

Läkemedel ur ett patientperspektiv

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

Inledning

Patients perspektiv på läkemedel beror på vilken kunskap om och vilken attityd till sjukdom och behandling de har. Patientperspektivet illustreras med autentiska frågor i kapitlet. HSL:s intentioner om information och patientens delaktighet i läkemedelsförskrivningen har inte fått tillräckligt genomslag i sjukvården.

Patients 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 1250). Den utgår från patienternas rättigheter och därmed också från sjukvårdshuvudmännens och personalens skyldigheter och det patienten kan förvänta sig av vården.

För att göra patienter delaktiga i behandlingsbesluten är det tre saker som man främst bör åstadkomma:

- Säkerställa att patienten vet varför och hur läkemedel ska användas och skapa förståelse för att läkemedel används rätt.
- Ge en insikt att patienten kan bidra både till en bra förskrivning och användning av läkemedel genom dialog med läkaren.

- Förmedla att patienten och läkaren har ett delat ansvar för att medicineringen ska ge önskat resultat och att patienten har rätt till kontinuerligt stöd från sjukvårdspersonal.

Ämnesområdet i detta kapitel är 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 konkret?
- 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?

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.

- Vilka särskilt sårbara, omotiverade eller ”behandlingsresistenta” patienter finns?

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 naturläkemedel?

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 uppmärksammade i sin tillsyn 2003 att landstingen till ringa grad driver lagstiftningen från 1999 (1). Landstingen levde således inte upp till HSL:s skrivningar om demokratiskt inflytande, och intresse saknades ofta för att diskutera läkemedelsförskrivning i perspektivet av patienters medinflytande. I en befolkningsenkät ansåg 80% av de tillfrågade det viktigt att vara delaktiga i behandlingen i händelse av sjukdom. Om det fortfarande 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 1204.

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 leva upp till 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 innebära att det blir svårare att få patienten delaktig i beslut. Vidare sätter kontinuitet och tillgänglighet ramarna för spelet 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 (bemötan-

de 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 avgörs i hög utsträckning av patient–läkarrelationen och ”den goda konsultationen” anses ge de bästa förutsättningarna för ett optimalt behandlingsresultat (3,4).

Samsyn kan ses som ett verktyg för att nå följsamhet.

Samsyn är ett annat begrepp än följsamhet och det är inte detsamma som att patienten tycker som läkaren. Samsyn och delaktighet innebär att man gemensamt fattar beslut. Ibland kanske samsyn leder fram till att patienten inte ska medicinera alls, utan bara komma på kontroller. Delaktighet i hela konsultationsprocessen kan också leda till att medicinskt olämpliga behandlingar undviks, exempelvis antibiotika vid banala luftvägsinfektioner (5).

En bristande delaktighet har också uttryckts av patientorganisationerna, se Faktaruta 5. I Faktaruta 7, s 1252, redovisas ett antal aspekter av betydelse ur ett pa-

Pensionärsorganisationers synpunkter på vården

- Många äldre får inte besked om/vet inte varför de ska ta sina läkemedel.
- De vet inte indikationen eller syftet med terapin.
- De har inte deltagit i någon diskussion om för- och nackdelar.
- De får för många medel utskrivna utan samordning mellan olika ordinarörer.
- Många saknar uppföljning.

tientperspektiv som läkaren bör ha i åtanke vid förskrivning av läkemedel.

Läkaren kan i sin förskrivning styras mer av kvalitetsregisters krav än en individuell läkekonst utifrån patientens delaktighet och önskemål. Den enskilde läkaren måste känna att det är lege artis att avstå från behandling. Detta om patienten efter information finner att den absoluta riskreduktionen är marginell och NNT-talen för höga för att medicineringen ska ”löna sig”, se s 1256 ”Att tala om risk”. Eller om en samlad bedömning utifrån etik och patientens livsmål omintetgör behandlingsimperativ utifrån själva sjukdomen.

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?
- Vad händer om jag glömmer/”hoppas över” medicinen?

Pensionärs- och patientorganisationers erfarenhet av sjukvården och läkemedelsförskrivning sammanfattas i Faktaruta 5.

Ökad delaktighet inför konsultationen

Patientens delaktighet i terapeutiska beslut ökar om man före konsultationen tydligt signalerar att medverkan är viktig.

Man kan skapa delaktighet genom att per brev uppmana patienten att förbereda sig inför läkarbesöket. Det kan också ske genom att föra upp frågan i information om vårdenheten, t ex i väntrum eller på enhetens webbplats. Frågorna kan 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. Datoriseringen ger möjlighet att lätt göra dessa urval.

Brev till patienten/vårdnadshavaren inför läkarbesöket

Bäste (namn)

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

- **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?

- **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.

- **Startförpackning?**

Om du får ett läkemedel som du inte har haft tidigare, fråga efter startförpackning. Det är klokt att först se om du tål och har nytta av medicinen innan du köper ut en stor mängd.

- **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 just dig.

- **Behandlingsplan och läkemedelslista?**

Det kan vara 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 mejl där du berättar om medicinens effekt.

Faktaruta 7 ger exempel på den typ av frågor som kan underlätta för läkaren att leva upp till patientens rätt till delaktighet i beslut (6).

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, ofta anhöriga, ska ta över eller i hög grad medverka i ställningstagandena. Det är inte sällan mycket svåra beslut, som också innebär att ibland välja icke-behandling eller endast palliativa insatser (se kapitlet Palliativ vård, s 905).

Beslutsinkompetenta svårt sjuka patienter finns inte bara på sjukhusens medicin- och kirurgavdelningar eller gäller barn/ungdomar med utvecklingsstörning (se kapitlet Läkemedel hos utvecklingsstörda, s 1392). 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 är patienterna nästan alltid beslutskapabla utom när svårare kognitiva störningar föreligger.

"Samtycke" som erhållits från en beslutsinkapabel person är inte giltigt.

Om läkaren inte sökt hjälp från anhöriga eller breddat sitt beslutsunderlag, kan läkaren ställas till svars för felbehandling. 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 läkare för att efterhöra om en behandlingsplan för "akuta" situationer finns, detta för att förhindra onödig behandling.

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

Att främja hälsa salutogent eller farmakologiskt

I historisk bemärkelse har primär prevention haft en salutogen ("friskgörande") utgångspunkt. Inriktningen har varit att förstå 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 (7).

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 1263.

Patientens följsamhet till läkemedelsbehandling

Alla recept som läkare skriver ut hämtas inte ut från apotek. 1995 var det totalt 14% av läkemedlen som inte hämtades ut med

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?

stor variation mellan de 20 indikationer som studerades (8). Användningen av elektroniska recept kan ha förbättrat situationen. I en studie från 2004 var det endast 2,4% av e-recepten som inte hämtades ut. För åldersgruppen 15–24 år var andelen icke uthämtade recept 5,5% (9).

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 biverkningar samt att kostnaden inte blir för stor (10).

Sjukdom, mediciner och vård utgör som regel en begränsad del av en patients tillvaro. Läkare och patient måste tillsammans foga in sjukdomen i patientens liv på dennes egna villkor. Att inte "göra" som doktorn har sagt kan vara ett aktivt ställningstagande. Det är inte enbart patientens oförståelse eller okunskap om sin sjukdom som är viktigt 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 och någon hundra procentig följsamhet till en behandling under lång tid är inte möjlig att uppnå ens vid tumörbehandling eller transplantation.

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 patientens 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 läkemedlen. 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. Detta kan särskilt vara aktuellt hos patienter från andra kulturer.

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 behövs inga mediciner, men mår patienten sämre tas medicinen ett tag. Oföljsamheten kan vara medveten eller omedveten och bero på glömska. God sjukdoms- och/eller läkemedelskunskap ökar möjligen kortvarigt följsamheten (11).

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 (12). Läkarens tidsbrist har en negativ effekt på följsamheten.

Ekonomi

Även om högkostnadsskyddet finns väger patienten in ekonomiska aspekter. Se s 1258.

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 och att ha en sjukdom är för patienten också en social och kulturell fråga. Ute i samhället finns förhållanden 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 stan med lång väg till toaletter, betablockeraren kyler fingrarna på byggnadsarbetaren och inhalatorn tar stor plats i fickan och lämnas hemma.

Trosuppfattning

Tro eller etablerade föreställningar 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 förtroendefullt samtal kan patientens tankar komma fram, som t ex inslag av magiskt tänkande kring alternativa behandlingsmetoder eller patientens sökande efter hopp och tröst. Obevisade eller till sin verkan okända metoder prövas, allt från örterterapi 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! För vidare läsning om metoder hänvisas till en Cochraneöversikt (13).

Om det finns några genomgående erfarenheter som framkommer i följsamhetsstudier är det att man måste ha en frekvent, återkommande kontakt och interaktion med patienterna 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 personlige 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 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 vårdande av relationen.

Tumregler för ökad följsamhet

- 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.
- 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 på besöket.
- "Vilka mediciner tar du varje dag?" (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 av 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. 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 heller att skriva behandlingsorsaken på receptet.
- Berätta att man ofta byter ut läkemedel på apotek, men att du vet att det alltid är samma verk-samma substans i det nya läkemedlet.

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, dvs att man underhåller processen. Åtgärderna är förtroendeskapande, men det tycks inte vara åtgärderna i sig utan vad dessa signaler som har betydelse. Följsamheten förefaller att öka, inte enbart pga 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 9 ger en sammanfattning av praktiska råd, tumregler för ökad följsamhet.

Frisk, risk och riskfaktorer

Att vara frisk med risk

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?

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”.

Rekommendationer finns för behandling med läkemedel mot olika riskfaktorer. 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 att ha en sjuklig profil och behöva läkemedel (14). Och det är bara ett av många riskområden!

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 medicinering 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 1228) värdefulla som pedagogiska hjälpmedel men kanske mer i professionen än i patientsammanhang. Vid sekundärprevention får man behandla 30–50 personer för att en av dessa ska ha en vinst av behandlingen. 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 och motion. 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” (15), se nedan.

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 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, s k 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 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.

Biverkningar

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?

Många patienter är rädda för biverkningar, särskilt om de får en medicin som de inte känner till. En del patienter är räddare för biverkningar än för följderna av den sjukdom de behandlas för. Det är dessutom svårt att informera om biverkningar så att 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 1157. För patienter med många läkemedel ökar riskerna för biverkningar, men kan vara svårt att identifiera om ett visst symptom kan vara en läkemedelsbiverkning.

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, ofarliga och övergående. Vid särskilt viktiga läkemedel med kända biverkningar kan det initialt vara riktigt att nämna vikten/förhoppningen att patienten accepterar en negativ effekt för att terapin ska lyckas.
- Betona hur försiktig du är i behandlingsstarten för att patienten ska "tåla" medicinen, att du t ex börjar med en halv tablett eller den svagaste styrkan, och att det sedan går att nå normaldos.
- Tillförsäkra rapporteringsvägar om någon annan negativ effekt uppkommer, t ex kontakt med sköterska, via mejl till dig som läkare men allra bäst – och nödvändigt vid många behandlingsstarter (t ex antidepressiva) – 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.

15–20% av intagningarna på en medicinklinik i Sverige beror på läkemedelsrelaterade problem, ofta biverkningar och andra negativa effekter (16). 3 000 personer bedöms varje år avlida i biverkningar och 400 dödsfall skulle kunna förhindras (17,18).

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

ren eller på apotek, en sorts anpassning till den enskilde patienten.

Faktaruta 12 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 och viktig/indicerad. 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 är det mest rationella att sänka dosen. Det vanligaste är dock i stället att man byter preparat. Ur patientens synpunkt har ett läkemedel, som givit en biverkning, kvar risken även vid 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 (8). En orsak till detta kan vara patienters dåliga ekonomi. Socioekonomiska faktorer har en viktig roll för förskrivningen av läkemedel. Strukturella förhållanden vad gäller tillgången på vård spelar in liksom attityder och förväntningar i patient–läkarrelationen men också den

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 många apotek 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.
- För många läkemedelsgrupper finns billiga alternativ, inte bara generika, som har väsentligen samma medicinska effekt.
- 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 t ex 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. Se t ex www.rodakorset.se.

enskildes ekonomi. Särskilt i början av en 12-månadersperiod för högkostnadsskyddet (se kapitlet Läkemedelsförmånerna, s 1417) blir 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.

Ekonomiskt utsatta grupper kan därför tänkas avstå från läkemedel oftare än övriga befolkningen.

Det förekommer också att skuldsatta personer nekas ytterligare kredit på apotek. I Faktaruta 14 ges några uppslag på när läkaren i förskrivningsögonblicket kan medverka i en lösning på problemet.

Generika

Med generika menar vi i dagligt tal läkemedel utan patentskydd. Dessa läkemedel säljs under det generiska namnet eller un-

Patientfrågor

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

der ett skyddat varumärkesnamn, s k brandad generics. För läkemedel där det finns utbytbara generika är apoteken skyldiga att expediera sådana. Läkemedelsverket beslutar vilka preparat som är utbytbara. Utbyten kan leda till att patienter med itererade 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 biverkningar av preparat vars namn och utseende de inte känner igen.

Minska riskerna med generikautbyte

- Ange ändamålet med medicineringen på receptet, t ex "mot smärta", "vätskedrivande".
- Välj från början ett preparat från läkemedelskommitténs lista.
- 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.

Socialstyrelsen gjorde 2004 och 2007 utvärderingar av generikautbyte. Enligt rapporterna har utbytena inte lett till några allvarliga händelser. Det framkom dock i båda rapporterna att 7% av apotekskunderna hade felmedicinerat (i regel dubbelmedicinerat) pga läkemedelsutbytet.

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

I studier med fokusgrupper med patienter med multimedcinering (19) har det framkommit att generikautbytet lett till förvirring bland patienterna eftersom tablettarna ändrade storlek och utseende. Läkare kan minska risken för felmedicinering, se Faktaruta 16, s 1259.

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 naturläkemedel?
- Kan du undersöka om kroppen har tagit skada av alla de här medicinerna?

Frågorna i Faktaruta 17 har insamlats från fokusgrupper bland äldre patienter med många läkemedel (20). Dessa patienter uppmärksammade själva att generikautbytet lett till förvirring samt riskerna för interaktioner, även om de inte använder just det ordet.

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 1149.

Flera studier har gjorts där man kartlagt förekomsten av interaktioner, men deras kliniska betydelse har studerats i mindre

Interaktioner

- Patienten har ofta mer funderingar på interaktioner än läkaren – fråga!
- Var särskilt alert för läkemedel med smal terapeutisk marginal, t ex warfarin, digoxin 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.

omfattning. De flesta av 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 multimedcinering är begränsad. Faktaruta 18 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.

Multimedcinering

Patientfrågor

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

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

Vid diskussioner i fokusgrupper med multimedcinierande äldre (19) 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 (20) att behandlingsrekommendationer för olika tillstånd/sjukdomar i sig medverkade till multimedicinering. 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 multimedicinering finns utrymme för sann läkekonst.

I Faktaruta 20 formuleras några riktlinjer för att minska riskerna med multimedicinering.

Läkemedelsgenomgångar på bl a serviceboenden har lyfts fram som ett framgångsrikt arbetssätt för att få kontroll över äldres multimedicinering. Vetenskapliga studier av svenska läkemedelsgenomgångar har hittills saknats, men i en studie från Uppsala avseende patienter 80 år och äldre har man nu visat att ett organiserat samarbete mellan patienternas läkare och en apotekare ledde till att sjukhusbesöken minskade med 16%, intensivvårdsbesöken med 47% och de läkemedelsrelaterade återbesöken med 80% jämfört med en kontrollgrupp där apotekare inte medverkade (21). 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 utvärderingen och den fortsatta uppföljningen med eventuell utsättning ska ske.

Rekommendationer om hur man kan sätta ut läkemedel har presenterats i flera rapporter (22,23). 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:

Multimedicinering

- Om du som läkare eller patient upplever multimedicineringen 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 medicinering som pågått länge?
- Vilken medicinering är etiskt försvarbar i ett helhetsperspektiv inför t ex en demensutveckling, mycket hög ålder eller vård i livets slutskede?

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

Vårdtillfället har således inte använts till en strukturerad läkemedelsgenomgång (24).

Referenser

1. "Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande" respektive "Kommunikationen mellan patient och läkare vid svåra beslut". Stockholm: Socialstyrelsen; 2003. www.sos.se
2. Carlsson B, Isacson Å. Hälsa, kommunikativt handlande och konfliktlösning. En studie av patientens ställning och av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnamnd. Lund: Bokbox Förlag; 1989.
3. Patient-läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund. Stockholm: Natur och Kultur; 1999. SBU-rapport 144.
4. Mattsson B. Patient-läkarrelationens betydelse för behandling. Läkemedelsboken 2005–2006.
5. 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.

6. 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. www.qulturum.com
7. Hagström B. Läkemedel och följsamhet – Studier ur ett allmänmedicinskt perspektiv. Avhandling. Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs universitet. Göteborg. 2007. ISBN 978-91-628-7077-5
8. Nilsson JLG, Johansson H, Wennberg M. Large differences between prescribed and dispensed medicines could indicate undertreatment. *Drug Inform J*. 1995;29:1243–6
9. Ekedahl A, Månsson N. Unclaimed prescriptions after automated prescription transmittals to pharmacies. *Pharm Worlvs Sci*. 2004;26:26–31.
10. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Med Care*. 1975;13:10–24.
11. Haynes RB, McKibbin KA, Kanani R. Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *Lancet*. 1996;348:383–6.
12. Hausman A. Taking your medicine: relational steps to improving patient compliance. *Health Mark Q*. 2001;19:49–71.
13. Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. Interventions for enhance medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. www.sbu.se
14. Getz L. Sustainable and responsible preventive medicine. Thesis. Norway University of Science and Technology. Trondheim; 2006.
15. Slovic P. Public Perception of Risk. *J Environ Health* 1997;59:22–5. (accessed April 15, 2008); www.neha.org/JEH
16. 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.
17. Wester K, Jönsson AK, Spigset O, Druid H, Hägg S. Incidence of fatal adverse drug reactions: a population based study. *Br J Clin Pharmacol*. 2008;65:573–9.
18. Jönsson AK, Hakkarainen K, Spigset O, Druid H, Hiselius A, Hägg S. Preventable drug related mortality in a Swedish population. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2010;19:211–5.
19. 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.
20. Moen J, Norrgård S, Antonov K, Nilsson JLG, Ring L. GPs' perceptions of multiple-medicines use in older patients. *J Eval Clin Pract* 2010;16:69–75.
21. Gillespie U, Alassaad A, Garma H, Hammarlund-Udenes M, Toss H, Kettis-Lindblad Å, Melhus H, Mörlin C. A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older. *Arch Intern Med*. 2009;169:894–900.
22. Boman K, Ögren J-E. Utsättning av läkemedel – kliniskt viktigt men praktiskt svårt. Nepi-rapport. Stockholm: Apotekarsocieteten's förlag; 2002.
23. Lundgren C. Fas Ut 3. Att utvärdera, ifrågasätta och skonsamt avsluta läkemedelsbehandling. Umeå: Hans Karlsson, Zircon Media AB; 2010. ISBN 978-91-633-7637-5.
24. Socialstyrelsen. Läkemedelsbehandling av äldre patienter på medicinklinik. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.

För vidare läsning

25. Enligt ordination – om bättre läkemedelsanvändning. Ihre T, red. Lund: Studentlitteratur; 2005.
26. Läkemedelsanvändning & patientnytta. Melander A, Nilsson JLG, red. Lund: Studentlitteratur; 2009. ISBN 9144056257.