

NYA OCH BÄTTRE LÄKEMEDEL

– MEN INTE FÖR ALLA



INNEHÅLL

Sammanfattning	4
Inledning	5
Tidigare studier av äldre och läkemedel	6
Behandling av förmaksflimmer	10
Diskussion – synen på äldre	14
Bilaga	15

SAMMANFATTNING

Behandlingen av förmaksflimmer har förbättrats. Det är betydligt fler som får en adekvat behandling jämfört med för tio år sedan. Samtidigt finns det tydliga skillnader mellan yngre äldre (65–79) och äldre äldre 80+. Den äldsta åldersgruppen får oftare felaktig behandling och får i lägre grad tillgång till de nyaste läkemedlen. Den bild av läkemedelsbehandling vid förmaksflimmer som analysen i den här rapporten ger passar därmed in i ett mönster som även finns inom andra terapiområden. De allra äldsta patienterna diskrimineras när det gäller tillgång till nya läkemedel. Till det ska läggas att de fortfarande ofta får olämpliga läkemedel och allt för ofta väldigt många läkemedel. Den svenska hälso- och sjukvården har en läxa att göra när det gäller äldre och läkemedel.

INLEDNING

Avsikten med denna rapport är att undersöka eventuell åldersdiskriminering vid läkemedelsbehandling av förmaksflimmer. Åldersdiskriminering inom hälso- och sjukvården är förbjuden sedan 2013 men mycket tyder på att det ändå är frekvent förekommande.

Behandlingen av förmaksflimmer är ett viktigt område. Bättre strokeförebyggande behandling av den gruppen är det huvudsakliga skälet till att allt färre drabbas av stroke i Sverige. Risken för stroke ökar med stigande ålder, så att även de allra äldsta patienterna får rätt behandling är av stor vikt.

Förmaksflimmer ökar risken för stroke och på grund av detta börjar man oftast en förebyggande läkemedelsbehandling med antikoagulantia. Historiskt har den vanliga behandlingen varit warfarin men på senare år har så kallade nya orala antikoagulantia (NOAK) kommit att spela en allt större roll. Vi studerar både andelen som får en effektiv förebyggande behandling och hur tillgången till de nyare ser ut i åldersgrupperna 65–79 och 80+.

Rapporten bygger på en analys av data från patient- och läkemedelsregistret. Alla patienter över 65 år ingår i analysen, vilket ger drygt 100 000 patienter per år under åren 2008–2017.



TIDIGARE STUDIER AV ÄLDRE OCH LÄKEMEDEL

Äldre personer har ofta många läkemedel, de får inte sällan rent olämpliga läkemedel och de nås långsammare än yngre av nya läkemedel. Pensionärsorganisationer och forskare har länge lyft dessa frågor och de senaste åren rymmer både framsteg och brist på framsteg.¹ Det finns flera studier och projekt som har satt ljuset på äldres läkemedelsanvändning och undersökt frågor kring åldersdiskriminering när det gäller nya läkemedel. Här nedan följer några exempel.

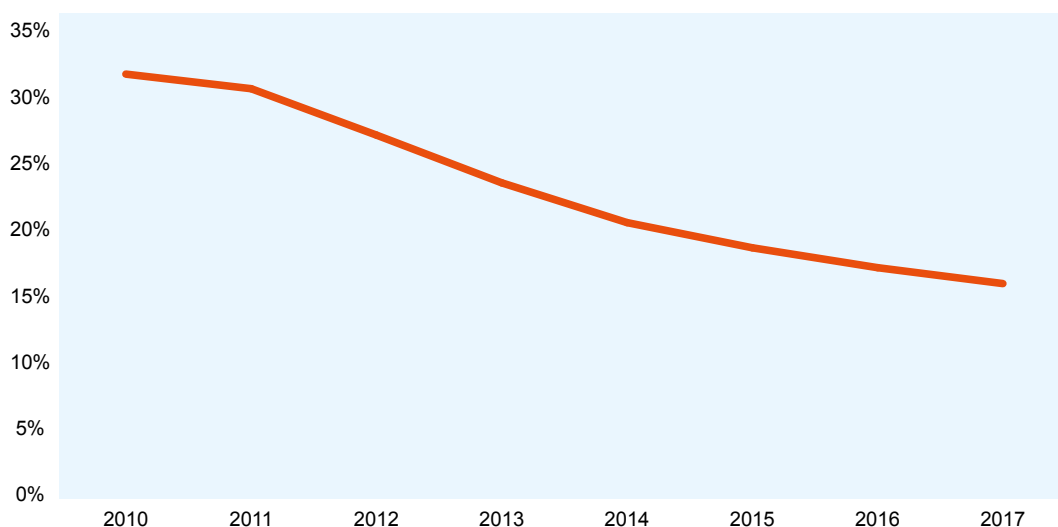
Korrekt läkemedelsanvändning

Med ökad ålder följer ofta ökad sjuklighet och därmed också ökad läkemedelsanvändning. Just därför är det extra viktigt att följa äldres läkemedelsanvändning och att vara vaksam på olämpliga läkemedel och olämpliga kombinationer. Äldre drabbas betydligt oftare av läkemedelsbiverkningar än yngre och det är en betydande orsak till inläggningar på sjukhus.²

Sedan 2009 har PRO, SPF Seniorerna och Apoteket ett samarbete om äldre och läkemedel, *Koll på läkemedel*, som syftar till att komma tillrätta med över- och felföreskrivning av läkemedel till äldre.

Ett av målen när samarbetet startades var att halvera andelen olämpliga läkemedel till äldre – och utvecklingen har gått åt rätt håll. Sedan initiativet togs har andelen olämpliga läkemedel hos äldre minskat från 32 procent 2010 till 15,2 procent 2017. Listan över olämpliga läkemedel innehåller 32 substanser och har tagits fram av Socialstyrelsen. Läkemedlen innebär en hög risk för biverkningar hos äldre och bör endast användas om det finns särskilda skäl för det.

Diagram 1. Andel (%) av befolkningen över 80 år med olämpliga läkemedel på recept



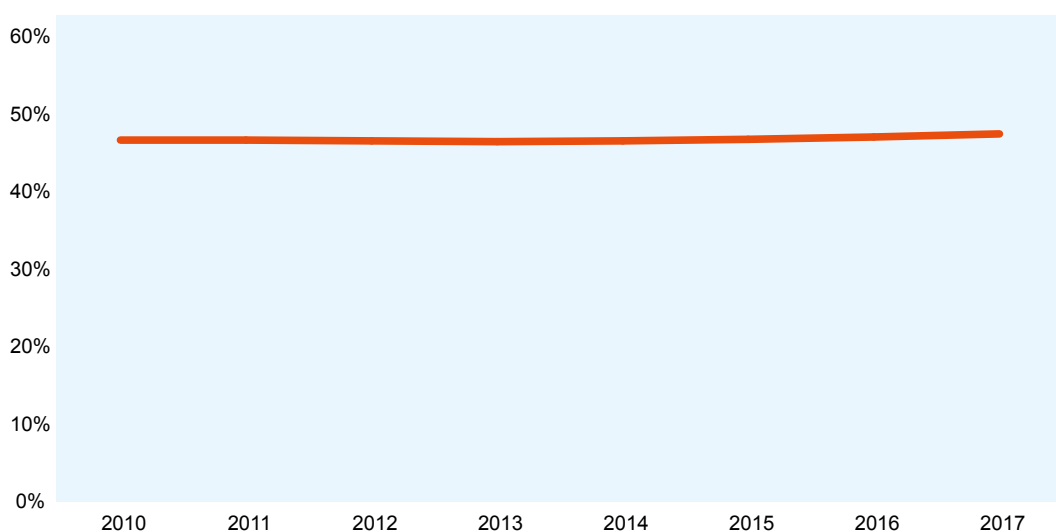
Källa: Koll på läkemedel

1 Se t.ex. <https://www.expressen.se/nyheter/professorn-aldres-liv-varderas-lagre/>

2 Socialstyrelsen 2014, Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre Kartläggning och förslag till åtgärder

Det syns däremot ingen förbättring när det gäller andelen äldre med många olika läkemedel. Nära hälften av alla över 80 år har fler än tio olika läkemedel utskrivna. Den andelen har legat stabilt länge. Att ha många läkemedel samtidigt brukar ibland kallas för polyfarmaci och är en betydande riskfaktor för bland annat biverkningar och för att läkemedel ska påverka varandras effekter (läkemedelsinteraktioner).³

Diagram 2. Andel (%) av befolkningen över 80 år med fler än 10 olika läkemedel på recept



Källa: Koll på läkemedel

Både när det gäller över- och felförskrivning av läkemedel till äldre finns det också betydande regionala skillnader. Vid en jämförelse mellan landets alla kommuner varierar andelen med olämpliga läkemedel mellan 7,9 och 27 procent, andelen med fler än tio läkemedel varierar mellan 33 och 63,8 procent.

3 Socialstyrelsen 2014, Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre Kartläggning och förslag till åtgärder

Tillgång till nya läkemedel

En annan sida av äldre och läkemedel är tillgången till nya moderna läkemedel. Här finns det flera exempel på hur äldre missgynnas. Nedan finns två nyligen publicerade svenska registerstudier som visar på stora ålderskillnader.

Den första studien är gjord av en grupp Uppsalaforskare som har studerat behandlingen vid hjärtsvikt.⁴ Det är en folksjukdom med hög dödlighet och standardbehandlingen enligt riktlinjer är att sätta in så kallade ACE-hämmare. Studien inkluderade alla patienter i Sverige med inläggningar för hjärtsvikt under åren 2005–2010 och omfattade drygt 93 000 personer. Forskarna fann stora ålderskillnader i tillgången till korrekt behandling. Tabellen nedan visar tydligt hur andelen behandlade faller med stigande ålder och att det är särskilt uttalat för den allra äldsta åldersgruppen. Även efter kontroll för samsjuklighet och en lång rad andra faktorer var risken att bli utan behandling nästan två gånger högre för den äldsta åldersgruppen jämfört med dem mellan 20–64 år.

Tabell 1. Tillgång till korrekt behandling vid hjärtsvikt

Åldersgrupp	Andel med ACE-hämmare (%)
20–64	69.4
65–74	60.9
75–84	53.3
≥85	40.3

Den andra studien har letts av en svensk onkolog från Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg och studerar behandling i Sverige av spridd prostatacancer med så kallade NOVA:s (novel antiandrogens).⁵ De läkemedel det gäller var även föremål för en omfattande debatt om åldrediskriminering i samband med Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV:s) subventionsbeslut. TLV menade initialt att huvuddelen av patienterna var äldre och att ett förlängt liv därför skulle utgöra en samhällsekonomisk nettoförlust.⁶ TLV:s agerande ledde till en het debatt och ledde till flera politiska utspel om åldersdiskriminering. Båda läkemedlen fick till slut subvention men uppenbarligen betydde det inte att de äldre patienterna fick rätt ändå. Som framgår av tabellen på nästa sida visar studien på stora ålderskillnader i tillgång till de nya läkemedlen. Efter kontroll för bakomliggande faktorer var det fem gånger så vanligt att en person under 70 fick behandling jämfört med en person över 80.

4 Ohlsson A, Lindahl B, Hanning M, et al. J Epidemiol Community Health 2016;70:97–103

5 Ingela Franck Lissbrant, Eugenio Ventimiglia, David Robinson, Magnus Törnblom, Marie Hjälm-Eriksson, Mats Lambe, Yasin Folkvaljon & Pär Stattin (2018) Nationwide population-based study on the use of novel antiandrogens in men with prostate cancer in Sweden, Scandinavian Journal of Urology, 52:2, 143–150, DOI: 10.1080/21681805.2018.1426039

6 Ett längre liv tillmättes givetvis ett värde som vanligt men värdet minskade givet den samhällsekonomiska kalkylen.

Tabell 2. Tillgång till behandling mot spridd prostatacancer

Aldersgrupp	Andel med NOVA:s (%)
<70	29
70–79	22
>80	8

Det är uppenbart att det förekommer åldersdiskriminering när det gäller de läkemedel som omfattas av dessa två studier. Frågan är hur det ser ut på de områden som inte har studerats lika noga. Den andra delen av den här rapporten bygger på en registerstudie av tillgången till adekvat behandling vid förmaksflimmer.



BEHANDLING AV FÖRMAKSFLIMMER

Permanent förmaksflimmer är den vanligaste orsaken till stroke. Det beror på att flimret försämrar blodcirkulationen i hjärtats förmak, vilket gör att det lättare bildas blodproppar. En bättre förebyggande behandling av personer med förmaksflimmer är enligt Socialstyrelsen en viktig orsak till den kraftiga minskningen av stroke i Sverige de senaste tio åren.⁷

Förekomsten av förmaksflimmer ökar med åldern. Medan bara cirka en procent av 50-åringar har förmaksflimmer är andelen över 10 procent hos personer över 80 år.⁸ Eftersom sjukdomen är betydligt vanligare bland äldre är det särskilt viktigt att just den gruppen också får en bra strokeförebyggande behandling. I denna rapport belyser vi den frågan ur två perspektiv, dels hur många som över huvud taget får en adekvat behandling, dels hur många som får de nyare läkemedlen.

Rationell behandling

För att följa hur läkemedelsbehandling ser ut för olika åldersgrupper använder vi Socialstyrelsens indikatorer för ”god läkemedelsterapi hos äldre”.⁹ Socialstyrelsen har delat upp behandlingar i två olika typer: rationell och irrationell behandling. Den rationella behandlingen för äldre patienter med förmaksflimmer är enligt indikatorn läkemedelsbehandling med antikoagulantia, antingen NOAK eller warfarin. Den irrationella behandlingen enligt indikatorn är acetylsalicylsyra (ASA, aspirin) eller någon annan trombocythämmare. Vi följer hur dessa läkemedelsbehandlingar har utvecklats för de två åldersgrupperna 65-79 och 80+ under åren 2008–2017.¹⁰

Det är allt fler i båda åldersgrupperna som får en rationell behandling. I diagrammet på nästa sida syns tydligt den utveckling som starkt bidragit till att minska insjuknandet i stroke. Samtidigt är det påfallande stora skillnader mellan de yngre äldre och äldre äldre. Skillnaderna mellan åldersgrupperna har inte heller minskat över tid. Så nyligen som 2017 var det mer än var femte person över 80 år med förmaksflimmer som har en irrationell behandling, nästan dubbelt så stor andel som i den yngre åldersgruppen.

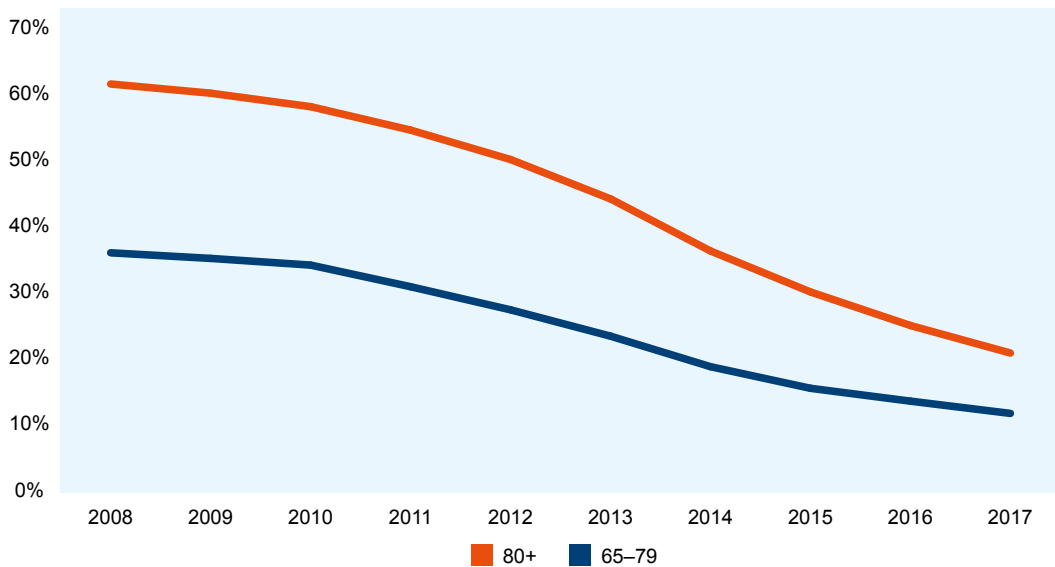
7 <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/farre-drabbas-och-dor-i-stroke/>

8 SBU. (2013). Förmaksflimmer: Förekomst och risk för stroke.

9 Socialstyrelsen. (2017). Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre.

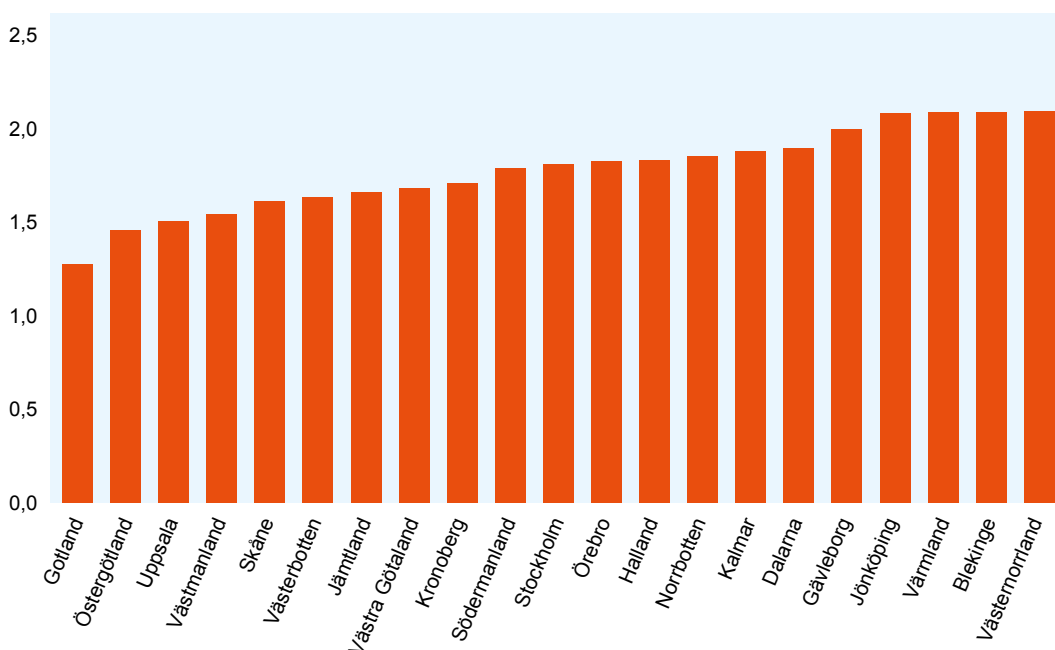
10 Data som används i rapporten beskrivs mer detaljerat i bilagan.

Diagram 3. Andel som får irrationell behandling vid förmaksflimmer



Den positiva trenden har varit densamma för hela landet men det har funnits och finns fortfarande betydande regionala skillnader. Det gäller även avståndet mellan åldersgrupperna. Diagram 4 visar kvoten mellan andelarna i de olika åldersgrupperna som fick en irrationell behandling 2017. De bästa regionerna som Östergötland, Uppsala och Västmanland visar att skillnaden inte behöver vara så stor.¹¹ Och även där kan det ändå bli bättre.

Diagram 4. Kvoten mellan andelen hos äldre respektive yngre som får irrationell behandling vid förmaksflimmer (2017)



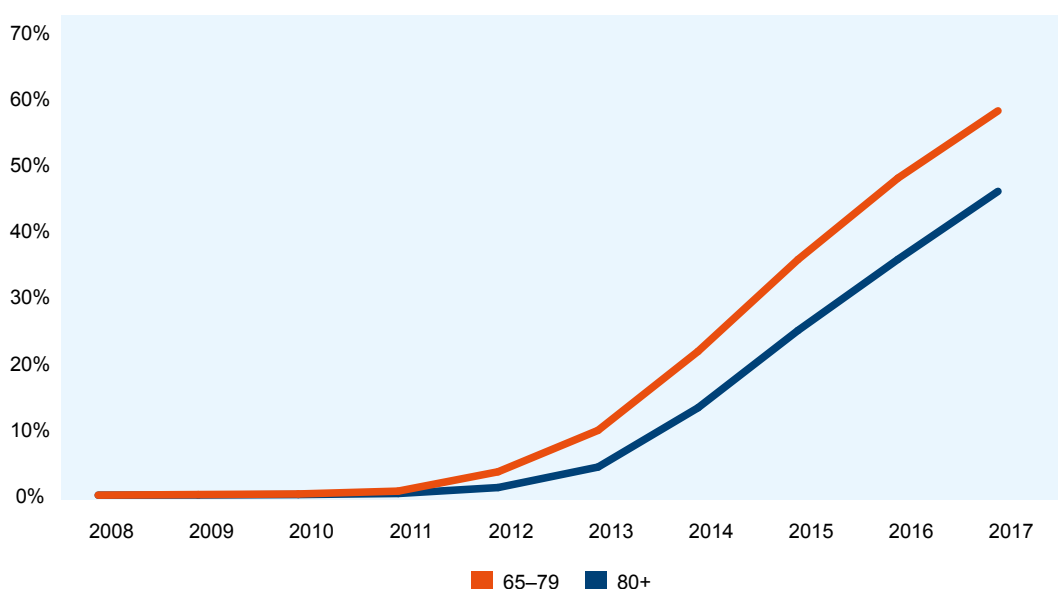
11 Gotland har den minsta skillnaden 2017 men få fall gör att siffrorna varierar mycket mellan åren.

Behandling med nya läkemedel

En rationell behandling av förmaksflimmer kan bestå av antingen warfarin eller något av de nyare läkemedel som går under samlingsnamnet nya orala antikoagulantia (NOAK). Socialstyrelsen ger dock NOAK en högre prioritet baserat på att risken för blödning är likvärdig eller lägre för NOAK och att regelbundna kontroller inte heller behövs i samma utsträckning som vid behandling med warfarin. Många regioner gav motsvarande rekommendation redan innan Socialstyrelsen gjorde det. En studie från Stockholm har också visat att introduktionen av NOAK ledde till den kraftigaste minskningen av stroke just hos de äldsta patienterna.¹²

Frågan är hur tillgången till de nya läkemedlen har sett ut för de två åldersgrupperna 65–79 och 80+. Finns det samma mönster här som på andra områden, nämligen att den äldsta gruppen har sämre tillgång? Svaret är tyvärr ja. Introduktionen av NOAK har gått snabbare i den yngre åldersgruppen och det består en tydlig skillnad, 2017 var andelen äldre med NOAK 80 procent av den yngre gruppens andel, 46 jämfört med 58 procent.

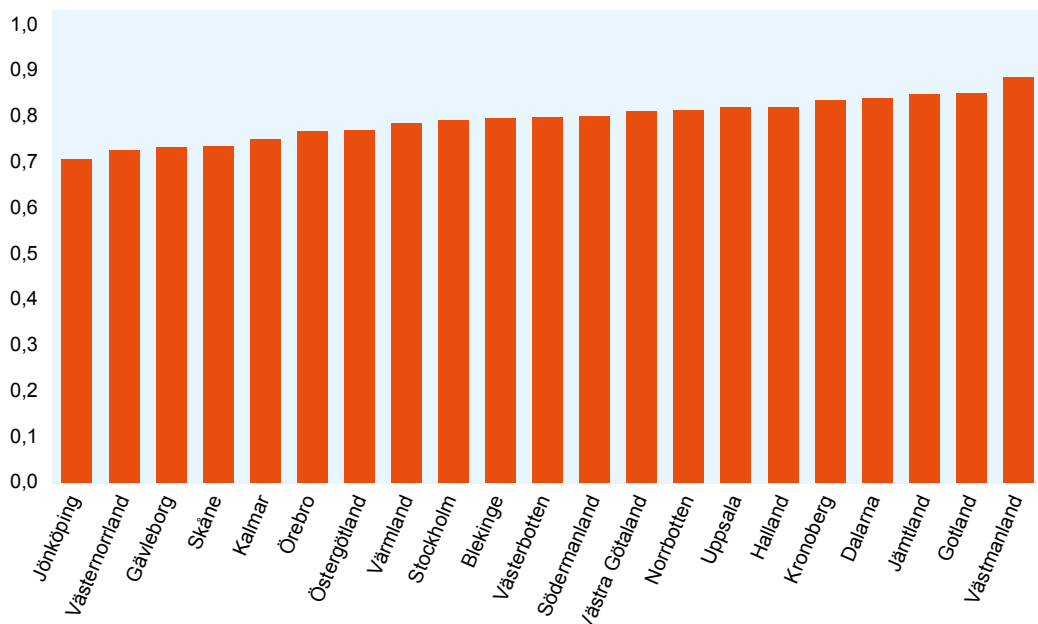
Diagram 5. Andel som får NOAK vid förmaksflimmer



Även när det gäller NOAK finns det relativt tydliga regionala skillnader. Det är framför allt topp och botten som skiljer sig åt när det gäller kvoten mellan åldersgruppernas andel. Västmanland är ett tydligt exempel på att det går att nå en mer jämlik användning.

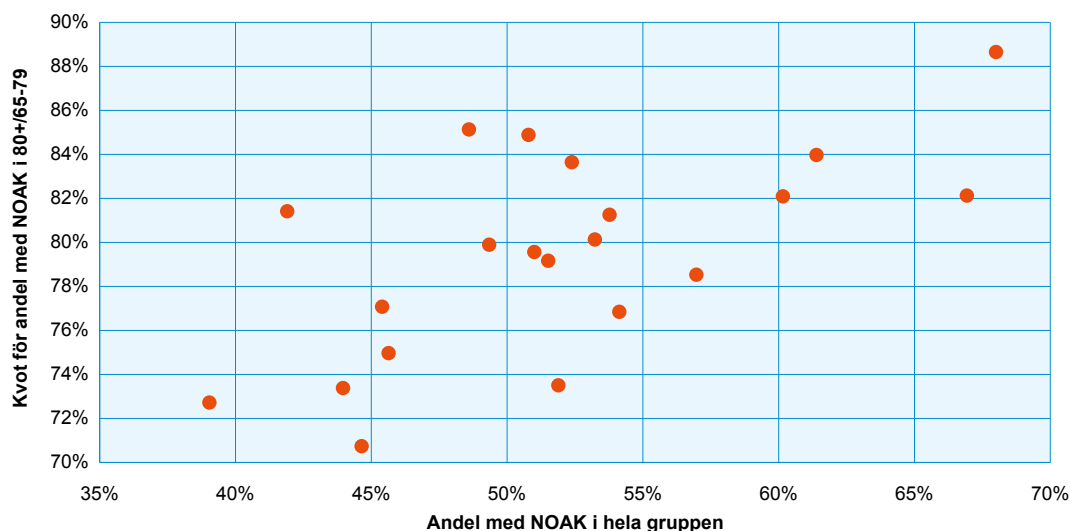
12 Forslund Tomas, Komen Joris J., Andersen Morten, Wettermark Björn, von Euler Mia, Mantel-Teeuwisse Aukje K., ... Hjemdahl Paul. (2018). Improved Stroke Prevention in Atrial Fibrillation After the Introduction of Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants. *Stroke*, 49(9), 2122–2128. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.118.021990>

Diagram 6. Kvoten mellan andelen hos äldre respektive yngre som får NOAK vid förmaksflimmer (2017)



Det finns ett tydligt mönster där en hög andel totalt med NOAK också är förknippad med mindre åldersskillnader (regioner med liten åldersskillnad ligger högt på y-axeln). Även om vi inte har kunnat kontrollera för individfaktorer som kan påverka användningen talar detta för att det är fullt möjligt att nå mindre åldersskillnader än vad som är fallet för landet som helhet.

Diagram 7. Relationen mellan total användning av NOAK och skillnaden mellan åldersgrupperna



Analysen av läkemedelsbehandling vid förmaksflimmer visar på tydliga skillnader mellan yngre äldre och äldre äldre. Det är svårt att se varför det ska behöva se ut så. Å ena sidan kan användningen påverkas av att den äldre gruppen har andra hälsoproblem som kan utesluta behandling med NOAK. Å andra sidan bör den äldre gruppen ha högre risk för stroke då ålder är en riskfaktor i sig – och därför få behandling i högre grad. Slutsatsen blir att även när det gäller läkemedelsbehandling vid förmaksflimmer tycks det finnas en åldersdiskriminering.

DISKUSSION

– SYNEN PÅ ÄLDRE

Synen på åldrande och ålder verkar på sina håll skev och fördomsfull. I hälso- och sjukvården tycks det finnas en tendens att värdera insatser för äldre lägre än för yngre. Som om livet inte är lika värdefullt för en 80-åring som för en 60-åring.

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vidare ska vården ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde. Vården ska präglas av grundläggande etiska principer: människovärde samt behov och solidaritet. Trots detta finns det en rad hälsoundersökningar och behandlingar med omotiverade åldersgränser.

Fördomar mot äldre leder till att seniorer begränsas i sina möjligheter till delaktighet och tillgång till en fullt adekvat hälso- och sjukvård. Det förekommer också regelrätt diskriminering av personer med hänvisning till deras höga ålder, till exempel när det gäller behandlingar och terapier som erbjuds.

Screening med mammografi för att upptäcka bröstcancer erbjuds regelmässigt och avgiftsfritt för alla kvinnor t.o.m. det år man fyller 74 år. Kvinnor äldre än så blir inte kallade till screening och om de vill undersökas får de betala. Motsvarande omotiverade åldersgränser finns för livmoderhalscancer där gränsen för kostnadsfri screening är 64 år. Statens medicinsk-etiska råd anser att åldersgränser i screeningprogram är diskriminerande. Som den här rapporten visar är det också alltför vanligt att äldre missgynnas när det gäller tillgång till korrekt och modern läkemedelsbehandling.

Seniorer är de största användarna av läkemedel. De flesta seniorer har i likhet med övriga invånare begränsade kunskaper om läkemedel, deras användning, effekter och samverka med andra ämnen. Detta leder till en påtaglig risk för att seniorer får för många läkemedel och läkemedel sämre anpassade för den äldre människan. Dessutom görs s.k. läkemedelsprövningar, utprovning och testning av nya mediciner, nästan uteslutande på yngre personer. Den forskning som finns om läkemedel och äldre är bristfällig.

Det förekommer att resultatet av läkemedelsbehandlingen inte följs upp. Det kan bero på bristande kunskaper hos behandlande läkare och oförmåga att förstå den äldres situation. Hälso- och sjukvårdens läkare samarbetar inte optimalt med apotekare och receptarier på apoteken. Kommuners engagemang för läkemedelsbehandling brister och problem med över- och felmedicinering i äldreomsorg övervältras på sjukvården.

För att ändra synen på äldre måste vi tala öppet om hur det ser ut. Det behövs många fler samtal om attityder. Det behövs fler studier som visar verkligheten. Och det behövs en synvända i synen på åldrande och äldre. Alla har rätt till ett så fullt liv som möjligt livet ut. Ett fullt liv för den som har fyllt 80 år dessutom något helt annat i dag än för 20 år sedan. I dag betyder det ofta ett fullt aktivt och självständigt liv. Ett liv som dessutom innebär liv till åren och inte bara år till livet.

Åldersdiskriminering i hälso- och sjukvården är förbjuden. Det betyder inte att den är borta. Tyvärr.

BILAGA

Data och indikator

Nedanstående tabell visar Socialstyrelsens indikator för rationella och irrationella läkemedelsbehandlingar samt vilka ATC-koder vi har använt för att definiera dessa behandlingar från *läkemedelsregister* och vilka ICD-koder vi har använt för att identifiera patienter med förmaksflimmer från *patientregister*. Socialstyrelsen definierar den rationella behandlingen som användning av antingen NOAK eller warfarin som vi har bestämt att dela för att kunna följa hur användningen av dessa läkemedel skiljer sig mellan de två olika åldersgrupperna.

Typ	Beskrivning	ATC-koder	ICD-koder
Rationell (1)	Antikoagulantia (NOAK) till patienter med förmaksflimmer.	B01AF02 eller B01AF03 eller B01AE07 eller B01AF01	I48.9 eller I48.0 eller I48.1 eller I48.2
Rationell (2)	Antikoagulantia (warfarin) till patienter med förmaksflimmer.	B01AA03	I48.9 eller I48.0 eller I48.1 eller I48.2
Irrationell	ASA eller annat trombocyt-hämmande läkemedel som strokeprofylax till patienter med förmaksflimmer.	B01AC	I48.9 eller I48.0 eller I48.1 eller I48.2

SÅ TYCKER SPF SENIORERNA:

- Sjukvårdspersonal i kontakt med seniorer ska ha tillräcklig kunskap om läkemedel och äldre.
- Information om den enskilda patientens samtliga läkemedel ska vara tillgänglig för förskrivande personal.
- Seniorer med fem eller fler läkemedel ska regelbundet få sina läkemedel kontrollerade på apotek med stöd av EES (Elektroniskt expertstöd) och minst en gång per år få en läkemedelsgenomgång av läkare.
- Apoteken ska kunna undvika alltför täta generiska utbyten av läkemedel.
- Alla läkemedelsbolag som levererar receptbelagda läkemedel ska ingå i patientförsäkringen.
- Vårdgivare ska genomföra och använda den nationella läkemedelslistan.