

**Department of Community
Medicine and
Public Health/Primary Health Care,
the Sahlgrenska Academy,
Göteborg University, Sweden**

**Research and Development Unit
in Primary Health Care,
Southern Elfsborg County,
Sweden**

Läkemedel och följsamhet

Studier ur ett allmänmedicinskt perspektiv

Bertil Hagström



Göteborg 2007

Läkemedel och följsamhet – Studier ur ett allmänmedicinskt perspektiv
(Medication and compliance – Studies from a general practice perspective)

Handledare:

Professor Bengt Mattsson
Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa/Allmänmedicin
Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet

FoU-chef Ronny Gunnarsson
FoU-enheten i Södra Älvsborg
Borås

Docent Anders Wimo
Institutionen Neurotec
Karolinska Institutet
Stockholm

Forskningsstöd för denna avhandling har erhållits från FoU-Forum i Landstinget
Gävleborg, FoU-rådet för hälso- och sjukvården i Södra Älvsborg i Västra
Götalandsregionen samt från Göteborgs Läkaresällskap.

Copyright © Bertil Hagström
Department of Community Medicine
and Public Health/Primary Health Care,
the Sahlgrenska Academy,
Göteborg University,
PO Box 454
SE 405 30 Göteborg
Sweden
bertil.hagstrom@telia.com

Tryckning: Kompendiet – Göteborg 2007

ISBN 978-91-628-7077-5

Omslagsbild: Med tillåtelse av tecknaren Ulf Ivar Nilsson

Medication and compliance

Studies from a general practice perspective

Bertil Hagström, Department of Community Medicine and Public Health/Primary Health Care,
the Sahlgrenska Academy at Göteborg University, Göteborg, Sweden

Abstract

The thesis is based on four studies illuminating from different perspectives the problem of compliance with medication. The research arises from the fact that more and more drugs are prescribed to patients thereby leading to problems with compliance. Considerations for prescribing medication and the accompanying compliance are the apprehension of illness and risk factors for disease both for the doctor and the patient.

In a first cross-sectional study a representative number of persons from a Swedish municipality during a twenty year (1980-2000) period filled in a questionnaire, identical in wording, concerning the experience of chronic disease and its medication. The second cross-sectional study explored the extent of patients personally filling prescriptions for cardiovascular diseases (CVD), infections and analgesics at the pharmacy. In the third randomized, controlled trial the extent to which patients filled prescriptions after seeing a general practitioner was assessed. One group of patients received a follow-up phone call after the consultation. Finally, the last study used a qualitative method aimed at increasing the understanding of men with cardiovascular diseases and their views on illness and medication.

The results showed that persons using medication increased from 19 to 33 % ($p=0.002$). The average use of drugs per person was 2.3 year 2000, an increase by 53 % since 1980. Some of these drugs were for reducing cardiovascular risk factors. Persons stating having a chronic disease increased from 23 % to 40 % ($p=0.0005$). Those who regularly saw a doctor doubled to 26 % ($p=0.002$). It is important that the patient is well informed of the concept of risk and its treatment to insure better compliance.

Nearly every fourth customer at the pharmacy filled prescriptions for others and thus one opportunity to inform patients was lost. Doctors are urged to put an extra effort into providing information on medication at the consultation in these cases.

A telephone call after a consultation increased the proportion of patients that filled prescriptions ($p=0.023$). The proportion of dispensed drugs for CVD was only 66 % compared to 88 % for all other drugs ($p=0.001$) and appeared to be lower for men than women.

The men in the interviews showed difficulties in integrating illness into their lives. A model illustrates factors for integrating or separating illness from the person. In meeting men with CVD, the model may contribute to the understanding of the complex problem of compliance.

Conclusion

These results correspond to other research findings. In a Swedish community people experiencing a chronic disease over a twenty-year period has increased and more drugs are used. Problems with compliance threaten and the research has demonstrated that all involved in the drug delivering process have a responsibility – the patient, the doctor and the pharmacist.

Key words: patient compliance, general practice, medication, pharmacy, prescription, primary health care, risk factors, chronic disease, illness, prevention.

Till alla Storviksbor

1. DELARBETEN

I avhandlingen ingår nedanstående arbeten. Hänvisningar till artiklarna sker genom att Arbete I, Arbete II etc. anges i texten.

- I. Hagström B, Mattsson B, Wimo A, Gunnarsson RK.
More illness and less disease? A 20 - year perspective on chronic disease and medication.
Scandinavian Journal of Public Health. 2006;34:584-88

- II. Hagström B, Brodén J, Mattsson B, Gunnarsson RK
Who fills the prescription - the patient or someone else?
Patient information in focus.
Insänd

- III. Hagström B, Mattsson B, Rost IM, Gunnarsson RK.
What happened to the prescriptions? A single, short, standardised telephone call may increase compliance.
Family Practice. 2004;21:46-50

- IV. Hagström B, Mattsson B, Skott A.
My sickness and me: men with cardiovascular disease and their perceptions of their illness and medication.
Journal of Men's Health and Gender. 2005;4:429-35

INNEHÅLL

1.	DELARBETEN.....	6
2.	FÖRETAL.....	9
2.1.	DET VETENSKAPLIGA SPRÅKET.....	11
3.	INLEDNING.....	12
3.1.	MIN BAKGRUND.....	12
4.	PRIMÄRVÅRDENS FRAMVÄXT.....	12
4.1.	PROVINSIALLÄKARVÄSENDET.....	12
4.2.	PRIMÄRVÅRDEN UNDER 1980- OCH 90-TALEN.....	13
4.3.	ARBETSVILLKOR I STORVIK.....	14
5.	OM FORSKNING I PRIMÄRVÅRDEN.....	15
5.1.	NÅGOT OM FORSKNINGENS UTVECKLING.....	15
5.2.	PRIMÄRVÅRDFORSKNING.....	16
5.3.	HINDER FÖR FORSKNING I PRIMÄRVÅRDEN.....	16
5.4.	EGEN FORSKNING.....	17
6.	NÅGRA TEMAN I AVHANDLINGEN.....	19
6.1.	OM SJUKDOMSBEGREPPET.....	19
6.1.1.	<i>Om att vara sjuk.....</i>	20
6.1.2.	<i>I gränslandet frisk – sjuk.....</i>	21
6.1.3.	<i>Att vara frisk med risk.....</i>	22
6.1.4.	<i>Egna iakttagelser: opportunistisk screening av diabetes.....</i>	24
6.2.	LÄKEMEDEL.....	25
6.3.	APOTEKET.....	26
6.4.	FÖLJSAMHET.....	28
6.4.1.	<i>Historik.....</i>	28
6.4.2.	<i>Definitioner.....</i>	28
6.4.3.	<i>Aspekter på följsamhet.....</i>	29
7.	SYFTE.....	34
7.1.	DET ÖVERGRIPANDE SYFTET.....	34
7.2.	SÄRSKILDA SYFTEN FÖR DELARBETE I–IV.....	34
8.	MATERIAL OCH METODER.....	35
8.1.	LOKALA FÖRHÅLLANDEN FÖR STUDIerna.....	35
8.2.	SAMMANSTÄLLNING ARBETE I-IV.....	35
8.3.	ARBETE I.....	36
8.4.	ARBETE II.....	37
8.5.	ARBETE III.....	38
8.6.	ARBETE IV.....	41
9.	RESULTAT.....	45
9.1.	ARBETE I.....	45

9.2.	ARBETE II	47
9.3.	ARBETE III	49
9.4.	ARBETE IV	50
10.	DISKUSSION	53
10.1.	METODFRÅGOR	53
10.2.	SAMHÄLLSPERSPEKTIVET	54
10.2.1.	<i>More illness and less disease</i>	55
10.2.2.	<i>Att tala om risk och att leva med risk</i>	56
10.3.	INDIVIDPERSPEKTIVET	59
10.3.1.	<i>Faktorer som påverkar patientens följsamhet</i>	59
10.3.2.	<i>Faktorer som påverkar läkarens följsamhet</i>	61
10.3.3.	<i>Könsperspektiv</i>	62
10.3.4.	<i>Den personlige läkaren</i>	62
10.3.5.	<i>Följsamhetsmodell</i>	64
11.	SLUTSATSER OCH TILLÄMPNINGAR	66
12.	FORSKNING ATT GÅ VIDARE MED	67
13.	SAMMANFATTNING	69
14.	ABSTRACT	72
15.	TACK	78
16.	FÖRKORTNINGAR	80
17.	REFERENSER	85

2. FÖRETAL

Några år över 65, lite tunnhårig och med rondör, klädd i jeans och T-tröja med reklam för Fritidsresor, reste han sig i väntrummet och tog några kliv emot mig. Vi skakade hand innan vi gick in på expeditionen för årskontrollen av hans måttligt förhöjda blodtryck.

Vi gjorde som vanligt, diskuterade året som gått och därefter sjukhusvistelsen i våras på grund av de gamla bröstsmärtorna, men som min patient sa: ”man hittade inget på sjukhuset”. Jag mätte hans blodtryck och lyssnade på hans hjärta. Sen satte han sig ner på stolen vid kortsidan av mitt skrivbord, bara hörnkanten skilde oss åt. För en stund ägnade jag mig åt datorskärmen för att skriva ut hans recept på diuretikum. Jag anade att han ville något mer och så småningom tog han upp en bunt med tummade recept ur ett slitet kuvert, lutade sig fram och sa: ”Ska det var nödvändigt att ta alla dom här medicinerna”?

Jag bläddrade igenom recepten: Seloken, Trombyl, Lipitor, Cozaar, Esidrex, Losec och Xatral samt sömnmedel, alla utskrivna vid sjukhuset. Där fanns också det av mig tidigare förskrivna Salures. Jag läste igenom anteckningen från vårdygnet på sjukhuset, kontrollerade laboratorievärderna och dagens EKG och tänkte sen högt: ”Nej Erik, medicinerna får vi nog ta oss en funderare på”.

Denna avhandling har sin utgångspunkt i en allmänläkares vardag. En sådan vardag innefattar ett stort mått av patientmöten, det ena inte det andra likt. Patienten söker för sin smärta, oro för sin sjuke make, onda hals, besvärliga höft, för ”högt kolesterol”, feber, buksmärta, hjärtklappning, bröstsmärta, en diffus oro för cancer, uppräkningsen kan bli oändlig (1). Läkaren kan också ha uppmanat patienten att komma på besök för kontroll av ett förmaksflimmer, en kärlkramp, ett högt blodtryck, en insulinbehandlad diabetes eller ett ångesttillstånd. Ett besök som kanske varar någon halvtimme, oftast kortare. Ett sådant besök är ett för människan vanligen kortvarigt inhopp i vårdvärlden, sedan vänder hon tillbaka till vardagens villkor, till arbete och familj.

Efter några år på en tjänst vet allmänläkaren vanligtvis redan före patientens besök en del om dennes sociala situation i allmänhet och om de medicinska problemen i synnerhet. Detta förhållande är tidsbesparande och skänker ofta patienten trygghet. Personkännedom utgör en tillgång för båda, det möjliggör att många frågor, medicinska såväl som icke medicinska, kan avhandlas på en relativt kort tid. Men mängden medicinska ärenden att konferera om vid besöken ökar. Inte minst läkemedelsfrågor tar tid och allt detta ställer ännu högre krav på en ömsesidig och välfungerande patient–läkarrelation.

Dessutom tillkommer att en del tillstånd, som tidigare har betraktats som normala, inte gör det längre, varken inom eller utanför läkarkåren. Man kan säga att normalitetsbegreppet har ändrats eller smalnats av. Det kan till exempel gälla

måttliga besvär med övervikt, klimakteriet, impotens, oro eller andra psykiska sviktillstånd. Även fler sjukdomar kan behandlas med läkemedel. Magsår är en sådan sjukdom, där behandlingen nu nästan enbart är farmakologisk. På senare år har också läkemedelsbehandling av statistisk risk för sjukdom introducerats.

Det är känt att viljan att ta mediciner minskar ju fler mediciner man ordinerar. Om antalet läkemedel som förskrivs till patienterna ökar, så blir följsamhetsproblematiken viktig att studera.

”Vadå, ju mer mediciner man får, desto mindre tar man? Men det går ju inte ihop!”, som en bekant till mig utbrast. Nej, just det! Det är den problematiken som avhandlingen bland annat vill belysa.



Storviks hälsocentral 1981-2002

2.1. Det vetenskapliga språket

Internationaliseringen och inte minst EU-medlemskapet påverkar vårt samhälle och innebär förändringar. Universiteten är inget undantag och undervisning på i första hand det engelska språket kommer att bli allt vanligare (2). Forskning är i hög grad en internationell verksamhet och svensk medicinsk forskning publiceras vanligtvis forskningsresultat på engelska i internationella vetenskapliga tidskrifter.

I universitetsvärlden och i språkvårdskretsar pågår för närvarande en diskussion om man helt skall övergå till att använda det engelska språket i avhandlingssammanhang (2). Några hävdar att risken med anglifieringen är att man förlorar tillgången till och användandet av ett svenskt vetenskapligt språk, man gör därmed en domämförlust. En del språkvetare menar att det kan vara svårt att nyansera sin text på engelska och att man därför riskerar att få en "babyfiering" av den vetenskapliga texten (3). Det är möjligt att man inte heller tillägnar sig information lika väl på annat språk jämfört med på sitt eget (4). Fördelen med engelsk text i en avhandling kan vara att den då kan få en vidare internationell spridning, inte minst när det nu blir vanligare att "publicera" sin avhandling på Internet.

Jag har valt att skriva på svenska, dels därför att resultaten är applicerbara främst i Sverige, dels därför att jag vill nå en bredare svensk läsekrets i enlighet med universitetets tredje uppgift - att föra ut forskningsresultaten i samhället. Av den sistnämnda anledningen är delar av texten relativt utförliga. I avhandlingen finns också en sammanfattning på engelska. Arbetena I, III och IV är publicerade i internationellt tillgängliga engelskspråkiga tidskrifter och Arbete II avses att bli publicerat på likartat sätt.

In theory there is no difference between theory and practice, in practice there is

Chuck Reid

3. INLEDNING

3.1. Min bakgrund

Min grundläggande läkarutbildning fick jag vid Göteborgs universitet under åren 1967-73. Att arbeta med människor i alla åldrar och med hela sjukdomspanoramått intresserade mig särskilt. Jag valde att bli allmänläkare och fick min huvudsakliga utbildning vid Mölndals lasarett och i Södra Bohusläns primärvård under 1970-talet.

De mångskiftande och differentierade uppgifterna och det självständiga arbetssättet lockade mig. Utmaningen i primärvården ligger i att arbeta mot en bred, oselektad kontaktyta, där ”vad som helst kan visa sig precis hur som helst”, som allmänläkaren Mats Falk har uttryckt det (5). Allmänläkare har goda förutsättningar att få en uppfattning av den sjuka människan snarare än av sjukdomarna per se. Det kan innebära att få både förståelse och förklaring till patientens upplevelse av sina besvär. Begreppen illness och disease blir levande, såväl detaljer som helheter kan urskiljas och distinktionen mellan kropp och själ tonar därmed bort. Att arbeta som allmänmedicinare innebär att termerna upplevd hälsa och sjukdom aktualiseras. Man möter människor med oro och ängslan för olika symtom som kan vara mer förknippade med psykosociala omständigheter än ett uttryck för allvarlig somatisk sjukdom. Kan allmänläkaren och patienten få en samsyn i de väsentligheter som uppenbarar sig i mötet, så kan man gemensamt gå vidare till att göra upp en åtgärds- och behandlingsplan.

4. PRIMÄRVÅRDENS FRAMVÄXT

4.1. PROVINSIALLÄKARVÄSENDET

Redan i Karl XI:s medicinalordningar från 1688 omnämns provinsialläkare och dessa utgjorde länge merparten av läkarna i landet för att, som andel av läkarkåren, senare successivt minska i antal. Under tidigt 1900-tal ökade antalet sjukhusläkare till att 1920 utgöra 40 % av läkarkåren, som då uppgick till cirka 2 000 läkare. Provinsialläkarna utgjorde 25 % av kåren och privatläkarna 35 %. Provinsialläkarna minskade sin andel ytterligare och utgjorde 17 % av läkarkåren under 1940-talet, medan sjukhusläkare med olika organspecialiteter däremot växte kraftigt (6).

Barnläkaren och medicinalrådet Höjer var en reformivrare och lade 1948 fram ett radikalt utredningsförslag. I det föreslogs kostnadsfri sjukvård, en satsning på hälsocentraler, såväl vid sjukhusen som i provinsialläkarorterna och

dessutom föreslog han att man skulle öka det preventiva hälsoarbetet. Utredningsförslaget förkastades emellertid (7).

De flesta provinsialläkare arbetade ensamma och arbetet på enläkarmottagningarna var slitsamt och isolerat. Bundenheten var stor med ständig jourtjänst. På 1950-talet var provinsialläkarväsendet i kris och tankar fanns på att lägga ner verksamheten i landet (8). Landstingen övertog ansvaret för de cirka 600-700 provinsialläkarna från staten 1963. Provinsialläkarväsendet som statlig institution upphörde 1969. Provinsialläkarens tjänstetitel upphörde 1972 och därefter tjänstgjorde man som distriktsläkare.

4.2. PRIMÄRVÅRDEN UNDER 1980- OCH 90-TALEN

Under 70-talet utarbetade Socialstyrelsen och SPRI (Statens planerings- och rationaliseringsinstitut) tillsammans med Landstingsförbundet och Kommunförbundet fram ett antal dokument som underlag för en planerad utbyggnad av primärvården (9). I ”Primärvård – innehåll och utveckling” myntades honnörsorden för 1980-talets utbyggnad av primärvården. Dessa ord kan fortfarande i allt väsentligt stå som kännetecken för vad som utmärker en god primärvård; *Helhetsyn* - människans samlade behov bedöms och tillgodoses i ett sammanhang.

Primärt ansvar – sjuka får vård och behandling så nära sin hemmiljö som möjligt.

Närhet/tillgänglighet - förtrogenhet med människors vardagsmiljö, bra öppethållandetider och egen jourverksamhet i primärvården.

Kontinuitet - människors personliga och fortlöpande kontakt med vårdpersonalen.

Kvalitet och säkerhet - ett understrykande av vikten av utbildning och kunskapsutveckling.

Samverkan - med kommun, läns- och regionsjukvård.

Det fanns under 80-talet en förhoppning om att primärvården skulle kunna bli den välfungerande bas i vården som flera primärvårdsutredningar och en proposition 1984/85:81 hade pekat på (10-12). Ett väsentligt hinder för ett genomförande var den påtagliga bristen på allmänläkare i Sverige. Antalet specialistläkartjänster vid sjukhusen ökade under 80-talet med cirka 4 000 och antalet allmänläkartjänster med 1 000. I Sverige var andelen allmänläkare 20 % av läkarkåren, i Norge 30 % och i England 40 % (13).

Hälsofrämjande arbete eller friskvård var en viktig del i arbetet. I ”Hälso- och sjukvård inför 90-talet” (SOU 1984:39) underströks primärvårdens preventiva uppgifter med inriktning på individ, befolkning och riskgrupper.

Under 90-talet genomgick sjukvården rationaliseringar och den drabbades av nedskärningar. Förutom det medicinska språket började nu fler ekonomiska begrepp att användas i vården: ”sjukvårdsproduktion”, ”beställare och utförare”,

”köp och sälj” och DRG (14). Husläkarlagen infördes 1994 och innebar bland annat att befolkningen hade möjlighet att fritt välja läkare i primärvården. Lagen avskaffades 1996, men organisationsformen lever fortfarande kvar på så sätt att patienter fritt väljer vårdcentral/distriktsläkare inom det egna landstinget. Den var ett tidigt uttryck för en marknadsanpassning av sjukvården (15). Områdesansvar och befolkningsperspektiv nämndes mer sällan. Rekryteringen av allmänläkare stannade av och ett mål om att ha en allmänläkare per 2 000 invånare uppnåddes inte (16).

Den medicinsk-tekniska utvecklingen och den tilltagande specialiseringen inom slutenvården medförde att patienter med mindre specificerade tillstånd i ökande utsträckning hänvisades till primärvården. Den medicinska verksamheten i primärvården blev alltmer avancerad och tung under 90-talet, delvis beroende på en åldrad befolkning och många multisjuka patienter.

Under 90-talet förändrades befolkningens attityd till vården och människor blev mer ifrågasättande och förtroende för sjukvården minskade (17). Men det var inte bara till vården som befolkningens tillit minskade. Även i samhället i stort fanns en generell otrygghet och för att beskriva denna utveckling framfördes bland annat begreppet ”tillitsohälsa” (18-19). Under slutet av 1990-talet ökade ohälsotalen och sjukskrivningarna sköt i höjden. Det var framförallt den offentliga sektorn som berördes. Ett nytt inslag var en ökande andel tillstånd med utmattning och nedstämdhet; allt fler patienter sjukskrevs med psykiatrisk och/eller stressrelaterad diagnos (20-21). Primärvården fick ta emot en ökande ström av patienter och dess andel av alla öppenvårdsbesök, ökade från 45 % till 55 % under 90-talet (22).

4.3. ARBETSVILLKOR I STORVIK

Jag kom som ST-läkare (läkare under specialistutbildning) 1979 till Storvik och fortsatte som vikarierande distriktsläkare på enläkarmottagningen för det dåvarande områdets 4 200 invånare. Familjen bosatte sig på orten. Fördelen med denna närhet, kan ur yrkessynpunkt vara, att man är mer allmänt orienterad om samhällets villkor och människors levnadsomständigheter. Nackdelen är att närheten i ett litet samhälle ställer krav på att kunna hantera rollen som ansvarig läkare i det vardagliga umgänget människor emellan. Man kan samtidigt vara doktor och granne till en patient.

I början av 80-talet fanns till min hjälp med mottagningsarbetet två undersköterskor och en sekreterare. De huvudsakliga inslagen var mottagningsbesök hela dagarna samt hälsoundersökningar på barnavårdscentralen och telefontid en timme varje vecka. Personalen såg till att patienterna var förberedda i undersökningsrummen och, beroende på ärendets karaktär, ofta avklädda i väntan på läkaren. Väntetiderna för akuta besök kunde dra ut på tiden – både en och flera timmar. Genomströmningen av patienter var relativt hög. Arbetet kunde vara betungande med ledningsuppgifter som måste skötas infogade i vardagen sam-

tidigt med ett patientarbete i högt temp. Allt eftersom utökades läkarbemanningen, men nådde aldrig riktigt målet på en läkare per 1 500 invånare.

Under 90-talet fanns på vårdcentralen i Storvik, förutom läkare, ett tiotal sjuksköterskor, sjukgymnaster samt administrativ personal. Telefonrådgivning gavs hela dagarna och väntetiderna översteg sällan 30 minuter. Trots att antalet läkare ökade under tidigt 90-tal, blev belastningen på vårdcentralen högre när upptagningsområdet för vårdcentralen utvidgades och det närliggande sjukhuset upphörde som akutsjukhus.

5. OM FORSKNING I PRIMÄRVÅRDEN

5.1. NÅGOT OM FORSKNINGENS UTVECKLING

En ny typ av medicinsk forskning tog fart efter andra världskriget med en annan ansats än tidigare. Forskare startade prospektiva befolkningsstudier i syfte att finna, inte bara en orsak, utan bidragande orsaker – riskfaktorer – som kunde ha betydelse för många sjukdomars uppkomst och utveckling. Under 70-talet började resultaten från sådan forskning publiceras och andelen forskningsrapporter med ordet ”risk” i titel eller i abstract har ökat märkbart sedan dess (23).

”The Framingham Heart Study” från Massachusetts i USA är en tidig prospektiv befolkningsstudie som har belyst olika riskfaktorer betydelse för insjuknande i kardiovaskulär sjukdom (24). Två svenska internationellt uppmärksammade prospektiva studier från 60-talet och som fortfarande genererar resultat, är Gösta Tibblins ”A population study of men born in 1913” och Calle Bengtssons ”The prospective population study of women in Gothenburg” från 1968 (25-26).

En stor del av den medicinska forskningen har genom åren utgått från forskningsenheter vid sjukhusen och det är först på senare år som forskningen inom primärvården har etablerat sig. Därför är de sjukdomar och besvär, så som de uppträder hos patienter i primärvården, otillräckligt utforskade. Inte förrän allmänmedicin, som är allmänläkarnas akademiska tillhörighet, blev en specialitet vid universitet, fick primärvårdsforskningen en naturlig vetenskaplig hemvist. Disciplinen fick akademiskt status 1981, när den första professuren i allmänmedicin tillkom i Lund och sedan 1988 finns ämnet representerat vid landets samtliga universitet. Under de senaste 25 åren har allmänmedicin fått en förankring i den akademiska forskningen och 145 avhandlingar har utgått från de allmänmedicinska enheterna vid universiteten (27). Antalet personer som disputerar inom allmänmedicin är dock lågt, sett i jämförelse med det totala antalet disputerande vid de medicinska fakulteterna. I sin helhet har de senaste åren cirka 800 personer disputerat varje år och av dessa var bara var fjärde disputerande läkare och trenden för läkarna är nedåtgående (28).

Vid sidan av universiteten började även landstingen bygga upp Forsknings- och Utvecklingsenheter (FoU-enheter) för primärvården under 80-talet. Dessa enheter kom till för ”att förstärka det vetenskapliga underlaget för verksamhe-

ten”, men avsikten med uppbyggnaden var även att stimulera rekryteringen av allmänläkare (9). En betydelsefull insats för primärvårdsforskningen har Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) gjort alltsedan början av 80-talet (29). I en del landsting har man, som en del i ST-tjänsten, krävt att ett forskningsprojekt skall göras.

5.2. PRIMÄRVÅRDSFORSKNING

I primärvården söker patienter vanligtvis för andra problem än på sjukhuset och forskningsfrågeställningarna får därför en annan karaktär på en vårdcentral. Till primärvården söker patienterna på ett oselektat sätt och de har ofta många besvär och sjukdomar samtidigt. Patienterna blir inte alltid helt friska och forskningen får därför också inriktas på att mer ge svar på frågor om hur det är att leva med ohälsoproblem. Den typen av forskning kan röra mer förståelseaspekter på sjukdom och söker svar på frågor som ”hur”, ”på vilket sätt”. Man tar del av människors erfarenheter, tankar och förväntningar genom att förutsättningslöst närma sig ett problemområde - ett ”inifrånperspektiv”(30).

Det är en typ av förståelseforskning och den finns sedan tidigare i den humanistiska forskningstraditionen, men har inte minst genom allmänmedicinsk forskning kommit att användas alltmer inom medicinen. Utöver att vara inriktad på strikt biomedicinska mål och resultat har därför forskningen i primärvården även fått en inriktning mot processer och förståelse - ofta från patientens perspektiv.

I slutenvården ser man oftare selekterade patientgrupper och i de studier som där görs, ingår inte primärvårdens ofta multisjuka patienter. Sådan traditionell skolmedicinsk forskning är i huvudsak kvantitativt inriktad och söker svar på frågor som ”hur många”, ”hur ofta” eller ”hur mycket”. Den forskningen utgår från egenskaper som särskiljer grupper av patienter och vill förklara - ett ”utifrånperspektiv”(30). Sådana studier är viktiga och ger nödvändiga fakta och kan skapa klarhet på grupp- eller diagnosnivå, men resultaten kan inte alltid direkt omsättas i det enskilda patientärendet. I det enskilda mötet med en patient, som kanske har flera sjukdomar och många mediciner, kan allmänläkaren få problem med att i en klinisk praxis hantera de forskningsresultat som belyser grupper med särskilda karaktäristika (31).

5.3. HINDER FÖR FORSKNING I PRIMÄRVÅRDEN

Det finns ett antal mer eller mindre svåröverkomliga hinder för att kunna bedriva forskning. Några av hindren är gemensamma för all medicinsk forskning, men en del hinder är specifika för primärvården.

Geografi – Vårdcentralerna är spridda över hela landet och avstånden kan vara stora till universitetens forskningsinstitutioner och landstingens FoU-enheter. Det minskar möjligheterna till hämtande av kunskap och informa-

tionsutbyte i en kreativ forskningsmiljö. Som forskningsläkare befinner man sig vanligen bland för få forskningsintresserade människor - den ”kritiska massan” är liten.

Tid – Bristen på allmänläkare gör att arbetsledning ofta prioriterar vårduppgifter före läkares önskemål om forskningstid. Man ägnar rutinsjukvården mycket tid på vårdcentraler. Det förhållandet ger liten möjlighet till självstudier, utvecklingsarbete och forskning.

Tradition och kultur – Det finns ingen etablerad forskningstradition inom primärvården. Synen på och värdet av att bedriva forskning är inte alltid positiv från medarbetare och kollegor. Att forska och inte vara med i patientarbetet betraktas ibland som ”ledighet”.

Handledning – Antalet disputerade personer vid FoU-enheter och universitetsinstitutioner, som kan fungera som handledare är inte tillräckligt många. God vägledning är en förutsättning för att forskningen skall hålla hög kvalitet.

Ekonomi – Inom ramen för en vårdcentralers budget finns det som regel inte utrymme för forskning, såvida man inte begär särskilda medel och budgeterar för detta ändamål.

5.4. EGEN FORSKNING

Det kanske mest karaktäristiska för allmänläkarens arbete är den mer eller mindre kontinuerliga kontakten man har med sina patienter. Iona Heath, engelsk allmänläkare, har uttryckt det så här; ”på sjukhusen är sjukdomarna desamma medan patienterna kommer och går och i primärvården är patienterna desamma medan sjukdomarna kommer och går.” Michael Balint formulerade redan 1964 liknande tankar: ”Man kan faktiskt nästan säga att en allmänläkare börjar behandlingen medan patienten är frisk och att den egentliga behandlingen som sätts in när sjukdomen inträffar, endast är fortsättningen på en redan pågående behandling (32).

Genom att arbeta med ett begränsat antal patienter under lång tid, kan allmänläkaren följa människors sätt, att över åren, förhålla sig till hälsoproblem och behandling. Det må vara en riskfaktor t.ex. hyperlipidemi som föranleder läkarbesöket eller en mer påtaglig sjukdom som hjärtsvikt, depression eller en svår psykosocial situation. Den nära och personliga kontakten med patienterna kan ge impulser till forskning, som för min del kom att särskilt handla om följsamhet till läkemedelsbehandling.

Jag ville studera hur man, i den dagliga kontakten med patienterna, kan förstå och hantera läkemedelsföljsamhet utifrån vetenskapen om att den är låg och lägre ju fler läkemedel som förskrivs till patienten.

Den enskilda studie som förde in mig på det forskningsområdet om följsamhet var professor Gösta Tibblins och allmänläkare Björn Olssons arbete, som visade att om en läkare hade ett gott bemötande i patientkontakten, så tillfrisk-

nade patienter med halsfluss snabbare (33). Läkarens bemötande och agerande är således betydelsefulla faktorer i läkningsprocessen.

Frågan jag ställde mig var om läkarens förhållningssätt spelade någon roll i andra sammanhang också. Genom en liten pilotstudie var det känt att de läkemedel som skrevs ut till patienterna från vårdcentralens sida, i varierande och ibland i alldeles för liten utsträckning, hämtades ut på apoteket. Kan man genom ett telefonsamtal efter läkarbesöket, som ett uttryck för omsorg om patienten, öka patienternas läkemedelsuttag på apoteket? Den frågan kom senare att utgöra huvudfrågan i ett av delarbetena i avhandlingen.

6. NÅGRA TEMAN I AVHANDLINGEN

Kärnan i min forskning har varit problem med följsamhet till läkemedel och i arbetena beskrivs några av dessa. Följsamhet är dock ett stort och sammansatt begrepp och i ramberättelsen har jag därför valt att belysa följsamhet i ett vidare perspektiv. Ifrån denna utgångspunkt har sedan forskningsresultaten fogats in och applicerats på de olika avsnitt som tas upp i ramberättelsen. I den har jag valt att, förutom följsamhetsbegreppet, utveckla några ytterligare teman som är viktiga för att förstå följsamhetsproblemen, nämligen begreppen sjukdom och ”risk”.

Över tid har sjukdomsbegreppet ändrats och vad man menar med sjukdom är inte alltid detsamma för patient och för läkare och inte alltid detsamma för läkare sinsemellan heller. Under de sista decennierna har ett nytt begrepp tillkommit i den medicinska diskussionen – risk. Behandling med läkemedel mot risker ökar.

Båda dessa begrepp, risk och sjukdom, är således stadda i förändring och har, var för sig, inneburit en ökad läkemedelsanvändning (34). Hur man ser på sjukdom och risk har betydelse för hur läkemedelsförskrivningen sker och också för hur läkemedelsbehandlingen uppfattas av patienterna. Detta får konsekvenser för följsamheten.

6.1. OM SJUKDOMSBEGREPPET

Hur man betraktar sjukdom och hur sjukdom kan förklaras kommer till uttryck i det språk som används. Vanliga uttryck som används är att man ”drabbas av sjukdom”, man ”får en sjukdom”, och det pekar på personen som passiv mottagare eller ett offer för omständigheter. Så är det ibland också, men uttrycken används mycket brett oavsett hur insjuknandet skett. De som arbetar inom vården använder gärna uttryck, som markerar samma passivitet och mottagande gentemot patienten. Man ”sätter en person på en medicin”, man ”skickar någon till medicinkliniken”. Patienten blir ett objekt i vården.

Ett ökat medicinskt vetande ger över tid en förändrad syn på sjukdom; magsår får en annan förklaring och behandling nu än före upptäckten av magbakterien *Helicobacter Pylori*. Kulturell miljö och traditioner är andra faktorer som kan spela in i hur man betraktar sjukdom (30). Vem som definierar vad som är sjukdom och inte, handlar till viss del om makt (35). Hur en sjukdom ska beskrivas och förklaras beror därför på vilket paradigm som har tolkningsföreträde. Inte bara medicinska förklaringar utan även sociala omständigheter och den kultur som råder, har betydelse.

Idé- och lärdomsforskaren Karin Johannisson talar om sjukdom, inte bara som en biomedicinsk företeelse utan också som en social konstruktion. Med det menar hon inte att man kan kalla vad som helst för sjukdom eller att sjukdomen

”inte finns”. En sjukdoms identitet, alltifrån dess medicinska del till den betydelse den har för patienten, läkaren och för omgivningen, är inte bara beroende av biologiska faktorer. Det är även en fråga om en social process där många aktörer är inblandade; läkare, patienter, försäkringskassa, massmedia och de förhärskande kulturella koder som ständigt omdefinierar vad som kan tillåtas kallas för sjuk (36). Om det inte finns tydliga objektiva markörer kan det, genom den sociala processen, ske en glidning i vad som uppfattas som en sjukdom. Det finns en gråzon mellan vad som är disease respektive non-disease (37). Vissa tillstånd behöver således först uppnå viss acceptans och legitimitet för att kunna betecknas som sjukdom. Svenska språket saknar den engelska distinktionen mellan ”illness” (sjukdomsupplevelsen) och ”disease” (den mätbara sjukdomen/organförändringen). Vi har inte den språkliga åtskillnaden utan brukar mest ett ord för detta; ”sjukdom”.

Sjukdom är ett mångfacetterat och komplext begrepp med många aspekter och att utförligt beskriva dessa ligger utanför avhandlingens ambition. Men för att förstå den ökande läkemedelsförbrukningen ur ett sjukdomsperspektiv, belyses några aspekter på hur sjukdom kan uppfattas.

6.1.1. Om att vara sjuk

- **Att vara sjuk och känna sig sjuk**

Många sjukdomar är entydiga och avgränsbara genom att patienten beskriver typiska symtom, uppvisar karaktäristiska fynd eller i övrigt uppfyller på förhand fastställda kriterier. Patientens egen berättelse, diagnostiska prov och specifika kliniska undersökningar är också till hjälp för läkaren i strävan att finna en adekvat diagnos. Patient och läkare är vanligtvis överens i denna ömsesidiga problemlösningsprocess. Överensstämmer patientens subjektiva upplevelse och läkarens mer objektiva uppfattning av tillståndet uppstår ett samförstånd. Sjukdomen kan naturligtvis vara allvarlig, men behöver inte upplevas så av patienten, tvärtom kan upplevelsen av banal sjukdom lika väl vara plågsam för patienten. Denna samklang mellan läkare och patient finner man i merparten av sjukdomar och behandling och eventuell bot sker sedan enligt ett på förhand utstakat sätt. Läkemedel spelar ofta en angelägen och avgörande roll i läkningsprocessen och följsamheten till läkemedelsbehandlingen är vanligen god (38).

- **När patienten är sjuk men känner sig frisk**

En del patienter med kroniska sjukdomar är påtagligt objektivt sjuka, men behöver för den skull inte alltid uppleva sig som sjuka. De kan ha anpassat sig till sitt handikapp. Det kan t.ex. gälla en patient med en behandlad hypothyreos eller lindrig hjärtsvikt. Är tillståndet symtomlöst upplever patienten inte alltid sig själv som sjuk. Följsamheten till läkemedel kan vid sådana asymtomatiska, kroniska tillstånd vara sviktande (39).

6.1.2. I gränslandet frisk – sjuk

- **När patienten upplever sig sjuk**

Svårigheter kan uppstå i patient–läkarrelationen om patientens och läkarens uppfattning skiljer sig åt, huruvida sjukdom är för handen eller inte. Patientens symtom kan vara påtagliga. Vederbörande känner sig sjuk, men läkarens undersökningresultat är inte i överensstämmelse med patientens subjektiva version. Ett entydigt svar på frågan om sjukdom föreligger eller ej, kan ofta inte ges. I en gråzon mellan uppenbart ”sjukt” respektive ”frisk” finns ett stort antal tillstånd som utmärks av ”både sjukt och friskt” – begränsningar och svårigheter för patienten kan finnas, men besvären kan av läkare uppfattas som uttryck för reaktionssätt på påfrestningar under livets gång och som i patienten uttrycks som en sjukdomsupplevelse (40). Amalgamförgiftning, elallergi, fibromyalgi, bildskärmsallergi och utmattningsreaktioner, brukar nämnas som exempel på nutida diagnoser. Gemensamt för dessa sjukdomar är att det är svårt att finna objektiva kriterier att koppla till symtomen och det råder delade meningar om värdet av dessa kriterier. Vi tycks förflytta vår smärta in i de sjukdomar som vetenskapen namnger och kulturen sanktionerar (36). I ett sådant fall är läkemedelsföljsamhet inte alltid nödvändig, men behandlingen kräver omsorgsfulla samtal mellan läkare och patient.

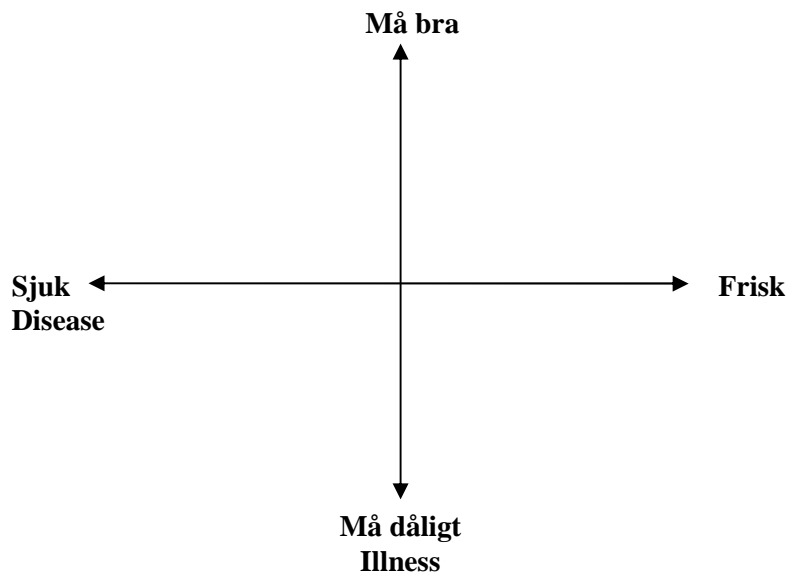
- **När normalt uppfattas som sjukt**

Vad som är normalt i vårt samhälle förändras med tiden och påverkas av olika krafter. Det innebär en ökande tendens till att människors problem klassificeras som sjukdom (41). Gradvis sker en glidning av vad som skall betraktas som naturliga företeelser i livet till att uppfattas som sjukliga tillstånd. Problem som i olika grad förvisso kan vara besvärande. Hårvall har på senare år beskrivits som ett traumatiserande tillstånd, men först när man fann ett läkemedel som kunde påverka hårväxten (42). Impotens är ett annat tillstånd som har medikaliserats. Klimakteriebesvär har betraktats som en “estrogen deficiency”, ett hormonellt bristtillstånd, som förmodades kvarstå livet ut och därför skulle behandlas (43). Om något läkemedel skrivs ut av läkaren i dessa fall får patienten ofta själv avgöra sin följsamhet till ordinationen.

- **Hälsokorset**

Den finländske professorn Katie Eriksson har utvecklat hälsokorset, som på ett schematiskt sätt åskådliggör hur sjukdomsbegreppet kan ses utifrån ett såväl vårdperspektiv som ett patientperspektiv (Figur 1) (44). Figuren har inga skarpa gränser. Patienten kan känna sig påtagligt sjuk, men behöver inte i medicinsk mening vara särskilt hårt drabbad. Att i hög grad ha en sjukdom (disease), innebär inte nödvändigtvis att man upplever den tydligt (illness). Om man upplever

sjukdomen som svår behöver det alltså inte överensstämma med i hur hög grad man har en sjukdom. Epidemiologen Geoffrey Rose uttryckte det på följande vis: “There is no disease that you either have or don't have—except perhaps sudden death and rabies. All other diseases you either have a little or a lot of.” (45).



Figur 1. Hälsokorset med schematisk bild av sjukdomsbegreppet utifrån ett vårdperspektiv och utifrån ett patientperspektiv.

6.1.3. Att vara frisk med risk

Riskbegreppet har inte introducerats som en konsekvens av patienters egen aktiva medverkan utan är mer ett resultat av forskares studier. Huruvida man är sjuk eller ej när man behandlas för en risk är inte helt entydigt för patienterna och möjligen inte heller för läkarkåren. Om man förknippar läkemedel med sjukdom och behandlar en riskfaktor med läkemedel, kan det lätt uppfattas så att risk är en sjukdom.

Hur stor risken är att råka ut för t.ex. hjärtkärlsjukdom beror på en serie omständigheter; bland annat på rökning, blodfetter, kön, ålder, blodtryck, diabetes, psykosocial stress och ärftlighet. Vissa riskfaktorerers betydelse för uppkomst av verklig sjukdom kan man påverka med läkemedel. Om man sänker det genomsnittliga serumkolesterolvärdet i en studiepopulation med ett läkemedel eller genom kostförändringar, oavsett ifrån vilken nivå man utgår, så minskar inciden- sen för hjärtkärlsjukdom i befolkningen. Effekten är stor om man utgår från en

hög nivå och effekten avtar ju lägre nivå man har som utgångsvärde. Samma förhållande gäller i princip även högt blodtryck (46-47).

Det finns tre påtagliga problem med riskbegreppet i patientkontakten. Ett problem är att statistiska riskberäkningar är gjorda på gruppnivå. Således kan läkaren bara uttala sig om sannolikheten att en enskild patient med risk kommer att drabbas av en sjukdom. Samtidigt efterlyser patienten mer specifik information – ”kommer jag att drabbas eller inte?”. Läkaren får då ett pedagogiskt problem. Forskningens hypoteser och resultat omges med osäkerhet och är inte entydiga medan människors vardagliga tänkesätt är tämligen oreserverade och det finns en önskan om att få mer direkta svar (30).

Det andra stora problemet med riskbegreppet är att det inte finns någon skarp nedre gräns för när man inte längre har någon effekt av riskbehandlingen. Man kan alltid minska risken lite till. Vad som är sjukdom och vad som är risk för sjukdom blir då inte alltid entydigt. Att på ett begripligt sätt förklara för patienten, varför man inte alltid behandlar risken, blir då ett pedagogiskt problem. Högt blodtryck är ett tillstånd som vanligtvis har betraktats som en sjukdom, men det är en bedömning som inte är självklar (46, 48). Gränsen för vad som skall anses vara ett normalt blodtryck har sänkts i syfte att minska människors risk för hjärtkärlkomplikationer. En sänkning av gränsvärdet medför att prevalensen av högt blodtryck ökar i en befolkning. Följden blir att fler människor behöver behandlas med råd om livsstilförändringar och ibland också med läkemedel (48). SBU beslöt 2004 att följa WHO:s expertråd om att sänka gränsvärdet för högt blodtryck till >140/90 mmHg. Det beslutet betyder att 1,8 miljoner svenskar över 20 år, 27 % av den vuxna befolkningen, nu anses ha för högt blodtryck (49). Med en liknande bakomliggande diskussion har gränsen för vad som skall uppfattas som normala blodfettsvärden sänkts. Övre gränsen för normalt total kolesterol i åldrarna 30–50 år har sänkts från 8,0 mmol/l år 1980 till 6,9 mmol/l år 2003 (50).

Ett tredje problem i patientkontakten är att patienten vanligtvis har flera riskfaktorer och dessa måste vägas samman. För några riskfaktorer (kön, ålder, rökning, blodtryck och lipdvärde) kan och ska man göra en sammanvägd riskprofil och presentera i samtalet med patienten (51). Men det finns många ytterligare riskfaktorer, som komplicerar sambanden mellan riskfaktorer och framtida hjärtkärlsjukdom. Faktorer som bukfetma, grad av äggvita i urinen, low density lipoproteine (LDL eller ”det onda kolesterolet”), ärftlighet, fysisk aktivitet, matvanor, socialt nätverk, sömnbesvär, sömnapné, psykosocial stress och bristande återhämtning på grund av bristande sömn, kan ännu så länge inte värderas i siffror (52).

- **Sätt att presentera risk**

Svårigheten med att förklara vad risken innebär, har medfört att man har utvecklat olika sätt att presenterar risken och några av dessa är följande:

Relativ och absolut risk – Om en behandling reducerar dödligheten i en

behandlingsgrupp med 50 % jämfört med ingen behandling alls, så låter det

övertygande och är ett vanligt sätt att beskriva behandlingseffekter. Det kan vara så att 20 % dör i en kontrollgrupp och bara 10 % i en behandlingsgrupp, vilket betyder att behandlingen är effektiv och lovvärd. Men det kan också vara så att 0,5 % dör i en behandlingsgrupp jämfört med 1,0 % i en kontrollgrupp och behandlingen ter sig då mer tveksam. I båda fallen är den relativa riskminskningen 50 % men den absoluta riskminskningen (ARR) är i första exemplet 10 % och i det andra fallet 0,5 % (53). I klinisk verksamhet är det viktigt att känna till ARR, så att man varken underskattar eller över-skattar effekten av den relativa risken (54-55). Forskare missar ibland att beskriva sina forskningsresultat i absoluta tal, liksom läkemedelstillverkare när de talar om sina läkemedels förtjänster.

Number needed to treat, NNT – Ett ytterligare sätt att åskådliggöra riskstorleken för patienten är att använda NNT. Värdet erhålles genom att invertera värdet av den absoluta riskreduktionen. NNT beskriver antalet personer som måste behandlas under en viss tid för att en av dessa personer skall undvika en händelse och i de ovanstående fallen är NNT 10 respektive 200.

Score – Det är ett riskvärderingsinstrument som med en procentsiffra anger risken för att t.ex. en kardiovaskulär död den närmaste 10-årsperioden skall drabba en människa. Riskkalkylen tar hänsyn till kön, ålder, rökning, systoliskt blodtryck samt serumkolesterolvärdet hos personen. Verktuget bygger på data från stora Europeiska studier och European Society of Cardiology (ESC) har sedan publicerat guidelines baserade på Score. Detta har sedan anpassats till svenska förhållanden och använts som beslutsunderlag i dialog mellan läkare och patient. En brist är att Scoreinstrumentet inte kan tillämpas för personer med känd hjärtkärlsjukdom eller diabetes, där preventiva åtgärder är särskilt angelägna. Instrumentet kan inte heller tillämpas på personer över 65 år (51).

6.1.4. Egna iakttagelser: opportunistisk screening av diabetes

Diabetes mellitus är en sjukdom som ökar i antal och som i tidigt skede är symptomlös. Många diabetiker är därför länge oupptäckta och därmed obehandlade. Patienter kan gå många år ovetandes om sin diabetes.

Vilka metoder man skall använda för att upptäcka latent diabetes diskuteras bland läkare och forskare. Ett sätt är att utföra allmän blodsockerscreening på befolkningen över en viss ålder. Ett annat sätt kan vara att kontrollera blodsocker på alla patienter som söker vårdcentralen, oavsett orsak.

Ett tredje och enkelt sätt att finna personer med icke känd diabetes prövades vid vårdcentralen i Storvik 1988. Via ett anslag i väntrummet under året, erbjöds alla patienter över 40 år att få testa sitt blodsocker. Personer med icke fastande kapillärt blodsocker på 8,0 mmol/l eller däröver fick återkomma för två faste-prover. Gränsen för diabetes mellitus vid den tiden var två fastande blodsocker på $\geq 7,0$ mmol/l. Av totalt 765 personer befanns 6 personer under året ha en icke diagnostiserad diabetes, vilket motsvarar en prevalens på 0,8 %.

I likhet med andra ofta symtomlösa tillstånd, som t.ex. högt blodtryck, har gränsvärdesnivån för diabetes sänkts. Är man sjuk eller frisk beror således på var den medicinska vetenskapen sätter gränsvärdet. När WHO år 1999 sänkte gränsvärdet för att klassificera någon som diabetiker till att gälla två prover med fasteblodsocker överstigande 6,0 mmol/l, steg antalet svenskar som fick diagnosen diabetes mellitus med 30–50 000 över en natt (56-57). Hur avspeglar sig en sådan förändring på lokalplanet, t.ex. på en vårdcentral?

År 1999 gjordes därför en ny undersökning på vårdcentralen i Storvik, och på samma sätt som den som gjordes 1988. Under 1999 önskade 249 personer att få testa sitt blodsocker. Av dessa hade 29 % ett fasteblodsocker på $\geq 6,7$ mmol/l, som sattes som gräns för att återkallas. Med två fasteblodsocker på $\geq 6,1$ mmol/l befanns 18 personer ha diabetes mellitus. Bland individer i väntrummet som tackade ja till inbjudan ökade antalet odiagnostiserade diabetiker under perioden 1988 till 1999 från 0,8 % till 7 % ($p < 0,000001$). Eftersom vi i denna enkla studie inte registrerade de som tackade nej får dessa siffror tolkas med stor försiktighet. Det kvarstår ändå en stark misstanke om en dramatisk ökning i prevalensen av odiagnostiserad diabetes mellitus, sannolikt till stor del orsakad av de sänkta gränsvärdena. Med ändrade gränsvärden ökar antalet personer som medicinsk sett är sjuka och i förlängningen innebär det att fler patienter har behov av läkemedelsterapi.

Studien publicerades som ett "letter to the editor" i British Medical Journal (58). Brevet var ett inlägg i en diskussion och ville visa på att opportunistisk screening i primärvården är en enkel och billig metod för att finna diabetiker. Att erbjuda vård sökande patienter i primärvården screening av diabetes kan vara ett begränsat alternativ till en allmän screening i befolkningen, vilket förespråkades av en del debattörer.

6.2. LÄKEMEDEL

Under de senaste 20 åren har stora förändringar skett vad gäller diagnostik och behandling av många sjukdomar. Preventiva och terapeutiska insatser vid hjärt-kärlsjukdomar, många cancerformer och psykiska besvär har ökat och nya läkemedel har introducerats, vilket har resulterat i att mängden läkemedelsförskrivningar har ökat påtagligt (59).

- **Fler och mer läkemedel**

Under de sista 15 åren har antalet nationellt godkända läkemedel för humant bruk i Sverige dubblerats från cirka 2 800 till cirka 5 500 år 2006 (60). I Sverige köps det läkemedel motsvarande drygt 12 miljoner dygnsdoser varje dag. Antal reciper 1980 var 41 miljoner och ökade till 90 miljoner 2005, Apodos inräknat (personligt medd. Hans Johansson Apoteket AB). Enligt Apoteket AB ökade volymen hjärtkärlläkemedel med 33 % mellan åren 2000 och 2004, lipid-sänkande läkemedel hade en 150 % volymökning, medan antibiotikagruppernas

volym var oförändrad (61). I Läkemedelsverkets årsrapport 2004 redovisas 4 087 anmälda misstänkta läkemedelsbiverkningar, varav 1 320 var allvarliga. Vid minst 115 dödsfall har ett samband mellan läkemedelreaktionen och dödsfall inte kunnat uteslutas.

- **Kostnader för läkemedel**

Jämfört med USA, Japan, Italien och norra Europa ligger Sveriges läkemedelskostnader i det lägre skiktet tillsammans med Danmark och Finland. År 2004 var läkemedelskostnaden 28,6 miljarder kronor (apotekens utförsäljningspris, AUP) och 1,2 % som andel av BNP (60). Som andel i procent av hälso- och sjukvårdskostnaderna har dock läkemedelsförsäljningen ökat från 8,8 % 1990 till 13,5 % år 2004 (60).

- **Vem förskriver läkemedel**

Primärvårdens 4 000 allmänläkare samt därutöver 2 000 privatpraktiserande läkare utgör 20 % av landets cirka 30 000 läkare. Dessa 6 000 läkare svarar för cirka hälften av 25 miljoner årliga läkarbesök i Sverige och för cirka hälften av de kostnader som läkemedelsförskrivningen innebär för individ och samhälle (62).

Läkare har ett stort ansvar vid läkemedelsförskrivning – såväl ur ett medicinskt som ur ett samhällsekonomiskt perspektiv – att inte skada utan helst lindra och bota (63).

6.3. APOTEKET

- **Historik**

Under mer än 300 år, fram till 1971, hade Sverige ett i stort sett likartat apoteksväsende och apotekaren drev sitt apotek som egen företagare. Det gamla systemet ersattes 1970 av ett statligt ägt monopol, Apoteksbolaget AB. Antalet apotek ökade snart från cirka 600 till 900 (64). Under 80-talet tillkom en del apotek som var lokaliserade i anslutning till vårdcentraler. På 90-talet föreslogs en avreglering av apoteksmonopolet (LFU 92), men utredningsförslaget fullföljdes aldrig. Det svenska apotekssystemet var ifrågasatt på grundval av gällande EU-regler, men anses för närvarande vara förenligt med dessa. Läkemedelspriserna har i alla tider varit reglerade. Kostnaderna för läkemedel har på olika sätt subventionerats av samhället under senare decennier. Sedan 1999 har högkostnadsskyddet varit 1 800 kronor per 12 månader och överstiger kostnaden den summan får patienten ett frikort.

- **Apotekets arbete**

Samarbetet mellan sjukvården och apoteken har förenklats betydligt och framförallt har förbättringar gjorts genom datoriseringen och genom att en bättre

service har utvecklats. Alltmer läkemedelsförskrivning sker nu elektroniskt och recepten överförs direkt till apoteket. Förskrivna läkemedel kan hämtas ut vid vilket apotek som helst i Sverige. Patienten kan spara sina itererade recept (flergångsrecept) elektroniskt på apoteket och denne kan sedan själv beställa en förnyad omgång av sina mediciner via telefon eller via apotekets internetadress. Apoteket AB menar att apotekspersonalen och patienten på ett sådant sätt får en bättre överblick över vilka läkemedel som är aktuella för patienten. Apoteket kan numera erbjuda att sända läkemedel och andra apoteksvaror per post till sina kunder. Patienten erbjuds då en årlig telefonuppföljning av en farmaceut för genomgång av aktuell medicinering. Det finns också möjlighet för läkemedelsanvändare att gratis boka tid hos en farmaceut för en mer detaljerad genomgång, om man är osäker på hur läkemedlen skall användas eller har funderingar på biverkningar.

Det finns planer på att genomföra ett system, som ska möjliggöra för sjukvårdspersonal att få upplysningar om en patients aktuella mediciner. Detta får dock göras först efter ett godkännande av patienten. Ett sådant system skulle kunna förhindra att en del missförstånd rörande läkemedelförskrivningar uppstår mellan olika vårdgivare. Sedan 1999 har EU en lag på att varje läkemedelsförpackning skall ha en bipacksedel med den viktigaste informationen om läkemedlen på denna text. Studier tyder på att patienterna visserligen läser dessa bipacksedlar, men kapitlet om biverkningar tar man som regel inte i så stor utsträckning del av (65).

- **Apotekspersonalen**

De flesta patienter besöker personligen fortfarande apoteket och får efter legitimering hämta ut sina egna eller andras receptbelagda läkemedel. För att kunna hämta ut läkemedel till annan än sig själv krävs normalt en fullmakt (66). Om patienten bär på missuppfattningar om hur läkemedlen skall tas, kan det klaras ut vid recepturen på apoteket. Patienten/kunden får information om de läkemedel som uthämtas och har också möjlighet att ställa kompletterande frågor. Patienten kan ha missförstått vad det innebär att få en provförpackning och därför behöva ytterligare förklaringar. Patienten kan misstro en ersättningsmedicin eller ha missförstått en ordination och använt både sin gamla medicin och det nya ersättningspreparatet. Felaktigheter och otydliga ordinationer från läkarens sida på patientens receptblankett kan också klaras ut av apotekspersonalen omedelbart vid recepturen efter kontakt med den förskrivande läkaren. Det kan gälla felaktig dosering eller styrka vid förnyelse av recept, att en otillräcklig mängd tabletter har skrivits ut eller att vederbörande läkare glömt att markera att receptet gäller för en långvarig behandling (67).

6.4. FÖLJSAMHET

6.4.1. Historik

”Varför gör de inte som man säger?”, är en tidlös fråga. Alltsedan Adam och Eva i paradiset, trots förmaningar, tog ett äpple (Första Moseboken, kapitel 3, vers. 17 – 19), uppvisar människan olika former av ohörsamhet. Att människor inte vill efterleva förmaningar och uppmaningar gäller i många relationer, t.ex. i förhållandet mellan förälder/barn, lärare/elev, arbetsledare/anställd och inte minst mellan läkare och patient. Hippokrates (460–359 f. Kr) kände till problemet med patienternas ”olydnad” och varnade sina kollegor och studenter om att: “Läkaren bör vara medveten om det faktum att patienterna ofta ljuger när de säger att de har tagit vissa mediciner.“

Förhållandet mellan läkare och patient har förändrats genom åren. Från att tidigare ha varit tydligt hierarkisk har relationen kommit att bli alltmer jämlik (68). Detta återspeglas inte minst i de ord som engelskan har för att beskriva patientens följsamhet; *doctor's order*, ”compliance”, ”adherence” och ”concordance”. Även andra ord har föreslagits som ”collaboration” och ”co-operation” för att benämna det som Cassel uttrycker på följande sätt: ”Läkaren kan sällan behandla sina patienter. Han kan lägga fram sina behandlingsförslag, men det är patienten, om hon har förstått och accepterat förslagen, som genomför behandlingen” (69). Före 1960 fanns 22 artiklar i ämnet enligt Index Medicus, nu uppgår antalet publikationer om följsamhet i databasen PubMed till tiotusentals arbeten (68).

6.4.2. Definitioner

För att beskriva förhållandet mellan läkare och patient när det gäller läkares ordinationer och föreskrifter, har ett antal olika ord och begrepp använts.

Doctor's order - De tidiga artiklarna om följsamhet på 50- och 60-talen beskrev problemet ur ett rent medicinskt, oftast renodlat läkarperspektiv. Patienten förväntades följa doktors direktiv utan invändningar eller diskussion, en paternalistisk attityd. Uppfattningen bland läkare var att doktors attityd och beteende spelade en liten roll i förhållande till vad patientens personlighet betydde för en behandlingsframgång (70).

Compliance – Termen har ett militärt ursprung och har innebörden av ”undfallenhet”, ”foglighet”. Norstedts lexikon översätter ordet med ”tillmötesgående”, ”i överensstämmelse med”. Begreppet började användas mer frekvent efter 1979, när det definierades på följande sätt av Brian Haynes: ”the extent to which a person's behavior, in terms of taking medications, following diets, or executing lifestyle changes, coincides with medical or health advice”(71). Compliance utgår från att läkaren vet bäst hur behandlingen skall genomföras och läkaren ger besked utan att säkert förankra

informationen hos patienten. Denne blir en passiv mottagare av vård och instruktioner.

Adherence – Som en ersättning för compliance introducerades adherence, men språkligt sätt innehåller även det en maktassymmetri. Inte heller det begreppet ger uttryck åt den mer jämbördiga relation mellan läkare och patient, som eftersträvas. Ordet betyder i översättning ”vidhängande”, ”vidklibbande”, ”tillgivenhet” eller ”trohet”.

Concordance – Ordet konkordans finns sedan flera hundra år i det svenska språket och kan bäst jämföras med ”överensstämmelse”, ”samstämmighet” eller ”enighet”. Inom medicinen används begreppet för att understryka patientens egen medverkan och delaktighet i beslutsprocessen. På engelska speglar ordet bättre den relation mellan läkare och patient som baseras på en gemensam syn och samstämmighet eller en ömsesidighet (72). Concordance finns inte som MeSH-term (sökord) i forskningsdatabasen PubMed, vilket compliance och adherence gör.

Följsamhet - I Sverige har vi inga ord som motsvarar de engelska nyanserna för att beskriva ”följsamhet” utan vi har bara just följsamhet som uttryck. Som synonymer till följsamhet i Svenska Akademiens ordlista anges ”anpassbarhet”, ”överensstämmelse”, ”konsensus”, ”samlästan”, ”intressegemenskap” och ”ömsesidig förståelse”. Följsamhet torde språkligt sett ligga engelskans ”concordance” närmast. I avhandlingens svenska text har jag genomgående försökt använda ”följsam” och då i bemärkelsen konkordans. I mina arbeten däremot har jag ändå valt att använda ordet compliance, därför att det uttrycket är det mest använda i forskningslitteraturen. I sökning på PubMed med compliance/adherence/concordance (+ medication) blir antalet träffar 9 000/3 000/300 för respektive begrepp. Brian Haynes menar för övrigt att adherence kan användas synonymt med compliance (73). När jag i ramberättelsen använder ordet följsamhet, är det med den underförstådda betydelsen av läkemedelsföljsamhet och avser inte någon annan typ av ordination.

6.4.3. Aspekter på följsamhet

Det finns enligt många forskare ett ökat intresse för följsamhetsproblematik. Skälet till det intresset är minst tvåfaldigt. Sett ur patientens hälsoperspektiv finns en risk att en låg följsamhet försvårar möjligheterna för vederbörande att bli frisk. Vidare kan en låg följsamhet innebära ett långsammare tillfrisknande och medföra ökad sjukvårdskonsumtion och ett större produktionsbortfall i samhället (74). Dålig följsamhet kan således få negativa konsekvenser både för individ och för samhälle.

- **En pedagogisk formel för följsamhet**

Följsamhet till ett läkemedel anser man normalt brukar ligga runt 30–70 %, men begreppet innehåller flera delar. Man kan med en formel pedagogiskt illustrera hur följsamheten till läkemedelsförskrivning vid kronisk sjukdom schematiskt

kan betraktas. Följande matematiska uttryck anses spegla hur följsamheten ter sig:

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

Formeln skall läsas så att av 100 förskrivna läkemedel hämtas endast 80 läkemedel ut. Av dessa kvarvarande läkemedel används bara 70 % och av dessa är det slutligen bara 50 % som används på rätt sätt. Det innebär att var femte patient inte använder läkemedlet alls och att cirka hälften av patienterna använder läkemedlet i någon mening. Endast en tredjedel (28 %) av patienterna använder medicinen på ett av läkaren föreskrivet sätt. Formeln är en schabloniserad bild av läkemedelsföljsamheten och siffrorna i tabellen varierar beroende på vilket eller vilka läkemedel som beskrivs (75).

- **Att mäta följsamhet**

Det finns olika sätt att mäta patienters följsamhet till läkemedel. De flesta följsamhetsstudier har ett läkar- eller vårdgivarperspektiv. Syftet har vanligen varit att utvärdera olika sätt att förbättra patienters följsamhet till läkemedel, men de metoder man har använt sig av har vanligtvis en generellt låg noggrannhet.

En komplicerad och direkt metod att studera följsamhet är att mäta koncentrationen av läkemedel i patientens blod eller urin. Metoden medför laboratorie- och personalkostnader och ger dessutom bara en ögonblicksbild av patientens följsamhet (76). Att studera uthämtandegraden av läkemedel på apoteket kan sägas vara en intermediär metod att mäta följsamhet (77). Indirekta metoder är att utnyttja enkäter och intervjuer där man frågar patienter om deras läkemedelsintag. Dessa metoder övervärderar ett bejakande av följsamheten, men om patienten säger sig vara icke följsam, har metoderna större trovärdighet (78). Vanliga tillvägagångssätt för följsamhetsmätningar är att räkna kvarvarande mängd tabletter i läkemedelsförpackningar eller använda sig av elektroniska räkneverk i förpackningen och som registrerar varje öppningstillfälle. Ett annat sätt att se på följsamhet är att värdera behandlingseffekterna. Om en patient med exempelvis högt blodtryck, efter insatt behandling, uppvisar lägre blodtrycksvärden så kan det indikera god följsamhet. Felkällorna är dock många, eftersom sådana undersökningar måste ta hänsyn till ett stort antal faktorer (52).

- **Faktorer som påverkar följsamheten**

Många patienter tar således inte sina mediciner alls eller tar mediciner — ur ett läkarperspektiv — på ett felaktigt sätt. Det finns en mängd faktorer som påverkar följsamheten.

Följsamheten minskar om behandlingen omfattar många läkemedel och om ordinationerna är komplicerade. Vidare sjunker följsamheten till behandlingen om den pågår under längre tid. En akut sjukdom, som sedan övergår i en kronisk form och därmed kräver långvarig behandling, kan patienten missförstå som om det vore enbart en kortvarig sjukdom och patienten avslutar därför felaktigt be-

handlingen i förtid (38). Hjärtsvikt kan uppfattas på sådant sätt av patienten. Om läkemedlen har kända besvärliga biverkningar vet man också att följsamheten blir lägre. Om patientens sjukdom har få eller inga symtom, spelar också roll för om man är motiverad att ta sina mediciner eller inte. Patienter som har psykiska besvär har svårare att vara följsamma till den ordination som doktorn har föreslagit (79). Om flera läkare förskriver läkemedel till patienten minskar följsamheten (80). Faktorer som gynnar en god följsamhet är ett vänligt bemötande av läkaren och att denne har förmåga att ge god förklaring till varför ordinationen ges (81-82). Ett hjälpmedel för patienter med många mediciner kan vara en dosett med veckoförbrukning av läkemedel och som laddas av patienten själv eller någon anhörig. Följsamheten med detta hjälpmedel är inte utvärderad i nämnvärd utsträckning.

I ett stort antal studier har man med olika tekniker försökt öka följsamheten till läkemedelsbehandling. Brian Haynes och kollegor gjorde en omfattande genomgång av interventionsstudier år 2005. De menar att enkla metoder ibland kan påverka adherence, både för kort- och långtidsterapi och att mer komplexa strategier — kombinationer av informativa patientinstruktioner, stöd, påminnelseåtgärder, bättre uppföljning, självkontroller, belöningsmetoder och telefonstöd — förbättrar följsamheten och behandlingsresultaten. Om det finns några genomgående erfarenheter som man dragit av studierna, är det att man måste ha en frekvent kontakt och interaktion med patienterna och med fokus på följsamhet. Dessutom måste man ständigt underhålla processen (83-84). I en avhandling från 1998 redovisas ett antal faktorer som påverkar följsamhet och som beskrivs, i något förenklad form, i tabell 1 (38).

- **Följsamhet ur ett patientperspektiv**

Det medicinska, professionella perspektivet är inte tillräckligt för att förstå svårigheterna med följsamhet och därför har intresset riktats mot patientperspektivet. Sociologen Becker presenterade 1975 "Health Belief Model", som kan bidra till större förståelse (85). Marshall Becker menar att ett antal faktorer är avgörande för att patienten skall vara benägen att följa läkarens ordination. Sådana omständigheter är: om patienten tror att han kan drabbas av sjukdomen, om sjukdomen har allvarliga konsekvenser, om sjukdomen är botbar och behandlingen inte medför allvarliga bieffekter samt att kostnaden inte blir för stor.

Sjukdom, mediciner och vård, utgör som regel en begränsad del av patientens tillvaro. Läkare och patient måste tillsammans foga in sjukdomen i patientens liv på dennes egna villkor. Att villkorslöst göra som doktorn säger kan, kanske därför i vissa fall vara sämre än att "ta saken i egna händer" (86). "Icke följsamhet" kan vara ett aktivt ställningstagande från patientens sida. Att inte "göra" som doktorn säger", kan betyda att patienten tar kontroll över sin sjukdom och i realiteten spegla självständighet (87). Det är inte patientens oförståelse eller okunskap om sin sjukdom som är viktig för patientens följsamhet, utan i vilken utsträckning som diagnos och behandling påverkar patientens dagliga liv (30). I

en studie av 80 epileptiker, fann man att icke följsamhet i hög utsträckning är ett av patienten väl avvägt sätt att ta kontroll över sin sjukdom (88).

Vid behandling av mer allvarliga tillstånd, där läkemedel har en mer eller mindre avgörande betydelse för läkning eller förbättring av tillståndet, blir vikten av följsamhet betydelsefull. En bra kommunikation och ett gott samspel mellan läkare och patient är viktigt för att man skall få en ömsesidig förståelse för synen på behandlingen. Läkaren bör inta en lyssnande hållning, vara lyhörd och försöka förstå patientens språk (89).

Tabell 1. Tabellen, enligt Karin Kjellgren (38), anger några utvärderade faktorer som påverkar patientens följsamhet till olika grad och omfattning

FÖLJSAMHET

	Stödjande faktorer	Försvagande faktorer
Sjukdom	Allvarlig	Kronisk/asymtomatisk
Läkemedel	1-2-dos regim > 5 års läkemedelsanvändning Transdermal/parenteral	> 3 läkemedel Komplex ordination Bieffekter Rektalt Hög patientkostnad
Patient	Nöjda patienter Bra socialt stöd God behandlingkänedom Läkemedelskunskap Högre utbildning	Unga/gamla och män ensamma män
Läkare	Uppföljning Läkarens arbetstillfredsställelse	Läkares tidsbrist Bristfällig information

Läkaren bör vidare ha en förståelse och kunskap om den enskilde patientens föreställning om sina symtom för att kunna bemöta och förklara. Läkarens bör utforska patientens farhågor om vad symtomen eller sjukdomen innebär, för att kunna göra patientens upplevelse av "illness" begriplig. Dessutom kan läkaren nå väsentlig kunskap genom att söka sig fram till patientens förväntningar på besöket. Frågor om patientens farhågor och föreställningar om sin eventuella sjukdom samt förväntningar på besöket måste tas upp i samtalet. Om så inte blir fallet finns risken att man talar förbi varandra och "överenskommelsen" blir ensidig och följsamheten förmodligen lägre (90).

Det är självklart så att följsamheten varierar med vilken sjukdom som behandlas, någon 100 % -ig följsamhet till behandling är inte eftersträvarvärd. Vid ren symtombehandling bör det vara patientens eget val och bedömning, som får vara avgörande för hur patient och läkare väljer att se på behandlingen.

7. SYFTE

Avhandlingen har flera syften

7.1. DET ÖVERGRIPANDE SYFTET

är att studera aspekter på följsamhet vid läkemedelsbehandling, särskilt avseende långvarig sjukdom, ur ett individ- och ett befolkningsperspektiv i en tid av behandling av risk för sjukdom och större läkemedelsanvändning.

7.2. SÄRSKILDA SYFTEN FÖR DELARBETE I–IV

- att undersöka hur stor andel av en lokalbefolkning som upplever sig ha en kronisk sjukdom samt omfattningen av läkemedelsbehandling av personer med långvarig sjukdom, i en svensk kommun del år 2000 jämfört med 1980.
(Arbete I)
- att undersöka i vilken grad patienterna personligen besöker apoteket för att hämta sina läkemedel inom de tre stora farmakologiska behandlingsområdena hjärtkärlsjukdom, infektioner och smärta.
(Arbete II)
- att studera i vilken omfattning patienterna hämtar ut sina av allmänläkaren receptförskrivna läkemedel på apoteket efter läkarbesöket samt att undersöka om en telefonkontakt efter receptförskrivningen ökar patienternas benägenhet att hämta ut sina läkemedel.
(Arbete III)
- att öka förståelsen av hur den hjärtkärlsjuke mannen ser på sin sjukdom och på sin medicinering samt att utröna om det finns synsätt och attityder till sjukdom och behandling hos män med hjärtkärlsjukdomar som kan ha betydelse för följsamheten.
(Arbete IV)

8. MATERIAL OCH METODER

8.1. LOKALA FÖRHÅLLANDEN FÖR STUDIERNA

- **Arbete I, III och IV**

Storvik i Gästrikland, där Arbetena I och III gjordes, är ett gammalt stations- och brukssamhälle. Samhället med omnejd, upptagningsområdet för vårdcentralen, hade en befolkning på knappt 7 000 invånare i början av 80-talet. Folkmängden minskade till cirka 6 600 år 2000. Området utgör en kommundel i Sandvikens kommun med cirka 37 000 invånare, i mellersta Sverige. Orten har en något hög ålderssammansättning med andelen personer >65 år på 19,5 % (1998), vilket var lite över riksgenomsnittets 16 %. Det finns en vårdcentral i samhället och under stor del av tidsperioden 1980–2000 har tre till fem erfarna allmänläkare, specialister i allmänmedicin, verkat vid vårdcentralen samt läkare under utbildning. Vårdcentralen har haft upp mot 8–9 000 läkarbesök per år. Det har inte funnits företagshälsovård eller privata vårdalternativ på orten. Storvik har under aktuell tid haft ett lokalt apotek och närmast angränsade apotek är beläget 15 km längre bort. Femton km från Storvik finns Sandviken, där intervjuerna till Arbete IV genomfördes. Det är medelstor svensk stad med en tongivande stor metallindustri. Fram till mitten av 90-talet hade staden ett differentierat akutsjukhus, därefter har många av sjukhusets öppenvårdspatienter behandlats vid områdets vårdcentraler

- **Arbete II**

Två apotek från en storstadsregion medverkade, dels apoteket Strömstaren i Mölndal och dels apoteket Biet i centrala Göteborg.

8.2. SAMMANSTÄLLNING ARBETE I-IV

De fyra studierna baseras på fem olika datamaterial, av vilka Arbete I omfattas av en definierad population, från två olika år, 1980 och 2000 (Tabell 2).

Tabell 2. Sammanställning av de fyra arbeten som ingår i avhandlingen

Arbete	I	II	III	IV
Typ av studie	Deskriptiv Prevalens	Deskriptiv Prevalens	Deskriptiv Prevalens Intervention	Kvalitativ intervju
Insamling	En enkät 1980 resp. år 2000	Apotekskunder med recept på två apotek	Patienter med recept Uppföljning 4 v	Intervjuer
Ålder	≥25-≤70 år	Alla åldrar	≥ 18 år	≥45-≤64 år
Deltagare	10,4 % resp. 11,1% av befolkningen	729 personer	Patienter på VC Intervention: 184 Kontroll: 215	10 män med hjärt-kärl-mediciner Diagnos I 10 - I 99-P
Plats	Storvik	Göteborg Mölndal	Storvik	Sandviken
Statistik	Gruppjämförelse Chi-tvåtest	Gruppdata Fisher's test Log.regression	Gruppdata Chi-tvåtest	Ej aktuellt
Individdata	Nej	Nej	Nej	Ja

8.3. ARBETE I

- **Bakgrund**

Enkäten från 1980 utformades i syfte att följa aspekter på befolkningens hälsa och sjukdom över tid, genom upprepade utskick av enkäten. Enkäten med cirka 50 frågor berörde olika områden som; vårdservice, akut och kronisk sjukdom, rökning, motion och bantning samt alternativa behandlingsmetoder. Enkäterna var vid mättillfällena likalydande, vilket gjorde det möjligt att studera förändringar i befolkningens uppfattning av hälsa och sjukdom med 20 års mellanrum. Med vetskap om att följsamheten till läkemedel är lägre vid kronisk än vid akut sjukdom, valdes frågor i enkäten ut, som särskilt berörde långvarig sjukdom.

- **Urval**

Urvalet gjordes 1980 bland de 2 402 personer i åldrarna 25–70 år och år 2000 bland de 2 253 personer i motsvarande åldrar, som var bosatta i samhället. Från dessa grupper gjordes ett slumpmässigt urval av 250 personer både 1980 och

2000 (10,4 respektive 11,1 %). Åldersintervallet valdes för att beskriva den etablerade yrkesverksamma åldern, dvs. den friskaste delen av den vuxna befolkningen. Åldersstrukturen i samhället förändrades mellan 1980 och 2000 så att åldersgruppen 45–54 år ökade, både för män och för kvinnor, samtidigt som gruppen 65–70 år minskade, både för män och för kvinnor. Liknande förändringar sågs i riket i övrigt.

- **Enkäten**

Enkäten var likalydande vid de båda åren men enstaka frågor togs bort eller justerades år 2000, då en del praktiska förhållanden hade ändrats. Frågorna hade slutna svarsalternativ, men möjlighet till fria kommentarer fanns. Med enkäten följde ett informationsbrev samt ett portofritt svarskuvert. Efter tre veckor sändes ett påminnelsebrev till samtliga personer.

Svarsanalys gjordes med avseende på kön och ålder, indelade i 10-årsklasser samt en klass från 65 till 70 år. Antalet personer i befolkningen i motsvarande åldersklasser ändrades inte signifikant mellan 1980 och 2000 bortsett från två klasser – klassen 45–54 år ökade med 111 personer och klassen 65–70 år minskade med 109 personer. Samma förändringar sågs i dessa klasser i hela riket. In- eller avflyttning inom Storvik har varit obetydlig under studietiden. Dåvarande UDAC i Uppsala (Uppsala datacentral) utförde 1980 en omfattande datakörning på materialet och statistiken redovisades som gruppdata. År 2000 användes File-Maker samt Epi-Info vid databearbetningen. Vid jämförelse mellan grupper har Chi-två-test med Yates korrektion använts och vid små tal Fishers exakta test.

8.4. ARBETE II

- **Bakgrund**

Det finns vanligen bara två tillfällen då man som patient kan diskutera sina receptbelagda läkemedel med en professionell person, dels vid läkarbesöket och dels på apoteket. I kliniskt arbete är det därför av värde att veta i hur stor omfattning det är någon annan än patienten som hämtar ut läkemedlen.

- **Urval**

Vid ett apotek i Göteborg och ett i Mölndal registrerade personalen under 13 dagar information om kunder som hämtade ut läkemedel på recept för de tre största läkemedelsgrupperna; infektionssjukdomar, hjärtkärlsjukdomar samt smärtstillande läkemedel. Man registrerade kön, ålder på receptinnehavare och kund i klasser om 10 år, typ av läkemedel som uthämtades samt relationen mellan kund och receptinnehavare. När någon annan person än patienten hämtade ut läkemedel uppskattades kundens ålder.

En kund hade tre alternativ att hämta ut läkemedel; enbart för eget bruk, åt sig själv samt åt en annan person eller bara åt annan person. De uppgifter som registrerades uppfattades som normalt förekommande för apotekspersonalen. Några

identifierbara individdata registrerades ej. Båda apoteken kan anses betjäna en storstadbefolkning. Etisk prövningsnämnd godkände studien.

- **Statistisk analys**

Vid jämförelse mellan grupper har Chi-två-test med Yates korrektion använts och vid små tal Fishers exakta test.

För att ytterligare karaktärisera skillnader mellan manliga och kvinnliga kunder, användes en logistisk regression med kunders kön som beroende variabel och de oberoende variablerna var; kundens ålder, uttag av hjärtkärlläkemedel, antibiotika, smärtstillande läkemedel och "andra" läkemedel.

För att karaktärisera skillnader mellan kunders uttag av specifikt läkemedel eller ej, användes logistisk regression med uttag av specifikt läkemedel eller ej som beroende variabel. Oberoende variabler var: kundens ålder och kön. Fyra regressionsanalyser gjordes: för hjärtkärlläkemedel, antibiotika och smärtstillande samt "andra" läkemedel.

För att karaktärisera skillnader mellan kunders uttag för sin partner eller ej, användes en logistisk regression med uttag för partner eller ej som beroende variabel. Oberoende variabler var kundens ålder och kön.

Slutligen för att karaktärisera skillnader mellan patienters uttag av läkemedel för annans räkning för första gången eller ej användes en logistisk regression med uttag för första gången eller ej som beroende variabel. Tre oberoende klassvariabler var om läkemedlet var ämnat för hjärtkärllsjukdom, antibiotika eller analgetika. En fjärde oberoende variabel var patientens ålder.

Datamaterialet bearbetades i FileMaker och i Epi Info.

8.5. ARBETE III

- **Bakgrund med pilotstudie**

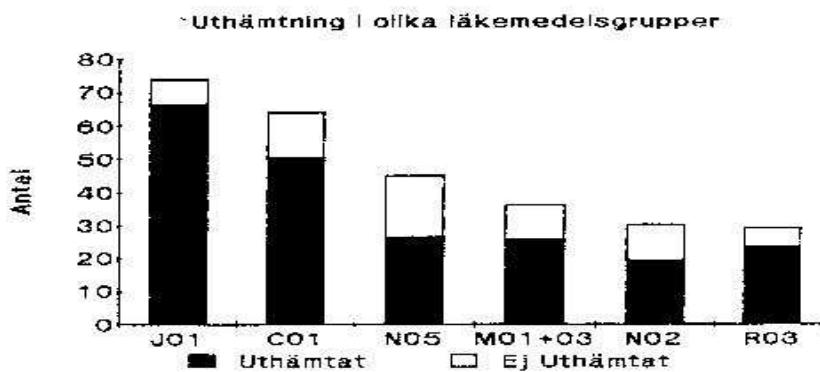
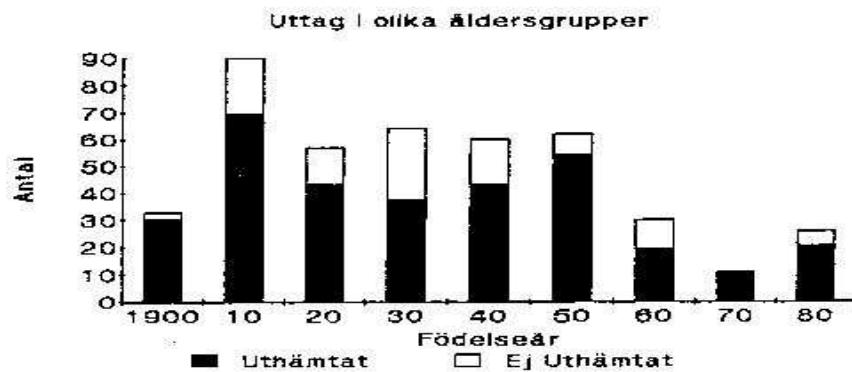
Redan i mars 1991 gjordes en pilotstudie på vårdcentralen i Storvik och som klarlade i vilken omfattning patienterna hämtade ut de av allmänläkarna förskrivna läkemedlen på apoteket (91). Metoden i en modifierad form kom senare att användas i arbete III.

I pilotstudien gjorde vårdcentralens läkare, under en fyraveckors period, kopior av varje utskrivet recept till besökande patienter som var 18 år eller äldre och som fick recept vid läkarbesöket. Kopior sparades på vårdcentralen och kategoriserades enligt ATC-listans indelning. Apoteket i Storvik och tre närliggande apotek var informerade om projektet. Apotekspersonalen registrerade alla recept utskrivna av vårdcentralens läkare från förskrivningsdagen och tre månader framåt. Registreringen gjordes på individbasis.

Storviksborna är trogna sitt apotek, det visste man från en studie gjord av apoteken i Gästrikland i slutet av 1980-talet, som visade att 96 % av alla läkemedel förskrivna för storviksbor hämtades ut vid det lokala apoteket.

Resultaten från pilotstudien (tabell 3) visade att läkemedelsföljsamhet, mätt som uthämtandegrad av läkemedel, varierade med bland annat ålder och ATC-grupp. Patienter i åldrarna 50–60 år hämtade bara ut 2/3 av förskrivna läkemedel under en tremånaders period. Patienterna hämtade ut sina läkemedel ganska snart och endast en handfull av patienterna hämtade sina läkemedel senare än de första veckorna. Vidare var uthämtandegraden av mediciner för sjukdomar i luftvägar och infektioner högre än för hjärtkärlsjukdom. Läkemedel från ATC-grupp N med nervsystemets läkemedel (med bl.a. analgetika, neuroleptika och psykoanaleptika) hämtades ut i lägst omfattning.

Tabell 3. Tabellen anger antalet patienter som hämtat ut förskrivna läkemedel ur respektive ATC-grupp



JO1 = Antibiotika
 CO1 = Hjärta, Kretslopp
 NO5 = Neuroleptika, Lugnande, Sömnmedel
 MO1 + O3 = NSAID, Antireumatica, Muskelavslappnande
 NO2 = Analgetika
 RO3 = Antiastmatica

Pilotstudien utgjorde utgångspunkten i Arbeta III. Frågan uppstod om ett uppföljande telefonsamtal till patienten efter besöket positivt kunde påverka följsamheten till läkemedel, mätt som uthämtandegrad av läkemedel på apoteket. Läkare har olika sätt att kommunicera med patienterna. Det viktigaste informationsutbytet sker vid besöket och samtalet, men i varierande utsträckning använder läkare telefon- och brevkontakter som viktiga komplement, särskilt i uppföljningsfasen av en behandling. Man skulle kunna uttrycka det så att en telefon- eller en brevkontakt är en slags förlängning av patientmötet. Allmänläkare har ofta en ganska intensiv kommunikation och tät relation till befolkningen.

- **Urval**

Studien gjordes under en fyraveckors period i mars/april 1996. Av sekretesskäl kunde man inte på Apoteksbolaget medge att individbaserade uppgifter användes. Studien fick därför baseras på en indelning i 10-årsklasser med avseende på ålder, kön samt att varje patients läkemedeluttag registrerades i ATC-grupper. Varje patient som besökte vårdcentralen fick information om att projektet pågick och att man kunde bli uppringd efter läkarbesöket. En kopia av varje utskrivet recept bevarades på vårdcentralen och kategoriserades enligt ATC-listans indelning. Apoteket i Storvik och de tre närliggande apoteken fick information om projektet. Registreringen gjordes denna gång från förskrivningsdagen och fem veckor framåt, eftersom pilotstudien hade visat att den absoluta merparten av läkemedel hämtades ut de första veckorna efter förskrivningen.

- **Randomisering**

Patienterna randomiserades till två grupper så att patienter med ett jämnt födelseår utgjorde en interventionsgrupp (I-grupp) och patienter med udda födelseår utgjorde kontrollgrupp (C-grupp). Läkarna var ovetande om vilka patienter som hörde till interventions- respektive kontrollgrupp.

- **Intervention**

En sköterska ringde en vecka efter läkarbesöket till patienter med jämnt födelseår, interventionsgruppen. Telefonsamtalet genomfördes enligt en standardiserad mall och liknade den typ av telefonkontakt som ibland genomförs i klinisk praxis. I samtalet ställdes inledningsvis en fråga om hur patienten mådde och sedan följde tre specifika öppna frågor: "Fick du någon medicin vid besöket?", "För vilka besvär fick du medicinen?" och "Har du hämtat ut medicinen"? Någon direkt uppmaning till patienten att hämta ut medicinen gjordes inte, utan man önskade endast en kort kommentar till frågorna. Antalet försök att nå patienten begränsades till fem och samtalen varade i cirka 2–3 minuter.

8.6. ARBETE IV

- **Bakgrund**

I Arbetet III framkom det att män hämtade ut läkemedel vid apoteket i mindre omfattning än kvinnor. En intervention med ett telefonsamtal påverkade inte männens benägenhet att hämta ut sina läkemedel. Den grupp läkemedel som inte uthämtades var särskilt hjärtkärl-läkemedel och män med behov av dessa mediciner blev en naturligt intressant patientgrupp att studera. Ur följsamhetsperspektiv bör den hjärtkärlsjuke mannen få en speciell uppmärksamhet. På basis av erfarenheterna i arbetet III uppstod därför frågor av typ: Hur tänker männen om sin sjukdom och sin medicinering? Hur ser de på sina läkemedel? Hur viktigt är det att medicinera?

- **Om kvalitativ metod**

För att få svar på denna typ av frågor kan lämpligen en kvalitativ metod användas. Den metoden syftar mer till att försöka förstå än att förklara och man vill komma människor nära och få ta del av reflexioner och synsätt som kan finnas bakom ett särskilt handlande. Kvalitativ metod skiljer sig i princip från traditionell kvantitativ metod på ett antal punkter (se tabell 3). Metoderna kompletterar varandra och användes för att belysa olika typer av frågeställningar. Kvalitativa metoder beskriver en subjektivt upplevd verklighet, medan kvantitativa metoder söker att pröva redan antagna begrepp i en verklighet, som man uppfattar som objektiv (92). Den kvantitativa forskningen söker ofta en representativ minipopulation av en större grupp individer och man skall sedan, ofta med statistisk metod, dra generella slutsatser från det representativa urvalet.

I den kvantitativa forskningen talar man om begreppen validitet, reliabilitet och generaliserbarhet som centrala termer. Begrepp inom kvalitativ forskning som motsvarar dessa är trovärdighet (credibility), pålitlighet (dependability) och överförbarhet (transferability). Trovärdigheten (eller den inre validiteten) sammanhänger med om forskarens förståelse är redovisad i rimlig grad och hör också ihop med hur datainsamlingen har skett och vilket urval som gjorts. Generaliserbarheten (eller extern validitet) är inte ett problem på samma sätt som den kan vara i den kvantitativa forskningen (93-94). Man kan efter en kvalitativ studie inte generellt karakterisera en grupp individer i något avseende. Man kan i stället få en ny förståelse av människors upplevelser och erfarenheter av fenomen och nya perspektiv på de företeelser man studerar. Den kvalitativa forskningen är därför ofta hypotesgenererande och kan ge uppslag till nya frågeställningar.

Ett annat begrepp som hör den kvalitativa forskningen till är mättnad. När mättnad är uppnådd innebär det att ett intervju-material i princip rymmer alla väsentliga åsikter/uppfattningar som finns om det fenomen som man vill undersöka. Denna term har ifrågasatts och termen "pragmatisk mättnad" har föreslagits (94). Man har då fått ett rikhaltigt material, tillräckligt för att skapa begrepp och ge tolkningar, som kan kasta nytt ljus över de företeelser som man studerar.

Det kvalitativa materialet insamlas vanligen genom intervjuer (enskilt eller i grupp) eller genom texter (dagböcker, rapporter etc.) eller bandinspelningar (audio eller video). Skriftliga noteringar och noterade iakttagelser i samband med deltagande observation förekommer också. Analysen av det insamlade materialet kan göras på olika sätt. Det finns ett antal metoder som brukas för att utforska de vanligtvis utskrivna texterna.

Grounded theory (GT) är en metod som används för att skapa nya teorier och den utvecklades av Anselm Strauss och Barney Glaser under 60- och 70-talet (95). I GT påbörjas analysen av datainsamlingen redan efter de första intervjuerna och efterföljande datainsamling påverkas av föregående analyser. Glaser ansåg ursprungligen att forskaren skulle angripa sitt område så förutsättningslöst som möjligt, för att därmed minimera risken att förutfattade meningar ska förvränga tolkningen av resultaten. Undersökaren skulle vara "naiv" i sin syn på det fenomen som skulle undersökas. Kvalitativ forskning med hermeneutisk metod fokuserar på en tolkning av de texter, intervjumaterial eller fältanteckningar man fått fram. Några karaktäristiska drag för kvantitativ och kvalitativ metod redovisas i tabell 4 (96).

- **Urval**

Två vårdcentralschefer i Sandviken bistod med rekrytering av männen till Arbete IV. Avsikten med det var att intervjuaren och männen skulle vara obekanta för varandra. Intervjuaren fick av vårdcentralscheferna en lista på 55 män i åldrarna 45 till 64 år som medicinerade med hjärtkärlläkemedel (ATC-grupp C) samt hade en hjärtkärl diagnos (I 10 t.o.m. I 99-P enligt diagnosregistret, 1997). Det var den kategori av män som, enligt studie III, hade en låg uthållbarhetsgrad av läkemedel. Män som också hade andra "tungt" diagnoser, t.ex. epilepsi, astma och diabetes, exkluderades och till sist kvarstod 26 män för en eventuell intervju.

Männen informerades om studien per brev, en och en efterhand, kort före planerade intervjuer och varvid frivilligheten betonades. En person avböjde. I samband med att tid och plats skulle bestämmas per telefon för kommande intervju, fick personerna en ytterligare förfrågan om de ville delta i studien. Alla accepterade då medverkan och tio män kom slutligen att delta och de resterande 15 personerna behövde inte kontaktas. Männen hörde både till arbetargrupp- och tjänstemannagrupp och var aktiva eller pensionerade. De behandlades av fyra erfarna allmänläkare och hade behandlingstider från ett till mer än 20 år, i genomsnitt hade man haft sin hjärt-kärlläkemedel i sju år. Den regionala etiska kommittén gav sitt godkännande till undersökningen.

Tabell 4. Några karaktäristika för kvantitativ och kvalitativ metod

	Kvantitativa metoder	Kvalitativa metoder
Mål	Beskriva – förklara samband – Bevisa en hypotes Kontrollera - mäta – förutsäga	Försöker förstå det specifikt mänskliga Ta del av tankar
Studerar	Studerar det som kan avgränsas och mätas ”objektivt”	Studerar det specifikt mänskliga. Baseras på upplevda erfarenheter
Överför- barhet	Resultaten kan oftast generaliseras till en bakom- liggande större population	Gemensamma drag finns. Viss överför- barhet finns
Helhetssyn	Isolerar en företeelse (atomism)	Ser till helheten-holism
Urval av stickprov	Representativt urval som ger information om en bakom- liggande större population	Informerar medvetet valda. Agera för att få stor spridning. Beskriver teman, mönster, uppfattningar
Kontext	Ser företeelsen som studeras avgränsad - kontextfri	Kontexten har betydelse
Forskarens roll	Forskaren förhåller sig objektiv och är utbytbar, vill minimera sin egen påverkan	Forskaren har en förtroendefull relation till informanterna
Tänkbara resultat	Förutbestämt vilka tänkbara alternativa resultat som finns	Öppenhet inför vad resultatet skall bli
Storlek på "stickprov"	Stickprovsstorlek/Gruppstorlek	Mättnad av information
Utbytbarhet	Forskaren förhåller sig objektiv och är utbytbar	Forskaren har en förtroendefull relation till informanterna och är ej utbytbar
Forsknings- kvalite	Validitet Reliabilitet Reproducerbarhet	Perspektivmedvetenhet = förförståelse Intern logik = Rätt analysmetod God kvalitet = Citat stödjer slutsatser Legitimitet = Slutsats följs i uppsats

- **Intervjuer och analys**

Samtliga intervjuer genomfördes under vinterhalvåret 1999/2000. Intervjuaren har kunskap om intervjumetod sedan tidigare och om ämnet i sig genom erfarenheter från många patientbesök under 25 års tid samt har dessutom tidigare arbetat med kvalitativ metod (97). Varje intervju tog mellan 45 och 90 minuter. Fyra män valde att göra intervjun på vårdcentral, fyra i sina hem och två på sina arbeten.

En temaguide med tre teman utgjorde utgångspunkten för samtalet: "Hur tänker du/känner du inför din sjukdom?", "Vad tänker du om dina mediciner/vad känner du för dina mediciner?" och slutligen "Hur känner du inför/vad tänker du om läkaren och läkarmötet?". I samtalet eftersträvades öppenhet och följsamhet till patientens fortsatta berättelse. Fördjupningar och förtydliganden gjordes, men utan att avvika från patientens egen berättelse. Intervjuerna spelades in på band och skrevs ut ordagrant. Samtalen gick väl att genomföra och efter tio intervjuer var materialet så innehållsrikt att en analys påbörjades.

Intervjuaren läste själv igenom intervjuerna mellan varje samtal, men en textanalys gjordes sedan gemensamt av alla författare i en serie möten tills god samstämmighet uppnåddes.

I analysarbetet arbetades fram först "meningsbärande enheter", som efter tolkningar grupperades i kategorier och sedan i teman. Teman bildar sedan en utgångspunkt för en modell om hur den hjärtkärlsjuke mannen ser på sin sjukdom och sin person. I analysens tidiga fas presenterades de preliminära erfarenheterna vid både nationella och internationella forskningsmöten och synpunkter från dessa diskussioner integrerades också i analysen. I arbete IV benämns, i den engelska versionen, metoden för "modified form of Grounded theory". Någon riktig Grounded theory föreligger således inte – snarare är det kvalitativ deskriptiv metod eller innehållsanalys som har gjorts (98). Dock ger våra teman underlag för en modell som kan ge möjligheter till reflexion och ökad förståelse.

9. RESULTAT

9.1. ARBETE I

Svarsfrekvensen 1980 var 80 % (n=201) och år 2000 var den 78 % (n=195). Männens svarsfrekvens var 1980 76 % (97/127) och kvinnornas svarsfrekvens var 85 % (104/123). År 2000 besvarades enkäten av 73 % (98/135) av männen och 84 % (97/115) av kvinnorna (p=0.04). Andelen svarande män respektive kvinnor i åldersklasserna skilde sig inte åt 1980 respektive år 2000 (Tabell 5,6). Andelen svarande som inte angett ålder skilde sig inte åt för männen (p=0.09), men däremot för kvinnor (p=0.05).

Tabell 5. Svarsfrekvens för män 1980 respektive år 2000

<u>Män</u>	Utskick	Svar	Utskick	Svar	p-värde
Ålder	1980	1980	2000	2000	
25–34	31	23	23	16	0.95
35–44	26	14	27	16	0.90
45–54	18	14	34	17	0.09
55–64	33	25	34	20	0.22
65–	19	16	17	16	0.68
Ej ålder	0	5	0	13	
totalt	127	97	135	98	0.57

Tabell 6. Svarsfrekvens för kvinnor 1980 respektive år 2000

<u>Kvinnor</u>	Utskick	Svar	Utskick	Svar	p-värde
Ålder	1980	1980	2000	2000	
25–34	26	21	22	16	0.75
35–44	26	22	32	24	0.57
45–54	22	18	29	19	0.33
55–64	27	24	22	16	0.28
65–	22	15	10	10	0.069 ¹
ej ålder	0	4	0	12	
totalt	123	104	115	97	0.89

¹ Fisher's exakta test (tvåsidigt)

År 2000 angav dubbelt så många eller 40 % att de led av en kronisk sjukdom jämfört med 1980 ($p=0,0005$). En ökning sågs även bland dem som besökte läkare regelbundet och regelbundet använde mediciner. Andelen personer som använde mediciner för kronisk sjukdom ökade från 19 % till 33 % ($p=0.002$) (Tabell 7).

Tabell 7. Förändringar under 20 år av andelen personer i åldrarna 25–70 år som anger sig ha en långvarig sjukdom

		1980 ¹	2000 ¹	p-värde
”Lider du av någon långvarig sjukdom”? (mer än ett år)	män	21 % (20/97)	41 % (40/98)	0.0037
	kvinnor	25 % (26/104)	38 % (37/97)	0.064
	totalt	23 % (46/201)	40 % (77/195)	0.00054
Följdfråga: ”Anser du dig veta tillräcklig om din sjukdom och behandling”?				
”Har Du regelbunden läkarkontroll”?		13 % (27/201)	26 % (51/195)	0.0022
Andelen personer som har en långvarig sjukdom samt regelbunden medicinering		19 % (38/201)	33 % (65/195)	0.0016
”Har du biverkningar mer än en gång i veckan”?		3,9 % (8/201)	6,6 % (13/195)	0.33

¹ Andel individer som svarat ja på respektive fråga % (antal ja-svar/totalt antal)

År 1980 uppgav 46 personer med kronisk sjukdom att de använde inalles 70 läkemedel eller 1,5 läkemedel per person. År 2000 uppgav 77 personer med kronisk sjukdom att de använde totalt 180 läkemedel eller 2,3 läkemedel per person. Det motsvarar en ökning av antalet läkemedel per person med 53 % under en 20 – års period. Spridningsmått saknas för materialet från 1980, varför det inte går att beräkna huruvida ökningen är statistiskt säker.

På frågan ”Vilka mediciner använder Du regelbundet”? fanns som fasta svarsalternativ: hjärtmedicin, blodtrycksmedicin, diabetesmedicin, psykofarmaka, laxermedel, järnmedicin, analgetika, p-piller samt ”annan medicin”. Andelen personer som angav att de använde läkemedel från de olika fasta alternativen var oförändrade under dessa 20 år. I gruppen ”annan” medicin ökade dock antalet personer från 16 till 35 ($p=0.005$) (Tabell 8).

Tabell 8. Antal långvarigt sjuka som 1980 respektive 2000 svarade på frågan: Vilka mediciner använder Du regelbundet?

	<u>1980 N=201</u>	<u>2000 N=195</u>
Hjärta	15	12
Blodtryck	23	29
Diabetes	1	6
"Nerv"medicin	10	9
Laxermedel	3	0
Järnmedicin	2	2
Smärtmedicin	7	15
Annan medicin	16	35

Patienterna ombads även att namnge sina mediciner: "Vad heter dina mediciner?" År 2000 omnämndes läkemedel som inte förekom 1980. Dessa gällde särskilt lipidsänkande läkemedel, nya antidepressiva läkemedel, nya antihypertensiva läkemedel, viktreducerande läkemedel, trombolytiska substanser (ASA) och östrogen.

9.2. ARBETE II

I arbete II registrerades 729 kundbesök, av vilka drygt 40 % (313) var män och knappt 60 % (416) var kvinnor. Den största gruppen var av personer i 50–59 års ålder, både för kvinnor och för män. Man fann ingen skillnad mellan andelen män respektive kvinnor i åldersklasserna (Tabell 9).

Tabell 9. Ålder och kön på apotekskunder(N=729)

Ålderklass	Män	Kvinnor
<20	7	4
20–29	29	33
30–39	30	49
40–49	39	49
50–59	74	101
60–69	68	73
70–79	43	55
≥ 80	18	27
Total	313	416

Mäns respektive kvinnors mönster för uthämtande av receptbelagda mediciner skiljer sig inte åt ($p=0.25$), (Tabell 10). Vid 24 % (172/729) av alla apoteksbesök hämtade kunden ut ett eller flera läkemedel åt någon annan person avseende ATC-grupperna C, J eller M/N. Av alla kundbesök angående hjärt-kärlsjukdom var 20 % för annans räkning och motsvarande för infektioner var 24 % samt för analgetika 25 %.

Tabell 10. Apotekskund fördelat på kön samt uttag för egen och/eller annans räkning

Läkemedelsuttag	Män	Kvinnor
För eget bruk	73 % (230/313)	79 % (327/416)
Bara för annan	23 % (71/313)	19 % (78/416)
Eget samt annan	3,8 % (12/313)	2,6 % (11/416)

- **Könsskillnader vid uttag av läkemedel för egen räkning**

Män hämtade ut antibiotika (ATC-J) åt sig själva i lägre omfattning än kvinnor (24 % versus 33 %, $p=0.0075$) och detta förhållande gällde även läkemedel från analgetikagruppen (24 % versus 31 %, $p=0.024$). Män hämtade däremot ut hjärt-kärlläkemedel åt sig själva i större omfattning än kvinnor (24 % versus 31 %, $p=0.019$). Efter justering för patientens (= kunden) ålder kvarstod att män mer sällan än kvinnor hämtade ut antibiotika (OR 0.55, 95 % CI 0.37–0.82, $p=0.0035$) och analgetika (OR 0.61, 95 % CI 0.42–0.91, $p=0.014$) för eget bruk.

- **Den typiske kunden som gör uttag av specifikt läkemedel för egen räkning**

Uttag av antibiotika gjordes mindre ofta av äldre män (OR 0.62, 95 % CI 0.44–0.87, $p=0.0061$) och företrädesvis av yngre kunder ($p<0.0001$). Hjärtkärlläkemedel hämtades ut i större omfattning av manliga kunder (OR 1.5, 95 % CI 1.1–2.2, $p=0.020$) och framförallt av äldre kunder ($p<0.0001$). Analgetika hämtades ut i mindre omfattning av män (OR 0.71, 95 % CI 0.51–1.0, $p=0.047$).

- **Uttag av läkemedel för någon annans räkning**

Kvinnor och män hämtade ut läkemedel för andra personers räkning i samma omfattning (21 % versus 27 %, $p=0.13$). Manliga kunder hämtade ut läkemedel för kvinnliga patienter oftare än vad kvinnliga kunder hämtade ut läkemedel åt manliga patienter (18 % versus 11 %, $p=0.012$). Män hämtade mediciner för sin partner oftare än vad kvinnor gjorde (12 % versus 7,0 %, $p=0.012$). Den tredje största besöksgruppen för annan persons räkning var föräldrar som hämtade ut läkemedel åt sina barn. Dessa besök utgjorde 5 % av alla kundbesök (35/729)

och det fanns ingen skillnad vad gäller uthämtande av läkemedel för döttrar eller söner. Barns uttag av läkemedel för sina föräldrars räkning utgjorde 2 % av alla besök (15/729). Söner hämtade ut signifikant mer läkemedel åt sina fäder än vad döttrar gjorde för sina fäder (7 versus 1, $p=0.013$, Fishers exakta test).

Ytterligare analys med logistisk regression inkluderande kundens ålder visar att män oftare än kvinnor hämtade ut läkemedel åt sina partners (OR 1.9, 95 % CI 1.1–3.2, $p=0.016$) och att äldre kunder oftare än yngre hämtade ut läkemedel för sina partners ($p=0.0038$). Den typiske kunden som hämtar ut läkemedel åt sin partner är således en äldre man.

När det gällde antibiotika köpte kunderna ut sådant för egen del i 75 % av besöken (210/729) och för andras räkning i 24 % (67/277) och av dessa uttag i sin tur, var nästan hälften (43 %, 29/67) ämnade för barn under 19 år. Avseende uttag av läkemedel för hjärtsjukdom hämtades dessa ut för eget bruk i 80 % av besöken (196/244). Resterande 20 % var för annans räkning och vid dessa uttag var patienten i 80 % av fallen (38/48) äldre än 60 år. Vad gäller uttag av analgetika, köpte kunden ut detta för eget bruk i 75 % av besöken (201/268).

- **Uttag av läkemedel för första gången för någon annans räkning**

Av alla besök för någon annans räkning gällde 20 % (34/172) uttag av läkemedel som avsåg att brukas av patienten för första gången. I 40 % (13/34) av dessa besök var medicinen avsedd för barn under 19 år. Läkemedel som togs ut för första gången och ämnade för annan än kunden var framförallt förskrivna till yngre personer ($p=0.041$) och gällde ofta antibiotika (OR 9.1, 95 % CI 1.4–60, $p=0.022$) eller analgetika (OR 9.1, 95 % CI 1.5–54, $p=0.015$).

9.3. ARBETE III

- **Påverkan på patient**

I Arbeta III besökte 489 patienter vårdcentralen under studietiden. Av dessa erhöll 402 patienter recept på ett eller flera läkemedel. Tre patienter avböjde medverkan i studien. Av kvarvarande 399 patienter randomiserades 184 patienter till interventionsgruppen och 215 patienter till kontrollgruppen. Man kunde nå 178 (97 %) patienter i interventionsgruppen per telefon. Kvinnorna dominerade i båda grupperna och utgjorde 70 % i interventionsgruppen och 62 % i kontrollgruppen. Ingen statistiskt signifikant skillnad avseende könsfördelningen mellan grupperna påvisades.

Av de 399 patienter som fick recept av läkaren besökte 362 (91 %) apoteket och hämtade ut ett eller flera av sina läkemedel. De flesta 345 (95 %) vände sig till apoteket i Storvik medan några få 17 (5 %) gick till närliggande apotek. Kvinnorna besökte apoteken för att hämta ut läkemedel i högre utsträckning än män, såväl i kontrollgruppen ($p=0.023$) som i interventionsgruppen ($p=0.0003$).

Vi kunde inte visa att vi med ett telefonsamtal kunde påverka andelen män att besöka apoteken för att hämta ut sina läkemedel. Däremot fann man att kvinnor-

na i interventionsgruppen i en större andel besökte apoteken för att hämta ut läkemedel jämfört med kontrollgruppen ($p=0.016$). Totalt sett var det fler patienter i interventionsgruppen som hämtade ut sina preparat jämfört med kontrollgruppen, ($p=0.023$), (Tabell 11).

Tabell 11. Andelen patienter som hämtade ett eller flera läkemedel i kontroll respektive interventionsgrupp

	<u>Intervention grupp</u>			<u>Kontroll grupp</u>		
	Kvinnor	Män	totalt	Kvinnor	Män	Totalt
Antal patienter	122	62	184	127	88	215
Hämtar ut läkemedel n ¹	121	53	174	117	71	188
Hämtar ut läkemedel %	99	85	95	92	81	87
Ålder medelvärde	59	59	59	56	58	57

¹ n=Antal

- **Uthämtade läkemedel**

Vid den statistiska bearbetningen var det inte möjligt att koppla ihop uthämtade läkemedel med rätt patient (beroende på apotekets sekretessregler). Istället för att studera antalet personer som besökt apoteket, gjordes en analys av antalet läkemedel som hämtades ut. Då fann vi att interventionsgruppens män hämtade ut 80 % (80/100) av sina läkemedel medan motsvarande siffra i den manliga kontrollgruppen var 74 % (111/150). För kvinnor var motsvarande siffror 89 % (177/199) respektive 87 % (169/194).

Av de 643 utskrivna läkemedlen tillhörde de flesta, 20 % (129/643) ATC-C-gruppen. Andelen uthämtade ATC-C-läkemedel var 66 % (85/129) vilket var lägre än de 88 % (452/514) av övriga läkemedel som hämtades ut ($p=0.001$). Män hämtade ut sina ACT-C läkemedel i ännu lägre grad. Endast 56 % (20/36) av männen i kontrollgruppen hämtade ut sina ACT-C-läkemedel.

9.4. ARBETE IV

Vid analysen av intervjuerna utkristalliserades sex teman. Dessa kom att utgöra underlag för en teoretisk modell, som utvecklades i den serie möten med diskussioner, som fördes författarna emellan. Denna modell har också diskuterats vid seminarier och på konferenser.

- **Temän**

Sjukdom – mekaniskt fel. Männen uppfattar att sjukdom är något man ”drabbas” av och är något som kan mätas och talas om i objektiva termer. Man uppfattar kroppen som en apparat som kan repareras. ”... *det måste ju vara någon kanal till hjärtat som är tillsluten eller jag har ett ärr, för det har de visat mig på EKG ...*”; ”... *Jag har en mor som haft högt blodtryck och far hade för lågt blodtryck. Jag tänkte att jag kunde få mitt i mellan då...*”.

Förebild – den starke. Det finns en uppfattning att om man är sjuk är man inte en riktig man. Man måste tåla en del för att bli uppfattad som en man. Man skall kunna ”jobba hårt”. ”... *Byggnadsjobbare ska vara så duktiga vet du... Ja, de ska vara värst varenda en, vet du*”.

Medicinering – en rit. Medicinerna tas ofta ritualiserat och rutinmässigt och till synes oreflekterat. Ofta är det hustrun som ser till att mannen tar sina mediciner. ”... *Jag har en sambo som manar på mig...*”; ”... *När jag tagit medicin så har det gått två minuter, sen har jag glömt det...*”.

Hjälpjag. Det finns ofta en eller flera viktiga personer i patientens närhet, vanligtvis en anhörig, som utgör ett slags ”hjälpjag”. Mannen överlämnar sin sjukdom i någon annans händer, hustrun, dottern eller sonen. Läkaren är också en viktig person som ”tar hand om” patienten. Man vill ha en läkare ”som man kan prata med” och som man har träffat förut och litar på - det ger trygghet och tillit. ”... *Ja, Kerstin har reda på dom..., på morgonen får jag ett piller...*”; ”... *Man förlitar sig helt på läkaren...*”.

Insjukandet – ett livsdrama. Händelser som är laddade med dramatik och starka upplevelser har ett särskilt inflytande och påverkan på männens attityd till sjukdomen. Man återkommer gärna till omständigheter som har stor inverkan på sjukdomens förlopp och karaktär. ”... *Jag konditionstränade löpning och fick en enorm huvudvärk ... så tog de ett blodtryck och då hade jag det, ett högt undertryck...*”.

”*Allt eller intet*” – Livsstilsförändringar kan vara svåra att genomföra när det gäller att bryta ett uttalat vanebeteende, men när livsstilsförändringar väl genomförs sker det oåterkalleligt och till synes utan vända eller inre strid. ”... *Då fick jag det svaret av honom. Ja, du vill bara bli 60 år du då, sa han? Då förstod jag innebörden...*”; ”... *Ja, det blev jag och så slutade jag röka och vart väl väldigt rädd utav hela den här historien...*”.

- **Kroppens och tankens stumhet**

Ett drag vid samtalen med männen var deras relativa stumhet och fåordighet. Reflexioner, tvivel och ifrågasättanden var ovanliga. Det var svårt för männen att benämna och beskriva upplevelsen av att vara sjuk och att vara beroende av mediciner. Sällan framkom någon rädsla eller oro inför sjukdomens eventuella konsekvenser och tankar på döden uttrycktes sällan. Drömmar, längtan eller förhoppningar uttrycktes sparsamt och bara som sakliga konstateranden. ”... *Får man vara frisk, då är det väl inga problem...*”.

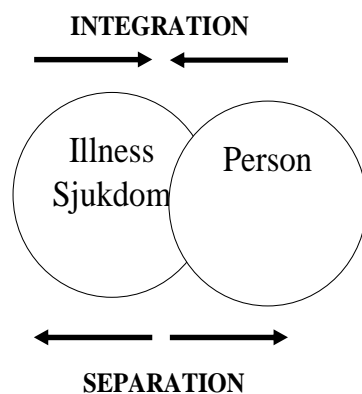
- **Teoretisk modell**

Den hjärtkärlsjuke mannen tycks göra en åtskillnad mellan sig själv och sin sjukdom. Sjukdomen är svagt integrerad och förefaller leva ett eget liv och sköts och vårdas genom andras försorg. Mannens egen insats är begränsad. Sjukdomen uppfattas som ett tekniskt fel, något som kan kontrolleras med prover och som kan behandlas med ett särskilt medel – ofta mediciner. Läkareundersökningen beskrivs liksom en bilprovning, som en teknisk genomgång och med analys av ett antal prover.

Den känslomässiga stumhet som utvecklades i den hjärtkärlsjuke mannens sätt att beskriva sig och sin sjukdom i intervjuerna påminner om vissa drag som i litteraturen beskrivits som *alexitymi* – svårigheter att benämna känslor.

I den teoretiska modellen som presenteras (figur 2) redogörs för faktorer, som kan ha betydelse för integrationen av person och sjukdom, medan andra faktorer kan ha en separerande verkan.

- Hjälpjag – anhörig, läkare
- Livsdrama
- Medicinering - informativ, stödjande



- "Allt eller intet"
- Sjukdom som ett mekaniskt fel
- Förebild – den starke
- Medicinering – en rit, oreflekterat

Figur 2. Teoretisk modell med faktorer som kan ha betydelse för integration respektive separation av person och sjukdom för män med hjärtkärlsjukdom

10. DISKUSSION

10.1. METODFRÅGOR

- **Generaliserbarhet**

Generaliserbarheten begränsas möjligen av undersökningsmaterialens storlek och av att flera av studierna görs i en och samma lokalbefolkning. I Arbete I, som genomfördes i Storvik, är resultaten dock både förväntade och tydliga och därmed trovärdiga. I Arbete III, också från Storvik, är resultaten inte så entydiga men rimliga. För dessa två studier bör generaliserbarheten ändå begränsas till landsorten och mindre städer. Resultaten från dessa delarbeten kan inte säkert generaliseras till storstadsregioner. Arbete II genomfördes i en storstad och försiktighet bör råda vid försök att generalisera till landsortsbefolkning. För sistnämnda befolkning är avståndet till apotek ofta längre, vilket ibland medför att någon annan än patienten hämtar ut läkemedlen.

- **Arbete I**

I enkäten användes orden ”*lida*” och ”*regelbunden*”. Ordens innebörd kan ha förändrats under 20 år. ”*Lida*” kan ha förlorat något av sin ursprungliga starka karaktär. Förr hade begreppet betydelsen att ha en svår sjukdom, att vara drabbad. Nuförtiden har ordet mer innebörden av att man ”har” en sjukdom, men att man därmed inte nödvändigtvis lider av den. Men man får ändå fortfarande anse att ”*lida*” av en sjukdom står för något mer än att bara ”ha” en sjukdom. Hur de personer, som svarar jakande på frågan, för övrigt upplever sin sjukdom kan vi inte uttala oss om. ”*Regelbundet*” innebär något återkommande, något man gör gång på gång. Det säger dock inget om intensiteten, bara hur ofta något sker, det kan vara en gång per dag eller en gång per månad. Ordens valör torde dock under 20 år inte ha ändrats till den grad att det kan ha påverkat resultaten i avgörande grad.

Att som läkare/forskare både ha bott och verkat i ett litet samhälle, och därmed ha varit en känd person vid tiden för undersökningarna, kan ha påverkat svarsfrekvens och svars kvalitet. Man kan som respondent ha upplevt det som möjligt att bli identifierad. Det var ett av skälen till att enkäterna 1980 och år 2000 var helt anonyma. Nackdelen med anonymiteten var att ingen bortfallsanalys kunde göras. Det ursprungliga datamaterialet från 1980 förstördes oavsiktligt, varför ålderstandardisering och mer avancerad statistisk bearbetning av materialen inte kunde genomföras.

- **Arbete II**

Eftersom vi inte ville störa interaktionen mellan apotekaren och kunden efterfrågades inte exakt ålder på kunden. Farmaceutens skattning av kundens ålder kan naturligtvis ha varit en liten felkälla.

- **Arbete III**

En viktig faktor för hur resultaten skall tolkas är frågan om vad som sades i telefon mellan sköterska och patient en vecka efter receptförskrivningen, eftersom samtalet var ämnat att efterlikna ett autentiskt kliniskt telefonsamtal. Interfolierat i samtalet fick patienterna frågan: ”Fick du någon medicin vid besöket?”, ”För vilka besvär fick du medicinen?” och ”Har du hämtat ut medicinen?” Någon uppmaning att hämta ut läkemedel förekom inte. Två faktorer kan ha påverkat följsamhetsresultaten så att interventionens effekt reducerades. Båda grupperna fick vid besöket, genom en broschyr, information om studien. Den åtgärden kan ha gjort att båda grupperna blev mer benägna att hämta ut läkemedel. Vidare nåddes inte sex personer per telefon, vilket kan ha medfört att telefonsamtalet fick en något begränsad effekt på interventionsgruppen som helhet.

- **Arbete IV**

Intervjuaren har erfarenhet av kvalitativ forskningsmetod (97). En lång yrkeserfarenhet som allmänläkare kan vara både en tillgång och ett hinder såväl i intervjusituationen som i analysarbetet. Läkarens egna värderingar och subjektivitet kan vara styrande i analysarbetet och kan göra att sådant som inte stödjer egna uppfattningar utelämnas. Det kan ge en snedvriden bild av de studerade fenomenen och måste erkännas och hanteras i analysen av data. Subjektiviteten kan också vara en tillgång. Intervjuarens förtrogenhet med ämnesområdet och kontexten gör att fynd och iakttagelser omedelbart sätts i relation till verkligheten och realitetsprövas. Det bidrar till ökad relevans när fördjupande frågor ställs.

10.2. SAMHÄLLSPERSPEKTIVET

En viktig orsak till ett växande behov av sjukvård och ökad läkemedelsförskrivning i Sverige, liksom i andra länder, är en åldrande befolkning med multisjuka personer. Att kontrollera för riskfaktorer för sjukdom har också ökat i omfattning. Med en sådan möjlig utveckling är det angeläget att läkare och patient gemensamt kan komma fram till vad som är betydelsefullt i behandlingen, inte minst när den avser läkemedel. De hälsomässiga vinster som man får, genom att t.ex. påverka riskfaktorer, måste ställas i relation till vilka konsekvenser en ökande omfattning av riskbehandling får för patienter, vård och samhällsekonomi. Effekter kan vara att fler människor upplever sig som sjuka med allt vad det innebär, att sjukvårdens resurser inte utnyttjas optimalt och att kostnaderna blir alltför stora. Studier som undersöker den typen av frågeställningar är inte gjorda

i någon större omfattning (52, 99). Vikten av följsamhet till väsentliga läkemedel bör prioriteras, i förhållande till behandlingen av mindre viktiga tillstånd.

10.2.1. More illness and less disease

- **Att vara frisk med risk**

Begreppet sjukdom har blivit mindre entydigt de sista decennierna. Tidigare var sjukdom ofta ett synligt tillstånd och gränsen mellan friskt och sjukt mer tydligt. Nu har begreppet riskfaktor introducerats. Riskbehandling är en strategi som är skild från den kurativa medicinen, där patienten aktivt söker upp vården för att få hjälp med aktuella besvär och problem. Så är vanligen inte fallet med riskbehandling. När risken att insjukna kan påverkas har läkemedelsbehandling av risker fått en expanderande karaktär. Riskforskningen har också ökat kraftigt och möjliggjorts genom epidemiologiska och raffinerade statistiska metoder och med hjälp av den avancerade datorteknik som nu kan hantera stora siffermaterial (23, 100). Frågan är om man kan betraktas som sjuk i medicinsk mening om man har en förhöjd risk, t.ex. om man har förhöjt blodtryck, högt serumkolesterol eller är överviktig.

Det är inte avhandlingens avsikt att djupare gå in på frågan om hur det kommer sig att utvecklingen gått mot ett ökande risktänkande. Men konsekvenserna av denna medvetenhet om risker och dess medicinska betydelse kan ge påtagliga följder. En del forskare och läkare förespråkar behandling med intervention och farmakologisk behandling av olika riskfaktorer i befolkningen (102). I Trøndelag i Norge applicerade en forskargrupp "European guidelines on cardiovascular disease prevention" på befolkningen. En sådan rekommendation skulle innebära att 75 % av den vuxna befolkningen skulle vara "at risk" och dessa skulle behöva föreslås läkarkontroller och behandling. Detta skall ses mot bakgrunden av att befolkningen i denna del av Norge torde höra till de friskaste i världen (102). Läkemedelsförskrivning för riskfaktorer blir beroende av de behandlingsnivåer som man bedömer som lämpliga för tillståndet.

Våra resultat i Arbetet I antyder att det finns tecken på att en ökad riskfaktorbehandling, som den beskrivs i Trøndelagsstudien, redan har fått sitt genomslag i ett mindre samhälle. Fler av de personer som var långvarigt sjuka år 2000 jämfört med 20 år tidigare, nämnde ett stort antal läkemedel mot förhöjda risker; höga blodfetter, högt blodtryck och substitutionsbehandlingar.

Det är angeläget att man i samhället diskuterar när det är individuellt lämpligt och även ekonomiskt försvarbart att inleda en farmakologisk behandling vid risk för sjukdom. Den hälsoekonomiska diskussionen är viktig, men rymmer inte i avhandlingen, ej heller de etiska problemställningar som medföljer en expanderande läkemedelsbehandling av sjukdomar och mänskliga åkommor. Med många dokumenterade riskfaktorer kan det t.ex. uppstå svårigheter med att teckna försäkringar och försäkringspremierna blir högre.

Linn Getz, norsk allmänläkare, skriver i sin avhandling från 2006: "...in order to preserve the dignity of our patients, the quality of medical care, and – as a logical consequence – people's trust in the medical profession, primary health care physicians should remain committed first to responding adequately to patient's expression of experienced problems or wishes in terms of medical assistance. Only thereafter does it appear reasonable to prioritise well documented, costeffective and safe preventive activities within the limits of available resources" (103). Hon representerar således en mera återhållsam attityd och framhåller vikten av försiktighet vid preventiva aktiviteter och riskfaktorbehandling.

- **Att främja hälsa salutogent eller farmakologiskt**

Primär prevention, i mer historisk bemärkelse, har haft en salutogen utgångspunkt. Man försöker påverka salutogena faktorer i människans livsstil och inriktar sig på att förmå befolkningen att förändra sättet att leva, främst vad avser kost, motion, tobak, droger och alkohol – att förhindra att sjukdom uppstår (104-105). På senare år har man introducerat en form av farmakologisk primär prevention, varvid man på medikamentell väg vill minska risken för förtida insjuknande genom att påverka riskfaktorer för sjukdom.

Oklarhet kan då uppstå om vad man menar med primär prevention. Ambitionen, i båda fallen, är att minska framtida sjuklighet och död, men att det sker med olika metoder och förhållningssätt bör markeras. För att skilja dessa olika sätt att påverka hälsofaktorer skulle man kunna etablera begreppet *primär farmakologisk prevention* för de åtgärder som vidtas för att med läkemedel minska en specifik hälsorisk och mer konsekvent använda begreppet *primär salutogen prevention* för att rubricera klassiskt livsstilsförändrande primärpreventiva åtgärder. En sådan distinktion kan kanske förtydliga för patienten, att det finns andra sätt än med läkemedel, att påverka en risk för sjukdom.

10.2.2. Att tala om risk och att leva med risk

- **Att tala om risk**

I samtalet mellan läkare och patient måste man bli överens om vad som skall behandlas och hur. I de flesta fall är det inte svårt (se kapitel 7.1.2).

Men med riskdiskussionen är det annorlunda. Läkaren bör då ha bra förklaringsmodeller och en särskild pedagogisk talang 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, bevisar inte att läkemedlet varit ineffektivt. Patienten hade kanske ändå fått en infarkt.

Score och NNT är etablerade begrepp, som används för att kvantifiera och tydliggöra risk för sjukdom. Kanske vore det värt att utöver risk också tala om

chans. Det är känt att patienten fattar olika beslut beroende på hur risker presenteras (54).

Risk eller chans – I sjukvården talar man oftast om risker, men man kan vända på riskkalkylen och tala om chans istället. Om antalet dödsfall i hjärtkärlsjukdom minskar under viss tid med tillägg av ett specifikt läkemedel från exempelvis 2/100 patienter till 1/100 patienter, kan man säga att man minskar risken att avlida i en hjärtkärlöd med 50 %. Men chansen att klara sig undan en hjärtkärlöd är redan från början så stor som 98 % och ökar med bara en procentenhet med medicintillägget, till 99 %. Patienten väljer olika beroende på hur en och samma risk/chans presenteras, så kallad framing. Att uttrycka en sannolikhet som en chans upplevs som mindre hotfullt (106).

Lotteri – En metafor kan tydliggöra riskstorleken för hjärtkärlsjukdom för t.ex. en 50-årig rökande man med normalt EKG och blodtryck så här: ”Av hundra personer som du, kommer 9 att utveckla hjärtkärlsjukdom inom 10 år, 91 kommer inte att göra det. Jag kan inte säga om du kommer vara bland de tio eller en av de 91. Om du slutar röka hamnar du i en annan grupp. Av 100 personer i en sådan grupp kommer 6 att utveckla hjärtkärlsjukdom, 94 kommer inte att göra det och jag vet fortfarande inte om du är en av de 6 eller en av de 94”. Ett annat sätt är att jämföra med en lotteritrumma, som innehåller antingen 94 vinstlotter och 6 nitlotter eller 91 vinstlotter och 9 nitlotter. Patienten får välja från vilken låda han vill dra sin lott (107).

Det är inte lätt för den enskilde patienten att värdera innebörden av NNT eller vad en rent statistisk riskminskning på en eller annan procent betyder om man påbörjar en medicinering. Den enskilde patienten har också svårt att värdera meningen med risk och tenderar att övervärdera risker (108). Vidare är det inte heller helt enkelt för läkaren att ta ställning till en behandling i det enskilda fallet. Behandlingsresultaten såsom de visar sig på befolkningsnivå, i praktisk verksamhet är vanligtvis sämre än de som redovisas i studier och som utgör underlag för läkarens beslut. Från befolkningsnivå blir NNT därför mycket högre än vad NNT blir för den enskilde patienten (109).

Vilket eller vilka sätt man väljer att förklara risk på, får konsekvenser för hur patienten sedan väljer att göra. Att uttrycka risken på flera sätt; både i relativa och i absoluta termer samt också i ett ”chans”-resonemang, kan vara en väg att skapa förståelse. I intervjuerna i Arbete IV, framkom att det hos den hjärtkärlsjuke mannen fanns ett mekanistiskt synsätt, något av ett apparattänkande runt sjukdomen. Det kan vara en fördel att i vissa situationer ha i åtanke en konkret och realistisk informationsvariant. Kanske just ett ”lotteri”-resonemang då för somliga kan åskådliggöra risk. Andra typer av metaforer kan också fungera.

Komplexiteten i riskvärdering är följaktligen påtaglig och patienterna måste involveras i hög utsträckning när det gäller beslut om deras behandling. I annat fall blir följsamheten låg. Bättre pedagogiska grepp och verktyg behöver utformas för att man skall kunna samtala på ett begripligt sätt om läkemedel och risker. Man ska som patient kunna säga nej eller att välja att behandla en risk, men

det måste ske utifrån en egen verklig förståelse av riskens innebörd och storlek (110).

Effekten av riskbehandlingen är otvetydigt god vid sekundär prevention, dvs. när en patient behandlas med en hög risk för sjukdom eller en patient som redan har en manifest sjukdom. Det är dock en relativt individuell fråga för varje läkare, när det är fråga om hög risk eller rent av sjukdom i det enskilda patientfallet.

- **Att leva med risk eller sjukdom**

Det talas lite om vilka effekter en riskdiskussion och en riskbehandling får för den enskilda patienten och 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, blodfetterna har fått ett värde, påverkas patienten av den kunskapen. Denne kan uppleva en osäkerhet och oroas av tankar om ett hotande sjukdomstillstånd i förlängningen (99). Det finns sedan många år en livlig diskussion inom läkarkåren om detta etiska dilemma. Vad får det för konsekvenser om man ”stämplar” friska individer som ”sjuka” genom att utföra screening av olika slag (51, 100)? Vad är en risk – hur förstår man och värderar man en sjukdomsrisk? Eller uppfattar man det som om man har fått en risksjukdom? Susanne Reventlow menar att en patient, som har en risk, kan uppfatta den risken som om det vore en sjukdom (111). En ökad riskmedvetenhet förändrar inte bara patientens sätt att tänka, utan också synen på den egna identiteten och hur man ser på livet.

Filosofen Svenaeus talar om att ha en sjukdom är som att uppleva att man inte känner sig hemma i sin kropp: ”illness as unhomelike being-in-the-body”, vilket ger upphov till hjälplöshet, brist på kontroll (112). Om det är så att man med läkemedel, av mer eller mindre viktigt slag, skapar en känsla av sjuklighet och främmande känsla, bör omfattningen av detta fenomen beaktas och utforskas ytterligare.

I Arbete I framkom att nära 40 % av den yrkesaktiva befolkningen år 2000 angav sig lida av en långvarig sjukdom jämfört med 23 % år 1980. Under motsvarande period minskade samtidigt dödligheten i hjärtkärlsjukdom i den industrialiserade världen. I Sandvikens kommuns (Storvik utgör cirka 10 % av Sandvikens befolkning) sjönk hjärtkärl dödligheten för män i åldrarna 15–74 från 40 till 30/100 000 invånare och år och för kvinnor från 17 till 12/100 000. Dessutom ökade medellivslängden både för män och för kvinnor. Man skulle kunna göra gällande att dessa förändringar beror på en ökad läkemedelsanvändning och riskbehandling. Mot detta talar att man redan i början av 70-talet kunde konstatera att de stigande dödsiffrorna i hjärtkärlsjukdom i västvärlden började plana ut, för att vara nere på 40-talets nivå i mitten av 90-talet. Riskbehandlingen var då ännu i sin linda. Det är tveksamt om man kan förklara dessa förändringar genom en ökad användning av läkemedel i befolkningen. Bättre akut omhändertagande på sjukhusen har haft viss betydelse, men sannolikt har framförallt om-

givningsfaktorer som berör livsstil som kost, motion och tobaksbruk samt andra levnadsomständigheter spelat större roll (113-114).

Vilka konsekvenser får man på befolkningsnivå i form av oro, osäkerhet och sjukdomskänsla hos människor, om alltfler risker uppmärksammas och behandlas? Vet vi verkligen att de medicinska effekter, på befolkningsnivå, som man vill uppnå i form av minskad sjuklighet och dödlighet, överstiger de psykologiska bieffekterna i befolkningen? Lisbeth Sachs, medicinsk socialantropolog, skriver; "...The ambition to secure a healthy society, through the detection of early disease, may have the opposite effect" och hon ställer sig frågan om det finns en preventionens patologi (40).

10.3. INDIVIDPERSPEKTIVET

10.3.1. Faktorer som påverkar patientens följsamhet

Att ha en risk för sjukdom, att vara sjuk och att 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 ej. Läkarens betydelse för patientens följsamhet är sannolikt överskattad. Många andra aspekter vägs in i patienten val. Dock, för vissa patientkategorier kan läkaren vara mer betydelsefull, som det beskrivs t.ex. i Arbete IV.

Medicinen – Obehagliga verkningar och biverkningar, reella eller inte, kan få patienter att sluta med sina mediciner. I randomiserade kontrollerade studier upplever 25 % av försökspersonerna sig ha icke läkemedelsrelaterade biverkningar och dessa är lika omfattande som de läkemedelsutlösta bieffekterna vid behandling av kronisk sjukdom (115).

Anhöriga – Ofta finns en nära anhörig, det kan vara maken, hustrun eller barnen, som stödjer en medicinering, men som också kan vara kritiska till patientens medicinering. För hjärtkärlsjuka män, som beskrivs i Arbete IV, är hjälpjaget viktigt. Det finns en hustru/sambo eller dotter/son, som ser till att medicinering sköts regelbundet.

Sjukdomen – Sjukdomen och dess symtom är kanske mest vägledande för hur patienten ställer sig till sin medicinering. Patientens besvär upplyser henne eller honom om hur hon/han skall göra. Om man mår bra, så behöver man inga mediciner. Mår man sämre tar man medicinen ett tag igen (30). För män med hjärtkärlsjukdom visade vi i Arbete IV på en teoretisk modell där mannen tycks göra en åtskillnad mellan sig själv och sin sjukdom. Sjukdomen är svagt integrerad och förefaller leva ett eget liv och sköts och vårdas genom andras försorg. Läkaren kan i sådana fall ibland stå för en ökad kontakt med patienten genom tättare återbesök eller telefonsamtal.

Ekonomi – Pengar kan vara avgörande. Har man dålig ekonomi kan man inte köpa den medicin som doktorn förskrivit. Man får vänta till dess man får avlöning.

Media – Massmedia påverkar allmänheten. I t.ex. kvällspress publiceras ofta forskningsresultat långt innan de har granskats i vetenskapliga sammanhang och innan läkaren har hunnit ta del av fakta. Inte sällan får läkare förklara pressens, ibland negativa artiklar och löftesrika reklam eller hoppingivande TV- och radioprogram. Patienten inhämtar information på egen hand via t.ex. Internet, vilket kan skapa en osäkerhet om värdet av att ta läkemedel.

Vardagens villkor - Att vara sjuk, att ha en sjukdom, är för patienten också en social och kulturell fråga. Marianne Hansson Schermans (30) studie av astmapatienter visade att patienter hanterar sina sjukdomar på ett sätt, som är långt ifrån önskvärt, sett ur läkarens perspektiv. Patienten har en önskan om att få leva ett normalt liv med bevarad identitet: "Det auktoriserade perspektivet har sitt ursprung i vetenskapliga kunskaper, teorier om och definitioner av sjukdom... det vardagliga perspektivet vilar inte på vetenskaplig grund, utan på generationers erfarenheter av sjukdom, och i ett i folktradition grundat vardagstänkande kring sjukdom..."

"Teorier och hypoteser när det gäller auktoriserade tänkesätt omges av osäkerhet och reflektion. Det motsvaras när det gäller vardagliga tänkesätt av tämligen oreserverade postulat, som ofta överförs vardagsmänniskor emellan och mellan generationer." Ute i samhället finns andra förutsättningar och krav som patienten tar ställning till, vilka i liten utsträckning har med ett medicinskt perspektiv att göra. Man tar inte vätskedrivande läkemedel om man ska till staden med lång väg till toaletter, betablockeraren kyler fingrarna på byggnadsarbetaren, inhalatorn tar stor plats i fickan och lämnas hemma.

Trosuppfattning – Vad vi tror på eller nedärvda och etablerade förställningar spelar sannolikt roll hos oss alla för hur vi behandlar oss själva. Man kanske av principiella skäl inte vill ta smärtstillande läkemedel, "ont skall med ont fördrivas" eller "lika bota lika". Hoppet är det sista som överger människan, menar en del och vid t.ex. sjukdomar med dålig prognos, kan också ett magiskt tänkande kring alternativa behandlingsmetoder vara ett sätt att söka hopp och tröst. Obevisade eller okända metoder prövas, allt från örterterapi och homeopati till att testa någon av många mentala tekniker (116). Att det finns ett ganska utbredd användande av olika hälsopreparat bland befolkningen kunde konstateras i enkäterna som utgjorde underlag till Arbete I (opublicerade data). I enkäterna fanns, förutom frågor om långvarig sjukdom, även frågor som rörde alternativa behandlingsformer. Det visade sig att närmare hälften av befolkningen år 2000 använde sig av vitaminer regelbundet eller periodiskt, 20 % använde örter och var fjärde person tog Kanjang-Ginseng ibland. Även "klok gumma/gubbe" utnyttjades. Utöver skolmedicinens läkemedel tar en del patienter uppenbarligen så kallade komplementärmediciner, vilka skulle kunna sägas konkurrera om följsamheten till doktors läkemedelsordination

10.3.2. Faktorer som påverkar läkarens följsamhet

När det gäller förslag till läkemedelsbehandling bör läkaren naturligtvis i första hand lyssna till patientens tankar och synpunkter, men inte detta enbart. Att förskriva läkemedel vid rätt tillfälle till rätt person och av rätt anledning och med rätt läkemedel med rätt dosering, kan vara nog så komplicerat i det enskilda fallet (63).

Evidensbaserad medicin — EBM är grunden för läkares handlande och patienten förväntar sig att läkaren presenterar vilka behandlingsmetoder och läkemedel som står till buds (117). Läkaren måste vara följsam till de nya behandlingsformer som lanseras och kontinuerligt uppdatera sina medicinska kunskaper. Men allt är inte möjligt att basera på evidens och ibland tas andra hänsyn i behandlingen för att den skall vara praktiskt genomförbar. Patienten kan ha en annan uppfattning om lämplig behandling, som inte står i samklang med EBM. Då krävs lyhörddhet från läkarens sida för att uppnå samstämmighet (118-119).

Beprövad erfarenhet — Det finns en kunskap som tillkommer på empirisk grund och som inte har granskats vetenskapligt. Läkarkåren har byggt upp en gemensam erfarenhet, skapat en tradition. Det sätt på vilket man traditionellt har handlagt ett tillstånd har visat sig fungera och så byggs kunskap upp till en beprövad erfarenhet. Det är inte vilken erfarenhet som helst utan, en under lång tid, *beprövad* sådan. En del äldre läkemedel är t.ex. framtagna mer utifrån erfarenhet än utifrån vetenskaplig testning.

Läkarens egen erfarenhet — Varje läkare har sin egen personliga medicinska erfarenhet, förvärvad under yrkesverksam tid. Allmänläkare har t.ex. ”tumregler” för hur man behandlar infektioner och det är kunskaper baserade på delvis egen erfarenhet (120). Läkarens egna erfarenheter kan ibland stå i konflikt med guidelines och den praktiskt verksamme doktorn kan också tveka inför att använda prevention, därför att det är svårt att förklara vad risk är och vilken eventuell nytta en riskbehandling har för den enskilde patienten (100, 121). Med ett successivt stigande antalet läkemedel per person, som belyses i Arbete I, blir en sådan diskussion allt svårare. Det finns de som hyser farhågor för att vård- och handlingsprogrammen blir så många och komplicerade att läkaren inte klarar att hantera dem alla (122).

Samhällskostnader — Det finns ett samhällspolitiskt tryck på att läkaren skall bedriva en kostnadseffektiv vård och behandling, men patienten kan t.ex. ha önskemål om att få ett dyrare preparat utskrivet än det rekommenderade. Då kan läkarens följsamhet till patienten sättas på prov.

Etik — Läkarens följsamhet till patienten prövas också om patientens begäran innehåller, för läkaren, oetiska dimensioner. Patienten kan t.ex. ha starka önskemål om att få ett specifikt läkemedel utskrivet, trots att en sådan förskrivning inte är medicinskt motiverad.

10.3.3. Könsperspektiv

Det finns generella skillnader mellan mäns och kvinnors hälsa (123). Risken för långvarig sjukskrivning är 20–30 % högre för kvinnor än män och det görs gällande att yrkesförhållanden och sjukdomsdiagnos är avgörande faktorer, liksom familjeförhållanden (124). Män och kvinnor har olika förhållningssätt till sina hälsoproblem och det är en omstridd fråga huruvida detta är ett kulturellt eller biologiskt fenomen. Ett bidrag i debatten är synpunkten att skillnaden återspeglar en bland kvinnor större förståelse för vård- och omsorgsbehov (125).

Det finns också en del könsskillnader i mina studier. I Arbete III är det fler kvinnor än män som får recept och en större andel kvinnor än män hämtar ut sina läkemedel på apoteket, både före och efter telefonsamtal. I Arbete II är de kvinnliga kunderna på apoteket fler än männen. Det finns inte någon omedelbar förklaring till varför män i större utsträckning hämtar läkemedel åt sin partner än tvärtom, men tyder på att män tycks ha en aktiv del i en parrelations vårdande av varandra.

I Arbete I påvisas däremot ingen skillnad mellan andelen män respektive kvinnor som uppger sig ha en långvarig sjukdom, vare sig 1980 eller år 2000. Man kan fråga sig om hälsoparadoxen, den att kvinnor konsumerar mer sjukvård och läkemedel än män, men lever längre, kommer att bli bestående. Skillnaden i medellivslängd mellan könen har minskat snabbt de senaste åren tio åren och är nu bara 4–4,5 år (126).

I arbete IV valdes särskilt att studera mäns förhållningssätt till hjärtkärlsjukdom och dess behandling, men hur män och kvinnor skiljer sig åt härvidlag kan man inte uttala sig om. Mannens uppfattning om sin sjukdom förefaller vara svagt integrerad i hans bild av sig själv; sjukdomen tycks leva ett eget liv och sköts och vårdas av andra. De faktorer som verkade separerande respektive integrerande för mannen och sjukdomen bör finnas i åtanke i patientsamtalet. Liknande manligt förhållningssätt beskrivs bland annat i en avhandling om ”Den sjuke mannen” (127). Den bristande symboliseringsförmågan och svårigheten att uttrycka känslor, alexitymi, beskrivs även i den kvantitativa forskningslitteraturen och är förknippad med just män med hjärtkärlsjukdom (128-129).

10.3.4. Den personlige läkaren

Efter över 20 års arbete på en och samma ort, finns övertygelsen om att kontinuitet och personkänedom ger goda förutsättningar för praktiskt arbete och för att, på ett djupare plan, förstå människors motiv till att vara eller icke vara följsamma. Forskningsresultat talar för att det i grunden handlar om ett ömsesidigt förtroende mellan läkare och patient, ett förtroende som ständigt måste erövrats och underhållas av läkaren (63, 130-131). Som patient kan man känna sig osäker och otrygg och ger läkaren ansvaret, att i kraft av sin profession bota eller lindra sjukdom och när patienten upplever att läkaren ”bryr sig”, skapas förtroende

(132-134). När patienten är trygg i mötet, har ett förtroende för läkaren, kan samförstånd uppnås. Då finns förutsättningar för en god följsamhet (135).

- **Förtroendeskapande handlingar**

Relationen mellan läkare och patient är självklart viktig, men även andra inslag kan bidra till ökad tillit och ökad följsamhet. När man studerar forskningsresultaten om följsamhet, finner man en mängd olika sätt att förbättra patienters följsamhet och de flesta är bra – på kort sikt. Det som verkar vara betydelsefullt är att man håller en frekvent kontakt med patienten och interagerar med denne, att man underhåller processen (83). Alla sätt indikerar på olika vis att man bryr sig om patienten. Åtgärderna är förtroendeskapande, men det tycks inte vara åtgärderna i sig utan vad dessa signalerar, som har betydelse. Följsamheten förefaller att öka, inte enbart på grund av *vilken* åtgärd man vidtar, utan också på *att* man vidtar den, gång på gång. Man skulle kunna uttrycka det så, att vad som ökar följsamheten hos en patient i en interventionsstudie, åtminstone till en del, är att patienten upplever att läkaren/vården bryr sig (131). Läkaren skulle alltså kunna betecknas som en confounding factor i följsamhetsresultaten.

Läkaren kan underhålla relationen på mer instrumentell väg genom återkommande telefonsamtal som uppföljning till läkarbesöket (136). Arbete III visar på just en sådan väg att förbättra följsamheten. För vart 14:e samtal uppnåddes effekten av att ytterligare en kvinna hämtar ut läkemedel vid apoteket, vilket hon annars inte skulle ha gjort. Att man dessutom kan ha uppnått effekter av ett ökat användande av läkemedlen hemma är troligt, men återstår att visa – både för kvinnor och för män. Att sända SMS och automatiska telefonmeddelanden till patienten har också prövats (76). Brev kan vara en annan väg att vårda kontakten, liksom att ha flera korta läkarbesök i stället för få och längre besök (137-138). Man kan också indirekt hålla kontakt med patienten genom att bilda allianser med anhöriga, om patienten accepterar en sådan kontakt. Hur Internet och e-post skulle kunna användas i detta sammanhang vore av intresse att utveckla.

- **Apoteket**

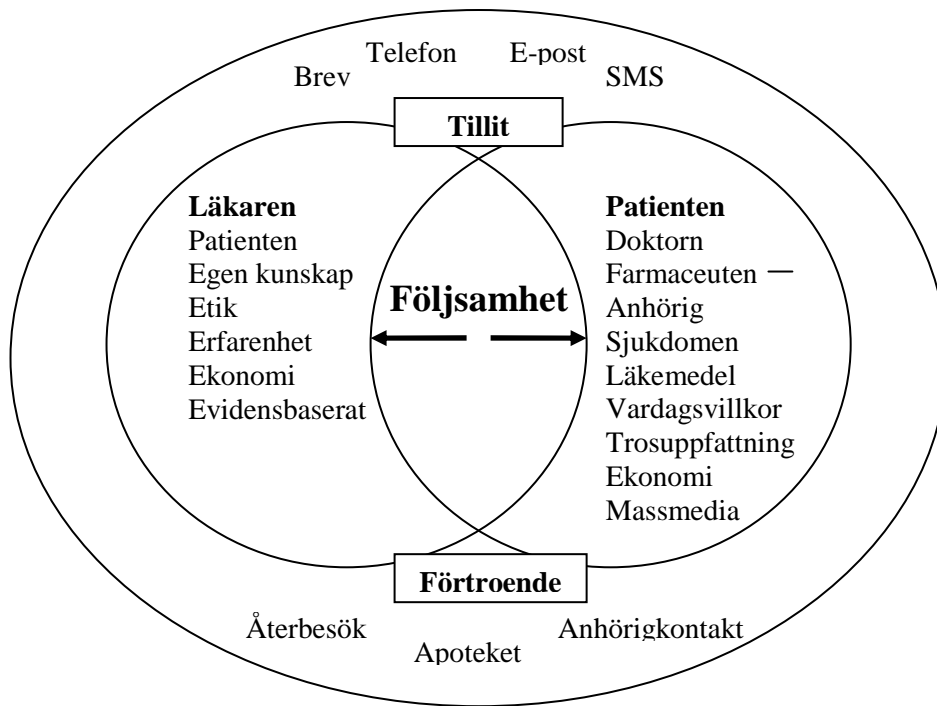
En viktig medaktör när det gäller följsamhet till läkemedel är apoteket. Tiden är ofta för knapp vid läkarbesöket för att kunna ge all väsentlig information till patienten och för denne att hinna reflektera och fråga (132). Apotekets personal blir därför en viktig kugge för upprätthållande av följsamhet och att information om läkemedlets effekter och bieffekter och annan viktig läkemedelsinformation inte går förlorad på vägen. Men även apotekspersonal upplever sig ha ont om tid att informera kunderna (66). Bipacksedlar med information är naturligtvis bra, men kan också väcka frågor och till och med avskräcka patienten från att överhuvudtaget använda medicinen (139). I Arbete II framgick att vart fjärde kundbesök rör uttag av läkemedel för annan persons räkning. Risken ökar då för att patienten kan missförstå ordinationen. Apoteket kanske också byter ut receptets

läkemedel till ett synonympreparat, som dessutom kan förvilla patienten genom att ha ett annat namn. Det kanske också är dags för en ny utformning av kontakten mellan apotek och läkare. Arbete III visar att ett telefonsamtal efter läkarbesöket ökar följsamheten, åtminstone för kvinnor. En nyligen publicerad studie antyder på likartat sätt att, om man återkommande ringer upp patienten från apotekets sida för läkemedelsdiskussioner, så påverkar man följsamheten och i förlängningen även sjukligheten i rätt riktning (82).

Det datoriserade receptet, som på elektronisk väg förs från läkarens dator direkt till apotekets skrivare, förenklar recepthanteringen och besparar läkaren tid. Det finns enstaka studier som visar att den primära följsamheten inte försämras av elektroniska recept (140). Men det personliga överlämnandet av receptet, som står för ett omhändertagande - en "ritual", försvinner med elektroniska recept och möjligheterna till personlig dialog med farmaceuten begränsas om medicinerna sänds per post till patienten. Det innebär att apotekspersonalen sannolikt kommer att få ett ökat ansvar för information om läkemedel i framtiden. Den bristfälliga kunskap som man fortfarande har, om sambandet mellan läkemedelsförskrivning och de individer som sedan hämtar ut sina läkemedel, kan också öka med datoriseringen. Läkemedelsregister börjar nu byggas upp som ger möjligheter till att följa upp patienters läkemedelsuttag genom att samköra olika databaser, men det kan innebära risker ur integritetssynpunkt.

10.3.5. Följsamhetsmodell

Modellen (figur 3) är en sammanfattning av en del av de kunskaper jag funnit inom forskningsfältet rörande följsamhet och min egen forskning. Av modellen framgår att ömsesidigheten är en viktig faktor för att uppnå följsamhet. Båda parter måste så långt som möjligt förstå varandras bakomliggande villkor och möjligheter samt hysa tillit till varandra. Om samförstånd råder finns förutsättningar för följsamhet. Den ena partners förståelse för den andres villkor, som inte möts av den andra partners motsvarande förståelse, är en tveksam utgångspunkt för samförstånd. I ovalen anges några sätt för läkaren att hålla processen igång över tid. Men att försöka nå en 100 %-ig ömsesidig förståelse för varandras villkor är sannolikt en utopi. Att bättra på de möjligheter som finns och att optimera tillgängliga förutsättningar är en mer realistisk målsättning.



Figur 3. En modell över hur man kan se på viktiga faktorer för följsamhet

11. SLUTSATSER OCH TILLÄMPNINGAR

I Arbeta I konstateras att andelen personer i huvudsakligen yrkesverksam ålder som anger sig ha en långvarig sjukdom, har fördubblats till att nu uppgå till cirka 40 %. Samtidigt har t.ex. hjärtkärl dödligheten under motsvarande tid halverats. Dessa förhållanden kan tala för att disease minskar men att det samtidigt skapas illness i befolkningen. Patienter med många läkemedel löper större risk för interaktioner och biverkningar och följsamheten minskar med stigande antal läkemedel (141). Det är därför viktigt att läkaren förskriver med varsamhet och att det sker till en patient som är fullt informerad om vad sjukdom och risk och läkemedelsbehandling innebär, dvs. att patienten, med läkaren som kunskapskälla, ges möjligheter att själv ta ställning till att genomföra en eventuell behandling eller ej. Det ger sannolikt bättre förutsättningar för en god följsamhet.

I Arbeta II konstateras att vid vart fjärde apoteksbesök hämtas läkemedlen ut av någon annan än patienten. Det innebär att patienten går miste om möjligheten till ett av de två informationstillfällen om läkemedel som finns. Behovet av att läkaren ger god läkemedelsinformation, i de fall patienten inte själv avser att hämta ut sina läkemedel, ökar därmed. I sådana fall torde även apoteken behöva se över sina informationsrutiner till patienten.

I Arbeta III visades på ett av många sätt att förbättra följsamheten. Att läkaren eller en sköterska ringer upp patienterna en vecka efter läkarbesöket kan ses som en form av förlängning av läkarbesöket och tillvägagångssättet ökar kvinnliga patienters benägenhet att hämta ut förskrivna läkemedel. Det tillvägagångssättet skulle kunna kombineras med brevkontakter eller fler korta återbesök för att upprätthålla relationen och en god följsamhet.

I Arbeta IV redovisas resultat från intervjuer med tio män med hjärtkärlsjukdom. Dessa män befanns ha svårt att integrera sin sjukdom i sin person och uppvisade i sina utsagor en viss känslomässig stumhet (alexityma drag). Detta bör beaktas i samtalen med denna patientkategori. Dessa män kan behöva ett hjälpjag, som stöttar dem i att sköta sin medicinering och kanske tätare återbesök hos läkaren, ett förstärkande inslag. Att diskutera sjukdomen anpassat till patientens föreställningar om sjukdomen, genom att t.ex. använda metaforer, kan kanske medföra en bättre förståelse hos den sjuke mannen och bör beaktas vid samtal med män.

12. FORSKNING ATT GÅ VIDARE MED

Många frågeställningar inom följsamhetsforskningen behöver belysas ytterligare

- Kan en gynnsam biologisk effekt av medikaliseringen på befolkningsnivå, begränsas eller helt skymmas av en negativ psykologisk effekt? Skulle en mindre grad av medikalisering öka upplevelsen av hälsa?
- Av forskningen framgår att det är viktigt att underhålla kontakten med patienten för att få god följsamhet. I andra västeuropeiska länder förekommer ofta korta, avgiftsfria besök och sådana kan vara till fördel för följsamheten till läkemedel jämfört med svensk tradition av längre och mer sällan förekommande läkarbesök. Kan kortare och mer frekventa besök öka följsamheten till läkemedel?
- Följsamheten till läkemedel för män med hjärtkärlsjukdom bör förbättras. Olika sätt att upprätthålla eller förbättra följsamhet, som skulle kunna vara av intresse att utvärdera är bland annat att utveckla telefon- och SMS-teknik, liksom internet- och e-postmöjligheter som kommunikationssätt.
- På vilket sätt kan populationsstudiers resultat överföras vad avser riskvärdering så att de kan tillämpas i patientsamtalet? Kan speciell samtals-teknik behövas och prövas för olika patientkategorier? Kan man utveckla och använda metaforer, som en väg att ge patienter klargörande bilder av komplicerade sammanhang?
- Samarbetet mellan läkaren och apotekspersonalen är alltmer angelägen i takt med att patienten får ett ökat antal läkemedel och därmed risk för fler interaktioner och biverkningar (142). Forskning om vilka följsamhetsstödjande insatser som apotekspersonalen kan vidta är viktig. Med ett utvidgat samarbete mellan läkare och farmaceut kan ytterligare information om patientens följsamhetsproblem studeras. Skulle ett register, hos t.ex. Läkemedelsverket, med beskrivning och kartläggning av de missförstånd som kan uppstå med patientens ordinationer och som uppdagas hos läkaren eller på apoteket, kunna förbättra läkemedelsanvändningen.
- Betydelsen av apotekens geografiska läge för människors följsamhet bör studeras. En hypotes är att apotek nära vården skulle kunna främja primär läkemedelsföljsamhet. Ett närliggande apotek kan medföra att

patienterna är köptrogna och apotekspersonalen får ökad kund- och patientkännedom.

- Praktiska följsamhetsverktyg behöver prövas och utvärderas i högre utsträckning. Modern IT-teknik borde kunna utvecklas. E-post och Internet öppnar nya vägar för information och utbildning av patienterna. Receptetiketten kan t.ex. översättas till tal genom en särskild text-till-tal-teknologi. Patienten kan lyssna på informationen genom att trycka på en knapp i burkens botten. Automatiska påminnelser till patienten att denne skall ta sin medicin kan prövas och utvärderas med modern teknik.

Eftertanke

Den kanske största utmaningen i framtiden, när det gäller följsamhet till läkemedel, är hur man i vården ansvarsmässigt skall kunna hantera en ökad läkemedelsförskrivning. Om patienten redan medicinerar med ett flertal läkemedel, mer eller mindre livslångt, måste indikationen för ytterligare läkemedelstillägg vara synnerligen stark. Hur skall läkaren kunna värdera det inom det egna kompetensområdet insätta läkemedlet i förhållande till alla övriga läkemedel som patienten har fått sig utskrivet? Hur skall ansvaret för den totala läkemedelsförskrivningen se ut? Vilket stöd kan patienten få när flera olika läkares läkemedelsordinationer behöver samordnas?

I Sverige har nu på kort tid två mottagningar för utsättning av läkemedel startats (Eksjö och Skövde), för patienter som anser sig ha för många läkemedel eller för många biverkningar. Skall speciella enheter behöva upprättas för kontroll av antalet läkemedel och deras inbördes interaktioner och biverkningar eller är det en personlig läkare som tar på sig uppgiften att ansvara för patientens samtliga läkemedel?

En personlig läkares roll i vården är stor i många andra avseenden - för kontinuitet, närhet, trygghet och tillgänglighet. Hur en samordnande funktion för den ökade läkemedelsförskrivningen skulle kunna se ut, är av stort intresse för både för patienterna och för allmänläkarna, inte minst ur ett följsamhetsperspektiv.

13. SAMMANFATTNING

Avhandlingen bygger på fyra delarbeten, som alla på olika sätt belyser problem med följsamhet till läkemedel. Forskningsområdet om följsamhet är mycket stort och det stora intresset för denna forskning beror delvis på att följsamheten varierar och ibland är för låg. Detta får konsekvenser för individ och samhälle. Min forskning tar sin utgångspunkt i att den ökande läkemedelförskrivningen till våra patienter samtidigt medför försämrad följsamhet.

I ramberättelsen utvecklas, förutom följsamhetsbegreppet, ytterligare några teman som är viktiga för att förstå följsamhetsproblemen — sjukdom och risk. De två begreppen är stadda i förändring och båda dessa, var för sig, har inneburit en ökad läkemedelsanvändning. Hur man ser på sjukdom och risk har betydelse för hur läkemedelsförskrivningen sker och också hur läkemedelsbehandlingen uppfattas av patienterna. Detta får konsekvenser för följsamheten.

• SYFTE

Det övergripande syftet är att studera aspekter på följsamhet vid läkemedelsbehandling, särskilt avseende långvarig sjukdom, ur ett individ- och ett befolkningssperspektiv i en tid av behandling av risk för sjukdom och större läkemedelsanvändning.

- Att undersöka hur stor andel av en lokalbefolkning som upplever sig ha en kronisk sjukdom samt omfattningen av läkemedelsbehandling av personer med långvarig sjukdom, i en svensk kommun del år 2000 jämfört med 1980
- Att undersöka i vilken grad patienterna personligen besöker apoteket för att hämta sina läkemedel inom de tre stora farmakologiska behandlingsområdena hjärtkärlsjukdom, infektioner och smärta
- Att studera i vilken omfattning patienterna hämtar ut sina av allmänläkaren receptförskrivna läkemedel på apoteket efter läkarbesöket samt att undersöka om en telefonkontakt efter receptförskrivningen ökar patienternas benägenhet att hämta ut sina läkemedel
- Att öka förståelsen av hur den hjärtkärlsjuke mannen ser på sin sjukdom och på sin medicinering samt att utröna om det finns synsätt och attityder till sjukdom och behandling hos män med hjärtkärlsjukdomar som kan ha betydelse för följsamheten

- **ARBETE I**

Metod: Likalydande enkäter med 20 års mellanrum skickades ut till 250 personer i åldrarna 25–70 år, i Sandvikens kommun inom kommundelen Storvik.

Resultat: Svarsfrekvens var 80 % år 1980 och 78 % år 2000. År 1980 angav 22,9 % sig lida av en kronisk sjukdom jämfört med 39,5 % år 2000, ($p=0.0005$). Andelen personer med läkarkontakt ökade från 13 % till 26 % på 20 år ($p=0.002$). Andelen personer som hade en långvarig sjukdom samt hade regelbunden medicinerings ökade från 19 % till 33 % ($p=0.002$). Bland de nytillkomna läkemedlen år 2000 var en stor del ämnade för behandling av riskfaktorer.

Slutsats: På 20 år ökade andelen i en lokalbefolkning som upplever sig ha en långvarig sjukdom och som medicinerar för en sådan. Att förskriva läkemedel för en ”risk” utan en för patienten uppenbar sjukdom kan av patienten upplevas som om man behandlar en sjukdom. Fler läkemedel innebär lägre följsamhet.

- **ARBETE II**

Metod: Patienten har vid två tillfällen möjlighet att diskutera läkemedelsbehandling, dels i samband med besöket hos läkaren och dels vid läkemedelsköpet på apoteket. Två apotek registrerade under 13 dagar kunders uttag av läkemedel, kön, ålder på receptinnehavaren och kunden. Om kunden var en annan person än receptinnehavaren registrerades anknytningen mellan kunden och receptinnehavaren.

Resultat: Det registrerades 729 kundbesök, 40 % var män 60 % var kvinnor. Vid 24 % av besöken hämtade kunden ut ett eller flera läkemedel åt någon annan än sig själv. Manliga kunder hämtade ut läkemedel för kvinnliga patienter oftare än kvinnor för män (18 % versus 11 %, $p=0.012$). Män hämtade mediciner för sin partner oftare än vad kvinnor gjorde, (12 % versus 7.0 %, $p=0.012$). Läkemedel som togs ut för första gången och som var ämnade för annan än kunden var framförallt förskrivna till yngre personer ($p=0.041$) och gällde oftare antibiotika än analgetika eller hjärtkärlläkemedel.

Slutsats: I nästan 25 % av alla kundbesök på apoteket, för köp av läkemedel mot hjärtkärlsjukdom, infektioner eller smärta, var läkemedlen ämnade för någon person. Patienten går miste om ett informationstillfälle och följsamheten kan möjligen försämrats.

- **ARBETE III**

Metod: Under fyra veckor sparades kopior av varje utskrivet recept på en vårdcentral och dessa jämfördes senare med apoteksuttaget. Man randomiserade till en kontrollgrupp samt en interventionsgrupp. I interventionsgruppen ringde en sköterska upp patienterna en vecka efter läkarbesöket.

Resultat: Fler patienter i interventionsgruppen hämtade ut läkemedel ($p=0.023$) än i kontrollgruppen. En större andel kvinnor än män i interventionsgruppen hämtade ut sina läkemedel ($p=0.016$). Av 643 utskrivna läkemedel var 20 % hjärtkärlpreparat. Andelen uthämtade hjärtkärlpreparat var 66 % (85/129), jämfört med 88 % (452/514) för alla övriga läkemedel som hämtades ut ($p=0.001$).

Slutsats: Ett telefonsamtal efter läkarbesöket påverkar kvinnliga patienters följsamhet, på så vis att benägenheten att hämta ut läkemedel ökar. Mäns benägenhet att hämta ut läkemedel är lägre och påverkas inte av ett telefonsamtal. Andelen hjärtkärl-läkemedel som hämtades ut var lägre än andelen övriga läkemedel som hämtades ut.

ARBETE IV

Metod: Tio hjärtkärlsjuka män, 45 till 64 år, intervjuades. En temaguide med frågor om sjukdom och läkemedel användes och intervjuerna skrevs ut ordagrant. En gemensam textanalys utfördes tillsammans med medförfattare. I analysarbetet arbetades ”meningsbärande enheter” fram, dessa grupperades i kategorier och bildade sedan teman.

Resultat: I samtal med männen framkom följande teman: *Sjukdom – mekaniskt fel*, sjukdom mäts och talas bäst om i objektiva termer. *Förebild – den starke*, mannen är svag om han är sjuk. *Medicinering – en rit*, medicinerna tas ofta ritualiserat och rutinmässigt. *Hjälpjag*, det finns ofta en eller flera viktiga personer i patientens närhet (ofta maka/läkare) som ”tar hand om” sjukdomen. *Insjuknandet – ett livsdrama*, händelser som är laddade med dramatik och starka upplevelser har särskilt inflytande och påverkan på männens attityd till sjukdomen. ”*Allt eller intet*”, livsstilsförändringar kan vara svåra att genomföra, men när de väl genomförs sker det oåterkalleligt. Ett drag vid samtalen med männen var deras relativa stumhet och fåordighet. Reflexioner, tvivel och ifrågasättanden var ovanliga. Det var svårt för männen att benämna och beskriva upplevelsen av att vara sjuk och att vara beroende av mediciner. Någon rädsla eller oro inför sjukdomens eventuella konsekvenser eller tankar på döden uttrycks sällan. Drömmar, längtan eller förhoppningar uttrycktes sparsamt och bara som sakliga konstateranden; ”... *Får man vara frisk, då är det väl inga problem...*”.

Slutsats: I den teoretiska modell som presenteras redogörs för faktorer (faktorer som är identiska med beskrivna teman) som kan ha betydelse för integrationen av person och sjukdom medan andra presenterade faktorer kan ha en separerande verkan. Den profil som tecknats av den hjärtkärlsjuke mannen överensstämmer med en del drag som beskrivs vid alexitymi.

14. ABSTRACT

BACKGROUND

This thesis is based on four works that shed light on the problem of compliance with medication, albeit from a different perspectives. Compliance research is extensive and has been followed with considerable interest due to the varying and often alarmingly low level of compliance, a level beneath medical acceptability. My research arises from the fact that more and more medication is prescribed to patients resulting in reduced compliance.

Over time, the concept of illness has changed for both doctors and patients. Not even doctors themselves are always in agreement on what is considered illness. The last decades have brought about a new concept of “risk” to medical discussions. Treatment by medication to reduce risk is increasing. How illness and risk are conceived by doctor and patient are important considerations in the prescription of and compliance with medication.

- **Illness and disease**

There are different ways of looking at illness depending on whether it is from a patient or doctor perspective. For decades, there has been a gradual movement from what has been considered natural occurrences in life toward seeing these as pathological conditions. The patient’s subjective experience of illness is usually in agreement with the doctor’s more objective view and compliance is consequently relatively satisfactory. Another situation arises in chronic conditions where the patient is objectively ill but not subjectively, possibly leading to low compliance. Sickness is not only a biomedical occurrence but also a social construct whereby a third category may arise, that is where the patients consider themselves ill but the doctor considers symptoms as normal reactions to the stresses and strains of life. There is an increasing tendency for the human condition to be classified as disease, such as baldness, erectile dysfunction, oestrogen deficiency and so forth. The doctor’s willingness to prescribe medication for these conditions may be somewhat less. The use of medication, however, is increasing despite this.

Recent years’ concept of risk is not a consequence of patient participation but of researcher’s discovery of risk factors. Whether one is ill or not, in the presence of risk factors, is not entirely clear for either the patient or the doctor. If one associates medication with disease, then treating risk factors with medication may have the consequence of patients associating being at risk for a disease with actually being sick. There are three pedagogic problems when explaining risk for a disease with patients. The first is that risk calculations are made for large populations while patients seek more specific information - “will I become ill or not?” Secondly, it is not always apparent what is illness and what is risk for illness since there is no clear cut point for when there is no longer an

effect for risk treatment. Finally, patients often have several risk factors where not all have been studied sufficiently to be included in a risk calculation.

- **Compliance**

Different terms have been used to describe the relationship between doctor and patient concerning prescriptions and instructions from the paternalistic “doctor’s orders” to the militaristic “compliance” and “adherence” during the 70’s and 80’s. Recently, concordance has been introduced to underline the patient’s participation in the decision making process.

It is, of course, a fact that illness, medicines and healthcare as a rule occupy only a small part of a patient’s life. It is not a question of misunderstanding or lack of knowledge but to what extent illness and treatment affect the patient’s daily life.

AIMS

- **Overall aim**

The overall aim was to study aspects of adherence to medication especially for chronic illnesses, from both an individual and population-based perspective in a time of risk treatment and extensive use of medication.

- **Partial aims**

I/ This study investigated changes in people’s estimation of whether they had a chronic disease and the scope of its drug treatment during a twenty year period in a Swedish municipality.

II/ The aim of this study was to explore to what extent the patient personally visited the pharmacy and fill prescriptions for the three major areas of treatment; cardiovascular disease, infections and pain.

III/ The aim of this study was twofold. Firstly, to estimate the extent to which patients filled prescriptions after seeing a general practitioner (GP) and secondly to assess whether a follow-up phone call encouraged patients to fill prescriptions.

IV/ The aim of this study was to increase understanding of how men with cardiovascular disease viewed their illness and medication: were there commonly shared views and attitudes towards the disease and treatment that could influence compliance?

MATERIAL, METHODS AND RESULTS

- **Study I**

Methods: In 1980 and 2000, an analogous questionnaire assessing chronic disease and medication was mailed to 250 randomly selected persons from the local population between 25 and 70 years of age.

Results: 80 % (n=201) replied in 1980 and 78 % (n=195) in 2000. Persons stating they had a chronic disease increased from 23 % (46/201) in 1980 to 40 % in 2000 (p=0.0005). Corresponding figures for men were 21 % (20/97) for 1980 and 41 % (40/98) for 2000 (p=0.004) and for women 25 % (26/104) for 1980 and 38 % (37/97) for 2000 (p=0.064).

Persons who regularly saw a doctor increased from 13 to 26 % ($p=0.002$) and the use of medication for chronic diseases increased from 19 to 33% ($p=0.002$). In 2000, an average of 2.3 drugs per person was used by those with a chronic disease, an increase of 53% since 1980.

Conclusion: Stated chronic diseases and use of medication for such diseases increased greatly between 1980 and 2000. Prescribing drugs for “risk” with no apparent illness may be confused with the treatment for an illness.

- **Study II**

Method: During a 13-day period, customers filling prescriptions according to the ATC-list for infection, cardiovascular disease and pain, were registered at two pharmacies in Gothenburg. Sex, age, type of medication and relationship of the customer to the prescribed patient were registered.

Results: 313 men and 416 women were registered. Women personally filled prescriptions for antibiotics ($p=0.0075$) and analgesics ($p=0.024$) more often than men while men personally filled prescriptions for cardiovascular diseases ($p=0.019$) more often than women. Nearly every fourth customer at the pharmacy filled prescriptions for others. Twelve per cent of the men filled prescriptions for partners as opposed to 7.0 % of the women ($p=0.012$). Of 172 visits on another’s behalf, 20 % were for drugs prescribed for the first time. These new prescriptions, often for antibiotics ($p=0.022$) or analgesics ($p=0.015$) were filled predominantly by younger individuals ($p=0.041$).

Conclusion

In 25 % of the visits in this study, the opportunity to inform patients at the pharmacy of effects and side effects and the possibility of strengthening compliance was lost. We suggest that doctors always ask patients whether they will personally be filling prescriptions. If not, doctors are strongly urged to put an extra effort into providing information on medication at the consultation.

- **Study III**

Methods: 399 patients attending a primary health care center receiving prescriptions were randomized to active intervention receiving a short standardized follow-up telephone call or to standard intervention receiving no telephone call. The doctors’ prescriptions were later compared to the dispensed drugs at the pharmacies.

Results: A majority of the patients (90%) filled prescriptions. Women filled prescriptions to a greater extent than men, both in the control group ($p=0.023$) and in the intervention group ($p=0.0003$). A follow up telephone call one week later increased the proportion of patients that filled prescriptions ($p=0.023$). Further analysis showed only women were affected by the telephone call. 20% of the prescriptions were drugs for cardiovascular diseases (CVD). The proportion of dispensed drugs for CVD was only 66 % compared to 88 % for all other drugs ($p=0.001$).

Conclusion: A single, short, standardised telephone call increased women’s compliance. Women also filled prescriptions more often than men irregardless

of a follow-up telephone call. The compliance and treatment of CVD was not acceptable, and seemed to be lower for men than women.

- **Study IV**

Method: Ten men were subjected to deep interviews focusing on thoughts of the illness and its treatment. Interviews were analyzed qualitatively.

Results: Seven themes appeared - "Illness as a mechanical defect", "Role model - the strong man"; "Medication - a rite", "A helper as a supportive ego", "The vital drama of becoming ill", "All or nothing", and "The reticence of the body and the mind". The themes were included in a model illustrating integration or separation of the illness from the person.

Conclusion: The men seemed to separate themselves from the illness and showed difficulties in integrating the disease into their lives. Over and above these themes in the conversations with men was a feature of relative silence and reluctance to speak corresponding to the concept of alexithymic personality associated with high blood pressure in earlier research. The model and the themes in the meeting with men with CVD may contribute to the understanding of the complex problem of compliance.

DISCUSSION

Doctor and patient must be in agreement on what is to be treated and how it is to be treated in order to enable compliance. In many cases, neither agreement nor compliance is a problem. However, compliance problems arise when treatment of risk is discussed. Risk is often discussed and patient understanding varies, thus it could be more productive to use the term chance instead? If the number of deaths in coronary artery disease during a specified period were to be reduced from 2 per 100 to 1 per 100 with the addition of a medication, then it would be correct to say that mortality was reduced by 50%. Similarly, the same can be expressed so that the chance to survive a heart attack increases by 1% by the addition of a medication, from 98% to 99%. The magnitude of risk is thus changed and the patient may not choose to take the medication.

The complexity of risk evaluation is undoubtedly considerable, but patients must be involved in treatment decisions. This demands good explanatory models of the meaning of risk. Framing, to present the risk concept in different ways to the patient is important. A patient must be able to choose whether to treat risk or not, but only based on a true understanding of the implications and magnitude of risk. In the interviews from study I, it became evident that an apparatus mentality appeared toward the illness. It can thus be advantageous in certain situations to have concrete and realistic information at hand.

There is little discussion of what affects a risk discussion and a risk treatment has on the individual patient and consequently for the population at large. Aside from direct side effects, drug intake is also related to illness. Hence, prescribing drugs for risk factors without apparent symptoms may easily be confused by the patient with remedying a disease. Drug intake, aimed at risk reduction, may prevent disease, but at the same time generate a sense of being ill. In Study I, it

became evident that nearly 40% of the working population reported having a chronic illness. Even if this doubling of illness in 20 years cannot be explained by increased treatment of risk, the question must nevertheless be raised.

What will be the consequences on a population level in the form of anxiety, uncertainty and a feeling of illness if more and more risk factors are brought forth and treated? Can a positive biological effect of medicalisation be diminished or abolished by psychological side effects? Do we really know that biological effects supersede psychological side effects when applied on a population level? Would a lesser degree of medicalisation increase health? These questions cannot be answered today, but can we accept that this uncertainty remains and not discussed?

- **The personal doctor**

Continuity and personal knowledge create a strong foundation for clinical work and on a deeper level understanding motives for compliance or non compliance. Creating mutual understanding is basically a matter of mutual trust between patient and doctor, a trust that must continuously be renewed and maintained by the doctor. Then there is a strong foundation for good compliance.

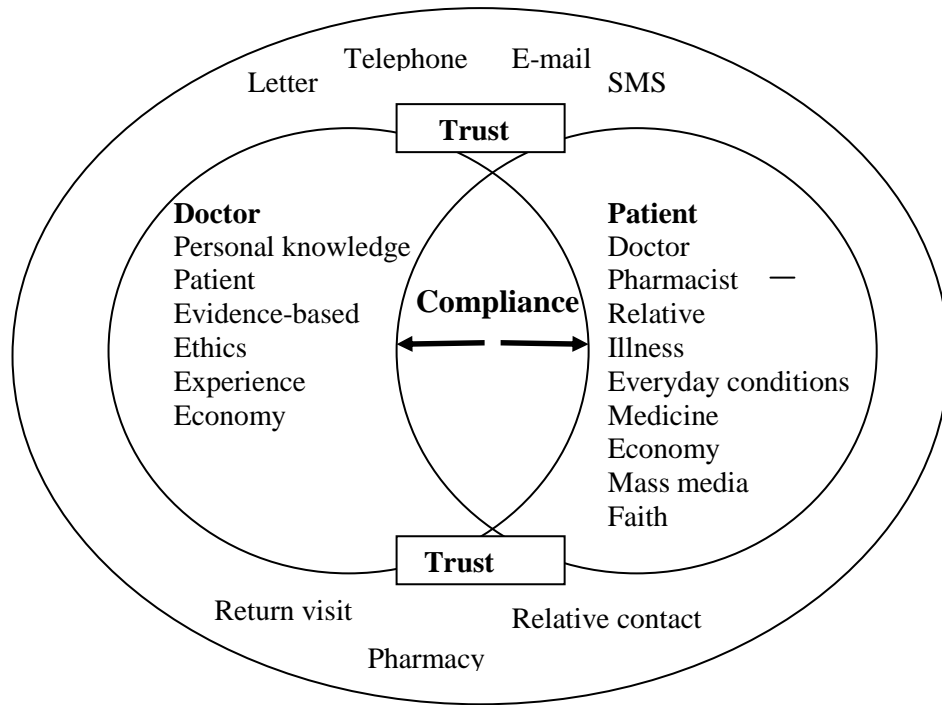
An extensive survey of intervention studies on compliance 2005 by Haynes was summarized: "If there is a common thread to these at all, it is more frequent interaction with patients with attention to adherence. Perhaps the most important single intervention, given its simplicity and effectiveness, is recalling patients who miss appointments, making every effort to keep them in care". Compliance appears to be increasing, not only due to *which* measures are taken, but also that they *are* taken... repeatedly. Study III revealed that the doctor could maintain a relationship to the patient and increase compliance by a follow-up telephone call following the consultation. Sending an SMS and automatic telephone messages to patients has also been tested. Letters can be another channel to cultivate a good relationship as well as having several short visits as opposed to few long consultations. Indirect means can also be effective such as creating alliances with relatives if they are accepted by the patient.

Finally, the doctor and the especially the pharmacist have a large responsibility for those patients who allow someone else to fill their prescriptions. Good cooperation between the doctor and the pharmacist are important.

Perhaps the greatest challenge for the future of compliance with medication is how to responsibly deal with increasingly large numbers of prescriptions. If patients are already using a number of medications, more or less life-long, indications for further medication must be considerably strong. Also important to consider is how doctors are to evaluate prescribed medication within their own area of competence in relation to other prescribed medicines? Has the patient a possibility to actively influence such choices? How should responsibility for the total prescription of medication look? Can the personal doctor meet this task?

A possible model for compliance is presented here. Both parties must understand each other's underlying terms and possibilities while displaying mutual trust. If a large amount of mutual understanding exists, there is a more favorable

climate for compliance. One party's understanding of the other's terms, without a corresponding understanding is a poor starting point for mutual agreement. Some means for the doctor to maintain the process over time is presented.



15.TACK

Ett tack till er alla

När jag tittar tillbaka på de projekt som jag, på ett eller annat sätt, har arbetat med under många år, så dyker den ena efter den andra personen upp i minnet. Människor som på tusen olika vis har hjälpt mig med alla forskningens bryderier, allt ifrån att skriva, rätta, redigera, översätta, diskutera, räkna, tycka ... till att bara vara där. Människor som har delat mitt forskningsintresse, folk som har stöttat mig i motiga situationer, personer som har hållt mig på plats när jag ibland dragit iväg.

Bengt Mattsson – Huvudhandledare. Mannen som stillsamt, tålmodigt och envist har puffat mig framåt. Alltid en vänlig kommentar, alltid beredd att hjälpa. En ORDningsman, med känsla för mening. Bengt, orden äger jag inte som kan uttrycka min erkänsla för allt du gjort för mig. Tack!

Ronny Gunnarsson – Bihandledare. Statistiskt sett finns bara en som du, som med ett fyrfingregrepp på datorns tangenter får ett p-värde och ett oddsratio blinka på skärmen redan innan datamaterialet är inmatat. Tack för all hjälp!

Anders Wimo – Bihandledare. Hälsingedoktorn, som bollar statistik och skjuter älg med samma självklarhet och alltid raskt svarat när jag har frågat. Tack Anders!

Medförfattare förutom handledare. Tack Ing-Marie Rost för att du en dag klev in på expeditionen och sa: ”Har du något bra forskningsprojekt, så åker vi på forskningskurs”. Många timmar med knep och knåp med recept, telefon och statistik blev det. Jonas Brodén, som då var läkarstuderande och nu blivande allmänläkare, tack för trevliga apoteksjobbet. Tack Annika Skott, för att du funderade över män med hjärtkärlsjukdom.

”Doldisar” i projekten är översättaren Mark Rosenfeld och vad vore min engelska utan hans skarprättning, ... ingen text är så kort att den inte kan kortas lite... och Con Rost, utan vars datahjälp vi inte skulle ha kunnat mata in en enda enkät.

Utan alla de människor och de patienter jag har mött, ingen forskning. Ja, det var i Storvik det började 1979. Tack Anita Sundin för att du alltid har ställt upp på alla påhitt och projekt. Inget av detta blev gjort utan kollegors medverkan i projekt och stöd i det dagliga arbetet – tack Lars Lannsjö, Jarmila Zettergren och Mats Liljedahl. Tack Anneli Sohlborg för att du var snabb på att skriva ut intervjutexter. Och tack alla ni andra på ”Hälsas”, som på olika sätt har deltagit i projekten. Tack barn, för inmatningar av data, hjälp med datatrasel, språkgranskningar och för korrekturläsning.

Och så vill jag referera till Marie-Louise Wennerhag, du räddare i nöden, ”som inom parentes vet att sätta punkt”.

Calle Bengtsson, tack för att du tog emot mig på Avdelning för allmänmedicin, som det hette då (och att det i alla fall är någon, som är intresserad av lite sport). Lolo Humble, du trygga, som vet hur man gör för att det ska bli rätt, tack för det och dina roliga e-historier. Och tack alla ni andra, varma, goa människor på Allmänmedicin, för alla kloka synpunkter och glada tillrop.

FoU-enheten i södra Älvsborg med Annika Billhult, Eva Almkvist och Göran Jutengren ställer alltid upp, tack för att ni gör det.

Och tack för starthjälpen Wivi-Anne Rahm och FoU-Forum i Gävleborg.

För möjligheten till ledighet tackar jag primärvårdsledningarna i Sandviken och Södra Älvsborg och för stöd i övrigt, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet.

En person som betydde mycket för mig var inspiratören Gösta Tibblin. Andra som påverkat mig, fast de inte vet om det, är den skrivande åldermannen Lars Werkö, Anders Hernborg på ”Ordbyte” och den personlige läkarens ihärdige försvarare Robert Svartholm och många andra nätskrivande kollegor. Jag tackar dem för att de delar med sig av klokskaper i debatten i cyberrymden till mig och andra.

Ulf Ivar Nilsson, tack för skämtteckningen, som beskriver följsamhetsproblemet i ett nötskal.

Och först som sist – Elisabeth, inget av allt detta hade varit något, om inte du hade funnits!

16.FÖRKORTNINGAR

Ordförklaringar har hämtats och redigerats från Apotekets och SBU:s hemsidor samt egna tillägg.

- Absolut riskreduktion (ARR)
Ett sätt att ange skillnader mellan grupper i resultat vid en klinisk prövning
- Apodos
Läkemedel som förskrivs på dosrecept till enskild person för en viss period och fördelas av Apoteket i speciell dosförpackning
- ATC-systemet
Anatomical Therapeutic Chemical Classification, klassificeringssystem för gruppering av läkemedel
- Bortfall
Personer (patienter eller friska försökspersoner) som har gått med på att delta i en undersökning, men som lämnat denna innan den fullbordats
- Diuretikum
Urindrivande blodtrycksmedicin
- DRG
Diagnos Relaterade Grupper. DRG-statistiken har ett produktionsperspektiv och används främst för verksamhetsbeskrivning
- Dödlighet
Begrepp med två olika betydelser, dels *mortalitet*, dvs. antalet dödsfall per år bland visst antal personer (ofta 100 000) och kan avse samtliga dödsfall i hela befolkningen i ett land, eller dödligheten för ett kön, en viss åldersgrupp eller en viss dödsorsak, dels *letalitet*, (case fatality rate), andelen dödsfall till följd av sjukdomen bland dem som har viss diagnos
- Efficacy
Hur väl en medicinsk åtgärd (t.ex. behandling med visst läkemedel) fungerar när den undersöks i en klinisk prövning och skiljs från effectiveness
- Effectiveness
Hur väl en medicinsk åtgärd (t.ex. behandling med visst läkemedel) fungerar när den är i allmänt bruk inom sjukvården
- Falskt positiv/negativ
Benämningar på felaktigt utfall av ett diagnostiskt test för viss sjukdom. Falskt positiv ('falskt larm') betyder att testet utföll onormalt (positivt) trots att individen inte hade sjukdomen, falskt

negativ (´missad diagnos´) att testet utföll normalt (negativt) trots att individen hade sjukdomen

- **Generika**
Ett läkemedel som har samma aktiva substans som annat läkemedel och där läkemedlet kan anses vara likvärdigt med ett tidigare godkänt läkemedel (originalläkemedel)
- **Kontrollgrupp**
Den deltagargrupp i en klinisk prövning som endera får överksam behandling eller en ordinär behandling. Gruppens resultat jämförs med dem i en grupp som får en ny behandling, t ex ett nytt läkemedel
- **Kvalitativ undersökning**
Studie som inte i första hand besvarar frågor genom siffermässiga resultat utan som tolkar händelser och utvecklar begreppsmässiga strukturer. Det vanligaste arbetssättet är omfattande intervjuer
- **Incidens**
Antalet fall av en viss sjukdom som uppträder i en befolkning under viss tid; anges t.ex. som antalet diagnoser per 1 000 invånare per år
- **Interventionsstudie**
En undersökning där deltagarna utsätts för en intervention, dvs. någon åtgärd som prövas, oftast sjukdomsbehandling (läkemedel, operation m.m.) eller sjukdomsförebyggande åtgärd
- **Kausalsamband**
Orsak-verkansamband. Ett tidssamband, att A händer före B, behöver inte betyda att A orsakar B, dvs. att kausalsamband föreligger. Likaså gäller att en statistisk korrelation inte bevisar kausalsamband. Ett flertal kriterier och metoder kan behöva tillämpas för att ge starkt stöd för att kausalsamband föreligger eller saknas
- **Konfidensintervall**
Ett talintervall som med viss angiven sannolikhet innefattar det sanna värdet av t.ex. ett medeltal eller en oddskvot. Konfidensintervallet innehåller alla tänkbara värden som inte kan förkastas på grundval av föreliggande data. Vanligen anges övre och nedre gränsen för ett konfidensintervall som har 95 procents sannolikhet
- **NNT**
Number needed to treat, antal personer som behöver behandlas för att, under viss angiven tid, en av dem sannolikt ska dra nytta av behandlingens gynnsamma effekt. Exempel: antalet personer som haft blodpropp och som behöver behandlas med ett visst blodproppshämmande medel för att en av dem ska undgå att åter få blodpropp. NNT är inverterade värdet av den absoluta riskreduktionen. Om behandlingen under ett års tid minskar

riskerna från 10 procent till 8 procent är den absoluta riskreduktionen 2 procent och NNT därmed 50

- Odds
Oddstal, antalet fall av "händelse" dividerat med antalet fall av "icke-händelse". Exempel: i en grupp personer med viss sjukdom är antalet som exponerats för viss riskfaktor dividerat med antalet som inte varit exponerade ett odds
- Oddskvot
Odds ratio, OR, kvoten mellan två odds. Exempel: odds exponerade/icke exponerade personer med viss sjukdom dividerat med motsvarande odds bland friska. Oddskvoten ger en uppfattning om hur starkt sambandet är mellan exponeringen och sjukdomen
- Placebo
Behandling som avses vara biologiskt överksam och som används för jämförelse av effekter och biverkningar med dito hos aktiv behandling. Den vanligaste formen av placebo är överksamma läkemedelsberedningar (t.ex. "blindtablett"), men placeboåtgärder kan ibland användas vid prövning av kirurgi, sjukgymnastik m.m.
- P-värde
Uttryck för graden av statistisk signifikans
- Prevalens
Sjukdomsförekomst: antalet personer som vid en viss tidpunkt har en viss sjukdom. Uttrycks t ex som antal sjuka per 1 000 personer eller som andel av hela landets befolkning
- Prevention
Förebyggande medicinsk eller samhällelig åtgärd. Primär prevention avser att helt förhindra sjukdom eller skada. Sekundär prevention innebär åtgärder som ska minska risken att sjukdom förvärras eller återkommer. Tertiär prevention omfattar rehabiliterande åtgärder avsedda att eliminera eller minska funktionsinskränkning i samband med sjukdom eller skada (104)
- PubMed
Forskningsdatabas innehållande över 10 miljoner forskningsartiklar
- Prospektiv undersökning
Studie som går framåt i tiden, dvs. man börjar samla in data om varje deltagare vid den tidpunkt han eller hon tas in i undersökningen
- Randomisering
Slumpmässig fördelning av deltagarna mellan grupperna i en undersökning. Randomiseringen är förutsättningen för att man med statistiska metoder ska kunna bedöma sannolikheten för att

undersökningens resultat uppkommit genom slumpens verkan. Randomiseringen har dessutom förutsättningar att fördela okända störfaktorer (confounders) lika mellan grupperna samt göra grupperna önskvärt jämförbara i sin sammansättning; slumpen kan dock åstadkomma vissa skillnader

- **Risikfaktor**
Är egenskap eller förhållande som indikerar ökad risk för att en person ska få en eller flera sjukdomar. Exempel: förekomst av ärftlig sjukdom i släkten; tobaksrökning
- **Risikreduktion**
Är ett sätt att ange en resultatskillnad mellan två grupper i en klinisk prövning av profylax eller behandling. Absolut riskreduktion, ARR, innebär differensen mellan det högre och det lägre risktalet. Invertering av ARR ger NNT. Relativ riskreduktion, RRR, fås genom att riskdifferensen beräknas som andel av det högre risktalet. Exempel: antalet händelser per 100 personer är 8 resp 13, risktalen alltså 0,08 resp 0,13. Riskdifferensen, den absoluta riskreduktionen, är 0,05. Den relativa riskreduktionen är $0,05/0,13 = 0,38$
- **Sant positiv/negativ**
Ett uttryck för utfallet av diagnostisk metod. Sant positivt utfall innebär att metoden ger positivt resultat (påvisar sjukdom) hos en person som är sjuk. Andelen sådana utfall hos sjuka kallas sensitivitet. Sant negativt utfall innebär att metoden ger negativt resultat hos en person som är frisk. Andelen sådana utfall hos friska kallas specificitet
- **SBU**
Staten beredning för medicinsk utvärdering är en myndighet som kritiskt granskar de metoder som används i vården för att upptäcka och behandla sjukdom
- **Screening**
Storskalig verksamhet där en befolkning erbjuds undersökning för upptäckt av vissa icke diagnostiserade sjukdomar eller riskfaktorer för sjukdom. Exempel är massundersökning av blodfettvärden, blodtryck m.m.; allmän mammografiundersökning av kvinnor i vissa åldrar
- **SFAM**
Svensk förening för allmänmedicin, den vetenskapliga föreningen för allmänläkare i Sverige
- **Signifikansnivå**
Ett mått på risken för att man vid resultatbedömning ska förkasta nollhypotesen, trots att denna är riktig. Signifikansnivån anger sannolikheten för att man av en slump skulle få det erhållna resultatet. Signifikansnivån uttrycks som ett p-värde, där p står för

probabilitet, dvs. sannolikhet. Den högsta risk som accepteras anges ofta som $p < 0,05$ som det högsta värde som tillåter att nollhypotesen förkastas om den är sann. Risken för fel av typ I är då 5 procent. Det p-värde som erhålles vid den statistiska analysen av resultaten avgör om, och med vilken grad av säkerhet, man kan förkasta nollhypotesen. Olika signifikansnivåer markeras ibland med asterisker: * för $p < 0,05$, ** för $p < 0,01$ och *** för $p < 0,001$

- Slutenvård
Sjukhusvård
- Tvärsnittsundersökning
Cross-sectional study, undersökning av ett antal personer som utförs vid ett enda tillfälle. Exempel: personerna intervjuas om sina kost- och motionsvanor, och man mäter deras kroppsvikt, blodsocker och blodkolesterol
- Urval
Stickprov, sampel, sample, de enheter i en population som valts ut för en undersökning. I medicinska sammanhang är ett urval de patienter (ibland friska personer) som, från en större population, valts ut för en studie. Idealt ska urvalet vara slumpmässigt, dvs. varje person i populationen (t.ex. alla i ett geografiskt område som har en viss sjukdom) ska ha haft lika stor sannolikhet för att ingå i undersökningen. I praktiken uppfylls detta sällan
- Öppenvård
Mottagningsverksamhet och dagsjukvård

17. REFERENSER

1. Nylenna M. Fear of cancer among patients in general practice. *Scand J Prim Health Care* 1984;2:24-6.
2. Norens K. Universiteten väljer språk. *Språkvård* 2006;1:26-9.
3. Melander B, Thelander M. Så tar man livet av ett språk. *Språkvård* 2006;2:39-42.
4. Gulbrandsen P, Schroeder TV, Milerad J. Skjerm eller papir, morsmål eller engelsk - vha er best. *Tidskr Nor laegefor* 2002;122:1646-8.
5. Falk M. Doktor Ugglan på Skogsakuten. Göteborg: Hedner & Everts Förlag 1996.
6. Dahlin B. Provinsiälläkarorganisationen byggs upp. Available at: http://bengtdahlin.se/HoSstoryn1/filer_del_1/laekare1900.html (Accessed Sept. 28, 2006).
7. Dahlin B. Socialsverige växer fram. Socialsverige och Axel Höjer. Available at: http://bengtdahlin.se/HoSstoryn1/filer_del_1C/socialsverige.html (Accessed Sept. 28, 2006).
8. Swartling PG. Den svenska allmänmedicinens historia. *Läkartidningen* 2006;24:1950-3.
9. Primärvård – innehåll och utveckling. I samarbete mellan Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, Socialstyrelsen och Spri. Stockholm: Spri; 1978. Spri-rapport 101.
10. Primärvårdens organisation. Spri-rapport 147, 1983.
11. Primärvården uppgifter i det förebyggande arbetet. HS 90 SOU 1984:46.
12. Primärvård – Länssjukvård. Samverkan eller gränsfejd? 1980 Spri-rapport 46
13. Sveriges Riksdag. Den svenska hälso- och sjukvården. Stockholm: Riksdagens revisorers förslag 1990/91:17, 1991.
14. Hälso- och sjukvården i framtiden – Tre modeller Socialdepartementet, SOU 1993:38.
15. Krakau I. Primärvård. Vision och verklighet. *Socialmedicinsk tidskrift* 1995;72:145-52.
16. Sveriges Riksdag. Regeringens betänkande 1998/99:SOU10.
17. Förtroende för institutioner. Tabell; 1995-2006. Sifo Research International Available at: <http://www.research-int.se/Public/Dynamic/ArticleFile.aspx?FileId=4563d491-6ef8-4258-8921-2223b920f8ab> (Accessed Oct 4, 2006).
18. Andersson K. Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet. Solna: Esselte studium, 1984.

19. Vågar vi lita på varandra. Borgenhammar E. Available at: http://www.mdh.se/isb/program/rehab/f_lasning_040217.pdf. (Accessed Oct 4, 2006).
20. Försäkringskassan. Sjukförmåner. Ohälsostatistik. Available at: <http://www.fk.se/omfk/analys/sjukformaner/> (Accessed Oct. 4, 2006).
21. Engström LG. Så blev 1990-talet – sjukskrivningens utveckling i åtta försäkringskassor. Fakta och Debatt. 2001;2 Available at: http://uppsol.forsakringskassan.se/upload/pdf/trycksaker/fkf105_002.pdf (Accessed Nov 21, 2006).
22. Hälsa- och sjukvårdstatistik. Socialstyrelsen. Årsbok 2002. Förekomst av sjukdom, tabell 7 + prestationer i Hälsa- och sjukvården, tabell 2. Available at: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/EB300B25-B8CB-4CE38F51-CCEAA09E96D9/1285/2002462.pdf> (Accessed Oct 4, 2006).
23. Skolbeckken JA. The risk epidemic in medical journal. Soc Sci Med 1995;40:291-305.
24. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung; preliminary report. Br Med J 1950;2:739-48.
25. Svardstudd K, Tibblin G. Mortality and morbidity during 13.5 years' follow up in relation to blood pressure. The study of men born in 1913. Acta Med Scand 1979;205:483-92.
26. Bengtsson C, Blohme G, Hallberg L, et al. The study of women in Gothenburg 1968-1969: a population study. General design, purpose and sampling results. Acta Med Scand 1973;193:311-318
27. Håkansson A, André M, Björkelund C, Borgquist L, Holmberg S, Kristiansson R. Allmänmedicinsk forskning växer - men tillräckligt snabbt? Läkartidningen 2006;103:1968-71.
28. Ras av antalet disputerade läkare. Sjukhusläkaren 2006;214-9.
29. Svensk förening för allmänmedicin. Stadgar. Available at: <http://www.sfam.se/documents/Stadgar2006.pdf> (access Jan 15, 2007)
30. Scherman M. Refusing to be ill. Att vägra vara sjuk: en longitudinell studie av förhållningssätt till astma/allergi (asthma/allergy). Göteborg. Thesis: Acta Universitatis Gothoburgensis, 1994.
31. Michalsen A, König G, Thimme W. Preventable causative factors leading to hospital admission with decompensated heart failure. Heart 1998;80:437-41.
32. Balint M. The doctor, his patient and the illness. 1964. I svensk översättning Studentlitteratur. Lund. ISBN 91-44-15011-3.
33. Olsson B, Olsson B, Tibblin G. Förväntanseffekter vid tonsillitbehandling; personligt bemötande gav snabbare tillfrisknande. Läkartidningen 1988;85:610-13.
34. Nilsson JL, Melander A. Increased introduction, advertising, and sales of preventive drugs during 1986-2002 in Sweden. J Ambul Care Manage 2006;29:238-49.
35. Joanna Rose J. Gör mig hel. Forskning & Framsteg 2005;2:28-33

36. Johannisson K. Den moderna tröttheten. Available at: <http://naring.regeringen.se/content/1/c4/18/44/758f6b42.pdf>. (Accessed Oct. 25, 2006).
37. Smith B. In search of “non-disease”. *Br Med J*. 2002;324:883–5.
38. Kjellgren KI. Antihypertensive medication in clinical practice. Thesis. Linköping University, 1998.
39. Oparil S, Calhoun DA. Managing the patient with hard-to-control hypertension. *Am Fam Physician* 1998;57:1007-20
40. Sachs L. Is there a pathology of prevention? The implications of visualizing the invisible in screening programs. *Cult Med Psychiatry* 1995;19:503-25.
41. Werkö L. Om man inte mår bra – är man sjuk då? *Läkartidningen* 2005;102:2407-9.
42. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *Br Med J* 2002;324:886-91.
43. Hovellius B, Ekström H, Esseveld J, Landgren BM, Vinge E. Klimakteriet – Sjukligt, bagatelliserat eller normalt? *Läkartidningen* 2000;97:5927-30.
44. Eriksson K. Hälsans idé. Göteborg: Vårdserie, Almqvist & Wiksell, 1984
45. Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press, 1992, pp72.
46. Werkö L. När är högt blodtryck en sjukdom. *Läkartidningen* 2002;99:256-60.
47. Hansson L, Hedner T, Himmelman A. The lower the better – Progress of the concept. *Blood Pressure* 2001;10:122-3.
48. MacMahon S, Neal B, Rodgers A. Hypertension—time to move on. *Lancet* 2005;365:1108-9.
49. Blodtryck_Slutsatser SBU 2004. Available at: http://www.sbu.se/Filer/Content0/Publikationer/1/Blodtryck_2004/Blodtryck_Slutsatser.pdf (Accessed Oct. 26, 2006).
50. The Nordic Reference Interval Project. Available at: <http://www.furst.no/norip>. (Accessed Dec 15, 2006).
51. Håkansson J, Hernborg A, Hensjö LO, Rosenberg P, Wahlström R, Svartholm R. Score och HeartScore – nya instrument med begränsningar för värdering av risk för kardiovaskulär sjukdom. *AllmänMedicin* 2005;5:5-7.
52. Berglund G. Läkemedelsverkets nya riktlinjer för primärprevention av hjärt-kärlsjukdom - Ingen hjälp åt läkarkåren. *Läkartidningen* 2006;103:3694-9.
53. Schwartz LM, Woloshin S. Ratio measures in leading medical journals: structured review of accessibility of underlying risks. *Br Med J* 2006 Oct. 23 doi:10.1136/bmj.38985.564317.7C
54. Skolbekken JA. Information in practice Communicating the risk reduction achieved by cholesterol reducing drugs. *Br Med J* 1998;316:1956-8.

55. Melander A, Ågren G. Prevention på villovägar. Sluta subventionera primärpreventiva läkemedel när andra alternativ finns. *Läkartidningen* 2004;101:4244-5.
56. Mayfield J. Diagnosis and classification of diabetes mellitus: new criteria. *Am Fam Physician* 1998;58:1355-62, 1369-70.
57. Diabetes ökar alarmerande. *Läkemedelsvärlden* 2000;11. Available at: <http://www.lakemedelsvarlden.nu/article.asp?articleID=945> (accessed Oct. 30, 2006)
58. Hagstrom B, Mattsson B. Opportunistic screening for diabetes in general practice is better than nothing. *Br Med J* 2002;324:425.
59. Lernfelt B, Samuelsson O, Skoog I, Landahl S. Changes in drug treatment in the elderly between 1971 and 2000. *Eur J Clin Pharm* 2003;59:637-44.
60. Läkemedelsindustriförbundet. http://www.lif.se/pdf/Fakta_2006.pdf 20061024, (Accessed Oct. 24, 2006).
61. Apoteket AB. Publicerad statistik. Humanläkemedel inleveranser 1985-2005. Available at: <http://www2.apoteket.se/NR/ronlyres/C53CF93A-7A16-4590-A414-C08378FD1ADD/4947/2005hist.pdf> (Accessed Oct 24, 2006).
62. Sveriges kommuner och Landsting. Statistik om Hälso- och sjukvård och regional utveckling 2004. Verksamhetsrapport. Available at: <http://www.skl.se/artikel.asp?A=15384&C=473> (Accessed Oct. 30, 2006).
63. Svensson S. Medication adherence, side effects and the patient-physician interaction in hypertension. Thesis. Göteborg University, 2006.
64. Nedslag i Apotekets historia. Apotek AB. Available at: <http://www2.apoteket.se/Apoteket/om/VilkaViAr/Historia/default> (Accessed Oct. 30, 2006).
65. Gustafsson J, Kälvmemark S, Nilsson G, Nilsson JLG. Patient information leaflets – patients' comprehension of information about interactions and contraindications. *Pharm World Sci* 2005;27:35-40.
66. Malmstig E. Arbetets organisering i vardagen - en sociologisk studie av elva öppenvårdsapotek. *Score Rapportering* 2001:13.
67. Kindman L. Diabetespatienters följsamhet till läkemedelsordinationer. Available at: <http://www.nepi.net/foljsamhet.pdf> (Accessed Oct 31, 2006).
68. Trostle JA. Medical compliance as an ideology. *Soc Sci Med* 1988;27:1299-308.
69. Mabeck EC. Läkaren och patienten. Patientcentrerad medicin i teori och praktik. Bonniers utbildning AB. 1995.
70. Davis MS. Variations in patients' compliance with doctors' advice: an empirical analysis of patterns of communication. *Am J Public Health Nations Health* 1968;58:274-88
71. Haynes R B. Determinants of compliance: The disease and the mechanics Treatment. In: *Compliance and Health Care*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1979.

72. Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *Br Med J* 2000;19:484-8.
73. Haynes R B *et al.* Management of patient compliance. *Hypertension* 1982;4:415-23.
74. Rizzo JA, Simons WR. Variations in compliance among hypertensive patients by drug class: implications for health care costs. *Clin Ther* 1997;19:1446-57.
75. Ihre T, Järhult B. HSL vägvisare till följsamhet! ABLAs frön får inte blåsa bort. *Läkartidningen* 2005;102: 3583-4.
76. Choo P, Rand C, Inui T, Lee M-L *et al.* Validation of patient reports, automated pharmacy records, and pill counts with electronic monitoring of adherence to antihypertensive therapy. *Med Care* 1999;37:846-57.
77. Rashid A. Do patient cash prescriptions? *Br Med J* 1982;284:24-6.
78. Choo P, Rand C, Inui T, Lee M-L *et al.* Validation of patient reports, automated pharmacy records, and pill counts with electronic monitoring of adherence to antihypertensive therapy. *Med Care* 1999;37:846-57.
79. Rudd P. Clinicians and patients with hypertension: unsettled issues about compliance. *Am Heart J* 1995;130:572-9.
80. Barat I, Andreasen F, Damsgaard EM. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. *Br J Clin Pharmacol* 2001;51:615-22.
81. Hausman A. Taking your medicine: relational steps to improving patient compliance. *Health Mark Q* 2001;19:49-71.
82. Wu JYF, Leung WYS, Chang S, Lee B, Zee B, Tong PCY, Chan JCN. Effectiveness of telephone counselling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy: randomised controlled trial. *Br Med J* 2006;333:522 doi:10.1136/bmj.38905.447118.2F
83. Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4.
84. Patton K, Meyers J, Lewis BE. Enhancement of compliance among patients with hypertension. *Am J Manag Care* 1997;3:1693-8.
85. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Med Care* 1975;13:10
86. Barovsky B. Compliance, adherence and the therapeutic alliances: steps in the development of self-care. *Soc Sci Med* 1978;12:369-76.
87. Playle JF, Keeley P. Non-compliance and professional power. *J Adv Nursing* 1998;2:304.
88. Conrad P. The meaning of medication; another look at compliance. *Soc Sci Med* 1985;20:29-37.
89. d'Elia G. Att känna att doktorn verkligen lyssnar. *Läkartidningen* 1999;95:203-6.

90. Larsen JH, Risor O and Putnam S. P-R-A-C-T-I-C-A-L: a step-by-step model for conducting the consultation in general practice. *Fam Pract* 1997;14:295-301.
91. Hagström B, Odlander C. Recepten som apoteket aldrig såg. *AllmänMedicin* 1995;16:29.
92. Mattsson B. Allmänmedicinens vetenskapliga grund, ökad vikt vid kvalitativ forskning. *Läkartidningen* 1990;12:968-70
93. Hamberg K, Johansson E, Lindgren G, Westman G. Scientific rigour in qualitative research -- examples from a study of women's health in family practice. *Fam Pract* 1994;11:176-81.
94. Hamberg K. Begränsade möjligheter – anpassade strategier. Thesis. Umeå university, 1998.
95. Glaser B, Strauss A. *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine Publishing Co 1967.
96. Gunnarson R. Forskningsansats [Dept of Prim Health Care, Göteborg University - Research methodology web site]. June 13 2004. Available at: <http://infovoice.se/fou> (Accessed Aug. 9, 2006).
97. Hagström B, Holt M, Landmark B, Lind S, Petersvik B, Wahlberg V. Den döende patienten – en utmaning för vårdpersonalen. *Nordisk Medicin* 1998;113:153-5.
98. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004;24:105-12.
99. Getz L, Nilsson PM, Hetlevik I. A matter of heart: The general practitioner consultation in an evidence-based world. *Scand J Prim Health Care* 2003;21:3-9.
100. Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *Br Med J* 2003;327:498-500.
101. Stevo J., Nesbitt SD, Egan BM *et al.* Feasibility of treating prehypertension with an angiotensin-receptor blocker. *New Engl J Med* 2006;354:1685-97.
102. Getz L, Kirkengen AL, Hetlevik I, Romundstad S, Sigurdsson JA. Ethical dilemmas arising from implementation of the European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Scand J Primary Health Care* 2004;22:202-8.
103. Getz L. Sustainable and responsible preventive medicine. Thesis. Norway University of Science and Technology, Trondheim, 2006.
104. Ordlista. SBU. Available at: <http://www.sbu.se/www/index.asp> (accessed Jan 15, 2007)
105. UEMO - European Union of General Practitioners. Document <http://www.uemo.org/>

106. Slovic P. Public Perception of Risk. *J Environ Health* 1997;59:22-5.
Available at:
<http://search.ebscohost.com.ezproxy.ub.gu.se/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=9705084351&site=ehost-live> (accessed Jan 14, 2007)
107. Hollnagel H. Explaining risk factors to the patient during general practice consultation. *Scand J Prim Health Care* 1999;17:3-5.
108. Andrew L, Hayes PR, Bell A, Ross N. The role of risk and benefit perception in informed consent for surgery. *Med Decis Making* 2001;21:141-9.
109. Viskoff T, Halvorsen PA, Kristiansen IS. Antall som må behandles (NNT) – misvisende, misforstått og misbrukt? *Tidskr f Norsk legeforening* 2004;124:1926-9.
110. Campbell NC, Murchie P. Treating hypertension with guidelines in general practice - Patients decide how low they go, not targets. Editorial. *Br Med J* 2004;329:523-4.
111. Reventlow S, Hvas AC, Tulinius C. "In really great danger..." The concept of risk in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2001;12:71-5.
112. Svenaeus F. The body uncanny — further steps towards a phenomenology of illness. *Med Health Care Philos* 2000;3:125-37.
113. Rosén M, Alfredsson L, Hammat N *et al*. Attack rate, mortality and case fatality for acute myocardial infarction in Sweden during 1987—95. Results from the National AMI Register in Sweden. *J Intern Med* 2000;248:159-64.
114. Lawlor DA, Ebrahim S. Sex matters: secular and geographical trends in sex differences in coronary heart disease mortality. *Br Med J* 2001;323:541-5.
115. Barsky AJ, Saintfort R, Rogers MP, Borus JF. Nonspecific medication side effects and the nocebo phenomenon. *J Am Med Assoc* 2002;287:622-7.
117. Werkö L. Ett konkret redskap för vårdens verkstadsgolv. *Läkartidningen* 2000;97:2210-3.
118. Wathen B, Dean T. An evaluation of the impact of NICE guidance on GP prescribing. *Br J Gen Pract* 2004;54:103-7.
119. Freeman AC, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence: a qualitative study. *Br Med J* 2001;323: 1100-2.
120. André M. Rules of Thumb and management of common infections in General practice. Thesis. Linköping University, 2004.
121. Persson M, Carlberg B, Tavelin B, Lindholm LH. Doctors' estimation of cardiovascular risk and willingness to give drug treatment in hypertension: fair risk assessment but defensive treatment policy. *J Hypertension* 2004; 22: 65-71.
122. Bodenheimer T. Primary Care — Will It Survive? *New Engl J Med* 2006;355:861-4.
123. Australian government, Australian Institute of Health and Welfare. Male consultations in general practice in Australia 1999-00. Available at:

- <http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/title/8389>. (Accessed Dec 20, 2006).
124. Kvinnor, män och sjukfrånvaro - om könsskillnader i sjukskrivning, förtidspensionering och rehabilitering. Riksförsäkringsverket redovisar redovisar: 2001:5. Available at: <http://www.forsakringskassan.se/filer/publikationer/pdf/red0105.pdf>. (Accessed Nov 25 2006).
 125. Hepworth J. Gender and the capacity of women with NIDDM to implement medical advice. *Scand J Pub Health* 1999;27:260-6.
 126. Män lever längre, men kvinnor längst. Landstingsförbundet 2002. Available at: <http://www.skl.se/artikel.asp?A=5339&C=2124>. (Accessed Dec 20, 2006).
 127. Backman S. Den sjuke mannen. Thesis. Linköping University, 2006.
 128. Jula A, Salminen JK, Saarijarvi S. Alexithymia: a facet of essential hypertension. *Hypertension* 1999;33:1057-61.
 129. Todarello O, Taylor GJ, Parker JD, Fanelli M. Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: a comparative study. 1: *J Psychosom Res* 1995;39:987-94.
 130. Baker R, Mainous AG 3rd, Gray DP, Love MM. Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. *Scand J Prim Health Care* 2003;21:27-32.
 131. Fugelli P. Tillit är medicinens grundämne. *Läkartidningen* 2006;103:1961-4.
 132. Ong LML, de Haes JCJ, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: A review of the literature. *Soc Sci Med* 1995;40:903-918.
 133. McGormick J. Death of the personal doctor. *Lancet* 1996; 348:667-8.
 134. Kjellgren K, Ahlner J, Saljo R. Taking antihypertensive medication – controlling or cooperating with patients. *Int J Cardiol* 1995;47:257-68.
 135. Kerse N, Buetow S, Mainous AG 3rd, Young G, Coster G, Arroll B. Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. *Ann Fam Med* 2004;2:455-61.
 136. Beardon PH, McGilchrist MM, McKendrick AD, McDevitt DG, MacDonald TM. Primary non-compliance with prescribed medication in primary care. *Br Med J* 1994;308:135-6.
 137. Cape J. Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. *Br J Gen Pract* 2002;52:1004-6.
 138. Hagström B, Svartholm R. Besöket – Sällan och länge eller ofta och kort. *AllmänMedicin* 2004;3:19.
 139. Raynor T and Britten N. Why medicines information leaflets do nothing to promote concordance. *Pharm. J.* 2001;267:120.
 140. Ekedahl A, Mansson N. Unclaimed prescriptions after automated prescription transmittals to pharmacies. *Pharm Wld Sci* 2004;26:26-31.
 141. Åsberg KH. Viktigt att läkare kvalitetssäkrar läkemedelsbehandling av äldre. *Läkartidningen* 2007;104:40-3.

142. Klarin I, Wimo A, Fastbom J. The association of inappropriate drug use with hospitalisation and mortality: a population-based study of the very old. *Drugs Aging* 2005;22:69-82.

*Följ den som söker sanningen
men
undvik den som funnit den*

André Gide