

”Man kanske inte behöver ha alla medicinerna?”

**Äldres erfarenheter av läkemedelsgenomgångar och
läkemedelshantering – en intervjustudie**

Författare: Madelene Gabrielsson, ST-läkare

Handledare: Eva Arvidsson, Medicine doktor, Distriktsläkare

Årtal: 2017

Författare: Madelene Gabrielsson, ST-läkare

**Handledare: Eva Arvidsson, Medicine doktor, Distriktsläkare,
Primärvårdens FoU-enhet, Futurum, Region Jönköpings län**

Arbetsplats/enhet

Norrahammars Vårdcentral, Vårdcentralerna Bra Liv, Region Jönköpings län

Kontaktinformation

madelene.gabrielsson@gmail.com

Sökord

Region Jönköpings län
Polyfarmaci
Läkemedelsgenomgång
Kvalitativ studie
Läkemedelshantering
Compliance

Sammanfattning

Bakgrund

Polyfarmaci hos äldre är ett alltmer uppmärksammat område. I Sverige ska alla över 75 år med minst 5 läkemedel erbjudas läkemedelsgenomgång vid flertalet kontakter med vården, enligt Socialstyrelsens rekommendationer. Läkemedelsgenomgångar utförda av apotekare genomförs i flera länder i syfte att förbättra läkemedelsbehandlingen i olika grupper. Inom Region Jönköpings läns primärvård drevs under 2014-2016 "Polyfarmaciprojektet" där apotekare genomförde läkemedelsgenomgångar per telefon med personer ≥ 65 år med ≥ 10 läkemedel.

Syfte

Att undersöka hur äldre med polyfarmaci upplevde att få läkemedelsgenomgång gjord med apotekare i primärvård, samt att få kännedom om hur de hanterar sina läkemedel och vad de upplever som hinder, problem eller svårigheter med sina mediciner.

Metod

Semistrukturerade intervjuer med 5 personer som fått läkemedelsgenomgång gjord av apotekare inom Polyfarmaciprojektet. Analysen gjordes med kvalitativ metod, innehållsanalys, varvid det transkriberade materialet kodades och delades in i kategorier och underkategorier.

Resultat

Tre kategorier med underkategorier kunde identifieras: Läkemedelsgenomgången (Kontakt och förväntningar, Genomförande och resultat, Förbättringsförslag), Tillit till vården, Läkemedelshantering (Kunskap och tankar om egna läkemedel, Hjälpmedel och compliance, Problem kring läkemedel). Deltagarna i studien mindes överlag ganska lite av både inbjudan till och genomförandet av läkemedelsgenomgången. Några hade föredragit besök framför telefonkontakt med apotekare. De uttryckte vag optimism kring att deras läkemedelsbehandling hade kontrollerats. Det fanns överlag god tillit till den patientansvarige distriktsläkaren. Alla tyckte att de hade många mediciner och undrade om alla verkligen behövdes. Alla uttryckte att apotekens generikabyte utgjorde ett problem.

Slutsats

Läkemedelsgenomgångarna ledde till få reaktioner och över tid (> 6 månader) var minnet av genomgången vagt. De reaktioner som fanns var positiva, men det fanns liten insikt i vad som faktiskt ägt rum, och sambandet mellan läkemedelsgenomgång och ordinationsförändringar vid läkarbesök. Det fanns flertalet upplevda problem med läkemedelshantering, främst gällande ordinationer, mindre vad gällde administrering. Denna mindre intervjustudie indikerar att den patientupplevda nyttan av läkemedelsgenomgång är tämligen liten.

Innehållsförteckning

| | |
|------------------------|----|
| 1. Bakgrund | 1 |
| 2. Syfte och mål | 2 |
| 3. Metod..... | 2 |
| 4. Resultat..... | 5 |
| 5. Diskussion | 11 |
| 6. Slutsats..... | 16 |
| 7. Referenser | 17 |

1. Bakgrund

Sverige har en åldrande befolkning. 2015 utgjorde gruppen 65 år och äldre knappt 20 % och beräknas öka till 25 % till 2060 (1). Med stigande ålder ökar risken att drabbas av flera kroniska sjukdomar, som behandlas med ett ökande antal läkemedel. Det är känt att polyfarmaci ökar risken för interaktioner, biverkningar och andra läkemedelsrelaterade problem och de kostnader dessa medför, bland annat i form av inläggningar på akutsjukhusen.(2,3) För att minska dessa problem och risker görs allt oftare läkemedelsgenomgångar med framför allt äldre med många läkemedel. En läkemedelsgenomgång syftar till att uppmärksamma interaktioner, biverkningar, felaktig behandling och hanteringsproblem.(4) I Sverige är vårdgivaren skyldig att erbjuda läkemedelsgenomgång till vissa grupper (personer 75 år eller äldre med 5 eller fler läkemedel) vid öppenvårdsbesök, inskrivning i slutenvård, palliativ vård eller hemsjukvård eller vid flytt till äldreboende, eller andra särskilda boendeformer. Det är läkaren som är ansvarig för att detta görs. Läkaren kan ta hjälp av andra professioner, vanligen apotekare, för att göra genomgången.(5) Läkemedelsgenomgångar genomförda av apotekare på sjukhus har i enstaka studier visats kunna minska akutbesök, återinläggning på grund av läkemedelsrelaterade problem och vara kostnadseffektiva.(6) Stora metaanalyser har inte kunnat påvisa effekt på några hårda utfallsmått såsom mortalitet.(7,8)

Läkemedelsgenomgångar i primärvård har visats kunna minska antalet läkemedel, men inte läkemedelsrelaterade problem(9) och inte antal inläggningar på sjukhus.(10) Stora skillnader i studieupplägg, inklusionskriterier och den intervention som gjorts kan ha bidragit till att man inte kunnat se några övertygande positiva effekter av läkemedelsgenomgångar generellt.(8) Det finns en del intervjustudier med patienter som fokuserar på läkemedelsanvändning i allmänhet,(11–13) men färre som riktar sig till gruppen äldre med polyfarmaci.(14–16) Som refereras ovan, finns en hel del kvantitativa studier som rör resultat av läkemedelsgenomgångar, men inte mycket är publicerat kring hur patienterna upplever en läkemedelsgenomgång.(16,17) Inom Region Jönköpings läns primärvård startades 2014 ett projekt i syfte att förbättra läkemedelsbehandlingen av äldre med polyfarmaci. Projektet gick under benämningen Polyfarmaciprojektet och riktade sig till personer 65 år eller äldre, med

10 eller fler läkemedel, och innebar ett erbjudande om läkemedelsgenomgång med apotekare över telefon. Målgruppen fick ett skriftligt erbjudande om läkemedelsgenomgång och för att ingå i projektet krävdes det att man returnerade en samtyckesblankett med ifyllda kontaktuppgifter till sin vårdcentral. Apotekaren stämde därefter av läkemedelslista/doskort med patienten eller annan insatt person över telefon och gick igenom de eventuella läkemedelsrelaterade problem som fanns. Apotekaren skrev sedan en anteckning i journalen och informerade patientansvarig läkare. Mot slutet av projektet gjordes läkemedelsgenomgångarna huvudsakligen i anslutning till (kort före) ordinarie läkarbesök på vårdcentralen. Vårdcentralerna Bra Liv samlar den offentliga primärvården inom Region Jönköpings län och projektet genomfördes på 4 av dessa enheter (Rosenhälsan, Tranås, Eksjö och Norrahammars vårdcentraler). 4 olika apotekare genomförde läkemedelsgenomgångarna. Vårdcentralerna Bra Liv överväger att bredda Polyfarmaciprojektet till att omfatta alla vårdcentraler inom organisationen (för närvarande 31 stycken) och då kan denna studie ligga till grund för metodutvärdering och -utveckling. Lite är känt om hur läkemedelsgenomgångar i primärvården tas emot eller upplevs och därför ville vi studera hur personer som accepterade erbjudandet om att delta i Polyfarmaciprojektet upplevde genomgången.

2. Syfte

Syftet med studien är att öka kunskapen om hur äldre (≥ 65 år) med polyfarmaci (här definierat som 10 läkemedel eller fler) upplevde att få en läkemedelsgenomgång med apotekare i primärvård gjord per telefon. Syftet är också att få en fördjupad förståelse för hur gruppen hanterar sina läkemedel och vad de upplever som hinder, problem eller svårigheter med sina mediciner.

3. Metod

Studien är kvalitativ med semistrukturerade djupintervjuer med personer som ingått i Vårdcentralerna Bra Livs polyfarmaciprojekt. Polyfarmaciprojektet riktade sig alltså till personer ≥ 65 år med 10 läkemedel eller fler, som var listade på Eksjö, Norrahammar, Rosenhälsan eller Tranås vårdcentral. Projektet innebar erbjudande om läkemedelsgenomgång med apotekare per telefon under 2015-2016.

Urval

Av dem som deltagit i Polyfarmaciprojektet har 5 personer valts ut för djupintervju. Personerna är utvalda av författaren i samråd med handledaren. Målsättningen var att få fram en variation av åsikter kring genomgången och hur man ser på sin läkemedelsbehandling. Personer boende på särskilt boende, med Apodos, kognitiv svikt eller ofullständig förmåga till svenska i tal och skrift exkluderades från deltagande, på grund av förväntade svårigheter att genomföra intervju, kunna svara på frågor kring sin läkemedelshantering eller bristfällig insyn i densamma. Personer med upprepade sjukhusinläggningar eller allvarlig sjukdom mellan läkemedelsgenomgång och intervju exkluderades också, då dessa inte förväntades minnas så mycket av utförd läkemedelsgenomgång och dessutom möjligen hade gjort en ny genomgång inneliggande och/eller fått stora ändringar i sin läkemedelslista. För att få en bredd i intervjuerna eftersträvades spridning i ålder och kön, olika typer av hantering (dosettindelning eller inte), samboende och ensamstående, listning på olika vårdcentraler och läkemedelsgenomgång gjord av olika apotekare bland de intervjuade.

Apotekarna som har deltagit i projektet har listor på de personer som de genomfört läkemedelsgenomgångar med. Författaren gick igenom dessa och valde lämpliga intervjupersoner utifrån inklusionsönskemålen och exklusionskriterierna ovan. För att få med så mycket information som möjligt i intervjuerna valdes i första hand personer som fått läkemedelsgenomgång gjord i nära anslutning till intervjun, vilket praktiskt innebar att genomgångarna ägt rum under 2016. Verksamhetscheferna på de 4 deltagande vårdcentralerna har gett sitt godkännande till studien.

Datainsamling

Utvalda intervjudeltagare tillfrågades om deltagande i studien per telefon av författaren. Om de var positiva till medverkan skickades ett skriftligt brev ut med information om studien. (Bilaga 1) Några dagar senare ringde författaren återigen upp och bekräftade deltagande i studien. Accepterade personen bokades en intervjutid in. I första hand erbjöds intervju i personens hem. Om annan lokal önskades kunde det ordnas, t ex på vårdcentralen. Intervjuerna gjordes i enrum med författaren och den intervjuade som enda närvarande. Om den intervjuade velat hade anhörig kunnat beredas plats att vara med, dock utan att förväntas

bidra till samtalet, men ingen av de intervjuade önskade detta. Ingen ersättning utgick till de intervjuade. Tillsammans med informationsbrevet skickades en samtyckesblankett ut. (Bilaga 1) Denna samlades in vid besöket, före intervjustart.

Som stöd vid de semistrukturerade intervjuerna användes ett frågeformulär som utformats av författaren i samråd med handledaren. (Bilaga 2) Frågeställningarna berör tillvägagångssätt, innehåll och resultat av genomgången. Det ingår även frågor kring hur de ser på sin läkemedelsanvändning i allmänhet och hur de hanterar sina mediciner. Ämnen som berörs är kommunikation mellan apotekare och läkemedelsanvändare, om genomgången ledde till ökad förståelse för läkemedelsbehandlingen, om förändringar gjordes och i så fall om eller hur de påverkat personen. Deltagarnas förtroende för läkare berörs också. Deltagarna inbjuds att komma med kritik eller förslag till förbättringar inför framtida läkemedelsgenomgångar. Innan intervjuerna gjordes samlades uppgifter in från journalsystemet gällande läkemedelsbehandling före läkemedelsgenomgång, resultat/journalanteckning från genomgång, vårdcentralens läkaranteckningar efter genomförd genomgång, vilka ändringar i medicinering som genomförts och om personen tidigare varit i kontakt med apotekare, till exempel i samband med tidigare vårdtillfälle. Anteckningen från genomgången och aktuell läkemedelslista skrevs ut och togs med som stöd för diskussionen under intervjun. Läkemedelslistan lämnades hos patienten efter intervjun. Intervjuerna spelades in på diktafon och transkriberades sedan ordagrant av författaren.

Analys av data

Materialet har analyserats med kvalitativ innehållsanalys(18–23) av författaren med stöd av handledaren. De transkriberade intervjuerna har lästs igenom flera gånger av författaren, meningsbärande enheter har identifierats och kodats och sedan grupperats i kategorier och underkategorier. Kategorierna testades sedan genom att intervjuerna lästes igenom igen.

Tabell 1: Beskrivning av hur kodning och kategorisering gått till.

| Meningsbärande enhet | Kondensering | Kod | Underkategori | Kategori |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Det som sagts | Väsentlig innebörd | Menings- enhetens benämning | Liknande koder sorteras | Gruppering |
| <i>”Men jag tyckte att det hade varit bra, jag tänkte att jag kunde fått ut något av det”</i> | Tanke om att genomgång av läkemedlen kunde vara bra | Förväntning på läkemedels- genomgång | Kontakt och förväntningar | Läkemedels- genomgången |

Personerna som intervjuats har hållits anonyma för andra än författaren och benämns med en kod i både det utskrivna materialet och i denna rapport. Mycket ovanliga läkemedel, namn på läkare och sjuksköterskor, samt andra speciella omständigheter har ändrats i rapporten för att inte möjliggöra identifikation.

4. Resultat

5 intervjuer genomfördes under perioden 17/10 – 28/11 2016. De intervjuade bestod av 1 kvinna och 4 män. 3 använde dosett och 2 plockade läkemedel direkt ur förpackningarna vid varje doseringstillfälle. Samtliga skötte sin läkemedelshantering helt självständigt utan hjälp från anhöriga, hemsjukvård eller liknande. Två var samboende med make/maka och 3 var ensamstående/änka/änkling. Personerna var listade på Tranås, Rosenhälsan och Norrahammars vårdcentraler. Ingen från Eksjö vårdcentral som uppfyllde inklusionskriterierna ville vara med i studien. 2 olika apotekare hade genomfört läkemedelsgenomgångarna. Alla 5 intervjuade fick förslag på ändringar i samband med läkemedelsgenomgången. I samtliga fall har åtminstone något av dessa förslag effektuerats. Exempel på genomförda förändringar var byte av inhalationsläkemedel, dosjustering och utsättning av inaktuella ordinationer. Vid tiden för intervju hade deltagarna mellan 7 och 20 läkemedel på sin medicinlista varav mellan 7 och 16 var så kallade stående läkemedel (inte

vid behovs-ordination). Tiden mellan läkemedelsgenomgång och intervju varierade mellan 6 och 9 månader.

Vid analys av de transkriberade intervjuerna har följande kategorier med underkategorier identifierats:

Läkemedelsgenomgången

- Kontakt och förväntningar

- Genomförande och resultat

- Förbättringsförslag

Tillit till vården

Läkemedelshantering

- Kunskap och tankar om egna läkemedel

- Hjälpmiddel och compliance

- Problem kring läkemedel

Läkemedelsgenomgången

Kontakt och förväntningar

Ingen av de intervjuade mindes helt säkert hur erbjudandet om läkemedelsgenomgång hade gått till och det faktiska genomförandet. En del mindes att de hade fått en inbjudan, andra inte. *"Det vet jag att jag fyllde i något och skickade iväg. Om det sen var apotekaren som ringde, det är jag inte säker på."* (Man, 82 år, dosett, ensamboende.) En hade uppfattat att telefonsamtalet endast syftade till att boka ett fysiskt möte i samband med läkarbesöket: *"Jag uppfattade bara att vi bestämde träff på vårdcentralen, så jag trodde att läkaren och hon kanske hade blivit oense om något och att det inte blev av."* (Man, 76 år, ej dosett, samboende.) Ingen hade några högt ställda förväntningar på genomgången. För de flesta framkom ändå någon form av positiv känsla över att medicinerna skulle kollas upp: *"Haha, jag tänkte just ingenting. Jag tänkte att det är väl bra att de kollar mig."* (Man, 86 år, dosett, ensamboende.) Flera kommenterade att det nog vore bra att gå igenom medicinerna eftersom de hade så många. En uppfattade initialt att samtalet också syftade till att få mer praktisk hjälp kring läkemedelshanteringen.

Genomförande och resultat

De som mindes läkemedelsgenomgången uttryckte att det hade varit bra: *”Så att en vet vad en ska ta. Så att en inte tar för många, eller, lagom helt enkelt”*. (Man, 86.) Alla intervjuade hade fått förslag på ändringar eller justerad läkemedellista i samband med genomgången, men bara enstaka hade uppfattat att listan blivit ändrad eller förstått sambandet mellan gjord läkemedelsgenomgång med apotekare och läkemedelsjustering vid läkarbesök. *”Och så tittade hon på listan. Ta inte den där Mindiab mer, för den är nog inte bra”*. (Man, 76, om vad som hände vid ett senare läkarbesök.) Flera uttryckte att de hade god kunskap om sin läkemedelsbehandling innan genomgången gjordes och tyckte inte att läkemedelsgenomgången ökade denna.

Förbättringsförslag

Flera, men inte alla, uttryckte att ett (hem)besök hade varit att föredra framför ett telefonsamtal: *”Det klart, att det är ju alltid bättre med besök än telefon, det är det ju.”* (Kvinna, 81 år, dosett, samboende.) I övrigt framkom inga förbättringsförslag, men flera uttryckte att de önskade en kontroll över om de verkligen behövde alla sina mediciner: *”Ja, jag tycker att det är rätt bra som det är, men ni kanske kunde undersöka: man kanske inte behövde ha alla medicinerna?”* (Man, 86.)

Tillit till vården

De flesta uttryckte att de hade förtroende för sin vårdcentralsläkare. Flera förutsatte att deras läkare hade god kunskap om mediciner, men var också tydliga med att de inte fullt litade på läkares kunskaper: *”Och då står det där, det står ju en hel radda. Det står om körförmåga. Det står där att om du tar den här medicinen, då kan du bli yr. Det tror jag inte att de kan ha reda på.”* (Man, 86.) Flera beskrev negativa upplevelser i samband med vårdtillfällen och mottagningsbesök på specialistkliniker. Kontinuitet över tid med samma läkare ökade förtroendet: *”Jag litar väl på vad Dr AA säger är bra”*. (Man, 76.) Det fanns låg kännedom om apotekares förekomst inom vården och deras arbetsuppgifter. De förutsattes dock ha goda kunskaper om läkemedel.

Läkemedelshantering

Kunskap och tankar om egna läkemedel

Alla hade god kännedom om vilka mediciner de tog. Alla kunde inte alla namn, men kände igen dem vid uppläsning och hade koll på hur många tabletter av varje som skulle tas när på dygnet. En del läste alltid på om nya läkemedel, andra gjorde det inte: *”Ja, precis gå till botten med det blir det ju inte, men om jag får något nytt brukar jag ju läsa: verkningarna och biverkningarna och så”* (Man, 82.) Flera funderade kring om de fortfarande hade behov av läkemedel som de fått för flera år sedan och/eller om diagnoser stämde. Det framkom tankar kring att det nog krävdes större undersökningar för att veta om alla preparat var indicerade: *”Ja, men då måste man ju genomgå någon röntgen med. Röntga hjärtat och hela kroppen.”* (Man, 86.) Flera hade haft betydande biverkningar av läkemedel, varav någon hade behövt sjukhusvård för sina besvär. Många hade funderat kring om medicinerna gav negativa effekter.

Hjälpmedel och compliance

Många kunde sina mediciner utantill och hade ingen daglig stödrutin för att minnas, men alla hade någon form av läkemedelslista hemma. *”Det är så intjatat nu så det går automatiskt.”* (Man, 76.) Alla hade kännedom om den läkemedelslista som skrivs ut via journalsystemet i Region Jönköpings län och hade fått en sådan någon gång, de flesta med säkerhet även senaste året. De flesta hade också listan över ”Mina sparade recept” som apoteken skriver ut. Flera använde den senare både som påminnelse om när recept tog slut och som lista på namnen på de mediciner de tog. I intervjuerna framkom att det inte var tydligt för patienterna vad som var skillnaden mellan de båda listorna och varför sjukvården uppmanar till att använda sin och inte apotekens lista som ordinationslista. En av de intervjuade hade fortsatt medicinera enligt en äldre ordination eftersom receptet fanns kvar på apotekslistan. Efter information om skillnaden mellan listorna förstod han att apotekens lista inte kan användas som ordinationslista: *”Men då kör jag konsekvent med er lista och den andra har jag ju ingen nytta av. Den bara förvillar.”* (Man, 72 år, ej dosett, ensamboende.) En del tyckte att texten på burken fungerade bra som ordinationsstöd om listan inte fanns närvarande. Några använde dosett. Dessa delade då dosetten för en vecka i taget. En använde dosett för några av sina läkemedel och tog några direkt ur burkarna. Ytterligare någon hade en dosett hemma, men

använde den inte. De som använde dosett tyckte att det fungerade bra, men en tyckte att det blev för trångt för hans tabletter: *"Det fungerar bra, men den har ju inte rum, jag skulle behöva en dubbelt så stor."* (Man, 82.) Alla hade mer än ett ordinationstillfälle per dag. Alla tyckte att det var ganska lätt att komma ihåg att ta morgonmedicinerna. Flera, men inte alla, hade svårare att minnas övriga ordinationstillfällen under dagen och kvällen. Det var vanligare att glömma om de var iväg på någon utflykt eller något ärende över dagen. De trodde sig dock glömma väldigt sällan. Bara en hoppade medvetet över läkemedel någon gång: *"Det är om jag ska bort på förmiddagen. Då tar jag inte de vätskedrivande, för då får man ju springa på toaletten i ett kör."* (Kvinna, 81.) Ingen var så benägen att ändra på sin medicinering själv, det vill säga utan att samråda med läkare/sjuksköterska. Flera hade insulinbehandling, men använde förutbestämda doser även för kortverkande insulin. En hade själv plockat bort en blodtryckstablett för något år sedan när han inte tyckte att den behövdes: *"Blodtrycket var ganska lågt i samband med en undersökning. Då kände jag väl att stimmar jag inte på eller irriterar mig för mycket så är det lågt. Då bryr jag mig inte om det. Det har pågått några år. Jag har slutat att ha klocka på mig: jag tror att det är lite stressande."* (Man, 76.) Ingen kunde erinra sig att de hade fått läkemedelsordinationer ändrade per telefon någon gång. De hade inte funderat så mycket på hur man då skulle gå till väga för att minnas den nya ordinationen, men menade att man i så fall skulle skriva upp den. Beroende på system för läkemedelshantering skulle man i så fall skriva på läkemedelslistan, apotekets lista eller på burkarna.

Problem kring läkemedel

Alla uttryckte spontant att det var svårt när apoteken bytte ut läkemedel. Flera uttryckte att det kändes osäkert att inte känna igen sina tabletters utseende från gång till gång: *"Man känner ju inte igen det då först i början du vet, innan man får in det. Det är mycket bättre att man får det som man alltid har haft. Då vet man ju precis."* (Kvinna, 81.) Det framkom också att det upplevdes svårt med nya namn på tabletterna när de byttes till generika: *"Ja, problemet med de här medicinerna är ju att de har så många olika namn, så när jag får en ny skriver jag dit det gamla namnet på burken."* (Man, 76.) *"Just det, som Imdur, som nu heter isosorbidmononitrat?"* (Intervjuare) *"Ja, den har jag i en gammal burk, så tömmer jag över de nya i den gamla burken"*. (Man, 76.) De flesta tyckte att det överlag ändå gick bra att sköta

läkemedelshanteringen själv, men några uttryckte önskemål om hjälp och refererade till att de hade hög ålder, sviktande minne på grund av ålder, många läkemedel och kände osäkerhet kring om det alltid blev rätt och om det skulle fungera även i framtiden. Även om praktisk hantering gick bra kunde det vara svårt att hålla ordning på när medicinerna var på väg att ta slut och när man behövde be om nytt recept. Det framkom önskemål om att vården kunde hålla koll på detta automatiskt och gärna förnya alla mediciner på en gång. Alla tyckte att själva administreringen av läkemedel (spruta, inhalera, droppa, svälja, smörja etcetera) gick bra: *"Nej, det kan jag inte påstå att det är några som är svåra. Jag tar dem i näven o så lite vatten först och sen så åker alltihopa ner."* (Man, 72.) Delning av tabletter i halvor upplevdes inte heller generellt som ett problem.

5. Diskussion

Den här studien undersökte äldre människor med polyfarmacis upplevelser av läkemedelsgenomgång gjord av apotekare i primärvård per telefon, samt deras tankar kring läkemedelshantering i allmänhet.

Metoddiskussion

Valet av kvalitativ metodik gjordes då det som avsågs att studera var patientupplevelser, åsikter och tankar, vilket görs bäst med denna typ av metod. Tillförlitligheten på resultaten kan ifrågasättas då mättnad inte med säkerhet uppnåtts och författaren är oerfaren med metoden. Att författaren själv genomfört såväl intervjuer, transkribering som databearbetning är både en styrka och en svaghet. Handledaren har varit delaktig i bearbetning av data, vilket kompenserar för författarens mindre erfarenhet på området. Gruppen intervjuade mindes inte särskilt mycket av genomgångarna, men sannolikt representerar de ändå de som mindes bäst, eftersom personer med känd minnessvikt och svår somatisk sjukdom mellan genomgång och intervju exkluderades. I Polyfarmaciprojektet hade man ju valt att bara inkludera personer med minst 10 läkemedel. Detta innebär att man får ett urval bestående av en relativt sjuk grupp med komplex läkemedelsbehandling. Författaren var polyfarmaciansvarig läkare på Norrahammars vårdcentral under Polyfarmaciprojektet, vilket dels innebar god kännedom om projektet, men möjligen även en färgad förväntning på projektets resultat. De intervjuade fick kännedom om att intervjuaren/författaren varit delaktig i Polyfarmaciprojektet vid det första telefonsamtalet.

Det var svårt att finna lämpliga personer att intervju. Flera av deltagarna i Polyfarmaciprojektet fyllde något av exklusionskriterierna. Många av genomgångarna gjordes under 2015. Dessa personer blev inte aktuella på grund av för långt tidsspänn mellan genomgång och intervju. I första hand gjordes sökning efter lämpliga intervjupersoner bland deltagare listade på Tranås, Rosenhälsan och Eksjö vårdcentral, eftersom författaren är anställd på Norrahammars vårdcentral och ville minimera risken för att uppfattas som jävig av den intervjuade. I intervjun ställdes frågor kring tillit till behandlade läkare och chanserna till att få helt ärliga svar förmodades öka om intervjuaren hade så lite samröre som möjligt med

denne person. Författarens ”egna” patienter exkluderades därför. På grund av svårigheter att rekrytera deltagare gjordes en intervju med en Norrahammar-patient. Rekryteringsproblemen ledde till att bara totalt 5 intervjuer genomfördes. Med fler intervjuer är det möjligt att fler aspekter på läkemedelsgenomgångar hade framkommit.

Läkemedelsgenomgången

Resultaten visar att läkemedelsgenomgångarna inte satt några djupare minnen hos de intervjuade personerna. De som mindes genomgången tyckte inte att det hade varit någon stor eller viktig händelse. De som mindes genomgången var visserligen positiva, men tämligen ospecificerat. Det fanns bristfällig insikt i sambandet mellan genomförd läkemedelsgenomgång och läkemedelsförändringar vid läkarbesök. Många verkar inte ha förstått vad som faktiskt ägt rum eller vad en läkemedelsgenomgång innebär och syftar till, då de vid intervjun önskade en genomgång av om ”de verkligen behövde alla medicinerna”. Alla deltagarna tyckte att de hade många mediciner och flertalet ifrågasatte om de behövde alla. Detta överensstämmer med en amerikansk studie där man fann att det är vanligt att patienten funderar på om någon eller några mediciner skulle kunna sättas ut, men att få diskutera detta med sin läkare.(17)

Bristfällig kunskap om den egna läkemedelsanvändningen kan räknas som ett läkemedelsrelaterat problem och läkemedelsgenomgångar kan användas för att minska eller eliminera detta problem.(24) Bland de intervjuade var det ingen som uttryckte att genomgången hade ökat deras kunskap för sina läkemedel, varför denna mindre studie inte kan ge stöd för det syftet.

Det gavs överlag vaga svar på frågor kring genomgången. Sannolikt mindes flera av de intervjuade så lite att de inte ville uttala sig. Flera tyckte att ett besök hade varit bättre än ett telefonsamtal, men de redogjorde inte varför eller på vilket sätt det skulle vara bättre. Man kan spekulera i att det blir en mer ordentlig och korrekt genomgång om man sitter ner tillsammans och går igenom burkar och listor, men om det är det som de intervjuade åsyftar är svårt att veta. Det kan ju likväl bara uppfattas trevligt att någon kommer hem på besök. Socialstyrelsen ger inga rekommendationer kring hur en läkemedelsgenomgång rent praktiskt

ska gå till, utöver att den ska ske i dialog med patient och/eller anhöriga.(25) En av de intervjuade hade uppfattat att apotekaren skulle komma till läkarbesöket och att genomgången skulle ske gemensamt på vårdcentralen. Det är förstås en tänkbar praktisk lösning. Man kan också tänka sig att patienten träffar apotekaren enskilt på vårdcentralen och går igenom läkemedlen före bokad läkarbesök, med efterföljande återkoppling till den patientansvarige läkaren. Ett sådant upplägg studerades på en vårdcentral i Stockholm.(9) Man kunde då visa en liten minskning i antal läkemedel för interventionsgruppen jämfört med en kontrollgrupp som inte erbjöds läkemedelsgenomgång med apotekare. Man kunde inte påvisa statistiskt signifikanta effekter på nyttjande av primärvård eller behov av remittering till och inläggning på sjukhus efter genomgången, men indikationer på att så kunde vara fallet. Hembesök av apotekare innebär förstås en ökad tidsåtgång och kostnad för läkemedelsgenomgång. I en australiensisk studie genomfördes en intervention omfattande utbildning av allmänläkare, hembesök av apotekare som gjorde läkemedelsgenomgång och multidisciplinära konferenser mellan (minst) apotekare och allmänläkare.(26) Efter 6 månaders uppföljning sågs inga signifikanta skillnader på utfallsmått såsom sjukhusinläggningar och nyttjande av primärvård. Positiva trender för interventionsgruppen gjorde att man ändå kunde påvisa en svag kostnadseffektivitet för interventionsgruppen.

Tillit till vården

Flera berättade spontant om negativa upplevelser i vården och det var tydligt att det fanns en del misstro, mot framför allt sjukhusläkare. De flesta hade förtroende för sin allmänläkare. Högt förtroende för sin läkare kan också innebära ett hinder för att våga ifrågasätta sina mediciner,(17) vilket också resultaten i denna studie tyder på. Flera uttryckte att de räknade med att deras läkare hade koll på läkemedel i allmänhet och att deras egen kombination av mediciner var OK. Under intervjuerna ställdes inga specifika frågor kring om de själva aktivt hade ifrågasatt sina ordinationer i samband med läkarbesök. Som beskrivits tidigare undrade dock flertalet om alla mediciner verkligen behövdes, vilket indikerar att de inte hade ställt just den frågan till sin egen läkare i närtid. Det framkom inget som tydde på bristande förtroende för apotekare som grupp, utan istället sågs de som en bra resurs i läkemedelsfrågor.

Läkemedelshantering

Flera använde dosett eller liknande sorteringsaskar för läkemedel för att i förväg fördela ordinerade läkemedel för en vecka i taget. De var nöjda med metoden, som dels innebär att man inte plockar med alla burkar vid varje ordinationstillfälle och dels innebär en kontroll på om man tagit avsedd dos eller ej.(27) Deltagarna i denna studie uppskattade att de missade ordinationstillfällen väldigt sällan. Det var ingen skillnad mellan dem som använde dosett och de som inte gjorde det. Ingen upplevde egentligen problem med sin dosett, förutom att en hade en för liten storlek i förhållande till mängden tabletter den skulle fyllas med vid varje ordinationstillfälle. De som användes av deltagarna i denna studie var vanliga fördelningsaskar.

Alla poängterade svårigheter med apotekens byte av läkemedel enligt Lagen om generikabyte.(28) Det är inte svårt att förstå att olika/icke överensstämmande namn på läkemedelsförpackningar och -listor, samt olika utseende på tabletterna kan leda till osäkerhet. En del hade skaffat sig strategier för att komma runt problemet genom att till exempel hålla över nya tabletter i gamla ”kända” burkar. Byten kan innebära problem även för dem som delar tabletter i halva. Alla märken har inte likvärdiga ”delningsegenskaper”, t ex brytskåra. Riksdag och regering är medvetna om de problem som finns, men har hittills bedömt att generikabyte är övervägande positivt och gett förslag på förbättringar, t ex ökad information till patienter.(29) PRO har föreslagit att byte inte ska gälla personer över 75 år.(30) Flera fackförbund, inklusive Sveriges läkarförbund och Sveriges Farmaceuter, har förordat generisk förskrivning i syfte att öka patientsäkerheten, men har hittills inte fått gehör för sitt önskemål.(31) I journalsystemet Cambio Cosmic i Region Jönköpings län utelämnas numera företagsnamnet på läkemedel vid utskrift av läkemedelslista till patienten: om till exempel ”Simvastatin Bluefish Filmdragerad tablett 40 mg” är ordinerat står bara ”Simvastatin Filmdragerad tablett 40 mg” på läkemedelslistan, i syfte att öka överensstämmelsen mellan lista och uthämtat preparat. Detta är dock bara applicerbart på produktnamn som innehåller generikanamnet. Imdur byts inte ut till Isosorbidmononitrat och Simidon byts inte ut till Simvastatin på listan.(32)

Det var tydligt att det fanns låg kännedom om skillnaderna mellan sjukvårdens och apotekens läkemedelslista. Apotekens ”Mina sparade recept” visar alla läkemedel som det finns recept kvar att hämta ut läkemedel på.(33) Denna är därmed inte med säkerhet överensstämmande med den lista som finns i journalsystemet och som är tänkt att vara den exakta ordinationslistan. Om apotekens lista trots allt används som ordinationshandling/stöd för läkemedelsdelning finns det uppenbara risker för felaktig läkemedelsbehandling: gamla recept (ordinationer) ligger kvar om det finns uttag kvar på receptet och ordinationer faller bort när sista uttaget på receptet är gjort. I en framtid kommer det åtminstone i journalsystemet Cambio Cosmic, med patientens godkännande, vara möjligt att makulera skickade elektroniska recept direkt i journalsystemet i samband med att en ordination sätts ut.(34) Detta bör kunna minska problemet med att äldre och/eller tillfälliga ordinationer ligger kvar på listan.

Det framkom synpunkter kring att det var svårt att själv hålla koll på om det fanns aktuella recept på alla ordinationer och att annars höra av sig till vårdcentralen eller mottagningen för att be om nytt. Önskemål om att vården skulle kunna ha koll på detta och att det gick ”per automatik” framfördes. Här finns klart utrymme för förbättringar. Det underlättar förstås för patienten om i vart fall alla stående ordinationer förnyas vid ett tillfälle, lämpligen i samband med årlig kontroll på vårdcentralen. I Apodos/Pascal finns ett påminnesystem för att uppmärksamma patienten på att ordinationens giltighet är på väg att gå ut, men detta når inte ordinatören per automatik och det finns inte liknande påminnelser i journalsystemen.(32)

6. Slutsats

Erbjudandet om och genomförandet av läkemedelsgenomgångarna ledde till få reaktioner och över tid (> 6 månader) var minnet av genomgången vagt. De reaktioner som förmedlades var positiva, men det fanns liten insikt i vad som faktiskt ägt rum, och sambandet mellan läkemedelsgenomgång och ordinationsförändringar vid läkarbesök. Alla tyckte att de hade många mediciner och undrade om alla behövdes. Av studien framgår inte säkert om detta hade tagits upp med den patientansvarige distriktsläkaren, som man överlag uppgav god tillit till. Det fanns flertalet upplevda problem med läkemedelshantering, främst gällande ordinationer, mindre vad gällde administrering. Denna mindre intervjustudie indikerar att den patientupplevda nyttan av läkemedelsgenomgång är tämligen liten. Kunskapen om nyttan av att genomföra strukturerade läkemedelsgenomgångar med apotekare i primärvård är ännu begränsad, liksom vilket tillvägagångssätt som är det bästa. Därför förefaller det lämpligt att vid breddning av Polyfarmaciprojektet, eller liknande projekt med läkemedelsgenomgångar i primärvård, göra detta i studieform. Man kan fundera över om man ska prova alternativ till att göra genomgångarna per telefon. Med ett upplägg i studieform kan man också utvärdera olika hårda och mjuka utfall såsom att minska antalet läkemedelsrelaterade problem och interaktioner, förebygga sjukhusinläggning eller död och patientskattad nytta av genomgången.

7. Referenser

1. Startside [Internet]. Statistiska Centralbyrån. [cited 2016 Sep 28]. Available from: http://www.scb.se/sv_/
2. Frazier SC. Health outcomes and polypharmacy in elderly individuals: an integrated literature review. *J Gerontol Nurs*. 2005 Sep;31(9):4–11.
3. Fryckstedt J, Asker-Hagelberg C. Läkemedelsrelaterade problem vanliga på medicinakuten. Orsak till inläggning hos nästan var tredje patient, enligt kvalitetsuppföljning. *Läkartidningen*. 2008;105(12–13):894–8.
4. Säker läkemedelsanvändning [Internet]. [cited 2016 Dec 15]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbatta/sakerlakemedelsanvandning>
5. Senaste version av SOSFS 2000:1. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården [Internet]. [cited 2016 Oct 14]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2000-1>
6. Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D, Garmo H, Hammarlund-Udenaes M, Toss H, et al. A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2009 May 11;169(9):894–900.
7. Johansson T, Abuzahra ME, Keller S, Mann E, Faller B, Sommerauer C, et al. Impact of strategies to reduce polypharmacy on clinically relevant endpoints: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 2016 Aug;82(2):532–48.
8. Holland R, Desborough J, Goodyer L, Hall S, Wright D, Loke YK. Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*. 2008 Mar;65(3):303–16.
9. Lenander C, Elfsson B, Danielsson B, Midlöv P, Hasselström J. Effects of a pharmacist-led structured medication review in primary care on drug-related problems and hospital admission rates: a randomized controlled trial. *Scand J Prim Health Care*. 2014 Dec;32(4):180–6.
10. Royal S, Smeaton L, Avery AJ, Hurwitz B, Sheikh A. Interventions in primary care to reduce medication related adverse events and hospital admissions: systematic review and meta-analysis. *Qual Saf Health Care*. 2006 Feb;15(1):23–31.
11. Tordoff J, Simonsen K, Thomson WM, Norris PT. “It’s just routine.” A qualitative study of medicine-taking amongst older people in New Zealand. *Pharm World Sci PWS*. 2010 Apr;32(2):154–61.
12. Mårdby A-C, Akerlind I, Jörgensen T. Beliefs about medicines and self-reported adherence among pharmacy clients. *Patient Educ Couns*. 2007 Dec;69(1–3):158–64.

13. Pagès-Puigdemont N, Mangues MA, Masip M, Gabriele G, Fernández-Maldonado L, Blancafort S, et al. Patients' Perspective of Medication Adherence in Chronic Conditions: A Qualitative Study. *Adv Ther.* 2016 Aug 9;
14. 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 Feb;74(2):135–41.
15. Arruda GO de, Lima SC da S, Renovato RD, Arruda GO de, Lima SC da S, Renovato RD. The use of medications by elderly men with polypharmacy: representations and practices. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2013 Dec;21(6):1337–44.
16. Bokhof B, Junius-Walker U. Reducing Polypharmacy from the Perspectives of General Practitioners and Older Patients: A Synthesis of Qualitative Studies. *Drugs Aging.* 2016 Apr;33(4):249–66.
17. Linsky A, Simon SR, Bokhour B. Patient perceptions of proactive medication discontinuation. *Patient Educ Couns.* 2015 Feb;98(2):220–5.
18. Malterud K. *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning: en introduktion.* Lund: Studentlitteratur; 2014.
19. Validitet och reliabilitet [Internet]. [cited 2017 Jan 4]. Available from: <http://infovoice.se/fou/bok/10000035.shtml>
20. Hsieh H-F, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qual Health Res.* 2005 Nov 1;15(9):1277–88.
21. Morse JM. Confusing Categories and Themes. *Qual Health Res.* 2008 Jun 1;18(6):727–8.
22. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004 Feb;24(2):105–12.
23. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* 2008 Apr 1;62(1):107–15.
24. Sveriges kommuner och landsting. *Läkemedelsrelaterade problem: åtgärder för att förebygga.* Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2011.
25. Sverige, Socialstyrelsen. *Läkemedelsgenomgångar för äldre ordinerade fem eller fler läkemedel [Elektronisk resurs]: en vägledning för hälso- och sjukvården.* [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013 [cited 2017 Jan 2]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19019/2013-3-18.pdf>

26. Sorensen L, Stokes JA, Purdie DM, Woodward M, Elliott R, Roberts MS. Medication reviews in the community: results of a randomized, controlled effectiveness trial. *Br J Clin Pharmacol*. 2004 Dec;58(6):648–64.
27. 1177.se. Att ta medicin när man är äldre [Internet]. [cited 2017 Jan 4]. Available from: <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Rad-om-lakemedel/Att-ta-medicin-nar-man-ar-aldre/>
28. Riksdagsförvaltningen. Dokument [Internet]. [cited 2016 Dec 16]. Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2002160-om-lakemedelsformaner-mm_sfs-2002-160
29. Regeringskansliet R och. Ökad tillgänglighet och mer ändamålsenlig prissättning av läkemedel [Internet]. Regeringskansliet. 2014 [cited 2017 Jan 2]. Available from: <http://www.regeringen.se/rattsdokument/proposition/2014/03/prop.-20131493/>
30. PRO.se - Arnäs - Läkemedel [Internet]. [cited 2017 Jan 2]. Available from: <http://www.pro.se/Distrikt/Angermanland/Samorganisationer/Ornskoldsviks-Samorganisation/Foreningar/Arnas/Anslagstavlan/Lakemedel/>
31. Skrivelse angående LV rapport om generisk förskrivning. 2015-06-05.pdf [Internet]. [cited 2017 Jan 2]. Available from: <http://www.slf.se/Pages/80796/Skrivelse%20ang%C3%A5ende%20LV%20rapport%20om%20generisk%20f%C3%B6rskrivning.%202015-06-05.pdf>
32. Holmqvist M. Läkemedelslistor i Pascal och Cosmic. 2016.
33. 1177.se. Läkemedelslistor [Internet]. [cited 2016 Dec 16]. Available from: <http://www.1177.se/Sormland/Fakta-och-rad/Rad-om-lakemedel/lakemedelslistor/>
34. Krook J. Nyheter i Cambio Cosmic version R8.1. 2016.

Bilagor

- 1) Informationsbrev inklusive samtyckesblankett till deltagare.
- 2) Frågeunderlag för semistrukturerad intervju



Utvärdering av läkemedelsgenomgång

Du har under det senaste året deltagit i en läkemedelsgenomgång, det vill säga du diskuterade din aktuella läkemedelsbehandling med en apotekare. Detta skedde vanligen per telefon. Apotekaren lämnade sedan information till din läkare, som tog ställning till eventuella föreslagna förändringar. Genomgångarna var del av ett projekt som genomfördes på några av Bra Livs vårdcentraler, med syfte att förbättra äldres läkemedelsbehandling. Projektet ska nu utvärderas.

Som en del i denna utvärdering vill jag göra intervjuer med några av er som fått era läkemedel genomgångna. Intervjun kommer att äga rum i ditt hem (eller på annan plats om du föredrar det). Intervjun kommer att ta ca en timma. Jag kommer ensam och jag vill gärna spela in vårt samtal med en bandspelare. Jag kommer sedan att skriva ner intervjun och bara jag och min handledare kommer att läsa intervjuerna. Resultaten kommer att sammanställas i skriftlig form i en forskningsrapport. Alla som intervjuas kommer att vara avidentifierade, det vill säga ingen kommer, genom att läsa rapporten, kunna spåra vem som deltagit eller sagt vad. Bara jag kommer att veta namn och personnummer på er jag intervjuat. Jag kommer inte lämna någon information till din läkare eller den apotekare du pratade med (om du inte uttryckligen vill det). Arbetet med intervjuerna och med att skriva rapporten sker inom ramen för min utbildning till distriktsläkare. Ingen ersättning utgår till er som medverkar i intervjuerna.

Jag hör av mig till dig per telefon efter att du fått detta brev, och stämmer av att du fortfarande vill delta och bokar i så fall en tid som passar för intervju. Om du ångrar dig, eller senare kommer fram till att du inte vill vara med längre avslutar vi direkt. Du behöver inte på något sätt motivera varför du inte vill vara med.

Med vänlig hälsning
Madelene Gabrielsson,
ST-läkare i allmänmedicin
Vårdcentralerna Bra Liv, Norrahammars vårdcentral, Region Jönköpings län
0705-774746

Skriftligt samtycke

Jag vill delta i en intervju kring läkemedelsgenomgången som gjordes med apotekare och kring mina mediciner i allmänhet.

Ort och datum

Personnummer

Underskrift

Namnförtydligande

Jag hämtar blanketten i samband med intervjun

Bilaga 2

Frågeunderlag för semistrukturerad intervju

Före läkemedelsgenomgången

- Minns du hur du fick erbjudandet om läkemedelsgenomgång?
- Vad tänkte du när du läste informationen?
- Vad tänkte du att en apotekare kunde tillföra?
- Visste du om att det finns apotekare anställda i sjukvården?
- Hade du själv funderat på att du kanske hade för många eller fel mediciner?
- Vi vet att det är många inte tar alla mediciner som läkare skriver ut, eller tar dem på annan tid eller i annan mängd än vad läkaren sagt. Det är mindre än hälften som tar som läkaren tycker faktiskt. Har det varit så för dig någon gång? När? Varför?
- Glömmer du att ta mediciner ibland? Är det någon särskild som du glömmer eller väljer att inte ta? Varför?
- Har du några knep eller metoder för att komma ihåg att ta dina mediciner?
- Hur vet du vilka du ska ta?
- Före läkemedelsgenomgången: hur gjorde du då när du tog dina mediciner? Använde du dosett? Vem delade den? Plockade du ur burkar?
- Hade du någon läkemedelslista innan du pratade med apotekaren?

Under läkemedelsgenomgången

- Hur tyckte du att det var att prata med apotekaren? Hur kändes det?
- Kändes det som att ni kunde förstå varandra (prata samma språk)?
- Hur var det att prata över telefon?
- Vad hade du tyckt om ett besök i stället?
- Hade hon frågor du inte kunde svara på? Kan du ge något exempel?
- Hade du frågor hon inte kunde svara på? Kan du ge något exempel?
- Hade du burkarna och/eller dosetten framme när ni pratade? Använde ni burkarna och/eller dosetten i samtalet? (Pekade...) Hur upplevde du det?

Efter intervjun/resultat

- Föreslog apotekaren några ändringar i din lista?
- Blev de genomförda?
- Hur fick du information om att de skulle genomföras eller inte?
- Fick du en ny läkemedelslista?
- Vad tycker du om ändringarna?
- Ändrade sig något i ditt liv efter ändringarna? Mådde du bättre eller sämre?
- Vet du mer om dina mediciner nu efteråt?
- Om du brukade missa att ta någon medicin, eller valde att inte ta någon före genomgången, ändrade det sig efter genomgången? Tar du mer som läkaren tycker nu?
- Har du ändrat något kring hur du tar dina mediciner? Delar du på samma sätt? Har du skaffat dosett eller kanske märkt burkarna på något nytt sätt?

Allmänt om läkemedelshantering

- Har det hänt att någon från vården, t ex läkare eller sjuksköterska, ring och sagt att du ska ändra på någon medicin? Hur har du gjort då? (Delning, stryka/skriva till på lista)

- Förstår du listan som du har? Hjälper den dig på något sätt (t ex för att dela)?
- Vet du varför du tar dina olika mediciner?
- Tror du att läkaren har koll på vilka mediciner som är rätt för dig?
- Brukar du själv ta reda på information om dina sjukdomar/besvär och mediciner? Hur? Diskuterar du detta med din läkare?

Avslut

- Vad tänker du nu i efterhand om den här genomgången? (onödig, bra, vill du göra den igen?)
- Är det något du vill säga mer om genomgången, dina mediciner eller annat som jag inte frågat om?
- Är det något du vill att jag framför till apotekaren som gjorde genomgången?
- Är det något du vill att jag framför till din läkare?
- Eventuellt ska fler vårdcentralen börja med de här genomgångarna. Har du några tips för hur vi kan göra det bättre i framtiden?
- Är det något annat du funderar på?