

# Friskas obenägenhet att ta medicin är underskattad

## FRISKA MÄNNISKORS INSTÄLLNING TILL KARDIOVASKULÄR PRIMÄRPREVENTION ÄR KOMPLEX, VISAR BRITTISK STUDIE

När man initierar en livslång primärpreventiv behandling hos en patient bör detta föregås av en beslutsprocess där både patient och läkare deltar i en diskussion om nyttan av behandlingen i relation till dels risken, dels de besvär och olägenheter som regelbunden medicinering medför.

Olägenhet som ett hinder för följsamhet har sällan studerats. I en brittisk studie skattades uppfattningen om olägenheten med att ta läkemedel bland allmänheten [1]. Deltagare som bedömdes kunna ingå i målgruppen för kardiovaskulär screening och primärprevention tillfrågades på olika offentliga platser i London.

Totalt rekryterades 360 personer till studien. De var i genomsnitt 38 år gamla (SD ±17), 22 procent medicinerade regelbundet och endast några staka hade känd kardiovaskulär sjukdom. Det var således en relativt selekterad population av yngre, friska individer.

### Aspekt som inte belysts tidigare

Bakgrunden till studien var att riktlinjer för primärprevention fokuserar på risk och ofta antar att motviljan att ta läkemedel är negligerbar trots att en hög andel som ordinerats statiner i primärpre-



**Lena Björck**, universitetslektor, leg sjuksköterska, institutonen för vårdvetenskap  
● lena.bjorck@gu.se



**Annika Rosengren**, professor, överläkare; båda avdelningen för molekylär och klinisk medicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet; Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra, Göteborg

ventivt syfte slutar medicinera inom 3 år. Denna utgångspunkt är något tveksam, eftersom det tidigare är känt att följsamhet till medicinering vid långtidsbehandling är låg. Endast ca 70 procent av patienter med känd hjärt-kärlsjukdom tar på sikt det ordinerade läkemedlet [2, 3]. Följsamheten till primärpreventiv behandling är ännu lägre, ca 50 procent [4].

När det gäller hjärtinfarkt finns betydande vinster i både insjuknande och överlevnad genom ändrad livsstil och läkemedelsbehandling [5]. Eftersom intensifierad behandling men även följsamhet till behandling är betydelsefull, kan kunskap om individens uppfattning om och förväntningar på läkemedelsbehandlingen öka förståelsen

för vilka faktorer som påverkar patientens beslut att ta ett ordinerat läkemedel.

Det är inte tidigare studerat hur individens egen vilja att ta mediciner över huvud taget påverkar följsamheten och vilken behandlingseffekt - i form av förlängt liv - som krävs för att individen ska vilja ta ett ordinerat läkemedel, även om man inte tar eventuella bieffekter av medlet i beaktande.

Den brittiska studien undersökte en aspekt som tidigare inte har belysts och som sannolikt har stor betydelse för följsamheten.

### Skattning av ovilja att ta läkemedel

I studien tillfrågades människor som rörde sig i en storstadsmiljö om hur stor effekt det krävdes i form av längre liv för att de skulle vilja ta ett läkemedel utan negativ och skadlig effekt, förutsatt att det var billigt, receptfritt och inte krävde någon uppföljning. Studiedeltagarna fick information om att läkemedlet var helt utan biverkningar (ett idealt läkemedel) och att behandlingen kunde startas och avslutas utan några som helst konsekvenser.

Deltagarna tillfrågades därefter om hur stor vinst i form av längre liv i förbestäm-

da intervall (från dagar upp till år) som krävdes för att bortse från olägenheten med livslång medicinering.

Effekt på medelöverlevnad för det hypotetiska ideala läkemedlet för män och kvinnor med skilda risknivåer hämtades från den kända effekten av statinbehandling. SCORE-diagrammet användes för att beräkna effekten på dödlighet i olika åldersgrupper i förhållande till skattad risk.

Det var stor variation i deltagarnas uppfattning om hur lång den extra förväntade överlevnaden måste vara för att bortse från olägenheten att medicinera: för två tredjedelar var mindre än 1 månad tillräckligt, medan 12 procent önskade en överlevnadsvinst på 10 år eller längre. En relativt hög andel (34 procent) ansåg dock att mer än 1 månad behövdes.

Den kalkylerade vinsten från SCORE-diagrammet med att ta statiner varje dag låg i intervallet mellan 3,6 månader (kvin-

»Bakgrunden till studien var att riktlinjer för primärprevention fokuserar på risk och ofta antar att motviljan att ta läkemedel är negligerbar ...«

nor med låg risk) och 24,3 månader (män med hög risk). Således låg den hypotetiska förlängningen av livslängden som krävdes för att bortse från olägenheten att medicinera hos en ganska stor grupp över den beräknade behandlingens vinsten med preparatet.

### Följsamhet mer komplext än man trott

Låg följsamhet till medicinering är ett problem, och den aktuella studien visar att vad som påverkar individens inställning och följsamhet till medicinering är mer komplext än vad som tidigare anta-

### HUVUDBUDSKAP

- Många kan tänka sig att ta ett läkemedel som förlänger livet, men det finns stor variation i hur stor nytta som krävs för att bortse från olägenheten att medicinera.
- Olägenheten med att ta primärpreventiv behandling anses ibland så stor att den inte uppvägs av någon behandlingsnytta alls.
- I den praktiska kliniska vardagen måste vi vara beredda att hantera en situation där en del personer har mycket stor obenägenhet att medicinera såvida inte behandlingens vinst är oerhört stor.



Illustration: Rob Stepney/Science Photo Library/IBL

Att friska människor skulle ge sig in i ett livslångt medicinerande för att förebygga till exempel hjärt-kärlsjukdom är inte helt självklart, visar en brittisk studie.

Även om ett läkemedels negativa och skadliga effekt skattas till noll, kan viljan att medicinera regelbundet påverkas. En annan faktor som kan ha stor betydelse är individens uppfattning om den förväntade effekten av läkemedel i form av längre liv, men det finns således stora skillnader i hur lång den förväntade överlevnadsvinsten ska vara för att man ska vilja ta ett läkemedel. Framför allt önskade en relativt stor grupp en högre effekt i termer av livstidsför längning än vad man i realiteten som mest kan uppnå.

Tidigare forskning har visat att hur individer uppfattar risken att drabbas av sjukdom är individuellt och att uppfattningen inte alltid stämmer överens med den verkliga risken för att drabbas. Det gäller exempelvis hur skadligt det är med rökning eller vilken risk man har att drabbas av sjukdom. Uppfattningen att man själv inte har lika stor risk som andra att drabbas av sjukdom kan också påverka hur individen tar beslut om att medicinera.

## SCORE-diagrammet kan underlätta beslut

I den aktuella studien framkom att många personer hade högre krav på förväntad behandlingseffekt än vad man kan förvänta sig. Detta trots antagandet att behandlingen var helt biverkningsfri, vilket troligen innebär ännu större skillnad i många kliniska situationer. Det kan vara svårt för individen att uppskatta vilken effekt man kan förvänta sig av behandlingen, att ta

beslut om medicinering och att bedöma konsekvenserna av beslutet.

Individens självbestämmande måste respekteras, men för att kunna fatta ett beslut måste patienten vara informerad om fördelar och nackdelar. För att underlätta beslutet kan t ex SCORE-diagrammet användas för att visa den individuella risken att dö i kardiovaskulär sjukdom under den följande 10-årsperioden. Med hjälp av SCORE-diagrammet kan man även visa hur risken flyttar sig från en riskzon till en annan med behandling [6].

Genom att vi blir bättre att på engagera patienten i diskussionen och beslutet om eventuell behandling kan kanske följsamheten till behandling öka. Ökad kunskap om individens åsikt och farhågor om medicinering och benägenheten att ta läkemedel kan leda till en mer individanpassad preventiv läkemedelsbehandling, och i förlängningen också till bättre behandling.

Samtidigt måste det finnas en medvetenhet hos hälso- och sjukvårdspersonal om vikten av att behandla de »friska« individer som inte insjuknat men som har hög risk för att insjukna i t ex hjärt-kärlsjukdom. Utan denna förståelse finns det risk för att man inte föreslår patienten behandling eller att behandlingen blir otillräcklig [7].

## Mer kunskap behövs

I de riktlinjer för prevention som finns har man implicit antagit att patienters ovilja att ta läkemedel är nästan obefintlig, och den aspekten har därför inte beaktats. Slutsatsen mot bakgrund av den aktuella studien från Storbritannien är att mer kunskap behövs om hur patienters uppfattning om läkemedelsbiverkningar och förväntad överlevnadsvinst påverkar beslutet med avseende på livslång förebyggande medicinering. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna

Citera som: *Läkartidningen*. 2016;113:DXH6

## REFERENSER

1. Fontana M, Asaria F, Moraldo M, et al. Patient-accessible tool for shared decision making in cardiovascular primary prevention: balancing longevity benefits against medication disutility. *Circulation*. 2014;129:2539-46.
2. Butler J, Arbogast PG, Daugherty J, et al. Outpatient utilization of angiotensin converting enzyme inhibitors among heart failure patients after hospital discharge. *J Am Coll Cardiol*. 2004;43(11):2036-43.
3. Butler J, Arbogast PG, BeLue R, et al. Outpatient adherence to beta-blocker therapy after acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2002;40(9):1589-95.
4. Nichol MB, Venturini F, Sung JC, et al. A critical evaluation of the methodology of the literature on medication compliance. *Ann Pharmacother*. 1999;33(5):531-40.
5. Björck L, Capewell S, Bennett K, et al. Increasing evidence-based treatments to reduce coronary heart disease mortality in Sweden: quantifying the potential gains. *J Intern Med*. 2011;269(4):452-67.
6. Wilhelmson L, Wedel H, Conroy R, et al. Det svenska SCORE-diagrammet för kardiovaskulär risk. Öppnar för bättre möjligheter att förebygga hjärt-kärlsjukdom. *Läkartidningen*. 2004;101:1798-801.
7. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*. 2001;30(3):427-32.

## SUMMARY

Physicians often assume that patients have a negligible aversion to lifelong medication and that medication disutility is almost zero. While a large number of patients are willing to take a lifelong primary prevention therapy that allow them to live longer, there is a group with extreme medication disutility desiring 10 years or more in life expectancy in order to consider therapy. Also, the expected benefits of medication often exceed the real benefits. When initiating medication the patients should be actively involved in the decision-making process. An individualized approach could potentially increase the adherence to therapy.