hämta ut läkemedel beror det i första hand på att man inte hade råd, därefter att man ansåg sig ha medicin så att det räckte. Bland dem som avstår finns alltså både de med svag ekonomi och avstår trots behov samt de som avstår medvetet eller har valt bort att hämta ut läkemedlet. De som yrkesarbetar eller är ålderspensionärer avstår av ekonomiska skäl i betydligt lägre grad än övriga grupper. Yrkesstatus och utbildning verkar inte ha lika stor inverkan som sysselsättning vad gäller att avstå läkemedel av ekonomiska skäl.

Individer med ekonomisk kris, som saknar kontantmarginal och har låg inkomst avstår inte förvånande av ekonomiska skäl i betydligt större utsträckning än övriga grupper. Resultaten i folkhälsoenkäten visar att mönstren är likartade för kvinnor och män. Bland dem som angivit att de inte hade råd är unga kvinnor i åldrarna 16-29 år och män i åldrarna 30-64 år i majoritet, enligt resultaten i folkhälsoenkäten. I den yngsta åldersgruppen 16-29 år märks dock stor skillnad mellan könen, 37 % av kvinnorna avstår av ekonomiska skäl och 17 % bland männen. Skillnaderna mellan kvinnor och män märks främst i orsaker till att avstå från läkemedel, tydligast vad gäller inställning till läkemedel. Både hög- och låginkomsttagare bland män avstår oftare för att de inte trodde att läkemedlet skulle hjälpa än motsvarande grupper bland kvinnor. Enligt resultaten i folkhälsoenkäten anger en större andel yrkesarbetande män än kvinnor att de avstår från läkemedel för att de inte hade råd. Kvinnliga ålderspensionärer och förtidspensionärer avstår betydligt oftare av ekonomiska skäl än motsvarande grupper bland män. Resultaten visar att både kön och socioekonomisk position spelar roll för uttag av läkemedel inom vissa grupper.

Resultaten i HEK- undersökningarna visar att utrikes födda avstår från att ta ut läkemedel av kostnadsskäl oftare än inrikes födda. Men enligt folkhälsoenkäten anger en större andel bland både kvinnor och män födda inom Norden att de avstår för att de inte har råd. Skillnaderna i resultaten kan bero på att data inte redovisas separat för kvinnor och män i HEK- undersökningarna tillskillnad från folkhälsoenkäten. Resultaten i folkhälsoenkäten visar även att individer födda utanför Europa betydligt oftare än andra grupper avstår från läkemedel för att de inte trodde att läkemedlet skulle hjälpa. Detta kan antyda skillnader i attityder till läkemedel och förtroende för hälso- och sjukvård mellan olika grupper. Bristande följsamhet vid läkemedelsbehandling pga. inställning till läkemedel kräver andra åtgärder än ekonomiska.

Andelen som avstår läkemedel av ekonomiska skäl har totalt sett ökat lika mycket i gruppen med lägst disponibel inkomst som i den med högst inkomst, mellan åren 2000 och 2005. Men skillnaden mellan dessa grupper är fortfarande stor, då de med lägst inkomst avstår i allra störst utsträckning. Andelen som avstår läkemedel minskar med ökad disponibel inkomst.

### 6.1.3 Smärtstillande läkemedel, anti-astmatika och magsårsmedicin avstås oftast

Enligt Socialstyrelsens specialbearbetning av HEK- undersökningen år 2000 är smärtstillande medel är den grupp läkemedel som avstods från i störst utsträckning [4]. I denna grupp ingår läkemedel för migränbehandling vilka kan vara relativt dyra [4]. Läkemedel för andningsorganen, främst mot astma, avstods från i näst störst utsträckning. Även läkemedel mot magsår, som utgjorde en stor andel av de läkemedel som inte hämtades ut, är dyra [4].

#### *6.1.4 Eventuella konsekvenser svåra att bedöma*

Att avstå från läkemedel påverkar inte bara individens hälsa vid sjukdom, utan även farmakologiska preventionsstrategier exempelvis vid behandling av höga blodfetter för att minska risker för hjärtkärlsjukdom. Men att bedöma eventuella konsekvenser utifrån att individer avstår läkemedel eller vilket läkemedel som avstås ifrån är inte möjligt utifrån dessa data. För att kunna kartlägga konsekvenser behöver man känna till individuella riskfaktorer och i vilket syfte läkemedlet skrivs ut [14]. Förskrivning kan göras för behovsanvändning eller i preventivt syfte. Symtom kan dessutom variera mellan svåra och lindriga, övergående och kroniska vilket kan påverka uppfattat behov av läkemedlet. Det nationella Läkemedelsregistret ger goda möjligheter att följa upp och öka kvaliteten i förskrivning av läkemedel och användning av dessa.

#### *6.1.5 Socioekonomisk position är avgörande*

Social position, kön, livsstil och tillgång till sjukvård är några av de faktorer som spelar roll för hälsan [17, 25]. Många mekanismer samverkar även i frågan om att avstå från läkemedel. Resultaten visar tydligt att individer i lägre socioekonomisk position, dvs. de som saknar kontantmarginal, har låg inkomst och/eller inte yrkesarbetar, avstår från läkemedel i större utsträckning än andra grupper. Att andelen som avstår från läkemedel av kostnadsskäl minskar med ökad disponibel inkomst stärker en sådan slutsats. Den sociala gradienten märks även i att de grupper som har kontantmarginal och inte har ekonomisk kris i större utsträckning avstår för att de inte trodde att läkemedlet skulle hjälpa.

Det finns anledning att återkomma till Michael Marmots uppmaning om att tänka på inkomst som både vad individen har och hur mycket samhället bidrar med till individens försörjning [34]. I Sverige har vi högkostnadsskydd för vård och läkemedel som kan antas skydda mot social och ekonomisk ojämlikhet inom dessa områden. Men såväl resultaten i denna uppsats och andra studier visar att skyddet inte är tillräckligt för att uppnå lika tillgänglighet vid lika behov [4, 7, 25]. I detta sammanhang är det också viktigt att poängtera att läkemedelskostnader- och utgifter inte kan betraktas separat från individens och hushållens övriga utgifter. Läkemedel konkurrerar om utrymme i människors totala budget med övriga varor och tjänster, exempelvis sjukvård och tandvård. Höga utgifter för övrig vård kan öka benägenheten att avstå från läkemedel.

Enligt både HEK- undersökningarna och folkhälsoenkäten avstår individer födda utanför Europa från läkemedel i större utsträckning än övriga grupper. Bristande följsamhet kan i detta fall kopplas till den samlade bild som tyder på att utrikes födda ofta hamnar i låg social position i Sverige [17]. Utrikes födda har ofta en svagare position på arbetsmarknaden och större försörjningssvårigheter än inrikes födda [17]. Levnadsvilkorens fördelning efter födelseland är också en viktig indikator på hälsans fördelning i ett samhälle. Skillnader i läkemedelsanvändning och orsaker till att avstå från läkemedel mellan olika etniska grupper undersöktes inte i de presenterade resultaten.

Individuella faktorer verkar i ett ständigt växelspel med faktorer i omgivningen, såväl i hemmet som det omgivande samhället i stort [36]. Graden av kontroll och de förutsättningar individer har till social samhörighet och deltagande har befunnits ha samband med hälsostatus [21]. Det finns anledning att anta att de som avstår från läkemedel i större utsträckning saknar vardagliga sociala nätverk eftersom en stor andel

är utanför arbetsmarknaden, är förtidspensionerade och långtidssjukskrivna vilket gör att de går miste om exempelvis arbetsplatsen som mötesplats för kontakter. Ökat socialt deltagande och kontrollmöjligheter i livet kan förändra beteende [34].

#### *6.1.6 Snarare könsperspektiv än genusperspektiv i resultaten*

Genusaspekter finns i hela kedjan från vårdsökandebeteende, kontakt och relation med vårdpersonal, diagnoser till läkemedelsförskrivning (se figur 2). Vad gäller att avstå från läkemedel är det svårt att säga något om genusaspekten utifrån presenterade resultat. Enligt både HEK-undersökningarna och folkhälsoenkäten avstår kvinnor från läkemedel i något större utsträckning än män. I folkhälsoenkäten redovisas resultaten separat för kvinnor och män. Det är en större andel bland långtidssjukskrivna eller arbetslösa kvinnor än motsvarande grupper bland män som avstår från läkemedel. Men resultaten visar generellt sett att likheterna är större än skillnaderna mellan kvinnor och män som avstår från att hämta ut läkemedel. Detta är i enighet med ett flertal av de studier som presenterades i bakgrundsavsnittet [4, 20]. Kvinnor använder dock mer läkemedel och de har därför högre utgifter. Dessutom har kvinnor i genomsnitt lägre inkomst än män, vilket kan bidra till att fler avstår av kostnadsskäl. Marknadsföringen av läkemedel, biologiska, sociala och beteendemässiga faktorer bidrar till sjukvårdens medikalisering av patienter, särskilt kvinnor [18]. Det är därför nödvändigt att kartlägga hur genusaspekten påverkar vid såväl förskrivning som uttag av läkemedel. Materialet i uppsatsen gör att man kan iaktta skillnader och likheter bland kvinnor och män när det gäller att avstå från läkemedel, vilket kan vara en grund för att vidare kunna studera och identifiera genusaspekter bakom dessa.

#### *6.1.7 Ojämlighet i hälsa*

Folkhälsopolitikens huvudmål är att förbättra folkhälsan [32]. Att en större andel av dem som avstår från läkemedel tillhör mindre gynnade socioekonomiska grupper är ett tecken på att målet i den svenska hälso- och sjukvårdslagen 2 § (*lag 1997:142*) om god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen inte uppnåtts. Detta gör läkemedelsanvändning till ett folkhälsoproblem, inte enbart ett medicinskt problem för individer. Återigen visas att socioekonomiska ojämlikheter är ett av folkhälsans mest centrala problem. Hur hälsan fördelas i befolkningen är en social signal på allmänna levnadsvillkor. Det är viktigt att belysa sociala kontexters betydelse i sammanhanget för att inte bidra till stigmatisering för vissa grupper, i detta fall eftersom vissa grupper avstår från läkemedel i större utsträckning än andra. För att uppnå jämlik hälsa i befolkningen är det viktigt med jämlika förutsättningar. Vi behöver identifiera vilka omständigheter och förutsättningar som krävs för en god hälsa. Vad kan individen själv skapa med sina förmågor och vad måste samhällsorganen utveckla och förbättra? Ligger fler mekanismer än ekonomiska bakom att ensamstående med barn avstår från läkemedel oftare än sammanboende med barn? I detta fall innebär det att det behövs en helhetssyn för de individer och grupper som har ett omfattande behov av vård och läkemedel. Eftersom man skiljer på avgiftssystemen för vård och läkemedel kan dessa individer på kort tid få höga utgifter innan nivån för högkostnadsskydd uppnås [12]. Kontrollmöjligheter för individer och hushåll kan verka begränsade i denna situation. Satsningar på de i lägst social position med sämre förutsättningar, där hälsoproblemen överlag är störst, kan ge betydelsefulla resultat för folkhälsan. Problemet med detta är att det krävs selektiva åtgärder, riktade till specifik grupp vilket kan leda till stigmatisering och motstånd.



## 6.2 Metod- och materialdiskussion

Uppsatsen är skriven med kvantitativ ansats utifrån deskriptiva data på individnivå. Med kvalitativa metoder är möjligheterna större till problematisering på området. Olika perspektiv och ansatser ger olika bilder av hälsa. Jag valde att fokusera på socioekonomiska variabler i datamaterialet vilket påverkar diskussionsavsnittets ansats och utformning. Val av exempelvis födelseland eller ålder som mest centrala variabler hade öppnat för en annan vinkel på och analys av resultaten.

I metod och material berörs även problemet med att inte blanda ihop förklaringar och slutsatser på individnivå med motsvarande på gruppnivå. Genetiska förutsättningar kan ha betydelse för hur en individ klarar att avstå från läkemedel, men dessa förutsättningar kan inte förklara kortsiktiga förändringar i folkhälsan. Det krävs olika tolkningar och analyser av data på individ- och gruppnivå för att kunna dra slutsatser om variationer i hälsa och beteende [34]. Utifrån materialet i uppsatsen kan slutsatser inte dras på individnivå eftersom data är aggregerad.

I uppsatsen har olika datakällor använts, med resultat utifrån olika frågeställningar och metoder (telefonintervjuer respektive skriftligt frågeformulär), vilket gör att jämförbarheten kan diskuteras. Detta kan påverka att andelen som avstår från läkemedel skiljer sig stort mellan HEK- undersökningarna och resultatet i folkhälsoenkäten. Källorna har därför presenterats i olika delar i uppsatsens resultatavsnitt, och bör främst betraktas som komplement till varandra.

Med tanke på att båda datakällorna bygger på svar från ett stort antal slumpmässigt utvalda individer kan felkällor främst vara slumpartade, exempelvis bortfallsfel och mätfel. Det finns exempelvis en överrepresentation av individer i lägre socioekonomisk position i bortfallet. Denna selektionsbias kan leda till underrapportering vad gäller hur många som avstår från läkemedel, eftersom denna grupp generellt rapporterar underuttag i större utsträckning än övriga grupper.

En svaghet i uppsatsens resultat är att enbart två år jämförs från HEK- undersökningen, fler år hade kunnat ge bättre översikt av utvecklingen över tid. Data från HEK och folkhälsoenkäten är också insamlade under olika år, vilket kan ha viss effekt på resultaten. Men vad som i första hand kan antas ligga bakom skillnaderna är att HEK enbart inriktas på ekonomiska skäl till att avstå från läkemedel medan folkhälsoenkäten belyser även övriga orsaker genom fasta alternativ. I folkhälsoenkäten avser frågan om att avstå från läkemedel de tre senaste månaderna vilket minskar risken för recall bias, jämfört med HEK som ställer motsvarande fråga gällande ett år tillbaka.

Att de olika datakällorna, trots olika frågeställningar, visar att ekonomiska skäl och ekonomisk situation är de största anledningarna till att avstå från läkemedel, ger styrka åt slutsatser om att dessa variabler är avgörande. Dessutom får resultaten från både HEK- undersökningarna och folkhälsoenkäten stöd av de studier som presenterades i bakgrundsavsnittet, särskilt när det gäller sambanden mellan socioekonomisk position och att avstå från läkemedel [7, 25, 26].

I de källor som använts har man inte gjort skillnad på engångsrecept eller flergångsrecept. Skillnaden är väsentlig för att kunna kartlägga samband mellan exempelvis att avstå från läkemedel och att ange att man hade tillräckligt med läkemedel hemma eller att man inte trodde att läkemedlet skulle hjälpa. De som har

flergångsrecept kan avstå från att inte hämta ut läkemedel för att de inte fått den effekt som önskats eller för att de drabbats av biverkningar [14]. Om man separerar resultat för engångsrecept och flergångsrecept kan man också se skillnad på kort- och långtidsbehandlingar.

Urvalet vid uppföljande enkäten efter HEK- undersökningen från år 2000 är relativt litet vilket gör det svårt att dra tillförlitliga slutsatser. Gruppen som besvarade enkäten verkar också vara något sjukare än den genomsnittliga befolkningen [4]. 95 procent hade hämtat ut förskrivna läkemedel jämfört med ca 60 procent av totalbefolkningen [4].

Sammanställningen i resultatavsnittet visar inte om vissa grupper är sjukare än andra och därmed får mer läkemedel förskrivna och fler tillfällen att avstå från läkemedel. Enligt Folkhälsorapport 2005 har svag ekonomi samband med högre sjuklighet vilket kan vara en förklaring till att dessa grupper rapporteras avstå från läkemedel oftare [17]. Materialet i uppsatsen säger dock heller inget om hur många som avstår från läkarbesök och därmed inte ens fått chans att få läkemedel förskrivet.

Det är också svårt att analysera genusaspekter på att avstå läkemedel utifrån detta material eftersom det inte säger något om bakomliggande strukturer. I vidare studier skulle man behöva ta hänsyn till bakgrundsfaktorer i analyserna och se hur mycket de förklarar skillnader mellan kvinnor och män. Även mer omfattande studier med kvalitativ ansats är nödvändiga för att kunna se i vilken utsträckning övergripande genusstrukturer spelar roll på mikronivå.

### **6.3 Folkhälsovetenskaplig relevans och fortsatt forskning**

Resultatet lyfter ett antal frågeställningar som behöver fördjupas inom den farmakoepidemiologiska, samhällsmedicinska och folkhälsovetenskapliga forskningen. Intresse av att studera läkemedelsanvändning borde finnas för att både förbättra hälsan i befolkningen och för att slippa den samhällsekonomiska bördan som uteblivna läkemedelsuttag eventuellt innebär [17, 27]. Området är inte minst relevant för folkhälsovetenskapen genom folkhälsomålen som handlar om social och ekonomisk trygghet samt en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård [9]. Folkhälsoarbete handlar om att skapa lika förutsättningar och villkor för god hälsa i befolkningen. Individuella problem kan bemötas av hälso- och sjukvården, men ojämlikheter mellan socialt definierade grupper behöver bemötas med forskning och åtgärder som påverkar strukturer som gör att vissa grupper gynnas på bekostnad av andra. Särskilt angeläget i detta exempel är att vidare studera de socioekonomiska grupper som har högst läkemedelsutgifter och anger i störst utsträckning att de avstår från läkemedel. Viktigt att studera i sammanhanget är även hur individers och hushållens ekonomi och prioriteringar för denna påverkas av storleken på läkemedelskostnader. Beroende på hur man tvingas prioritera kan detta påverka livskvalitet på andra områden. Det är rimligt att anta att de med höga läkemedelskostnader även har höga utgifter för vård i övrigt.

Att en stor andel anger att de avstår från att hämta ut läkemedel för att de har tillräckligt med läkemedel redan, pekar på frågeställningar huruvida det förskrivs för mycket läkemedel i Sverige, om individer underdoserar eller hamstrar i stor utsträckning. Studier behöver göras på hur utbyte av läkemedel på apotek till billigare motsvarande påverkar följsamhet av ordinationer.

Det skulle även vara intressant att studera individers copingstrategier vid sjukdom kopplat till läkemedelsanvändning. Särskilt vore det värdefullt kopplat till socialt nätverk och stöd, eftersom de grupper som avstår från läkemedel i högst grad ofta är arbetslösa, långtidssjukskrivna och förtidspensionerade och står utanför vardagens naturliga mötesplatser, exempelvis arbetsplatser. Att ha resurser för känslomässigt, ekonomiskt och socialt stöd är nära kopplat till förbättrad hälsostatus [21].

Olika orsaker till att avstå från läkemedel kräver olika insatser och åtgärder. För de som avstår av ekonomiska skäl behöver samhället agera och eventuellt sänka högkostnadsskyddsnivån, och för de som inte tror att läkemedlet hjälper är det mer en attitydfråga eller fråga om förtroende för hälso- och sjukvården som uttrycks främst bland individer födda utanför Europa.

Medicinska konsekvenser av att avstå från läkemedel behöver studeras i större utsträckning, dels för att se hur det påverkar individers hälsa, dels för att se om detta bidrar till ojämlikhet i hälsa på befolkningsnivå. Eventuella medicinska konsekvenser kan även ge negativa effekter på samhällsekonomi, exempelvis pga. längre sjukskrivningsperioder och vård krävs för ytterligare eller förvärrad sjukdom [2, 7, 27]. Bristande följsamhet orsakar störst besvär vid preventiv behandling av sjukdomar utan klara symtom som pågår över lång tid [11]. En tredjedel av dem som svarade på Socialstyrelsens uppföljande enkät till HEK-undersökningen år 2000, angav att de fått sämre hälsa eller ökade besvär till följd av att de avstått från läkemedel [4]. Urvalet i undersökningen var litet vilket gör att slutsatser måste dras med försiktighet, men resultatet visar att det finns behov av fortsatta studier på konsekvenser av att avstå från läkemedel. Inte minst för att se om mer jämlik läkemedelsanvändning kan bidra till att minska ojämlikheter i hälsa bland befolkningen och ge bättre folkhälsa.

## 7. REFERENSER

- [1] Sterky G, Tomson G, Sachs L, Henningsson B, Bergman U. Medicines and society: a challenge in health development. Departments of International Health Care Research (IHCAR) and Clinical Hospital. Stockholm: Karolinska Institutet; 1988.
- [2] World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
- [3] Wamala SP, Merlo J, Boström G. Inequity in access to dental services explains current socioeconomic disparities in oral health. The Swedish National Public Health Surveys 2004-2005. *J Epidemiology Community Health* 2006;60:1027-33.
- [4] Socialstyrelsen. Vilka avstod från läkemedel år 2000? – orsaker och konsekvenser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
- [5] Whitehead M, Evandrou M, Haglund B, Diderichsen F. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? *BMJ* 1997;315:1006-1009.
- [6] Haglund B, Köster M, Nilsson T, Rosén M. Inequality in access to coronary revascularization in Sweden. *Scand Cardiovasc J* 2004;38:334-339.
- [7] Socialstyrelsen. Är läkemedlen för dyra för hushållen? Resultat från en enkätundersökning genomförd i oktober 1997. Stockholm: Socialstyrelsen; 1998.
- [8] Ljung R, Peterson S, Hallqvist J, Heimerson I, Diderichsen F. Socioeconomic differences in the burden of disease in Sweden. *Bulletin of the World Health Organization* 2005; 83(2):92-99.
- [9] Statens folkhälsoinstitut. Sveriges elva folkhälsomål. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
- [10] Hagström B, Mattson B, Rost I-M, Gunnarsson K R. What happened to the prescriptions? A single, short, standardized telephone call may increase compliance. *Family Practice* 2004;21:46-50.
- [11] Arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning (ABLA II). Mindre sjukdom och bättre hälsa genom ökad följsamhet till läkemedelsordinationerna - professionernas roll. Stockholm: ABLA II; 2001.
- [12] Socialstyrelsen. Läkemedelsreformen 1997 – hur blev det?, Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
- [13] Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdens läkemedelsregister.

- [14] Socialstyrelsen. Uppföljning av förskrivning och användning av läkemedel. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.
- [15] Socialstyrelsen. Om läkemedelsregistret. ([http://www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistik\\_amne/lakemedel/om\\_lakemedel\\_sstat.htm](http://www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistik_amne/lakemedel/om_lakemedel_sstat.htm)) 070503.
- [16] Wettermark B, Hammar N, Fored M, et al. The new Swedish Prescribed Drug Register – opportunities for pharmacoepidemiological research and experience from the first six months. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2006 Aug 9; (Epub ahead of print).
- [17] Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
- [18] Sayer, P. Geoffrey & Britt, Helena. Sex differences in prescribed medications: another case of discrimination in general practice. *Soc Sci Med* 1997;45 (10):581-1587.
- [19] Statens folkhälsoinstitut. Ett genusperspektiv på folkhälsopolitiken. Folkhälsopolitisk rapport R2005:5. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005.
- [20] Henricson K, Stenberg P, Rametsteiner G, Ranstam J, Hanson B S, Melander A. Socioeconomic factors, morbidity and drug utilization – an ecological study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 1998;7(4):261-267.
- [21] Östberg V, Lennartsson C. Getting by with a little help: the importance of various types of social support for health problems. *Scand J Public Health* 2007;35(2):197-204.
- [22] Krigsman K, Nilsson J. L. G., Ring L. Refill adherence for patients with asthma and COPD: comparison of a pharmacy record database with manually collected repeat prescriptions. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2006 Sept 28; (Epub ahead of print).
- [23] Pound P, Britten N, Morgan M, Yardley L, Pope C, Daker-White G, Campbell R. Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Soc Sci Med* 2005;61(1):133-55.
- [24] Townsend A, Hunt K, Wyke S. Managing multiple morbidity in mid-life: a qualitative study of attitudes to drug use. *BMJ* 2003;327(7419):837.
- [25] Wamala SP, Merlo J, Boström G, Högstedt C, Ågren G. Socioeconomic disadvantage and primary non-adherence with medication in Sweden. *Int Journal for Quality in Health Care* 2007;19(3):134-140 .
- [26] Lundberg L, Johannesson M, Isacson D.G.L, Borgquist L. Effects of user charges on the use of prescription medicines in different socio-economic groups. *Health Policy* 1998;44:123-134.

- [27] Krigsman K, Melander A, Carlsten A, Ekedahl A, Nilsson L G. Refill non-adherence to repeat prescriptions leads to treatment gaps or to high extra costs. *Pharm World Sci* 2007;29(1):19-24.
- [28] Haynes RB, Montague P, Oliver T, McKibbin KA, Brouwers MC, Kanani Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(2):CD000011.
- [29] Weaver KE, Llabre MM, Duran RE, Antoni MH, Ironson G, Penedro FJ, Schneiderman N. A Stress and Coping Model of Medication Adherence and Viral Load in HIV-positive Men and Women on Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART). *Health Psychol* 2005;24(4):385-92.
- [30] Inkomstfördelningsundersökningen 2001, Beskrivning av statistiken. Produktkod IF0103. Statistiska Centralbyrån. [www.scb.se](http://www.scb.se)
- [31] Hushållens ekonomi (HEK) 2005, Beskrivning av statistiken. Produktkod HE0103, Statistiska Centralbyrån. [www.scb.se](http://www.scb.se)
- [32] Lundberg O. Ojämlighet i hälsa: Definitioner, mått, mekanismer och policyimplikationer. *Socialmedicinsk tidskrift* 2003;3:200-208.
- [33] Marmot M. Status syndrome: a challenge to medicine. *JAMA* 2006;295:1304-7.
- [34] Marmot M. Statussyndromet – hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden. Stockholm: Natur och kultur; 2006.
- [35] Hammarström A. Genusperspektiv på medicinen. Stockholm: Högskoleverket; 2004.
- [36] Eklund J, Freidenfelt J, af Klintberg B. Psykosocial problematik – individen i fokus. *Scand J Public Health* 2007;35(2):197-204.