

# Läkemedel ur ett patientperspektiv

Bengt Järhult, Vårdcentralen i Ryd, FoU-centrum, Växjö  
Bertil Hagström, Vårdcentralen Sätilla, Sätilla  
Lars Nilsson, Stiftelsen NEPI och SPF, Stockholm

---

---

## Inledning

---

---

Patienters perspektiv på läkemedel är nära relaterat till vilken kunskap och attityd de har till sjukdom och behandling. Om man vill få patienter delaktiga i behandlingsbesluten är det tre saker som man främst bör åstadkomma:

– Skapa förståelse för att det är viktigt att använda läkemedel rätt

– Ge en insikt att patienten kan bidra både till en bra förskrivning och användning av läkemedel genom dialog med läkaren

– Förmedla att patienten har ett eget ansvar för sin medicinering och rätt till kontinuerligt stöd från sjukvårdspersonal

I den följande texten illustrerar autentiska frågor patientperspektivet.

### Patienters rättigheter

Under det senaste halvsekle har i accelererande takt patientens position i förhållande till läkaren förändrats. Från att ha varit ett förväntat lydigt objekt i en patriarkal struktur har patienten trätt fram med ett antal rättigheter reglerade i bl a Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (Faktaruta 1, s 1072). Denna utgår från patienternas rättigheter och därmed också från sjukvårdshuvudmännens och personalens skyldigheter och det patienten kan förvänta sig av vården. Rollförändringen sammanfaller med demokratiseringen av skolan och

många andra samhällssektorer, med en ökad utbildningsnivå och med nya, lättillgängliga kunskapskällor som Internet.

I förhållande till grundforskning och kliniska behandlingsstudier är ämnesområdet i detta kapitel jungfrulig vetenskaplig mark men det saknas inte exempel på evidensbaserade undersökningar om t ex kommunikationen läkare–patient och följsamheten till läkemedelsbehandling. Om patienten ska få rätt behandling måste hela kedjan läkaren–läkemedlet–patienten fungera.

---

Vad spelar det för roll om läkemedlet är utomordentligt och läkaren förskriver det på rätt indikation om patienten av olika skäl inte tar det?

---

Utifrån HSL:s värdegrund kan ett antal frågor ställas:

- Lever läkare och annan sjukvårdspersonal upp till HSL:s krav?
- Vad innebär dessa krav konkretiserade?
- Vilka förväntningar på läkaren har patienten inför ett besök?
- Vilken uppfattning om sjukdom och önskemål om läkemedelsbehandling har patienten?
- Kan läkaren ändra sitt beteende för att möta patientens behov/förbättra behandlingsresultaten?
- Vilka särskilt sårbara, omotiverade eller ”behandlingsresistenta” patienter finns?

- Hur ska etiken få utrymme inför potent läkemedelsbehandling och medikalisering?

#### Ur hälso- och sjukvårdslagen

- Målet är en god hälsa och en vård på lika villkor
- Respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet
- Den som har det största behovet ska ges företräde
- Tillgodose patientens behov av trygghet
- Respekt för patientens självbestämmande och integritet
- Främja goda kontakter mellan patienten och personalen
- Tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården
- Behandlingen ska så långt möjligt utformas i samråd med patienten
- Patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns
- Om informationen inte kan lämnas till patienten lämnas den till närstående
- Den som vänder sig till hälso- och sjukvården ska när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada
- Vid flera behandlingsalternativ ges patienten möjlighet att välja
- Allas rätt till att välja en fast läkarkontakt
- Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande säkras

### Delaktighet och informerat samtycke

#### Patientfrågor

- Varför får jag den här medicinen?
- Hur länge ska jag ta den?
- Är det något särskilt jag ska tänka på då jag tar den här medicinen?
- Hur ska jag kunna komma ihåg allt doktorn har sagt tills jag kommer hem?
- Går det inte lika bra med meditation, yoga eller liknande?

Som framgår av Faktaruta 1, är patientens delaktighet central i HSL. Det faktum att

patienter i olika nationella enkäter och nöjdindex ger primär- och sjukhusvård goda betyg innebär inte att HSL:s intentioner fullföljs.

Socialstyrelsen har i sin tillsyn uppmärksammat att landstingen till ringa grad driver lagstiftningen från 1999 (1).

Landstingen lever således inte upp till HSL:s skrivningar om demokratiskt inflytande. Det speglar att intresset för att diskutera läkemedelsförskrivning i perspektivet av patienters medinflytande inte alltid är så stort i sjukvården. Ändå anses Sverige ligga långt framme globalt sett. I en befolkningsenkät ansåg 80% av tillfrågade det viktigt att vara delaktiga i behandlingen i händelse av sjukdom. Även för de patienter som inte är medvetna om sina rättigheter har sjukvården skyldighet att göra patienten delaktig. När det brister, vad beror det på? Orsakerna kan ligga på strukturell nivå, hos läkaren eller hos patienten – eller hos båda parter. Invandrare och flyktingars syn på delaktighet och läkemedelsbehandling behandlas i ett särskilt kapitel, Transkulturell medicin, s. 1166.

### Organisatoriska förhållanden

#### Patientfrågor

- Varför måste jag träffa olika läkare varje gång?
- Varför är det så svårt att få tala med den doktor som känner mig?
- Ska doktorn inte kontrollera om medicinen hjälpt?

Det är uppenbart att organisatoriska frågor styr läkarens möjligheter att följa HSL och ge patienten en god vård. Läkarbemanningen avgör tempot, där tid måste säkras för patientens delaktighet. Nya driftformer med mindre tid för varje patient kan göra det svårare att få patienten delaktig i beslut. Vidare sätter kontinuitet och tillgänglighet ramarna för samspelet läkare–patient, t ex för uppföljande samtal, där patienten får redovisa effekt och biverkningar av ett insatt preparat.

Ansvarsnämnden (HSAN) tar dock ingen hänsyn till politiska beslut – eller brist på sådana – eller för felbehandling som indirekt avgörs av organisatoriska förhållanden, t ex svår stress med tidsbrist på en akutmottagning. Det kan t ex medföra att en allergisk bakgrund inte kommer fram och ett olämpligt medel förskrivs som skadar patienten. Cirka en tredjedel av HSAN:s beslut rör delaktighet, s k interaktionsärenden (bemötande och information) (2), inte sällan i samband med läkemedelsförskrivning.

### Läkarrelaterade orsaker

#### Patientfrågor

- Hur ska jag veta om det är en bra doktor?
- Hur kan jag veta om doktorn vet mer om detta än jag?
- Kan verkligen den här doktorn behandla äldre med många sjukdomar?
- En doktor säger si och en annan så – hur ska jag veta vad som är rätt?
- Det är väl ändå doktors ansvar att se till att mina mediciner fungerar?

Patientens delaktighet, samtycke och följsamhet till behandlingen – och även hårda endpoints för terapieffekt, tillfrisknande och sjukskrivning – avgörs i hög utsträckning av patient-läkarrelationen. Att uppnå de yppersta behandlingsresultaten på icke-farmakologisk väg, och i andra hand med läkemedel, avgörs alltså av konsten att skapa ”den goda konsultationen”. SBU har i sin rapport 144, Patient-läkarrelationen, ställt samman evidensbaserad kunskap inom området och ett kapitel i LB 2005/2006, Patient-läkarrelationens betydelse för behandlingen, är en kondenserad kunskapssammanställning i ett kliniskt perspektiv (se nätupplagan av LB). Se också nedan under avsnittet ”Följsamhet”.

**Samsyn, ”concordance”, kan ses som ett verktyg för att nå följsamhet (adherence, compliance).**

Samsyn är ett annat begrepp än följsamhet och det är inte detsamma som att patienten tycker som läkaren. Samsyn innebär ett gemensamt fattat beslut. Ibland kanske samsyn leder fram till att patienten inte

ska medicinera alls, utan bara komma på kontroller. Delaktighet i hela konsultationsprocessen kan leda till en minskning av inkorrekta diagnoser och medicinskt olämplig behandling. Så är det t ex visat att ju längre tid som avsätts för att lyssna på patienten, ju mindre antibiotika förskrivs i allmän praxis (3).

En stor del av modern läkemedelsförskrivning syftar till riskreduktion. Patient- en anser ofta att det är självklart att en läkemedelsbehandling måste vara till nytta just för honom/henne. Så är det dock inte alltid. Det är i överensstämmelse med HSL att diskutera med patienten om att nyttan för den enskilde individen vid förebyggande medicinering inte kan garanteras.

Allt fler nationella riktlinjer om hur en viss sjukdom optimalt ska behandlas införs. Den enskilde patienten får inte uppleva tvång till medicinering för att en vårdenhet ska leva upp till vissa index och den enskilde läkaren måste känna att det är lege artis att avstå från behandling. Detta om patient- en efter information finner att den absoluta riskreduktionen är marginell och NNT- talen för höga för att medicineringen ska ”löna sig”, se nedan ”Att tala om risk”.

### Patientrelaterade orsaker

#### Patientfrågor

- Varför måste jag fortsätta att ta medicin nu när blodtrycket är bra?
- Varför måste jag ha två mediciner för hjärtat? Räcker det inte med en?
- Kan jag ta den här medicinen när jag kör bil? När jag ammar? Om jag dricker alkohol?
- Kan jag bli beroende av medicinerna? Får jag abstinensbesvär om jag slutar?

Pensionärs- och patientorganisationers erfarenhet av sjukvården och läkemedelsförskrivning sammanfattas i Faktaruta 6, s 1074.

### Ökad delaktighet inför konsultationen

En väg att öka patientens delaktighet i terapeutiska beslut är att tydligt före konsultationen till patienten signalera att detta är viktigt.

Det kan ske genom att föra upp frågan i informationen om vårdenheten, t ex i väntorum eller på enhetens webbsida, eller genom att per brev uppmana patienten att förbereda sig inför läkarbesöket. Frågorna kan sändas ut separat i ett brev några veckor före läkarbesöket men kanske lättast anslutas kallelsen – eller integreras i denna. Det kan vara rimligt att börja med vissa grupper utifrån ålder, multimedcinering eller särskilda diagnoser/ kombinationer av diagnoser. Den datoriserade primärvården, och i allt högre utsträckning länssjukvården, ger möjlighet att lätt göra dessa urval.

#### Pensionärsorganisationers synpunkter på vården

- Många äldre får inte besked om/vet inte varför de ska ta ett läkemedel
- De vet inte indikation eller syfte med terapin
- Har inte deltagit i diskussion om för- och nackdelar
- Får för många medel utskrivna utan samordning mellan olika ordinatorer
- Saknar uppföljning

Faktaruta 7 ger exempel på den typ av frågor som, om än i kort och språkligt enkel form, kan underlätta för läkaren att leva upp till patientens rätt till information och delaktighet i beslut (4).

#### Beslutsoförmögna patienter

Informerat samtycke kan sägas utgöra miniminivån på HSL:s krav på delaktighet, samråd och patientens val av behandlingsalternativ. Lagstiftarna är medvetna om att alla patienter inte kan ta till sig kunskap och göra rationella val men definierar inte några gränser för vuxnas eller barns/vårdnadshavares beslutskompetens. Det är läkarens uppgift att göra denna värdering i det individuella fallet. Det innebär att ta ställning till när andra ska ta över eller i hög grad medverka i ställningstagandena, ofta anhöriga. Det är inte sällan mycket svåra beslut, som också innebär att ibland välja icke-behandling eller endast palliativa insatser (se kapitlet Palliativ vård, s 816).

Beslutsinkompetenta svårt sjuka patienter finns inte bara på sjukhusens medicin-

#### Brev till patienten/ vårdnadshavaren inför läkarbesöket

Bäste (namn)

Kan din medicinering bli bättre? Ta hjälp av följande frågor när du träffar din läkare (Ev NN):

##### • Vilka läkemedel är viktigast?

Om du har många läkemedel, be din doktor förklara vilka som är viktigast. Kan något eller några tas bort?

##### • Alternativ till läkemedel?

Om du får ett nytt läkemedel vid besöket, diskutera då först med din läkare om det finns alternativ till läkemedelsbehandling. Kost? Motion? Rökstopp? Samtal?

##### • Startförpackning?

Om du får ett läkemedel som du inte har haft tidigare, fråga efter en startförpackning. Det är klokt att först se om du tål medicinen och ska fortsätta med den.

##### • Nya läkemedel?

Läkemedel som har använts länge är oftast bäst kända till sina effekter och biverkningar, men ibland kan ett nytt läkemedel ha en fördel. Fråga vad som gäller just dig, om t ex det nya läkemedlet är testat på patienter i din ålder.

##### • Kolliderar läkemedel?

Om du har många läkemedel, fråga om olika läkemedel passar ihop. Tar det ena ut effekten av det andra eller förstärks effekten? Berätta om du använder naturläkemedel eller kosttillskott.

##### • Effekt?

Om du får ett läkemedel som kan förebygga sjukdom hos en grupp människor, fråga din läkare hur stor möjligheten är att läkemedlet hjälper även just dig.

##### • Behandlingsplan och läkemedelslista?

Kanske är det bra att skriftligt precisera målet med behandlingen eller gränserna för vissa värden? Ta med aktuell läkemedelslista eller medicinburkarna/recepten och be alltid om en ny läkemedelslista.

##### • Uppföljning?

Fråga om din medicinering kommer att följas upp av din läkare eller sjuksköterska, t ex via telefonsamtal, brev eller mail där du berättar om medicinens effekt.

och kirurgavdelningar eller hos barn/ungdomar med utvecklingsstörning (se kapit-

let Läkemedel hos utvecklingsstörda, s 988). I tung hemsjukvård och på äldreboenden, där ofta mer än hälften av de boende har demensdiagnoser, är problematiken lika vanlig som på intensivvårdsavdelningar. Diagnosen kan till del förutsäga om patienten har möjlighet att ge informerat samtycke, men även hos ineliggande patienter med tunga psykiatriska sjukdomar har studier visat att beslutskompetens finns i 50–75% av fallen. I öppen vård, exklusive svårare kognitiva störningar, är patienterna nästan alltid beslutskapabla.

**”Samtycke” som erhållits från en beslutningskapabel person är inte giltigt.**

Om läkaren inte sökt hjälp från anhöriga eller breddat sitt beslutsunderlag, kan läkaren ställas till svars för felbehandling. Oftast torde läkaren inte avsiktligt bestämma över huvudet på patienten utan läkaren är omedveten om patientens bristande förmåga till beslutsfattande och samtycke. I komplicerade ärenden kan ibland en bedömning av en psykiatriker eller olika kognitiva tester bidra till ett gott underlag. I den vardagliga demensvården är läkarens kontinuitet, kännedom om den sjuke – dennes värdering av livskvalitet, kunskap om familjerelationer och långvariga personalkontakter – en bra grund för ett etiskt ställningstagande till behandling eller inte.

**I den ”akuta” situationen bör den nya eller tillfälliga läkaren söka kontakt med ordinarie för att efterhöra om en behandlingsplan för ”akuta” situationer finns, detta för att förhindra onödigt behandling.**

Det är ännu svårare på en akutmottagning att göra riktiga etiska bedömningar och ofta behandlas där även den gamla minnessvaga med avancerade insatser utifrån presumtivt samtycke. En långsiktig behandlingsstrategi på ett äldreboende, framtagna i samråd med patient och anhöriga, kan därigenom saboteras.

### **Patientens följsamhet till läkemedelsbehandling**

Följsamheten till en läkemedelsordination anses ligga mellan 30 och 70%, men begreppet

#### **Patientfrågor**

- Jag kan inte svälja tabletter. Hur ska jag göra?
- Vad kan hända om jag inte tar medicinen?
- Vad kan hända om jag bara tar en halv tablett?
- Vad innebär 2 x 3 skrivet på receptet?

pet innehåller flera delar. Formeln i Faktaruta 9 illustrerar hur följsamheten till behandling med ett läkemedel vid kronisk sjukdom kan betraktas.

#### **Pedagogisk formel för följsamhet**

$$100 \times 0,8 \times 0,7 \times 0,5 = 28$$

Av 100 förskrivna läkemedel hämtas endast 80 läkemedel ut. Av dessa kvarvarande läkemedel används bara 70% och av dessa är det slutligen bara 50% som används på rätt sätt.

**Vid mer långvarig behandling är det endast en tredjedel av patienterna som använder medicinen på ett av läkaren föreskrivet sätt.**

Det är en schabloniserad bild som kan variera beroende på vilket eller vilka läkemedel det gäller. Följsamheten varierar också allt ifrån den mycket följsamme till den som ”av princip” undviker läkemedel. Däremellan finns de som varierar sin medicinerings utifrån sjukdomssymtom och egen bedömning eller bara följer ordinationen för en viss sjukdom.

#### **Följsamhet ur ett patientperspektiv**

Ett medicinskt, professionellt perspektiv räcker inte för att förstå svårigheterna med följsamhet. ”Health belief model” pekar på ett antal avgörande faktorer för patientens benägenhet att följa läkarens ordination: att patienten tror att han/hon kan drabbas av sjukdomen, att sjukdomen har allvarliga konsekvenser, att sjukdomen är botbar, att behandlingen inte medför allvarliga bieffekter samt att kostnaden inte blir för stor (5).

Sjukdom, mediciner och vård utgör som regel en begränsad del av patientens tillvaro. Läkare och patient måste tillsammans foga in sjukdomen i patientens liv på dennes egna villkor. Att vara ”icke följsam” kan

vara ett aktivt ställningstagande. Det är inte enbart patientens oförståelse eller okunskap om sin sjukdom som är viktig för patientens följsamhet, utan i vilken utsträckning som diagnos och behandling påverkar patientens dagliga liv.

Det är självklart att följsamheten varierar beroende på vilken sjukdom som behandlas men någon hundraprocentig följsamhet till behandling under lång tid är sannolikt inte möjlig att uppnå.

---

**Vid ren symtombehandling, eller behandling av riskfaktorer, bör det vara patientens eget val och bedömning, som får vara avgörande.**

---

Att vara sjuk – eller att ha en risk för sjukdom – och ta läkemedel är förenat med olika psykologiska effekter som kan påverka följsamheten. Men det finns även yttre faktorer som patienten tar hänsyn till inför sitt ställningstagande om att medicinera eller inte. Läkarens betydelse för patientens följsamhet är sannolikt överskattad. Många andra aspekter vägs in i patienten val, se nedan.

### **Faktorer som påverkar patientens följsamhet** *Medicinen*

Obehagliga verkningar och biverkningar, reella eller inte, kan få patienten att sluta med sina mediciner, likaså rädsla för att bli beroende av läkemedlet. Patienten kan ha svårt att svälja läkemedlet eller förstår inte instruktionerna. Patienten upplever sig ha för många läkemedel och doser per dag eller finner ordinationen för komplicerad.

### *Anhöriga*

Ofta finns en nära anhörig som stödjer en medicinering, men som också kan vara kritisk.

### *Sjukdomen*

Allvarlig sjukdom brukar medföra ökad följsamhet och tvärtom vad gäller asymtomatiska tillstånd och risktillstånd. Följsamheten sjunker över längre tid. Sjukdomens symtom är kanske mest vägledande. Om patienten mår bra, så behövs inga mediciner men mår patienten sämre tas medicinen ett tag. Glömskan kan vara medveten

eller omedveten. God sjukdoms- och/eller läkemedelskunskap ökar möjligen kortvarigt följsamheten.

### *Läkaren*

Läkarens attityd kan ha både negativa och positiva konsekvenser för följsamheten. Om flera läkare förskriver läkemedel till patienten minskar följsamheten. Faktorer som gynnar en god följsamhet är ett vänligt bemötande av läkaren och att denne har förmåga att ge en bra förklaring till varför ordinationen ges. Läkarens tidsbrist har en negativ effekt för följsamhet.

### *Ekonomi*

Även om högkostnadsskyddet finns, väger patienten in ekonomiska aspekter.

### *Media*

Onyanserade biverkningslarm påverkar allmänheten. I kvällspressen publiceras inte sällan överdrivet positiva eller negativa artiklar om forskningsresultat långt innan de har granskats i vetenskapliga sammanhang och innan läkaren har hunnit ta del av fakta. Patienten inhämtar också information på egen hand via t ex Internet, vilket kan skapa en osäkerhet om värdet av att ta läkemedel.

### *Vardagens villkor*

Att vara sjuk, att ha en sjukdom, är för patienten också en social och kulturell fråga. Ute i samhället finns andra förutsättningar som patienten tar ställning till, vilka i liten utsträckning har med ett medicinskt perspektiv att göra. Man tar inte vätskedrivande läkemedel om man ska till staden med lång väg till toaletter, betablockeraren kyler fingrarna på byggnadsarbetaren, inhalatorn tar stor plats i fickan och lämnas hemma.

### *Trosuppfattning*

Tro eller etablerade förställningar spelar sannolikt roll hos oss alla för hur vi behandlar oss själva. Av principiella skäl tas t ex inte smärtstillande läkemedel, ”ont ska med ont fördrivas”! Man kan ha en obefogad oro för att läkemedlets verkan avtar med tiden eller att man ”vänjer sig” vid medicinen. Om man inte tagit läkemedel tidigare

kan man ha uppfattningen att man drabbas av extra kraftiga läkemedelseffekter och därför minskar dosen. Utöver skolmedicinens läkemedel tar en del patienter ”komplementärmediciner”, vilka konkurrerar om följsamheten till läkarens ordination. I ett öppet samtal kan patientens tankar komma fram i förtroende, som t ex inslag av magiskt tänkande kring alternativa behandlingsmetoder, patientens sökande efter hopp och tröst etc. Obevisade eller till sin verkan okända metoder provas, allt från örtterapi och homeopati till mentala tekniker.

### Metoder

Forskare fann i en genomgång av interventionsstudier att enkla metoder ibland kan påverka följsamheten och behandlingsresultaten. Det gällde både för kort- och långtids-terapi och att mer komplexa strategier – kombinationer av informativa patientinstruktioner, stöd, påminnelseåtgärder, bättre uppföljning, självkontroller, belöningsmetoder och telefonstöd – förbättrar följsamheten och behandlingsresultaten. Men effekten varade bara en kortare tid!

---

**Om det finns några genomgående erfarenheter som framkommer i följsamhetsstudier, är det att man måste ha en frekvent, återkommande kontakt och interaktion med patienterna och med fokus på följsamheten, dvs någon sorts ”coaching” längs vägen. I detta kan patientens hela omgivning medverka.**

---

Läkaren bör utforska den enskilde patientens föreställning om sina symtom för att kunna bemöta och förklara. Läkaren bör ta reda på patientens farhågor om vad symtomen eller sjukdomen innebär för att kunna göra patientens upplevelse av ”illness” begriplig. Läkaren kan nå väsentlig kunskap genom att söka sig fram till patientens förväntningar på besöket. Om så inte blir fallet finns risken att läkare och patient talar förbi varandra, ”överenskommelsen” blir ensidig och följsamheten lägre.

### Den personliga läkaren

Kontinuitet och personkännedom ger goda förutsättningar för att förstå människors motiv till att vara eller inte vara följsamma. I grunden handlar det om ett ömsesidigt

### Tumregler för ökad följsamhet

70

- Visa en tillåtande och öppen attityd genom att t ex säga: ”Ja, jag vet ju att många patienter inte alltid tar sina mediciner... hur gör du?” Använd öppna frågor.
- ”Vilka mediciner tar du varje dag?” (och visa samtidigt upp läkemedelslistan på skärmen eller en utdragen papperskopia). Fråga om läkemedel för läkemedel, om vilka patienten tar.
- Fråga om patientens egen upplevelse av medicineringen (”Klarar du att ta alla mediciner, är det några som du undviker eller inte tar alls?”) Vilka svårigheter finns?
- Diskutera samtidigt om patienten upplevt några biverkningar, ge vid behov eventuella exempel på sådana för patienten. Fundera samtidigt på om det finns läkemedel som du kan föreslå patienten att sluta med.
- Fråga om patienten vet för vilket ändamål eller sjukdom som medicinen är avsedd.
- Glöm inte att också understryka vilka goda effekter som läkemedlet är tänkt att ha.
- Stryk gärna under de mediciner som är viktiga och ange de mindre viktiga (botande – symtomlindrande – riskreducerande).
- Skriv alltid ut den korrigerade/rättade läkemedelslistan och överlämna den till patienten som en avslutning av besöket.
- Berätta att man ofta byter ut läkemedel på apoteket, men att du vet att det alltid är samma verksamma substans i det nya läkemedlet.

förtroende mellan läkare och patient, ett förtroende som ständigt måste erövrats och underhållas av läkaren. Först när patienten är trygg i mötet kan samförstånd skapas. Då, men först då, finns förutsättningar för god följsamhet.

---

**Följsamheten kräver kort och gott ett ständigt värdande av relationen.**

---

Det finns en mängd olika sätt som kan bidra till ökad tillit och ökad följsamhet och de flesta är bra – men dessvärre bara på kort sikt. Det är betydelsefullt att läkaren håller en frekvent kontakt med patienten, att man underhåller processen. Åtgärderna är förtroendeskapande, men det tycks inte

vara åtgärderna i sig utan vad dessa signalerar, som har betydelse. Följsamheten förefaller att öka, inte enbart på grund av vilken åtgärd man vidtar, utan också därför att man vidtar den, gång på gång. Läkaren kan underhålla relationen på en mer instrumentell väg genom återkommande telefonsamtal, SMS, e-post, brev och kanske flera korta läkarbesök i stället för få och längre besök. Faktaruta 10, s 1077, ger en sammanfattning av praktiska råd, tumregler för ökad följsamhet.

### Frisk, risk och riskfaktorer

#### Patientfrågor

- Innebär högt blodtryck att jag är sjuk?
- Kan jag slippa mediciner om jag tränar och äter bra?
- Vilken chans har just jag att slippa hjärtinfarkt och stroke?

#### Att vara frisk med risk

Sedan begreppet riskfaktor introducerades har begreppet sjukdom blivit mindre entydigt. Riskforskningen har ökat kraftigt och riskbehandling är en strategi som är skild från den kurativa medicinen, där patienten aktivt söker upp vården för att få hjälp med aktuella besvär. Kan man betraktas som sjuk i medicinsk mening om man har en förhöjd risk, t ex om man har ett förhöjt blodtryck eller ett högt serumkolesterol?

**"The healthy state, traditionally considered to be the normal state, would thereby become the exception".**

En del forskare och läkare förespråkar farmakologisk behandling av olika riskfaktorer i befolkningen. Läkemedelsförskrivningens omfattning blir beroende av de behandlingsnivåer som man bedömer som lämpliga för tillståndet. Allt lägre gränser för intervention ökar de etiska problemen, som t ex negativa eller okända långtidseffekter av en expanderande läkemedelsanvändning medför. Beräkningar i Norge, med kanske världens sundaste och mest "långlevande" befolkning, har visat att om europeiska guidelines för prevention av

kardiovaskulär sjukdom implementeras kommer tre fjärdedelar av den vuxna populationen ha en sjuklig profil och behöva läkemedel (6). Och det är bara ett av många riskområden! I ett patientperspektiv:

#### Att tala om risk

I samtalet mellan läkare och patient måste man bli överens om vad som ska behandlas och hur. I de fall patienten har en symtomgivande sjukdom är det inte svårt. Men med riskdiskussionen är det annorlunda. Läkaren bör ha bra förklaringsmodeller och en särskild pedagogisk strategi i samtalet med patienten om innebörden av riskbegreppet.

**Hur ska man förstå att en utebliven hjärtinfarkt inte bevisar att läkemedlet skyddat patienten från en infarkt? Infarkten hade kanske ändå uteblivit.**

**Eller tvärtom, att man trots förebyggande mediciner ändå kan drabbas av en infarkt. Det bevisar inte att läkemedlet varit ineffektivt.**

Effekten av förebyggande behandling är visad på gruppnivå i kliniska prövningar. Ofta är begreppen score och NNT (number needed to treat, se kapitlet Evidensbaserad läkemedelsvärdering, s 1086) värdefulla som pedagogiska hjälpmedel men kanske mer i professionen än i patientsammanhang. Sekundärprevention ger ofta en "vinst" på 30–50 behandlade. Farmakologisk primärprevention ger bara en "vinst" på flera hundra "lotter". Detta sätt att resonera med patienten (se nedan) ger en uppfattning om den sanna nyttan av behandlingen och kan, åtminstone vid primärprevention, innebära att patienten hellre lägger kraft på icke-farmakologiska insatser såsom rökavvänjning. Detta i stället för att ta medicin under lång tid – med eventuella långtidsbiverkningar – och osäker nytta för den enskilde.

Att tala om att minska risken i relativa mått är vanligt, men beskriver inte storleken på risken för den enskilde individen. Det kan vara lättare att närma sig patientperspektivet utifrån den pedagogiska presentationen "framing", se nedan (7).

## ”Framing”

### *Risk kontra chans*

I sjukvården talar man oftast om risker och anlägger ett befolkningsperspektiv, men man kan också vända på riskkalkylen och tala om individens chans. Om antalet dödsfall i populationen under en viss tid minskar med tillägg av ett specifikt läkemedel – från t ex 2/100 till 1/100 – minskar risken att avlida i hjärt-kärlöd med 50%. Chansen att klara sig undan en hjärt-kärlöd för individen är redan från början så stor som 98%. Den ökar med bara en procentenhet med medicintillägget, till 99. Beroende på hur en och samma risk/chans presenteras väljer patienten olika, så kallad framing. Betydligt färre väljer läkemedelsalternativet om chansbegreppet används. Chans, i stället för risk, kan presenteras som:

- Lotterimodellen. En 50-årig rökande man med normalt EKG och blodtryck: ”Av 100 personer som du, kommer 9 att utveckla hjärt-kärlsjukdom inom 10 år. Nittioen kommer inte att göra det. Jag kan inte säga om du kommer att vara bland de 9 eller en av de 91.”
- Måttbandet. Chansen att undvika en hjärt-kärlkatastrof kan förtydligas genom att visa med ett 100 cm måttband hur stor chansen är, t.ex. 97 cm och som ökar till 98 med tillägg av läkemedel.

### **Effekter av en riskdiskussion**

Det gäller således vilka effekter en riskdiskussion och en riskbehandling får för den enskilde patienten, i förlängningen vilka konsekvenser det får för befolkningen. En risk är vanligtvis ingenting man känner eller upplever direkt i vardagslivet, men genom att risken har upptäckts, påverkas patienten av den kunskapen. En ökad riskmedvetenhet förändrar inte bara patientens sätt att tänka, utan också synen på den egna identiteten och hur man ser på livet.

Generellt tenderar patienten att övervärdera risker. Man bör också ha i minnet att behandlingsresultaten i praktisk verksamhet vanligtvis är sämre än de som redovisas i läkemedelsstudier som genomförts på ett selekterat patienturval. Därtill finns ett antal presumtiva riskfaktorer som inte kan redovisas i tabellform som t ex stress/

kontroll över arbetssituationen. På vilka sätt läkaren väljer att förklara risk får konsekvenser för hur patienten sedan väljer att göra. Att uttrycka risken på flera sätt; både i relativa och i absoluta termer samt också i ett ”chans”-resonemang (tombola eller måttband), kan vara en väg att skapa förståelse.

---

**Komplexiteten i riskvärdering är följaktligen påtaglig och patienterna måste i hög utsträckning involveras när det gäller beslut, främst om behandling.**

---

### **Att främja hälsa salutogent eller farmakologiskt**

I historisk bemärkelse har primär prevention haft en salutogen (”friskgörande”) utgångspunkt. Inriktningen har varit att förmoda individen och befolkningen att förändra sättet att leva – främst avseende kost, motion, tobak, droger och alkohol – för att förhindra att sjukdom uppstår. Under de senaste årtiondena har farmakologisk primär prevention etablerat sig, varvid läkaren på medicamentell väg menar sig kunna minska risken för förtida insjuknande.

---

**Begreppet primär farmakologisk prevention kan stå för de åtgärder som vidtas för att med läkemedel minska en specifik hälsorisk. Begreppet primär salutogen prevention kan stå för de ”klassiska” livsstilsförändrande primärpreventiva åtgärderna, ofta i kombination med strukturella samhälleliga insatser som prissättning, information eller olika folkhälsoinsatser (8).**

---

En sådan distinktion kan förtydliga för patienten och läkaren att det finns andra sätt än med läkemedel att påverka en risk för sjukdom. Patienten ges då i större utsträckning möjlighet att lägga kraft på icke-farmakologiska insatser, se vidare kapitlet Livsstilsbehandling och läkemedel, s 1055.

### **Biverkningar**

Många patienter är rädda för biverkningar, särskilt om de får en medicin som de inte känner till. En del patienter är räddade för biverkningar än för följderna av den sjukdom de behandlas för. Det är dessutom svårt att informera om biverkningar så att

### Patientfrågor

- Mediciner måste väl vara något onaturligt och giftigt?
- Vilka biverkningar kan jag råka ut för? Vad gör jag då?
- Hur ska jag undvika biverkningar?
- Jag tål inte den där medicinen jag fick. Måste jag verkligen ta den?
- Finns det farligheter som läkemedelsindustrin inte informerar om?
- Hur ska jag kunna veta om det som står på bipacksedlarna gäller för mig?

patienterna får en realistisk bild av riskerna. Ett för patienten nytt läkemedel leder till funderingar och det är vanligt att patienter tar reda på hur länge ett läkemedel funnits på marknaden innan de börjar använda medlet.

**Rädslan leder sannolikt till sämre följsamhet, man experimenterar själv med lägre doser eller man tar inte alls det ordinerade läkemedlet.**

För vanliga läkemedel som används i öppen vård är det en minoritet av patienterna som överhuvudtaget känner av biverkningar. De flesta biverkningar är förutsägbara, de hänger ihop med läkemedlets farmakologiska effekt, de är därmed dosberoende och i regel ofarliga (biverkningar av typ A). Ej förutsägbara biverkningar (typ B) är sällsynta, i regel farligare och de har ofta en immunologisk bakgrund. Se vidare kapitlet Läkemedelsbiverkningar, s 1119. För patienter med många läkemedel ökar riskerna för biverkningar, men det är svårt att identifiera att ett visst symtom kan vara en läkemedelsbiverkning.

**15–20% av intagningarna på en medicinklinik i Sverige beror på läkemedelsrelaterade problem, ofta biverkningar och andra negativa effekter (9).**

Patienters syn på biverkningar påverkas troligen av att de läser Patient-Fass, på Internet eller bipacksedlarna. Informationen i det sistnämnda fallet kan ses som en bruksanvisning för den enskilde patienten. I intervjustudier har patienter uttryckt förvåning över fokuseringen på negativ infor-

### Strategi vid

#### patientsamtal om biverkningar

- Ange syftet med behandlingen, den sanna medicinska vinsten, och påpeka att de allra flesta patienter inte upplever något obehag eller biverkningar.
- Berätta om de vanligaste 1–2 negativa effekterna, som ofta är initiala och övergående.
- Betona hur försiktig du är i behandlingsstarten för att patienten ska "tåla" medicinen, att du t ex börjar med en halv tablett eller svagaste styrkan, och att det sedan går att nå normaldos.
- Tillförsäkra rapporteringsvägar om någon annan negativ effekt uppkommer, t ex kontakt med sköterska, via mail till dig som läkare men allra bäst – och nödvändigt vid många behandlingsstarter (t ex anti-depressiva) – i förväg bestämt telefonsamtal eller återbesök.
- Visa således att du som läkare är intresserad av att följa patienten så att denne inte i "tysthet" slutar med medicineringen.
- Påpeka att biverkningsförteckningarna i Fass och bipacksedlar är frekvensberoende, t ex att 999 av 1 000 inte upplever något negativt.
- Avsluta med en öppen fråga – om patienten har något annat spörsmål eller fundering som gäller medicinen.

mation och risker i bipacksedlarna. Man uppfattar inte att man får motsvarande bild av läkemedlets positiva egenskaper. Patienter har därför efterlyst en genomgång av bipacksedlarnas viktigaste punkter hos läkaren eller på apotek, en sorts anpassning till den enskilde patienten.

Faktaruta 13 ger exempel på en strategi för att möta patientens intresse av eventuella negativa läkemedelseffekter. Det är en avvägning utifrån tillgänglig tid vid konsultationen, patientens förmåga att ta till sig något viktigt från en omfattande kunskap om biverkningar och en attityd, en psykologisk finess – att ändå få med sig patienten i en förskrivning, som läkaren uppfattar vara evidensbaserad. Det är också viktigt att ha en nära kontakt med det lokala apotekets personal så att information om biverkningar och rutiner är samstämda.

Många patienter rapporterar att de inte tål eller är "allergiska" mot en ny medicin. Allergi är i regel inte orsaken till obehaget, men måste ses som en möjlighet. För de flesta patienter vore det mest rationella att sänka dosen. Det vanligaste är dock i stället att man byter preparat. Ur patientens synpunkt har ett läkemedel, som givet en biverkning, kvar risken även i en lägre dos. Det kan därför finnas ett psykologiskt motstånd mot att fortsätta med det ursprungliga medlet. Upprepade preparatbyten kan dock bli dyrt för såväl den enskilde som samhället och kan bidra till att fylla medicinskåpen med oanvända läkemedel.

## Ekonomi

### Patientfrågor

- Kan du skriva ut en billig medicin som jag har råd med?
- Kan jag få prova medicinen genom att först få en startförpackning?
- Jag har inte en krona för att köpa ut medicin till mina barn.

Alla recept som läkare skriver ut hämtas inte ut från apotek. 1995 var det totalt 14 % av läkemedlen som inte hämtades ut med stor variation mellan de 20 indikationer som studerades (10). En orsak till detta kan vara patienters dåliga ekonomi.

Högekostnadsskyddet inom läkemedelsförmånen (se kapitlet Läkemedelsförmånen, nätupplagan av LB) innebär att en patient betalar hela kostnaden för sina läkemedel upp till 900 kr under en 12-månadersperiod och att rabatteringen därefter stegvis ökar så att patienten efter 1 800 kr har ett frikort. Särskilt i början av 12-månadersperioden blir därför läkemedelskostnaden hög för patienten och det är rimligt att befara att det främst är nya patienter som av ekonomiska orsaker avstår från att köpa ut ordinerade läkemedel. En rapport från Socialstyrelsen visar att andelen patienter som av kostnadsskäl avstått från läkemedel minskade från 5% till 2,4% då läkemedelsförmånen infördes. Bland arbetslösa, ensamstående med barn och perso-

### Ekonomiska problem för patienten?

- Tänk på möjligheten att patienten inte har råd att köpa ut de läkemedel du vill förskriva. Visat intresse ger ofta möjlighet att hitta en lösning.
- På apoteket kan patienten ansöka om kredit med delbetalning, ca 150 kr/månad. Dosdispenserade läkemedel kan betalas med autogiro. "Akuta" höga läkemedelskostnader blir då ett mindre problem. Se vidare apoteket.se/kundservice/köpvillkor.
- För många läkemedelsgrupper finns billiga alternativ, inte bara generika, som har väsentligen samma eller obetydligt sämre medicinsk effekt.
- Många akutläkemedel finns i mottagningens förråd och kan lämnas ut, åtminstone för några dagar.
- Många vårdcentraler är samlokaliserade med socialtjänsten. Ett personligt ord eller telefonsamtal från läkaren till socialsekreteraren kan medverka till att kontantutbetalning eller rekvisition omedelbart ordnas.
- Särskilda organisationer eller mottagningar kan i större städer finnas för utblottade grupper som hemlösa. För gömda flyktingar, kanske barnfamiljer, i behov av läkemedel kan ofta improvisationer ske. Det finns nätverk av frivillig sjukvårdspersonal som hjälper gömda flyktingar och särskilda "hemliga" mottagningar där rutiner finns att säkra läkemedelsbehandlingen. I Stockholmsområdet har Röda Korset tagit över den sjukvårdsförmedling som Läkare utan Gränser haft ([www.rodakorset.se](http://www.rodakorset.se)).

ner med socialbidrag var i Stockholm 2006 andelen som avstått från läkemedel pga dålig ekonomi 8–12%. För hemlösa var motsvarande siffra ca 30%.

### Ekonomiskt utsatta grupper tenderar således att avstå från läkemedel oftare än övriga befolkningen.

Det förekommer också att skuldsatta personer nekas ytterligare kredit på apotek. I Faktaruta 15 ges några uppslag när läkaren i förskrivningsögonblicket ska medverka i en lösning av problemet.

Det tycks som om personer som uppnått frikort gärna hamstrar läkemedel. Graden av överutköp, definierad som utköp motsvarande 120% eller mer av ordinerad mängd under ett år, var 19% bland patienter utan frikort och 33% bland de som hade frikort (11). Extrapolerat till riket motsvarar denna hamstring en extra kostnad av 142 miljoner kr/år.

## Generika

### Patientfrågor

- Kan du hjälpa mig så att jag inte får en ny sorts medicin varje gång jag går till apoteket?
- Förut hade jag medicinen XXX, men på apoteket fick jag nu YYY. Den hjälper inte alls och den ger biverkningar som jag inte hade förut.

För läkemedel där det finns utbytbara generika är apoteken skyldiga att expediera det billigaste preparatet. Läkemedelsverket beslutar vilka preparat som är utbytbara. Utbyten kan leda till att patienter med iterrade recept får läkemedel med olika namn och utseende varje gång de besöker apoteket. Detta kan vara förvirrande för patienterna som kanske dubbelmedicinerar eller upplever minskad effekt eller biverkning av preparat vars namn och utseende de inte känner igen.

Beslutet om generikautbyte på apotek trädde i kraft 2002 och Socialstyrelsen gjorde en utvärdering 2004. Enligt rapporten har utbyten inte lett till några allvarliga händelser. Dock framkom det att 7% av apotekskunderna hade felmedicinerat (i regel dubbelmedicinerat) pga läkemedelsutbytet.

**I enskilda fall kan konsekvenserna bli fatale, t ex om en äldre person med dålig njurfunktion tar två ACE-hämmare samtidigt.**

I studier med fokusgrupper med patienter med multimedicinering (12) har det framkommit att generikautbytet lett till förvirring bland patienterna eftersom tablettorna

### Minska riskerna med generikautbyte

- Ange ändamålet för medicineringen på receptet, t ex "mot smärta", "vätske-drivande".
- Välj från början ett generikapreparat från den rekommenderade listan från läkemedelskommittén.
- Om patienten tidigare haft ett originalpreparat och du skriver ett nytt recept, ange för t ex Felodipin i doseringsanvisningen "samma läkemedelssubstans som i Plendil". Läkarens ord gör diskussionen lättare på apoteket.
- Ge alltid en kopia på den aktuella elektroniska läkemedelslistan till patienten att ha som grund för den dagliga dispenseringen.
- Ha en nära kontakt med det lokala apotekets personal så att information och rutiner är samstämda.

ändrade storlek och utseende. Läkare kan minska risken för felmedicinering, se Faktaruta 17. På apoteket kan patienten få originalpreparatet expedierat om han/hon betalar mellanskillnaden själv.

## Interaktioner

### Patientfrågor

- Är det bra för kroppen att ta så här många mediciner?
- Är verkligen kombinationen av alla de här medicinerna den bästa för mig?
- Hur kan jag ta reda på om medicinerna passar ihop?
- Kan jag ta medicinen tillsammans med naturmedel?
- Kan du undersöka om kroppen har tagit skada av alla de här medicinerna?

Frågorna i Faktaruta 1 har insamlats från fokusgrupper bland äldre patienter med många läkemedel (12). Dessa patienter uppmärksammade själva riskerna med interaktioner även om de inte använder just det ordet.

**Interaktioner**

- Patienten har ofta mer funderingar på interaktioner än läkaren – fråga!
- Var särskilt alert för läkemedel med smal terapeutisk marginal, t ex warfarin, digitalis och antiepileptika. Nya datajournaler (SIL) och apodossystem ger elektroniskt ofta lättare information än Fass – bara en knapptryckning!
- Särskilt för riskläkemedel, uppmana patienten att bevaka interaktionsmöjligheter vid besök på akutmottagningar och hos nya läkare – genom att berätta om sina läkemedel. Det gäller också vid köp av naturläkemedel och receptfria mediciner såsom nikotinersättning och NSAID, som görs allt mer lättillgängliga i försäljningen.

**De förväntar sig att den läkare som de har förtroende för har tagit ställning till hela medicineringen och även bedömt att inga kliniskt betydelsefulla interaktioner uppstår.**

Om man inte känner förtroende för den samlade läkemedelsterapin som ordinerats är det lätt att man avviker från ordinationerna och börjar använda läkemedlen efter eget förstånd.

Tänkbara interaktioner brukar grupperas i fyra klasser A, B, C och D. Vid ordinationen bör man främst notera kombinationer som kräver dosanpassning (C) och sådana som man bör undvika (D). Se vidare kapitlet Kliniskt farmakologiska principer, s 1102.

Flera studier har gjorts där man kartlagt förekomsten av interaktioner, men deras kliniska betydelse har studerats i mindre omfattning. I stort sett alla dessa studier är begränsade till interaktioner mellan endast två läkemedel. Patienter med många mediciner borde ha en ökad risk för interaktioner, men kunskapen om vilka interaktioner som i praktiken uppstår vid multimediering är begränsad. Faktaruta 19 visar några tumregler för läkaren att överväga vad gäller interaktioner. Det kan också finnas anledning att uppmärksamma patienten på interaktioner med kosten, t ex warfarin kan interagera med ämnen i grapefruktjuice.

**Multimediering****Patientfrågor**

- Tycker du inte att jag har för många mediciner? Finns det inte något annat sätt att bota mig?
- Ska jag som är så gammal ha alla de här medicinerna?
- Jag börjar bli glömsk.
- Skadar inte 15 olika sorters piller min kropp?

Begreppet multimediering ("multiple medicine users", tidigare "polyfarmaci") används i regel i negativa sammanhang, förknippat med biverkningar, interaktioner etc.

Vid diskussioner i fokusgrupper med multimedierande äldre (12) framkom att de i regel förstår att deras många läkemedel kan leda till biverkningar, interaktioner, ofölsamhet, höga kostnader och att man i värsta fall kan bli inlagd på sjukhus. Patienterna hade svårt att begripa att man verkligen behövde alla ordinerade läkemedel. Om man hade förtroende för sin läkare ansåg man dock att läkaren verkligen tagit ställning till helheten och att alla medel behövdes för behandlingen.

I en undersökning ansåg läkare i fokusgrupper (13) att behandlingsrekommendationer för olika tillstånd/sjukdomar i sig medverkade till multimediering. Om läkare följer rekommendationerna för varje enskild sjukdom hos den multisjuka blir resultatet lätt många läkemedel per patient, eftersom rekommendationerna behandlar en sjukdom i taget och inte tar hänsyn till individer med många sjukdomar.

**Det är PATIENTEN med sina sjukdomar, och inte sjukdomarna, som ska behandlas! Inte minst vid multimediering finns utrymme för sann läkekonst.**

I Faktaruta 21, s 1084, formuleras några riktlinjer för att minska riskerna med multimediering.

Läkemedelsgenomgångar på bl a serviceboenden har lyfts fram som ett framgångsrikt arbetssätt för att få kontroll över äldres multimediering men resultaten av vetenskapliga studier divergerar. Någon evidens

### Multimedcinering

- Om du som läkare eller patient upplever multimedcineringen som ett problem – prioritera läkemedlen utifrån medicinsk vikt. Det är bättre att patienten tar 4 läkemedel riktigt för avgörande tillstånd än 10–15 oriktigt i en illusion att alla behandlingssyften ska uppnås.
- Finns evidens/dokumentation för behandlingseffekt i aktuell köns- eller åldersgrupp? Det kan ha funnits i patientens tidigare livsperiod, men nu?
- Har behandlingsmålen förändrats vid tillkomst av demens eller andra sjukdomar vars konsekvenser överflyglar t ex profylaktiska farmaka eller annan medicineringsomgång pågått länge?
- Vilken medicineringsomgång är etiskt försvarbar i ett helhetsperspektiv inför t ex en demensutveckling, mycket hög ålder eller vård i livets slutskede?

för att farmaceutisk medverkan har effekt på patientrelaterade mått finns inte. Det centrala är att förskrivaren vid förnyelse av ordinationen alltid gör en bedömning av hela läkemedelsbehandlingen – med målet att optimera denna och samtidigt dokumentera hur den fortsatta uppföljningen och utvärderingen ska ske.

Rekommendationer om hur man kan sätta ut läkemedel har presenterats i flera rapporter (14), se också kapitlet Utsättning av läkemedel i LB 2005/2006, nätversionen av LB ([www.apoteket.se](http://www.apoteket.se) eller via ingången [www.lakemedelsboken.se](http://www.lakemedelsboken.se)). Dokumentationen i Fass anger när man bör sätta in ett visst läkemedel. Dokumentationen om när och hur läkemedlet bör sättas ut saknas. Socialstyrelsen har 2007 i en översyn av medicinklinikers behandling av de äldsta (medelålder 95 år) visat:

**Multimedcinering är en viktig orsak till inläggning. Patienten lämnar sjukhuset med lika många (9 "fasta läkemedel") som fanns vid inläggningen.**

Vårdtillfället har således inte använts till en strukturerad läkemedelsgenomgång (15).

### Referenser

1. "Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande" respektive "Kommunikationen mellan patient och läkare vid svåra beslut". Stockholm: Socialstyrelsen; 2003. [www.sos.se](http://www.sos.se)
2. Carlsson B, Isacson Å. Hälsa, kommunikativt handlande och konfliktlösning. En studie av patientens ställning och av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Lund: Bokbox Förlag; 1989.
3. Lundkvist J, Åkerlind I, Borgquist L, Mölsted S. The more time spent in listening, the less time spent on prescribing antibiotics in general practice. *Family Practice*. 2002;19:638–40.
4. Järhult B, Lindström K. Läkemedelsförskrivning – ett patriarkalt eller demokratiskt beslut? Utvärdering av ett hjälpmedel för att skapa ökad delaktighet. Jönköping: Primärvårdens FoU-enhet; 2003. Rapport 2003:3. <http://www.qulturum.com>
5. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Med Care*. 1975;13:10.
6. Getz L. Sustainable and responsible preventive medicine. Thesis. Norway University of Science and Technology. Trondheim; 2006.
7. Slovic P. Public Perception of Risk. *J Environ Health* 1997;59:22–5. (accessed April 15, 2008); <http://search.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=9705084351&site=ehost-live>
8. Hagström B. Medication and compliance. Studies from a general practice perspective. Thesis. The Sahlgrenska Academy at Göteborg University. Göteborg; 2007. (accessed April 15, 2008); Available at: <https://gupea.ub.gu.se/dspace/bitstream/2077/2579/1/Ram%20Tryck%2020070122.pdf>
9. Mjörndahl T, Boman MD, Hägg S, Bäckström M, Wiholm BE, Wahlin A, Dahlqvist R. Adverse drug reactions as a cause for admissions to a department of internal medicine. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2002;11:65–72.
10. Nilsson JLG, Johansson H, Wennberg M. Large differences between prescribed and dispensed medicines could indicate undertreatment. *Drug Inform J*. 1995;29:1243–6
11. Krigsman K, Melander A, Carlsten A, Ekedahl A, Nilsson JLG. Refill non-adherence to repeat prescriptions leads to treatment gaps or to high extra costs. *Pharm World Sci*. 2007;29:19–24.

12. Moen J, Bohm A, Tillenius T, Antonov K, Nilsson JLG, Ring L. "I don't know how many of these [medicines] are necessary.."—A focus group study among elderly users of multiple medicines. *Patient Educ Couns*. 2009;74:135–41.
13. Moen J, Norrgård S, Antonov K, Nilsson JLG, Ring L. GPs perceptions of multiple medicines use in elderly patients. *J Eval Clin Pract* 2009;15:elektroniskt publicerad.
14. Boman K, Ögren J-E. Utsättning av läkemedel – kliniskt viktigt men praktiskt svårt. Nepi-rapport. Stockholm: Apotekarsocieteten; 2002.
15. Socialstyrelsen. Läkemedelsbehandling av äldre patienter på medicinklinik. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.

#### För vidare läsning

16. Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. [www.sbu.se](http://www.sbu.se)
17. Enligt ordination – om bättre läkemedelsanvändning. (Ihre T, red). Lund: Studentlitteratur; 2005.
18. Lundgren C. Fas Ut 2. Att utvärdera, ifrågasätta och skonsamt avsluta läkemedelsbehandling. Umeå: Västerbottens läns landsting; 2006. ISBN 978-91-631-6668-6.