

Stora könsskillnader i användningen av läkemedel

Bakomliggande sjukdom otillräcklig förklaring, visar en systematisk analys

DESIRÉE LOIKAS, leg apotekare, utvecklingsavdelningen, Stockholms läns landsting
BJÖRN WETTERMARK, docent, leg apotekare, utvecklingsavdelningen, Stockholms läns landsting
MIA VON EULER, docent, överläkare, Karolinska institutets strokeforskningsnätverk, Södersjukhuset
ULF BERGMAN, professor, överläkare, avdelningen för klinisk farmakologi och Centrum för läkemedelsepidemiologi, Karo-

liniska institutet, Karolinska universitetssjukhuset
GUNILLA RINGBÄCK WEITTOFT, fil dr, Socialstyrelsen
KARIN SCHENCK-GUSTAFSSON, professor, överläkare, Stockholms läns landsting, och enheten för kardiologi, institutionen för medicin, Karolinska universitetssjukhuset
karin.schenck-gustafsson@ki.se samtliga Centrum för genusmedicin, Karolinska institutet, Stockholm

Läkemedel är sjukvårdens vanligaste behandlingsåtgärd. De flesta läkarbesök i primärvården leder till läkemedelsförskrivning. Under 2009 köpte två tredjedelar av Sveriges befolkning ut minst ett receptförskrivet läkemedel på apotek [1]. Läkemedelsanvändningen har ökat i befolkningen under flera år i takt med tillkomsten av nya behandlingsalternativ men även på grund av en åldrande befolkning, ökad prevalens av vissa sjukdomar och sänkta gränsvärden för behandling vid flera folksjukdomar.

Läkemedelsanvändningen skiljer sig mellan kvinnor och män [2]. Rapporter om könsskillnader i läkemedelsanvändningen inom flera terapiområden har publicerats [3-7]. Endast ett fåtal studier har dock försökt att analysera vad skillnaderna beror på. Den vanligaste förklaringen är att de beror på en kombination av biologiska och sociokulturella faktorer.

Köns- och genusanalys saknas oftast

Könsskillnader i läkemedelsanvändningen uppmärksammades i Sverige redan i slutet av 1960-talet. I pionjärstudien av receptförskrivna läkemedel i Jämtland fann man genomgående att kvinnor hämtade ut fler receptförskrivna läkemedel än män [8, 9]. Enligt Svensk läkemedelsstatistik tog 51 procent av männen och 68 procent av kvinnorna i Jämtland ut minst ett receptförskrivet läkemedel 1985 [10]. Kvinnor har tidigare visats ha en högre förbrukning av ett flertal läkemedelsgrupper, bla psykofarmaka, antibiotika och analgetika [11, 12]. Flera skillnader kan förklaras av olikheter mellan könen i sjuklighet, men studier har påvisat oförklarliga könsskillnader [13-16].

Jämlik vård är ett krav i hälso- och sjukvårdslagen. Huruvida den svenska hälso- och sjukvården är jämställd har studerats i ett antal rapporter av bla Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och landsting (SKL) [17-20]. Rapporterna har även omfattat vissa data över könsskillnader i användningen av läkemedel. Könsuppdelade data redovisas i Svensk läkemedelsstatistik [10] och i Öppna jämförelser över sjukvårdens kvalitet och effektivitet [21] men utan någon systematisk

köns- och genusanalys, dvs en diskussion om vilka faktorer som bidrar till att förklara skillnader saknas.

I juli 2005 fick Sverige som ett av få länder i världen ett nationellt läkemedelsregister med personbaserade data över samtliga svenskers utköp av receptförskrivna läkemedel [22, 23]. Detta gör det möjligt att systematiskt analysera könsskillnader i läkemedelsanvändningen. I denna studie har vi gjort en samlad analys över könsskillnaderna i läkemedelsanvändningen i Sverige och pekar på tänkbara förklaringar och behov av fortsatt forskning.

METOD

Denna studie bygger på individbaserade data från Socialstyrelsens läkemedelsregister. Registret omfattar alla läkemedel, förbrukningsartiklar och livsmedel som expedierats mot recept på apotek och innehåller uppgifter om den expedierade varan, förskrivaren, förskrivarens arbetsplats och individen som köpt ut varan. Registret saknar mer kliniska data som förskrivningsorsak/diagnos, men genom personnumret kan läkemedelsutköpen i studierna länkas till andra register [22, 23].

Analyserade data omfattar befolkningens samtliga utköp av receptförskrivna läkemedel under 2009. Analyserna baseras på ett urval av läkemedelsgrupper på olika ATC-kodsnivåer (Tabell I). Läkemedelsgrupperna valdes för att få avgränsade terapiområden inom vilka läkemedlen huvudsakligen förskrivs på recept. De överensstämmer också med den uppdelning som görs av Socialstyrelsen i den nationella årsstatistiken [1]. Läkemedelsgrupper som uteslutande används till kvinnor eller till män, t ex könshormon- och potensmedel, har exkluderats.

Läkemedelsanvändningen bland samtliga män och kvinnor i befolkningen sista december 2008 (9 340 682 personer [24]) analyserades i åldersgrupperna 0-4, 5-14, 15-44, 45-64, 65-74, 75-84, 85+ samt totalt. Det mått som användes var periodprevalens, dvs andelen av befolkningen som gjort minst ett

■ sammanfattat

Det finns stora könsskillnader i läkemedelsanvändningen. Under 2009 hämtade 59 procent av alla män och 75 procent av alla kvinnor i Sverige ut minst ett receptförskrivet läkemedel.

Fler kvinnor behandlas med antibiotika, analgetika, antidepressiva, tyreoideapreparat, sömnmedel, lugnande medel, vitaminer/mineraler, diuretika, NSAID, medel vid anemier och ulkusmedel.

Fler män behandlas med

ACE-hämmare, lipidsänkare, antikoagulantia, diabetesmedel, giktmedel, psykostimulantia, medel vid alkoholberoende, medel vid psoriasis och antiarytmika.

Vår analys visar på vissa könsskillnader i läkemedelsutköp som inte fullt ut kan förklaras av skillnader i underliggande sjuklighet. Detta gäller tex antibiotika, obesitasmedel, vitaminer och vissa hjärt-kärl-läkemedel.

TABELL 1. Analyserade läkemedelsgrupper uppdelade områdesvis.

Område	Läkemedelsgrupp
Matsmältningsorgan och ämnesomsättning (ATC-kod A)	Medel vid mun- och tandsjukdomar (A01), ulkusmedel (A02), antiemetika (A04), laxantia (A06), antiidiariska och medel vid tarminflammation (A07), obesitiasmedel (A08), insuliner (A10A), perorala diabetesmedel (A10B), vitaminer och mineraler (A11 + A12)
Hjärta-kärl (ATC-kod B och C)	Antikoagulantia (B01), medel vid hjärtsjukdomar (C01), hjärtglykosider (C01A), antiarytmika (C01B), kärlvidgande medel vid hjärtsjukdomar (C01D), diuretika (C03), loop-diuretika (C03C), kaliumsparande diuretika (C03D), tiazider inkl kombinationer (C03A + C03E + C09BA + C09DA), betablockerare (C07), kalciumantagonister (C08), ACE-hämmare inkl kombinationer (C09A + C09B), ARB inkl kombinationer (C09C + C09D), lipidsänkare (C10)
Hud, infektion (ATC-kod D, J och P)	Antimykotika (D01), hudskyddande och uppmjukande medel (D02), klädstillande medel utvärtes (D04), medel vid psoriasis (D05), medel vid bakteriella och virala infektioner (D06), glukokortikoider för utvärtes bruk (D07), medel mot akne (D10), övriga dermatologiska medel inkl medicinska schampon (D11), antibiotika (J01), antimykotika (J02), antivirala (J05), neruaminidashämmare (J05AH), malariamedel (P01B)
Nervsystemet (ATC-kod N)	Lokalanestetika (N01B), opioider (N02A), lätta analgetika och antipyretika (N02B), migränmedel (N02C), antiepileptika (N03), parkinsonmedel (N04), neuroleptika (N05A), lugnande medel, ataraktika (N05B), sömnmedel och lugnande medel (N05C), antidepressiva (N06A), psykostimulantia (N06B), demensmedel (N06D), medel vid alkoholberoende (N07BB), medel vid opioidberoende (N07BC)
Astma, allergi (ACT-kod R)	Medel vid nässjukdomar (R01), kortverkande betaagonister (R03AC02 + R03AC03), långverkande betaagonister (R03AC12 + R03AC13), antiastmatika, kombinerade (R03AK), glukokortikoider (R03BA), antikolinergika (R03BB), hostmedel (R05), antihistaminer (R06)
Övrigt	Inkontinensmedel (G04BD), somatropin (H01AC01), kortikosteroider (H02), tyreoidhormoner (H03A), proteinkinashämmare (L01XE01–08), interferoner (L03AB), TNF-antagonister (L04AB), metotrexat (L04AX03), NSAID (M01A), utvärtes NSAID mm (M02), muskelavslappande (M03), giktmedel (M04), bisfosfonater (M05), ögon – antiinfektiva (S01A), ögon – antiinflammatoriska (S01B), ögon – glaukommedel (S01E), ögon – anti-allergiska (S01G)

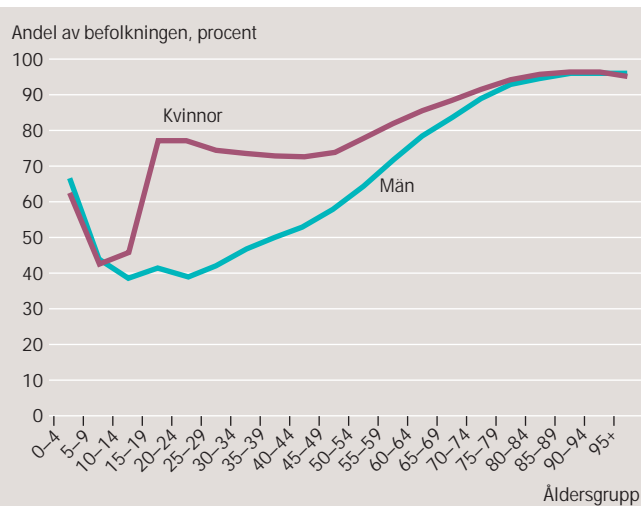
utköp av respektive läkemedelsgrupp under 2009 mätt i antal patienter per 1000 invånare (PAT/TIN). Skillnader mellan könen beräknades i absoluta och relativa tal med 95 procents konfidensintervall.

RESULTAT

År 2009 köpte 6,2 miljoner (67 procent) av befolkningen, 2,7 miljoner (59 procent) män och 3,5 miljoner (75 procent) kvinnor, minst ett receptförskrivet läkemedel. Andelen var högst bland de äldre. I åldrarna 65 år och uppåt behandlades mer än 80 procent av befolkningen med receptförskrivna läkemedel. I alla åldersgrupper utom bland de yngsta (0–4 år) var läkemedelsuttag vanligare bland kvinnor. Störst könsskillnad fanns i åldersgruppen 20–24 år, och denna minskade därefter för att jämnas ut hos individer över 80 år (Figur 1). Könsskillnaden bland individer mellan 15 och 44 år, som i genomsnitt ligger på 29 procentenheter, förklaras till stor del av kvinnors p-pilleranvändning, men även om p-piller exkluderades var andelen med utköp högre bland kvinnor än bland män.

Totalt studerades 75 läkemedelsgrupper. För fler än tre fjärdedelar av dessa var den totala användningen högre bland kvinnor. De flesta läkemedel används i väldigt liten utsträckning av barn, med undantag för antibiotika, psykostimulantia samt medel vid astma och allergi. För de flesta läkemedelsgrupper var användningen något högre bland små pojkar (0–4 år).

Den läkemedelsgrupp som användes av flest individer var antibiotika (J01). Mer än var femte svensk, 19 procent av männen och 26 procent av kvinnorna, köpte ut antibiotika minst en gång under året. Antibiotika var också den läkemedelsgrupp där skillnaden i användning mellan kvinnor och män i absoluta tal var som störst (Figur 2). Bland små barn (0–4 år) var det dock vanligare att pojkar fick antibiotika. Andra läkemedelsgrupper där den totala användningen var högre hos kvinnor var analgetika/antipyretika, antidepressiva, tyreoi-

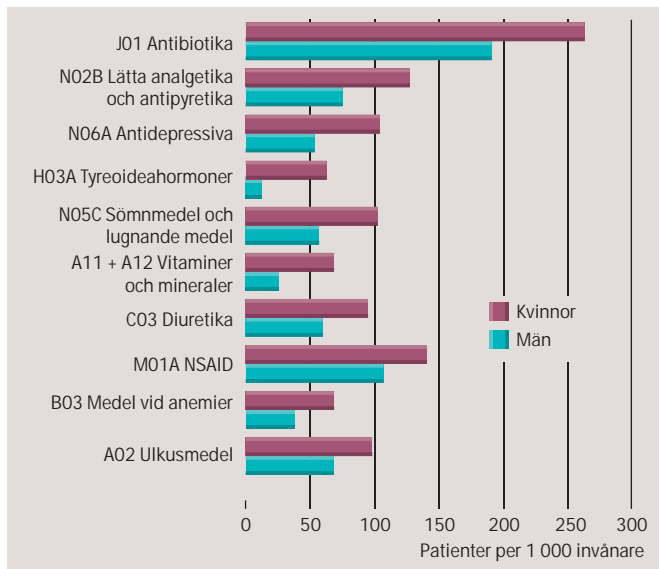


Figur 1. Andel av befolkningen som köpt ut läkemedel under 2009, fördelning efter ålder och kön. Källa: Socialstyrelsens läkemedelsregister.

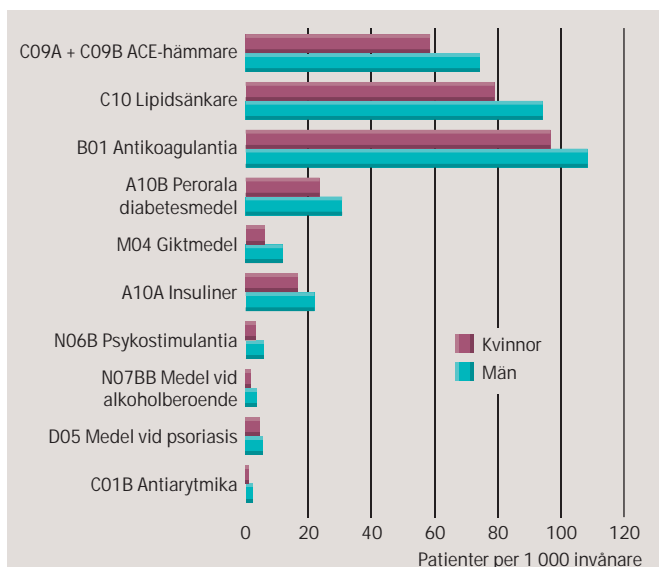
depreparat, sömnmedel och lugnande medel, vitaminer och mineraler, diuretika, NSAID-preparat, medel vid anemier och ulkusmedel.

Bland läkemedelsgrupper där den totala läkemedelsanvändningen var högre hos män låg ACE-hämmare i topp (Figur 3). Män använde också i större utsträckning lipidsänkare, antikoagulantia, diabetesmedel (både perorala och insulin), giktmedel, psykostimulantia, medel vid alkoholberoende, medel vid psoriasis och antiarytmika.

De läkemedelsgrupper med störst skillnad mellan kvinnor och män i absoluta tal var vanliga läkemedel som antibiotika, analgetika och hjärt-kärl-läkemedel. Om man i stället analy-



Figur 2. Läkemedelsgrupper med högre total användning hos kvinnor (alla åldrar). Topplista vad gäller skillnader i periodprevalens 2009, absoluta tal. Samtliga könsskillnader är signifikanta.



Figur 3. Läkemedelsgrupper med högre total användning hos män (alla åldrar). Topplista för skillnader i periodprevalens 2009, absoluta tal. Samtliga könsskillnader är signifikanta.

serade de relativa könsskillnaderna var det en del andra läkemedelsgrupper som utmärkte sig och som inte hade så stor total användning men där könsskillnaderna relativt sett var stora (Tabell II). För vissa läkemedelsgrupper var dock skillnaderna stora i både absoluta och relativa tal.

DISKUSSION

Vår studie har visat på stora könsskillnader i läkemedelsanvändningen inom flera terapiområden. De flesta läkemedelsgrupper köptes ut i högre grad av kvinnor än av män. Många skillnader kan förklaras av att män och kvinnor har olika sjukdomsförekomst. Det är vanligare att kvinnor har en långvarig sjukdom och har flera sjukdomar samtidigt [20]. Kvinnor har fler besvär som leder till kontakter med sjukvården [2, 25]. Även olika ålderssammansättning mellan könen, med det

högre antalet äldre kvinnor, bidrar till att förklara vissa skillnader. Emellertid vet vi att det sk genuspapet i överlevnad minskar sedan 1970-talet, och ökningen i medellivslängd har varit lägre bland kvinnor än bland män [26, 27]. Man kan då spekulera över om förskrivningsmönstret av läkemedel kommer att ändras. Andra skillnader är svårare att förklara rent medicinskt och kan bero på både socioekonomiska faktorer, skillnad i benägenhet att söka vård och attityd till läkemedel.

Den högre antibiotikaanvändningen bland kvinnor kan delvis förklaras av en högre förekomst av urinvägsinfektioner. Om bakomliggande orsaker till urinvägsbesvär utreddes bättre hos kvinnor skulle man sannolikt kunna minska användningen av urinvägsantibiotika. Urinvägsbesvär kan nämligen orsakas av ett flertal gynekologiska åkommor [28]. Även asymtomatisk bakteriuri, som är vanlig bland kvinnor, är en orsak till överförskrivning av urinvägsantibiotika [29]. Med undantag för små barn (0–4 år) och personer över 75 år har kvinnor även högre användning av luftvägsantibiotika. Det är något förvånande, då män rapporteras ha mer infektioner än kvinnor [30].

Den högre användningen av analgetika och NSAID-preparat hos kvinnor kan förklaras av att de i större utsträckning än män lider av sjukdomar associerade med kronisk smärta, såsom artros, reumatoid artrit och fibromyalgi. Andra smärttillstånd som ryggvärk, huvudvärk och migrän är också vanligare hos kvinnor. Det har även visat sig att kvinnor har lägre smärtröskel än män [31].

Av alla patienter med diagnostiserad depression är ca 70 procent kvinnor [30], och det verkar därför rimligt att mer antidepressiva förskrivs till kvinnor. Vad man kan fundera över är om männen underbehandlas, eftersom fullbordat suicid är vanligare bland män och eftersom man vet att i grupper som tar antidepressiva ses färre självmord [6, 32]. Kanske är det svårare att diagnostisera depression hos män än hos kvinnor, något som kan vara en följd av att diagnoskriterierna för depression i högre grad anses fånga kvinnliga symtom [33].

Kvinnor hämtar ut många fler recept på sömnmedel, men detta kan bara delvis förklaras av att kvinnor i större utsträckning än män rapporterar sömnbesvär. Enligt ULF-undersökningen rapporterar 30 procent av kvinnorna jämfört med 20 procent av männen sömnbesvär [34], och denna skillnad motsvaras inte av de funna skillnaderna i användningen. Ångstdämpande medel förskrivs mer till kvinnor beroende på den högre förekomsten av denna diagnos [2].

Kvinnor använder mer vitaminer och mineraler än män. I gruppen ingår kalium- och kalktabletter. Eftersom förekomsten av osteoporos är högre bland kvinnor verkar det rimligt att de använder kalktabletter i större utsträckning än män. En högre konsumtion av kaliumtabletter kan vara relaterad till att kvinnor förskrivs mer diuretika än män. Däremot verkar det inte finnas någon grund för den höga användningen av multivitaminerna bland kvinnor. Kanske är kvinnor mer benägna att be om sådana recept, och det kan vara relaterat till kvinnors tätare läkarbesök [2, 20, 25].

Den högre användningen hos kvinnor av medel mot sköldkörtelrubbingar är rimligt förhållande till den högre prevalensen av dessa sjukdomar hos kvinnor. Att kvinnor får mer medel mot anemi kan förklaras av menstruations- och myomblödningar samt substitution vid graviditet. Att kvinnor köper ut mer ulkusmedel är dock mer svårförklarligt eftersom ulkus är vanligare hos män [30].

Sedan flera år har det rapporterats att kvinnor förskrivs mer

TABELL II. Läkemedelsgrupper med högst relativa könsskillnader i periodprevalens 2009. PAT/TIN = patienter per 1 000 invånare.

Läkemedelsgrupp	Antal patienter (PAT/TIN)		Riskkvot (RR)	
	Kvinnor	Män	Fler män ←	Fler kvinnor →
J02 Antimykotika	86 424 (18,42)	11 981 (2,58)		■
M05 Bisfosfonater	89 796 (19,14)	14 191 (3,05)		■
H03A Tyreoideahormoner	294 138 (62,69)	57 433 (12,35)		■
N02C Migränmedel	81 435 (17,36)	23 121 (4,97)		■
A11 + A12 Vitaminer och mineraler	322 871 (68,82)	123 819 (26,63)		■
A08 Obesitasedel	32 837 (7,00)	12 643 (2,72)		■
N06A Antidepressiva	489 677 (104,37)	250 071 (53,79)		■
D04 Klädstillande medel utvärtes	5 909 (1,26)	3 055 (0,66)		■
M02 Utvärtes NSAID m m	59 285 (12,64)	31 987 (6,88)		■
N05C Sömnmedel och lugnande medel	481 085 (102,54)	266 983 (57,43)		■
N07BB Medel vid alkoholberoende	7 020 (1,50)	17 006 (3,66)	■	
M04 Giktmedel	27 590 (5,88)	55 293 (11,89)	■	
C01B Antiarytmika	4 823 (1,03)	8 845 (1,90)	■	
N07BC Medel vid opioidberoende	1 979 (0,42)	3 427 (0,74)	■	
N06B Psykostimulantia	15 144 (3,23)	26 097 (5,61)	■	
A10B Perorala diabetesmedel	109 792 (23,40)	142 086 (30,56)	■	
A10A Insuliner	77 551 (16,53)	100 084 (21,53)	■	
C09A + C09B ACE-hämmare	274 243 (58,45)	345 507 (74,32)	■	
H01AC01 Tillväxthormon (somatropin)	1 819 (0,39)	2 243 (0,48)	■	
L01XE01–08 Proteinkinashämmare	955 (0,20)	1 139 (0,24)	■	

0,1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | 10

diuretika och män mer ACE-hämmare vid hypertoni och hjärtsvikt. I svenska och internationella studier har man sett att det föreligger en underbehandling med läkemedel som blockerar renin-angiotensin-aldosteronsystemet (RAAS) vid kvinnlig hjärtsvikt. Detta indikeras även i vår studie, och vi tror att det finns en viss överbehandling med vattendrivande preparat när det gäller kvinnor. En anledning till att mer diuretika används av kvinnor kan vara att kvinnor oftare klagar på bensvullnad, vilket oftast inte har med hjärtsvikten att göra utan snarare handlar om venös insufficiens eller hormonella störningar. Det är mindre sannolikt att de små studier som presenterats om minskad risk för osteoporosfrakturer vid tiazidbehandling har påverkat forskrivningen [35]. Man vet också att kvinnor oftare får hosta av ACE-hämmare [36] och därför kan behöva byta till angiotensinreceptorblockerare (ARB). Således skulle det då förväntas att kvinnor i större utsträckning än män använde ARB. Dock är användningen lika för bägge könen.

När det gäller forskrivning av lipidsänkare till äldre sker detta ofta i sekundärpreventivt syfte. Prevalensen av de sjukdomar där lipidsänkare bör forskrivas är densamma för män och kvinnor. Dock förekommer sannolikt en underförskrivning till kvinnor, vilket konstaterats i europeiska rapporter [37, 38]. En anledning skulle kunna vara högre biverkningsfrekvens hos kvinnor, mest av typen muskelsmärk. I de publicerade stora statinstudierna är det svårt att uttyda huruvida kvinnor i studierna rapporterat mer av biverkningar. Dessutom kan det tänkas att fler kvinnor än män faller bort under den sk inkörningsperioden på grund av biverkningar av typen muskelsmärk. Detta är således ett område där mer forskning behövs. Kliniskt framkommer även uppfattningen att kvinnor ibland överbehandlas med statiner, speciellt i den primärpreventiva situationen.

Gruppen antikoagulantia består till stor del av ASA och warfarin. En av de vanligaste indikationerna för warfarin är

förmaksflimmer. Det förekommer oftare hos män, men om en kvinna får det är risken för allvarigare komplikationer, som stroke, mycket större. Här föreligger sannolikt en underbehandling av kvinnor, vilket har setts i europeiska studier [37, 38]. Kvinnor som får stroke på grund av embolier får generellt större hjärninfarkter och mer uttalat funktionsbortfall [39, 40]. En möjlig anledning till att kvinnor mer sällan får warfarin kan vara hög ålder och komorbiditet, men dessa tillstånd i sig är ingen kontraindikation för warfarin.

Att män får mer diabetesmedel, både insulin och perorala diabetesmedel, förklaras av att diabetes är vanligare hos män. Giktmedel och medel mot alkoholberoende ges mer till män eftersom dessa tillstånd är vanligare hos män. Män/pojkar får också mer psykostimulantia, sannolikt på grund av att sjukdomar som ADHD och autism är vanligare hos pojkar [41, 42]. Det är i åldersgruppen 5–14 år som könsskillnaderna för psykostimulantia är som störst; i övriga åldersgrupper är könsskillnaderna små.

När det gäller den högre forskrivningen av antiarytmika till män måste indikationerna detaljstuderas eftersom vissa arytmier är vanligare hos män, medan andra, exempelvis paroxysmal supraventrikulär takykardi, är vanligare hos kvinnor. Här måste även beaktas att torsade de pointes-takykardi inducerad av viss antiarytmikabehandling är mycket vanligare hos kvinnor [38]. Detta kan ha medfört tvekan inför att ge dessa preparat till de kvinnliga patienterna.

Flera stora relativa könsskillnader observerades för läkemedelsgrupper som används av en mindre del av befolkningen

»Däremot kan konstateras att kvinnor forskrivs mer anti-obesitasedel trots att övervikt är vanligare bland män.«

»Kvinnor riskerar att bli behandlade efter en manlig norm, men det finns även områden där män erbjuds behandling utformad för kvinnor.«

en. Antimykotika används mer av kvinnor på grund av svampinfektioner i underlivet. Dock förekommer sannolikt en överbehandling med dessa medel. Varför kvinnor använder mer klädstillande medel är oklart; dock är en viss typ av allergi vanligare hos kvinnor. Skillnader i användningen av bisfosfonater och migränmedel förklaras av den högre prevalensen av osteoporos respektive migrän hos kvinnor.

Däremot kan konstateras att kvinnor förskrivs mer anti-obesitasmedel trots att övervikt är vanligare bland män [43], vilket speglar olikartade upplevda krav på utseende bland kvinnor och män. Samma fenomen gäller vid obesitaskirurgi, där främst kvinnor vill ha sådan utförd. På motsvarande sätt använder fler pojkar än flickor tillväxthormon (somatropin) för att motverka kortvuxenhet, medan åtgärder (östrogenerbehandling eller kirurgi) för att bromsa längdtillväxten är vanligare för flickor än för pojkar [Martin Ritzén, Stockholm, pers medd; 2011].

Hälso- och sjukvårdens mål är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen [44]. Vården ska anpassas till varje individ med hänsyn till bl a ålder, kön och sjukdomsbild så att behandlingen blir den bästa utifrån rådande förutsättningar. Vården brister dock i förmågan att anpassa sig efter kvinnors och mäns olika behov. Kvinnor och män gynnas inte nödvändigtvis av samma behandling. Oftast saknas kunskap om de könsspecifika behoven och hur de borde påverka behandlingen [18]. Kvinnor riskerar att bli behandlade efter en manlig norm, men det finns även områden där män erbjuds behandling utformad för kvinnor [17]. Detta medför en risk för kvalitetsbrister, tex i form av läkemedelsbiverkningar. Varför kvinnor i högre grad rapporterar biverkningar [46, 47] kan bero på könsskillnader i farmakokinetik, farmakodynamik eller effekt, på att kvinnor använder fler läkemedel än män eller på att kvinnor får högre doser i förhållande till kroppsvikt. Trots att läkemedel i flera fall omsätts olika hos kvinnor och män är det ovanligt med könsspecifika dosrekommendationer [19].

KONKLUSION

Detta är den första rapporten av en serie fördjupningsstudier om genusaspekter vid läkemedelsanvändning. I det fortsatta arbetet utvidgas analyserna med uppgifter från flera olika datakällor, vilket ger möjlighet till fördjupning inom olika frågeställningar. Det har under åren skrivits mycket om läkemedel och om köns- och genusfrågor. I detta fall är könsfrågan könsfördelningen i läkemedelsanvändningen, och genusfrågan är vilka faktorer som leder till under- eller överförskrivning av läkemedel.

Vi rekommenderar att man alltid använder könsuppdelad statistik och att den även åtföljs av en genusanalys – detta för att undvika att medicinskt motiverade skillnader uppförstoras. Det är också viktigt att inse att lika resultat ibland kan vara fel.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Mia von Euler är gift med en forskare vid Astra Zeneca och äger aktier i Astra Zeneca.*



■ Denna studie är den första rapporten från projektet *Genusaspekter vid läkemedelsanvändning*, som är SKL-finansierat och ingår i satsningen *Hållbar jämställdhet (HåJ)*.

Andrejs Leimanis, Socialstyrelsen, har bidragit med databearbetningar. Samtliga expertråd i Stockholms läns läkemedelskommitté har bidragit med kommentarer kring respektive sjukdomsområde.

REFERENSER

- Läkemedel – statistik för år 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
- Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
- Campbell CI, Weisner C, Leresche L, Ray GT, Saunders K, Sullivan MD, et al. Age and gender trends in long-term opioid analgesic use for noncancer pain. *Am J Public Health*. 2010;100(12):2541-7.
- Bergström K, Westerholm B. Utköp av sedativa, hypnotika och ataraktika i Östersundsområdet. *Läkartidningen*. 1972;69:1366-70.
- Johnell K, Weitoft GR, Fastbom J. Sex differences in inappropriate drug use: a register-based study of over 600,000 older people. *Ann Pharmacother*. 2009;43(7):1233-8.
- Osika I, Evengård B, Waernulf L, Nyberg F. Tvättsäckprojektet – genusskillnader in på bara skinnen. Olika behandling för män och kvinnor vid några vanliga hudsjukdomar. *Läkartidningen*. 2005; 102(40):2846-51.
- Mejhert M, Holmgren J, Wändell P, Persson H, Edner M. Diagnostic tests, treatment and follow-up in heart failure patients – is there a gender bias in the coherence to guidelines? *Eur J Heart Fail*. 1999; 1(4):407-10.
- Wigzell O, Jonsson PM, Rosén B. Jämställd vård – olika vård på lika villkor. Stockholm: Socialdepartementet; 1996. SOU 1996:133.
- Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
- Smirthwaite G. (O)jämställdhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt. Sveriges Kommuner och landsting; 2007.
- Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – jämförelser mellan landsting 2010. Sveriges Kommuner och landsting och Socialstyrelsen; 2010.
- Wettermark B, Hammar N, Fored CM, Leimanis A, Olausson PO, Bergman U, et al. The new Swedish Prescribed Drug Register – opportunities for pharmacoepidemiological research and experience from the first six months. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2007;16(7): 726-35.
- DesMeules M, Manuel D, Cho R. Mortality: life and health expectancy of Canadian women. *BMC Womens Health*. 2004;4 suppl 1:S9 doi: 10.1186/1472-6874-4-S1-S9.
- Isacsson G, Reutfors J, Papadopoulos FC, Ösby U, Ahlner J. Antidepressant medication prevents suicide in depression. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;122(6):454-60.
- Poutanen O, Koivisto AM, Mattila A, Joukamaa M, Salokangas RK. Gender differences in the symptoms of major depression and in the level of social functioning in public primary care patients. *Eur J Gen Pract*. 2009;15(3):161-7.
- Stramba-Badiale M. Women and research on cardiovascular diseases in Europe: a report from the European Heart Health Strategy (EuroHeart) project. *Eur Heart J*. 2010;31(14):1677-81.
- Schenck-Gustafsson K, redaktör. *Kvinnohjärtan: hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor*. Lund: Studentlitteratur; 2011.
- Barn som tänker annorlunda – barn med autism, Aspergers syndrom och andra autismspektrumtillstånd. Socialstyrelsen; 2010.
- Neovius M, Janson A, Rössner S. Prevalence of obesity in Sweden. *Obes Rev*. 2006;7:1-3.
- Franconi F, Brunelleschi S, Steardo L, Cuomo V. Gender differences in drug response. *Pharmacol Res*. 2007;55(2):81-95.

Kommentera denna artikel på Lakartidningen.se