

Effekter av läkemedel

Med läkemedel avses såväl receptbelagda och receptfria läkemedel som naturläkemedel.

Här följer frågor om otillräcklig effekt av läkemedel under de senaste 30 dagarna. Med otillräcklig effekt menas att du inte upplevt den effekt som du förväntade dig av dina läkemedel.

30. a. Har du under de senaste 30 dagarna upplevt otillräcklig effekt av ditt/dina läkemedel?

Nej → Fortsätt till fråga 35

Ja ↓

b. För vilka läkemedel har du påverkats mest av otillräcklig effekt under de senaste 30 dagarna?

Om mer än tre läkemedel, ange då de tre som påverkat dig mest. Ange även läkemedel som du förväntade dig ej skulle ge tillräcklig effekt.

Läkemedel 1:

Tror du att du eller någon annan kunde ha gjort något för att effekten av detta läkemedel skulle ha blivit tillräcklig?

Exempelvis vid förskrivning av läkemedlet, köp av läkemedlet, användning av läkemedlet eller uppföljning av läkemedelsbehandlingen.

Nej

Ja, ange vad:

Vet inte

Läkemedel 2:

Tror du att du eller någon annan kunde ha gjort något för att effekten av detta läkemedel skulle ha blivit tillräcklig?

Exempelvis vid förskrivning av läkemedlet, köp av läkemedlet, användning av läkemedlet eller uppföljning av läkemedelsbehandlingen.

Nej

Ja, ange vad:

Vet inte

Läkemedel 3:

Tror du att du eller någon annan kunde ha gjort något för att effekten av detta läkemedel skulle ha blivit tillräcklig?

Exempelvis vid förskrivning av läkemedlet, köp av läkemedlet, användning av läkemedlet eller uppföljning av läkemedelsbehandlingen.

Nej

Ja, ange vad:

Vet inte

31. a. För vilket läkemedel av de som nämndes i föregående fråga har den otillräckliga effekten påverkat dig mest?

Om du angett endast ett läkemedel i fråga 30 ange då Läkemedel 1. Om du inte kan bedöma vilket som påverkat dig mest, ange då samtliga alternativ.

- Läkemedel 1
 Läkemedel 2
 Läkemedel 3

b. Hur många dagar varade den otillräckliga effekten?

Ange det totala antalet dagar under de senaste 30 dagarna som du upplevt otillräcklig effekt av detta läkemedel. Om den otillräckliga effekten varade/pågick under del av dag, ange då det som en hel dag.

dagar

c. Pågår den otillräckliga effekten fortfarande?

- Ja
 Nej

32. a. Hur påverkades sammantaget av otillräcklig effekt under de senaste 30 dagarna?

Du kan ange flera alternativ.

- Oro/obehag
 Kunde inte utföra mina fritidsaktiviteter
 Påverkade min förmåga att ta hand om mig själv
 Stannade hemma från arbete/motsvarande
 Fick hjälp av anhöriga för att utföra vardagliga aktiviteter
 Påverkade mig inte namnvärt men symtomen pågår fortfarande
 Påverkade mig inte

Om du svarat att du inte kunnat utföra dina fritidsaktiviteter, om du stannat hemma från arbete eller fått hjälp av anhöriga med vardagliga aktiviteter markera då antal dagar som du påverkades under de senaste 30 dagarna (t ex 0, 1, 2, ...) här nedan. Om du påverkades under del av dag, ange då det som en hel dag.

b. Hur många dagar kunde du inte utföra dina fritidsaktiviteter?

dagar

c. Hur många dagar har du stannat hemma från arbete eller motsvarande?

dagar

d. Hur många dagar har du fått hjälp av anhöriga med vardagliga aktiviteter?

dagar

33. Hur många gånger under de senaste 30 dagarna har du haft någon av följande kontakter på grund av otillräcklig effekt?

För varje alternativ markera antal gånger under de senaste 30 dagarna (t ex 0, 1, 2, ...). Om du inte haft några kontakter med hälso- och sjukvården under de senaste 30 dagarna på grund av att du ej fick tillräcklig effekt, markera detta i rutan längst ned och gå vidare till nästa fråga.

Telefonkontakt med sjuksköterska eller läkare

Besök hos distriktssköterska

Besök hos läkare på vårdcentral

Besök på akutmottagning eller annan mottagning på sjukhus

Inlagd på sjukhus

Besök av hemsjukvård

Besök hos sjukgymnast

Besök hos arbetsterapeut

Besök hos tandläkare

Besök på apotek för att köpa läkemedel

Annan/andra kontakter med hälso- och sjukvården, specificera:

Har inte haft kontakt med hälso- och sjukvården

34. Har din/dina behandlingar förändrats på grund av otillräcklig effekt under de senaste 30 dagarna?

Du kan ange flera alternativ.

Ja, ny läkemedelsbehandling har påbörjats, ange vilken/vilka:

Ja, läkemedelsbehandlingen har ändrats på annat sätt, till exempel den har avbrutits eller dosen har ändrats

Ja, annan typ av behandling har påbörjats (till exempel livsstilsförändring, kirurgisk/ortopedisk behandling), ange vad:

Nej, behandlingen har inte ändrats

Obehandlade besvär och symtom

Här följer en fråga om du haft besvär där du anser att läkemedelsbehandling skulle behövs men som du inte fått eller använt läkemedel för.

35. Har du under de senaste 30 dagarna haft besvär som du anser att du borde fått eller borde använt läkemedel för?

Ange både besvär för vilka du har sökt vård och för vilka du inte har sökt vård.

Nej

Ja → Om Ja:

Beskriv besvär nedan.

Besvär 1:

Besvär 2:

Besvär 3:

Biverkningar av läkemedel

Här följer några frågor om du under de senaste 30 dagarna upplevt biverkningar.

36. a. Har du känt av någon/några biverkningar av läkemedel under de senaste 30 dagarna?

Ange även lättare, återkommande och förväntade biverkningar.

Nej → Fortsätt till fråga 41

Ja ↓

b. Vilka biverkningar har påverkat dig mest under de senaste 30 dagarna?

Om du upplevt fler än tre biverkningar ange då de tre som påverkat dig mest. Du kan ange fler än ett läkemedel per biverkan. Du kan också ange samma läkemedel vid mer än en biverkan.

Beskriv biverkan 1:

och läkemedel:

Tror du att du eller någon annan kunde ha gjort något för att förebygga denna biverkan?

Exempelvis vid förskrivning av läkemedlet, köp av läkemedlet, användning av läkemedlet eller uppföljning av läkemedelsbehandlingen.

Nej

Ja, ange vad:

Vet inte

Beskriv biverkan 2:

och läkemedel:

Tror du att du eller någon annan kunde ha gjort något för att förebygga denna biverkan?
Exempelvis vid förskrivning av läkemedlet, köp av läkemedlet, användning av läkemedlet eller uppföljning av läkemedelsbehandlingen.

Nej

Ja, ange vad:

Vet inte

Beskriv biverkan 3:

och läkemedel:

Tror du att du eller någon annan kunde ha gjort något för att förebygga denna biverkan?
Exempelvis vid förskrivning av läkemedlet, köp av läkemedlet, användning av läkemedlet eller uppföljning av läkemedelsbehandlingen.

Nej

Ja, ange vad:

Vet inte

37. a. Vilken av de biverkningar du nämnde i föregående fråga har påverkat dig mest under de senaste 30 dagarna?

Om du angett endast en biverkan i fråga 36 ange då Biverkan 1. Om du haft flera biverkningar och inte kan bedöma vilken som påverkat dig mest, ange då samtliga alternativ.

Biverkan 1

Biverkan 2

Biverkan 3

b. Hur många dagar varade denna biverkan?

Ange det totala antalet dagar under de senaste 30 dagarna som biverkan pågick. Om biverkan varade/pågick under del av dag, ange då det som en hel dag.

dagar

c. Pågår denna biverkan fortfarande?

Ja

Nej

38. a. Hur påverkades du sammantaget av biverkningar som du upplevt de senaste 30 dagarna?

Du kan ange flera alternativ.

- Oro/obehag
- Kunde inte utföra mina fritidsaktiviteter
- Påverkade min förmåga att ta hand om mig själv
- Stannade hemma från arbete/motsvarande
- Fick hjälp av anhöriga för att utföra vardagliga aktiviteter
- Påverkade mig inte nämnvärt men symtomen pågår fortfarande
- Påverkade mig inte

Om du svarat att du inte kunnat utföra dina fritidsaktiviteter, stannat hemma från arbete eller fått hjälp av anhöriga med vardagliga aktiviteter markera antal dagar som du påverkades under de senaste 30 dagarna (t ex 0, 1, 2, ...) här nedan. Om du påverkades under del av dag, ange då det som en hel dag.

b. Hur många dagar kunde du inte utföra dina fritidsaktiviteter?

dagar

c. Hur många dagar har du stannat hemma från arbete eller motsvarande?

dagar

d. Hur många dagar har du fått hjälp av anhöriga med vardagliga aktiviteter?

dagar

39. Hur många gånger under de senaste 30 dagarna har du haft någon av följande kontakter på grund av biverkningar som du upplevt?

För varje alternativ markera antal gånger under de senaste 30 dagarna (t ex 0, 1, 2, ...). Om du inte haft några kontakter med hälso- och sjukvården på grund av biverkningar under de senaste 30 dagarna, markera detta i rutan längst ned och gå vidare till nästa fråga.

Telefonkontakt med sjuksköterska eller läkare

Besök hos distriktsköterska

Besök hos läkare på vårdcentral

Besök på akutmottagning eller annan mottagning på sjukhus

Inlagd på sjukhus

Besök av hemsjukvård

Besök hos sjukgymnast

Besök hos arbetsterapeut

Besök hos tandläkare

Besök på apotek för att köpa läkemedel

Annan/andra kontakter med hälso- och sjukvården, specificera:

Har inte haft kontakt med hälso- och sjukvården

40. Har din/dina behandlingar ändrats på grund av de biverkningar som du upplevt under de senaste 30 dagarna?

Du kan ange flera alternativ.

Ja, ny läkemedelsbehandling har påbörjats, ange vilken/vilka:

Ja, läkemedelsbehandlingen har ändrats på annat sätt, till exempel den avbröts eller dosen ändrades

Ja, annan typ av behandling har påbörjats (till exempel, livsstilsförändring, kirurgisk/ortopedisk behandling), ange vad:

Nej, behandlingen har inte ändrats

Andra oönskade effekter av läkemedel

Här följer frågor om du upplevt andra oönskade effekter av läkemedel under de senaste 30 dagarna.

41. Vissa läkemedel kan skapa beroende, till exempel att man inte kan sluta använda läkemedlet även om man vill. Upplever du att du varit beroende av läkemedel under de senaste 30 dagarna?

Nej

Ja —————> Ange ett eller flera läkemedel som du varit beroende av nedan:

Läkemedel 1:

Läkemedel 2:

Läkemedel 3:

42. Har du medvetet eller omedvetet tagit eller fått för mycket läkemedel så du blev förgiftad under de senaste 30 dagarna?

En förgiftning är en kraftig reaktion av för hög dos av ett eller flera läkemedel.

Nej

Ja —————> Ange ett eller flera läkemedel som du fått förgiftning av nedan:

Läkemedel 1:

Läkemedel 2:

Läkemedel 3: