

Hvorfor indløser nogle borgere ikke deres recepter på medicin?

En kvalitativ undersøgelse af borgere og sundhedsprofessionelles perspektiver på manglende indløsning af recepter

Nanna Bjørnbak Christoffersen
Freja Ekstrøm Nilou
Jeanette Wassar Kirk
Carl Oehlenschläger
Tine Tjørnhøj-Thomsen

Hvorfor indløser nogle borgere ikke deres recepter på medicin?

En kvalitativ undersøgelse af borgere og sundhedsprofessionelles perspektiver på manglende indløsning af recepter

Nanna Bjørnbak Christoffersen*, Freja Ekstrøm Nilou*, Jeanette Wassar Kirk, Carl Oehlenschläger og Tine Tjørnhøj-Thomsen

*Delt førsteforfatterskab

Internt review: Martin Marchman Andersen

Copyright © 2023

Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Uddrag er tilladt mod tydelig kildegengivelse.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-636-7

Statens Institut for Folkesundhed

Stu­diestræde 6

1455 København K

www.sdu.dk/sif

Rapporten kan downloades fra www.sdu/sif

Forord

Medicin er en vigtig del af både behandling og forebyggelse af mange fysiske og psykiske sygdomme og lidelser. Men ikke alle i Danmark anskaffer sig den medicin, som de har fået recept på, og det kan have helbredsmæssige konsekvenser. Når recepter ikke bliver indløst, og behandling ikke bliver efterlevet, kan det føre til en forværring af sygdomme og tilstande, hvilket både kan have konsekvenser for den enkelte og samfundet generelt.

Formålet med denne rapport er at undersøge, hvilke grunde der kan være til, at borgere i sårbare positioner ikke indløser deres recepter på medicin. Undersøgelsen afdækker forhold, som har indflydelse på borgernes muligheder for og ønsker om at anskaffe den medicin, de har fået ordineret.

Rapporten er udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed for Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Resultaterne fra undersøgelsen bidrager med viden om, hvilke områder der er særligt vigtige at fokusere på, og hvor der kan være behov ændringer og tiltag, hvis alle borgere skal have lige muligheder for at anskaffe sig den medicin, de har brug for.

En stor tak skal lyde til både de borgere og sundhedsprofessionelle, som har deltaget i interviewene og delt deres erfaringer og viden. Ligeledes en tak til studentermedhjælperne Stephanie Cruz Riis, Rebecca Amalie Struwe Kjeldsen, Cille Lauridsen og Paula Dencker for at transskribere interviewene, Martin Marchman Andersen for at læse og kommentere rapporten og til Stig Krøger Andersen for korrekturlæsning.

Morten Hulvej Rod
Direktør
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Indhold

Sammenfatning	5
Indledning	6
Kapitel 1 Metodisk og analytisk fremgangsmåde	8
Litteratursøgning	8
Kvalitative interviews	10
Analyse	12
Kapitel 2 Resultater	13
Økonomiske vilkår	14
Praktiske omstændigheder	18
Borgernes indstilling til medicinen	21
Borgerens indsigt i sin medicinske behandling	26
Kontakten mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle	31
Støtte fra pårørende og professionelle	36
Opsamling	39
Kapitel 3 Diskussion og potentialer	41
Diskussion	41
Potentialer for at forbedre borgeres muligheder for at anskaffe receptpligtig medicin	43
Litteratur	45
Bilag 1 Litteratur fra litteratursøgningen	48
Bilag 2 Eksempel på interviewguide	51

Sammenfatning

Rapporten har til formål at undersøge grunde til, at borgere i sårbare positioner ikke indløser deres recepter på medicin. Sårbare positioner refererer til det at leve med en kombination af helbredsmæssige, sociale og økonomiske udfordringer. Undersøgelsen belyser en række forhold, der har indflydelse på disse borgeres mulighed for og ønske om at anskaffe sig den receptpligtige medicin. Undersøgelsen er baseret på 12 kvalitative interviews med borgere i målgruppen, farmaceuter og farmakonomer fra apoteker og hospitaler, praktiserende læger samt et mindre litteraturstudie på området.

Rapporten indeholder tre kapitler. Første kapitel er en præsentation af undersøgelsens metodiske og analytiske fremgangsmåde. Andet kapitel præsenterer undersøgelsens resultater inddelt i syv temaer med tilhørende indsigter efterfulgt af en opsamling. I tredje kapitel afrundes rapporten med en diskussion af resultaterne med inddragelse af relevant litteratur og et afsnit om potentialer for at forbedre borgeres mulighed for at anskaffe receptpligtig medicin.

Forhold af betydning for, om borgere indløser deres recepter på medicin

Undersøgelsen viser, at indløsning af recepter på medicin ofte er påvirket af flere forskellige forhold, som både knytter sig til situationen omkring udstedelse og indløsning af recepter, men også den enkelte borgers livssituation mere generelt og tidligere erfaringer med medicin og kontakt til sundhedsvæsenet. Forholdene, som rapporten belyser, er følgende:

- Økonomiske vilkår
- Praktiske omstændigheder
- Borgerens indstilling til medicinen
- Borgerens indsigt i sin medicinske behandling
- Kontakten mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle
- Støtte fra pårørende og professionelle

Hvert af de ovenstående forhold bliver uddybet med indsigter, der belyser, hvorfor nogle borgere ikke anskaffer sig deres receptpligtige medicin. En essentiel konklusion fra undersøgelsen er desuden, at der sjældent er enkeltstående grunde til manglende indløsning af recepter, men at der ofte er flere forhold, der har indflydelse på både borgerens mulighed og ønske om at anskaffe sig og tage medicinen. Derfor bør et eventuelt arbejde med at mindske antallet af recepter, der ikke bliver indløst, tage højde for samspillet mellem disse forhold.

Til sidst i rapporten præsenteres en række potentialer for at øge borgeres muligheder for at anskaffe sig receptpligtig medicin og dermed modtage den nødvendige medicinske behandling. Undersøgelsen peger på en ændring i tilskudssystemet, en styrkelse af kommunikationen om medicin mellem borgere og sundhedsprofessionelle, bedre brug af tolkning for borgere med sprogbarrierer, et stærkere samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle, der er involveret i at udstede og indløse recepter og endelig en særlig opmærksomhed på borgere, der ikke har social støtte fra hverken pårørende eller professionelle.

Indledning

Medicin er en essentiel del af både behandling og forebyggelse af en række fysiske og psykiske sygdomme og lidelser [1]. Samtidig er korrekt efterlevelse af medicinsk behandling vigtig for at opnå de ønskede helbredseffekter af behandlingen [2]. Dog har tidligere studier i både Danmark og udlandet vist, at der er en andel af recepter på medicin, som ikke indløses [3], hvilket illustrerer, at ikke alle borgere får den medicinske behandling, en læge har foreskrevet. For eksempel viser et dansk studie fra 2014, at 9,3 % af recepter på nystartet behandling, der er udstedt i almen praksis, ikke er blevet indløst [4]. Dog er det af datamæssige årsager vanskeligt at bestemme omfanget af recepter, der ikke indløses [5], og de studier, der er gennemført, adskiller sig typisk fra hinanden, hvad angår den metodiske fremgangsmåde, og om der er fokus på recepter udstedt i primær- og/eller sekundærsektoren [4]. Recepter, der ikke bliver indløst, kan være et større eller mindre problem for borgeres sygdomsforløb eller helbred. Forskning i social ulighed i sundhed viser, at borgere med lav socioøkonomisk status generelt er mere udsatte, hvad angår både forekomst, behandling og konsekvenser af mange sygdomme [6]. Derfor vil manglende indløsning af receptpligtig medicin sandsynligvis have større konsekvenser for borgere, der er dårligere stillet i forhold til socioøkonomiske faktorer som uddannelse og indkomst. I Danmark og i udlandet er årsagerne bag manglende indløsning af receptpligtig medicin generelt underbelyst [2]. Derfor fokuserer denne undersøgelse på grunde til manglende indløsning af recepter blandt borgere i sårbare positioner, som eksempelvis har begrænsede økonomiske ressourcer, kort eller ingen uddannelse, psykiske og/eller fysiske helbredsproblemer og begrænset socialt netværk.

Formålet med undersøgelsen er at afdække, hvilke forhold der har betydning for, om borgere i sårbare positioner indløser deres recepter på medicin. Recepterne kan både være udstedt i almen praksis, i en speciallægeklinik eller i hospitalsregi i forbindelse med indlæggelse eller ambulante behandling. Undersøgelsen vil ved brug af kvalitative metoder belyse, hvilke praksisser og oplevelser der gør sig gældende hos den undersøgte målgruppe, og hvordan disse har en indflydelse på, om borgerne anskaffer sig den medicin, de har recept på. Den baserer sig på 12 kvalitative interviews med borgere, praktiserende læger samt farmaceuter og farmakonome fra hospitaler og apoteker. Undersøgelsen viser, at der er mange forhold, der spiller ind på, om recepter på medicin indløses. Nogle af forholdene knytter sig til systemets indretning, andre til relationen mellem borgere og sundhedsprofessionelle eller den enkelte borgers levevilkår og ræsonnementer vedrørende medicinsk behandling.

Efterlevelse af medicinsk behandling er relativt velstuderet i forskningslitteraturen, men meget af denne forskning fokuserer på såkaldt sekundær non-adherence, hvilket refererer til en situation, hvor en borger har anskaffet sig den korrekte medicin, men ikke tager medicinen i overensstemmelse med lægens anvisning [2]. Til gengæld er såkaldt primær non-adherence mindre velbelyst i forskningslitteraturen [2, 7]. Primær non-adherence refererer til en situation, hvor borgeren slet ikke anskaffer sig den medicin, vedkommende har fået recept på – det vil sige, at recepten ikke bliver indløst [2]. Den manglende forskning i grunde til primær non-adherence er problematisk, da det ikke kan antages, at mekanismerne bag primær non-adherence er de samme som mekanismerne bag sekundær non-adherence [2]. Derfor kan indsatser, der søger at afhjælpe sekundær non-adherence, heller ikke nødvendigvis bidrage til øget efterlevelse af medicinsk behandling blandt dem, der end ikke har anskaffet sig medicinen [2]. Derudover er forskning i manglende indløsning af recepter på medicin overvejende belyst gennem kvantitative data [8]. Men som Lee et al. (2018) fremhæver, er manglende indløsning af recepter et psykosocialt

fænomen, som bedst lader sig undersøge gennem brug af kvalitative forskningsmetoder, som for eksempel kvalitative interviews. Denne metodiske fremgangsmåde giver indblik i menneskers erfaringer, holdninger og livssituation, som er afgørende for at opnå en dybere forståelse af mekanismerne bag manglende afhentning af receptpligtig medicin. Af samme grund baserer denne undersøgelse sig på kvalitativ empiri i form af interviews med borgere, praktiserende læger, farmaceuter og farmakonomer.

Læsevejledning

Rapporten indeholder tre kapitler.

Første kapitel præsenterer den metodiske og analytiske fremgangsmåde for undersøgelsen.

Andet kapitel præsenterer undersøgelsens resultater. Resultatkapitlet indeholder syv temaer, som hver indeholder én eller flere tilhørende analytiske indsigter, der beskriver forhold af betydning for, om borgere anskaffer sig receptpligtig medicin. Herefter følger en opsamling af hovedresultaterne.

Tredje og sidste kapitel runder rapporten af gennem en diskussion af undersøgelsens hovedresultater ved inddragelse af relevant litteratur og afslutningsvis fremhæves en række potentialer for at forbedre borgeres mulighed for at anskaffe sig receptpligtig.

Kapitel 1 Metodisk og analytisk fremgangsmåde

I dette kapitel præsenterer vi undersøgelsens metodiske og analytiske fremgangsmåde.

Det empiriske grundlag for undersøgelsen består af 1) videnskabelig og grå litteratur om emnet, og 2) 12 kvalitative interviews med borgere og sundhedsprofessionelle

Litteratursøgning

Vi udførte indledningsvis en bred, udforskende litteratursøgning med henblik på at få 1) et overblik over den eksisterende videnskabelige og grå litteratur (undersøgelser, rapporter og evalueringer) på området, og 2) at identificere relevante temaer inden for litteraturen, som kunne informere vores interviewguide og sammenholdes med og supplere vores fund fra interviewundersøgelsen. For at få indblik i såvel borgere som professionelles erfaringer og perspektiver på, hvorfor nogle borgere ikke indløser deres recepter på medicin, var vi særligt interesseret i at identificere kvalitative studier af barrierer for indløsning af recepter på medicin.

Strategi og søgeresultater

Første skridt i litteratursøgning bestod i at søge efter videnskabelig litteratur. Vi søgte i databaserne Scopus, PubMed, SveMed, Embase og Google Scholar. Vi opbyggede tre overordnede søgeblokke, som til sammen udgjorde den søgestreng, vi anvendte i databaserne. Den første søgeblok inkluderede variationer af begreber som *medication non-adherence*, *refill compliance* og *medication compliance*. Den anden søgeblok havde til formål at afgrænse søgeresultaterne til kvalitative artikler med søgeord som *qualitative* og *interview*. Dog viste det sig under søgningen, at der eksisterede få kvalitative studier på området, hvorfor vi udvidede søgningen til også at rumme kvantitative studier. Den tredje søgeblok søgte at afgrænse publikationslandet til de nordiske lande, Tyskland, Holland og Storbritannien. Dog er enkelte relevante studier fra USA og Canada også inkluderet.

Søgningen resulterede i 115 hits i Scopus, 465 hits i PubMed, 19 hits i SveMed, 207 i Embase og seks hits i Google Scholar. Efter at have sorteret en del fra på baggrund af publikationernes titel og abstract og senere på baggrund af den fulde tekst, endte vi med 26 publikationer fundet via databaser.

Næste skridt i litteratursøgningen bestod i at søge efter grå litteratur via Google. I denne søgning fandt vi frem til to relevante rapporter. Desuden supplerede vi med 12 publikationer (grå og videnskabelige), som vi fandt gennem referencelister i de andre publikationer og gennem projektgruppemedlemmers viden. Samlet set endte vi således med 40 publikationer (se bilag 1), hvoraf en del har direkte relevans for undersøgelsen, mens de resterende bidrog til baggrundsviden.

I det følgende afsnit opridses vi hovedpointerne fra denne litteratur.

Hovedpointer fra litteraturen

I litteraturen på området anvendes forskellige begreber til at forstå borgeres efterlevelse (eller manglende efterlevelse) af medicinsk behandling, blandt andet *concordance* [9] *compliance* [10] og *adherence* [2]. I gennemgangen af litteraturen fokuserer vi på begrebet adherence. Medicinsk adherence handler om, hvordan patienters adfærd hænger sammen med den medicinske behandling, som en sundhedsprofessionel har foreskrevet eller anbefalet [2]. Non-adherence handler således om patienters manglende eller ufuldstændige efterlevelse af den medicinske behandling, en sundhedsprofessionel har foreskrevet.

I litteraturen på området skelnes der mellem primær og sekundær non-adherence. Den primære non-adherence refererer til manglende indløsning af recepter, hvilket er hovedfokus i nærværende undersøgelse, mens sekundær non-adherence henviser til manglende efterlevelse af medicinsk behandling, efter patienten har anskaffet sig medicinen – eksempelvis i form af forkert dosis af medicin eller afbrudt behandling [2]. Primær non-adherence er et underbelyst fænomen i litteraturen, hvilket ifølge Lee og kollegaer blandt andet skyldes, at det er vanskeligt at skaffe kvantitative data om ikke-indløste recepter [2]. Lee og kollegaer beskriver det problematiske i dette; ved udelukkende at fokusere på sekundær non-adherence og overse primær non-adherence underestimeres den samlede medicinske non-adherence (Lee et al. 2018), og desuden er der fra et klinisk perspektiv forskel på, om borgere slet ikke igangsætter deres medicinske behandling (primær non-adherence), eller om de afviger fra eller afbryder den medicinske behandling på et senere tidspunkt (sekundær non-adherence) [2].

Ud over dikotomien mellem primær og sekundær non-adherence foreslås en skelnen mellem intentionel og ikke-intentionel primær non-adherence. Westberg et al. (2022) beskriver det som primær intentionel non-adherence, når patienterne bevidst vælger ikke at anskaffe sig den receptpligtige medicin eksempelvis grundet særlige holdninger til eller overbevisninger om den medicin, de har fået recept på [11]. Den primære ikke-intentionelle non-adherence kan blandt andet handle om glemsomhed, manglen på forståelse af medicininstruktionen, eller hvis patienten ikke har råd til medicinen [11].

Vores litteratursøgning vidner om, at relativt få studier fokuserer specifikt på primær non-adherence, hvilket andre studier ligeledes konkluderer [2, 7]. Desuden baseres de fleste studier i primær non-adherence på et kvantitativt datagrundlag [8] i form af register- eller spørgeskemadata. Vi fandt kun én kvalitativ artikel, der fokuserede specifikt på primær non-adherence, og det var blandt amerikanske patienter, der har fået recept på blodtrykssænkende medicin [8]. Vi udvidede derfor vores søgning til at handle mere generelt om medicinsk non-adherence, og vi fandt en række kvalitative studier, der beskæftiger sig med non-adherence uden specificering af, om de fokuserer på primær eller sekundær non-adherence (se fx [12, 13]), og de fleste i en kontekst af medicin ordineret i almen praksis [se fx 14, 15-17]. Mange af de fundne studier fokuserer på specifikke typer af medicin eller sygdomme som eksempelvis blodtrykssænkende medicin [8, 18], blødning eller blodprop i hjernen (stroke) [19] eller mennesker med kroniske sygdomme [13].

Litteraturen peger på en række forskellige grunde til non-adherence (i studierne er det her ikke specificeret, om der er tale om primær eller sekundær non-adherence). Én mulig barriere for adherence er borgeres frygt for, at medicinen forårsager bivirkninger [2, 8, 12, 16, 18-22]. En anden mulig barriere kan opstå i tilfælde af, at borgere ikke mener, de har behov for den medicin, de har fået recept på [2, 20, 22], eller at de ikke er overbeviste om, at medicinen har (den rette) effekt [2, 21]. I tråd med dette er det en barriere, hvis borgere oplever ikke at have tilstrækkelig

viden om deres medicin eller behandling [12, 13, 20, 23]. Studier viser ligeledes en sammenhæng mellem lav indkomst og non-adherence [2, 24], og flere studier peger på, at det er en barriere for adherence, hvis borgere oplever ikke at have råd til den receptpligtige medicin [8, 12, 18, 21, 22, 24, 25]. Endelig er der en række forhold vedrørende kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og borger, som kan have betydning for efterlevelsen af medicinsk behandling. For eksempel peger studier på, at mangelfuld kommunikation mellem sundhedsprofessionel og borger kan være en grund til non-adherence [2, 8, 13, 26], herunder sproglige barrierer og borgeres manglende forståelse af de instruktioner, de sundhedsprofessionelle giver dem [21].

Disse mulige grunde til manglende indløsning af receptpligtig medicin har dannet baggrund for udarbejdelsen af vores interviewguide til de kvalitative interviews (se bilag 2).

Kvalitative interviews

Interviewundersøgelsen var designet som et eksplorativt kvalitativt studie, hvor vi gennem semistrukturerede interviews undersøgte borgere og sundhedsprofessionelles erfaringer med forhold, der har betydning for, om receptpligtigt medicin indløses. Vi udførte i alt 12 semistrukturerede interviews. I tabel 1 nedenfor ses et overblik over interviewpersonerne.

Tabel 1 Overblik over interviewpersoner

Rolle	Nummer på interviewperson
Chefkonsulent hos Danmarks Apotekerforening	IP1
Alment praktiserende læge i udsat boligområde i Region Hovedstaden	IP2
Farmakonom på apotek i Region Midtjylland	IP3
Sygeplejerske i en organisation for mennesker med flygtninge- og indvandrerbaggrund	IP4
Farmaceut på apotek fra Region Nordjylland	IP5
Farmaceut på hospital i Region Hovedstaden	IP6
Farmaceut på apotek i Region Hovedstaden	IP7
Alment praktiserende læge i Region Midtjylland	IP8
Farmaceut på hospital i Region Hovedstaden	IP9
Borger (enkeltpersonsinterview)	IP10
Borger (enkeltpersonsinterview)	IP11
Fokusgruppeinterview med 14 borgere	IP12-IP25

Udvælgelsen af interviewpersoner bundede i et ønske om at undersøge både borgere og sundhedsprofessionelles viden om og erfaringer med emnet. Vi udvalgte professionelle fra forskellige dele af sundhedsvæsenet for at afdække både situationen omkring udstedelse/overlevering af recepter (i almen praksis/på hospitalet) og situationen omkring indløsning af recepter (på apoteket). Vi rekrutterede interviewpersonerne gennem projektgruppemedlemmernes professionelle netværk, via Facebookgrupper samt gennem et opslag på Danmarks Apotekerforenings intranet.

Vi gennemførte 11 af interviewene som enkeltinterviews af 45-60 minutters varighed. Tre af disse blev gennemført fysisk, og de resterende blev gennemført online eller via telefonopkald. Ét interview blev afholdt som et fokusgruppeinterview og varede 1,5 time. Til fokusgruppeinterviewet deltog 14 borgere, og det foregik fysisk og med tolkebistand i en organisation for mennesker med flygtninge- og indvandrerbaggrund. Samtlige interviews blev optaget med diktafon, og lydfileerne blev efterfølgende transskriberet ordret.

Undersøgelsens fokus er at undersøge, hvilke forhold der har betydning for, om borgere i sårbare positioner indløser deres recepter på medicin. Vi definerer i denne undersøgelse borgere i sårbare positioner, som borgere, der fx har fysiske og/eller psykiske helbredsproblemer, begrænsede danskundskaber, begrænset socialt netværk, begrænsede økonomiske ressourcer og kort eller ingen uddannelse. Livssituationen for de borgere, vi har interviewet, er kendetegnet ved ét eller flere af disse vilkår. Borgerne, der deltog i fokusgruppeinterviewet, er kommet til Danmark som flygtninge, indvandrere eller familiesammenførte og har været i Danmark i minimum syv år. Borgerne fra fokusgruppeinterviewet er enten på folkepension, førtidspension, i ressourceforløb eller på overgangsydelse. De borgere, vi interviewede enkeltvis, er på førtidspension. Samlet set er borgerne, der deltog i interviews, præget af forskellige grader og typer af psykiske lidelser og fysiske sygdomme og tilstande. Det drejer sig for eksempel om diabetes, astma, forhøjet kolesterol, hjertesygdomme, angst og PTSD.

Interviewene tog udgangspunkt i semistrukturerede interviewguides for at efterlade rum til, at interviewet kunne bevæge sig i den retning, der var mest nærliggende i forhold til den enkelte interviewpersons viden og erfaring [27]. Vi udviklede interviewguides med udgangspunkt i litteraturgennemgangens fund. De indeholdt blandt andet emner som kommunikation mellem borger og professionel, økonomiske barrierer for køb af medicin og borgeres forståelse/holdninger til medicin. Interviewguiden blev dog tilpasset den enkelte interviewperson (rolle og profession). Desuden tilrettede vi interviewguiderne løbende i takt med, at vi opnåede nye indsigter gennem interviewene (se bilag 2). I interviewene med de sundhedsprofessionelle bad vi dem om så vidt muligt at forholde sig konkret til den borgergruppe, som undersøgelsen fokuserer på. Dog talte interviewpersonerne nogle gange om borgere generelt eller borgere, der var udsatte på andre måder, for eksempel fordi de var ældre mennesker eller havde psykiske udfordringer.

Interviewene med borgere bidrager med indsigt i, hvilke forhold omkring deres livssituation og i deres hverdagsliv som har betydning for, om de indløser deres recepter, samt hvilken rolle deres oplevelser og erfaringer med kontakten til sundhedsprofessionelle på hospitaler, apoteker og i almen praksis har i den forbindelse. Interviewene med de sundhedsprofessionelle giver os en indsigt i deres erfaringer med interaktionen mellem borger og sundhedsprofessionel, når de udsteder og indløser recepter og generelt taler med dem om medicin. Gennem de sundhedsprofessionelles praksisnære viden og erfaring får vi indblik i hvilke forhold, de mener, har indflydelse på, at borgere fra målgruppen ikke indløser deres recepter på medicin.

Analyse

Analysen af det empiriske materiale var inspireret af principperne fra tematisk analyse [28]. Størstedelen af det analytiske arbejde blev gennemført ved fælles analysemøder i projektgruppen. Forud for mødet læste projektgruppen interviewtransskriptionerne grundigt igennem. På analysemødet blev samtlige interviews gennemgået, og pointer fra interviewene blev nedskrevet på post-it-sedler. Herefter tematiserede vi i fællesskab post-it-sedlerne. Interviewene med borgere og sundhedsprofessionelle indgik på lige vilkår i analysen, hvor vi både kiggede efter mønstre og forskelligheder i borgernes oplevelser og de sundhedsprofessionelles erfaringer fra deres kontakt med borgere i deres daglige arbejde. Efter analysemødet arbejdede to medlemmer af projektgruppen videre med tematiseringen og skrev centrale indsigter ned for hvert tema. Dette materiale blev præsenteret og drøftet på endnu et analysemøde. Næste skridt i det analytiske arbejde bestod i at kode interviewtransskriptionerne ud fra temaerne ved hjælp af programmet Nvivo. Temaerne fra analyseprocessen udgør de respektive afsnit i resultatkapitlet. På den måde foregik det analytiske arbejde som en iterativ proces, hvor vi genbesøgte det empiriske materiale ad flere omgange og løbende justerede både temaer og indsigter.

Kapitel 2 Resultater

De følgende afsnit belyser en række af de forhold, som har betydning for, om borgere indløser deres recepter på medicin. Nogle forhold er af strukturel karakter, mens andre vedrører relationer mellem mennesker eller rationaler hos den enkelte borger. Mange af forholdene påvirker hinanden eller hænger sammen på forskellige måder, hvilket vi kommenterer på undervejs.

Indledningsvis er det derfor vigtigt at understrege, at manglende indløsning af recepter ikke kun handler om, hvorvidt borgere møder op på apoteket og køber deres receptpligtige medicin. Beslutningen om eller muligheden for at anskaffe sig medicinen påvirkes af flere samvirkende forhold, som rækker ud over den konkrete situation vedrørende anskaffelsen af medicinen, for eksempel samspillet mellem den enkeltes økonomiske situation, oplevelser af forudgående møder med sundhedsvæsenet – for eksempel i forbindelse med udstedelse og ordination af medicinen – tiltro til medicinen og oplevelser af bivirkninger.

Forskningslitteraturen på området beskriver, at primær non-adherence, som uafhængt medicin repræsenterer, må ses begrundet i et netværk af interagerende forhold, som omfatter økonomiske, sociale og medicinske dimensioner samt borgeres holdninger til at tage medicin [2]. Den tætte sammenhæng mellem de forskellige forhold fremgår af resultatafsnittene og bliver drøftet i diskussionen.

Det er desuden vigtigt at bemærke, at vores undersøgelse ikke kan udpege entydige kausale sammenhænge mellem bestemte forhold eller omstændigheder, og hvorvidt borgere indløser eller ikke indløser recepter. Vi kan beskrive en række forhold, der påvirker borgeres beslutning om eller mulighed for at anskaffe sig receptpligtig medicin, men altså ikke om det er ét specifikt forhold, der er den direkte årsag til, at en recept ikke bliver indløst.

Når vi i det følgende bruger betegnelsen *borgere*, refererer vi til undersøgelsens målgruppe, som er borgere i sårbare positioner (se definition på s. 11).

Økonomiske vilkår

Under dette tema udfolder vi, hvordan borgeres økonomiske ressourcer kombineret med et stort medicinforbrug, priserne på medicin og tilskudssystemets indretning har indflydelse på, om og hvordan borgere anskaffer deres receptpligtige medicin, og på hvordan de håndterer deres medicinforbrug.

INDSIGT 1: Nogle borgere har ikke råd til deres medicin

Prisen på medicinen og oplevelsen af ikke at have råd bliver fremhævet som en udfordring af flere af borgerne i undersøgelsen. Det gælder for flere af dem, at deres medicinliste er lang, at de bliver behandlet for mange forskellige sygdomme og tilstande, og at de tilmed får recepter på medicin, der er målrettet bivirkninger fra andre præparater. I de tilfælde, hvor borgernes økonomiske ressourcer ikke rækker til at købe al den medicin, de får udstedt, føler de sig ofte nødsaget til at vælge dele af deres medicin fra eller til at tage mindre af medicinen, end de har brug for.

En sådan situation fortæller en borger om her, hvor hun beskriver, hvordan hun sparer på sin medicin, fordi hun ikke har råd til at tage den i det omfang, hun egentlig har behov for:

”Jeg kan for eksempel også tænke: ’Jeg kan sidde her og have hovedpine, men hvis jeg lader være med at tage mine smertestillende i dag, så har jeg lidt ekstra i morgen’. Så jeg kan godt nogle gange vælge at sige, så må jeg sidde og have min kroniske hovedpine, og så må den blive slem, fordi så har jeg i hvert fald ikke brugt det, jeg har, og så er der længere tid til, jeg skal ned og købe det igen. Så jeg kan ligesom holde på det, jeg har, ikke?”

– Borger (IP10)

Borgerens oplevelse er et eksempel på, hvordan nogle tyr til at omdosere medicinen for at spare penge. En anden borger fortæller om, hvordan hun håndterer udfordringen i ikke at have råd til al den medicin, hun har brug for, ved løbende at vurdere, hvad der er vigtigst for hende, og hvad hun til nøds kan undvære. Hun har udformet en prioriteringsliste over sin medicin, hvor for eksempel morfin og Gabapentin står øverst på listen, mens hun mener at kunne undvære eksempelvis Panodil og medicin, der forebygger mavesår. Hun forklarer her, hvordan hun bliver nødt til at vælge nogle præparater fra:

”Det drejer sig specielt om dyr penicillinmedicin. Det drejer sig om medicin i forhold til (...) forebyggelse af mavesår og sådan noget, når man får så mange piller, som jeg gør. Det er meget dyrt sådan noget medicin. Så det er ikke altid, jeg har råd til det.”

– Borger (IP11)

En farmakonom fra et hospital fortæller, at han har oplevet patienter, som vælger kun at tage deres receptpligtige medicin hver anden dag for at spare på den af økonomiske grunde, og apotekspersonale er også vidne til, at borgere prioriterer, hvilken medicin de køber, mens de står på apoteket. En farmaceut fortæller om en situation, hvor en borger får oplyst det samlede beløb på medicin – eksempelvis 1.500 kroner – og derefter sorterer præparater fra, indtil beløbet er nede på et beløb, vedkommende har råd til. Set fra hendes faglige perspektiv vurderer hun, at borgerne i nogle tilfælde prioriterer præparaterne på en uhensigtsmæssig måde, og i de situationer forsøger hun at gå i dialog med dem om det. En farmakonom nævner som eksempel, at flere borgere ikke har råd til deres forebyggende inhalationsmedicin og i stedet prioriterer at tage den hurtigtvirkende

inhalationsmedicin. Men denne prioritering er ifølge farmakonomerne uhensigtsmæssigt, da borgeren kan ende i en ond cirkel med behov for mere og mere hurtigtvirkende medicin.

En sygeplejerske fra en organisation beskriver lignende situationer om økonomiske prioriteringer af medicin internt i husholdninger. Hun har for eksempel været i kontakt med en kvinde, som valgte at nedprioritere sin egen diabetesmedicin til fordel for partnerens og barnets medicin.

Farmakonome og farmaceuter fra apoteker har erfaringen med, at priser på medicin spiller en stor rolle for mange borgere, og at de ofte er særligt overraskede over pludselige prisændringer på præparaterne. Desuden fortæller de, at de har væsentligt mere travlt på apotekerne omkring den 1. i hver måned end i slutningen af måneden, hvilket for dem indikerer, at borgernes privatøkonomi har betydning for deres køb af medicin. Det er især blodfortyndende medicin, diabetesmedicin, astmamedicin og ADHD-medicin, der fremhæves som særligt dyr.

Apotekspersonalet oplever ofte, at borgere kommer ind på apoteket eller ringer ind for at spørge, hvad priserne er på forskellige typer af præparater, og hvad status er for deres tilskudssaldo til alment medicintilskud. En farmakonom fra et apotek beskriver det således:

"Vi har rigtig mange kunder, der spørger os, enten hvor langt de er på deres CTR-saldo, eller hvad det [medicinen] koster. Det er bare generelt sådan, at det mest livsvigtige medicin, det er bare megadyrt. Så vi oplever også tit, at de siger 'Jamen det har jeg desværre ikke råd til, jeg må komme tilbage senere'. Og så kan vi jo stå der, 'Hvor mange har du tilbage?' – 'Jamen jeg har ikke flere tilbage'. Og så er halvdelen af måneden gået, og så kan vi stå og tænke, 'Nå, gad vide hvad der så sker'."

– Farmaceut på apotek i Region Nordjylland (IP5)

Flere medarbejdere på apoteker beskriver lignende situationer, hvor de konfronteres med, at kunder ikke har råd til at indløse deres recepter. Det betyder ikke nødvendigvis, at recepten aldrig indløses, men at den indløses for sent, og at borgeren derfor må undvære sin medicin i en periode. I de situationer må apotekspersonalet overveje, om de kan gøre noget for at forbedre borgernes mulighed for at anskaffe sig deres receptpligtige medicin. Det kan for eksempel være at sende en skriftlig henvendelse til borgerens læge (med borgerens samtykke), hvori farmaceuten gør lægen opmærksom på, at borgeren ikke har økonomiske ressourcer til det ordinerede præparat, og om lægen kan overveje at ordinere et billigere præparat eller hjælpe med at søge tilskud/tillæg til medicinen. Apotekspersonale vejleder desuden borgerne i, hvilke muligheder der er for at få tilskud til medicin.

I interviewmaterialet er der flere eksempler på, at apotekspersonalet hjælper med at finde alternative løsninger, når borgeren ikke har råd til at indløse recepterne. En farmakonom beskriver et eksempel, hvor en borger havde en recept på tre pakker ADHD-medicin, men ikke havde råd til at købe alle tre pakker på én gang. Derfor foreslog farmakonomerne, at hun blot solgte ham én pakke. Det betød imidlertid også, at farmakonomerne måtte kontakte borgerens psykiater for at informere om, at hun kun havde solgt én pakke, så der ikke opstod mistanke om, at borgeren havde solgt de resterende pakker på det sorte marked. Dog er det ikke altid muligt for apotekspersonalet at finde alternative løsninger til borgere, som ikke har råd til deres medicin, og derfor må nogle borgere gå tomhændet fra apoteket.

En alment praktiserende læge fortæller om, hvordan han taler med patienter om prisen på medicin. Han forklarer, at han i konsultationer med patienter, for hvem økonomien er en udfordring, sørger

for tidligt at nævne prisen på medicinen og forhøre sig om, hvorvidt patienten har råd til at købe den. Hvis ikke forsøger lægen at finde et alternativt præparat, som patienten har råd til. På den måde gør denne læge, hvad han kan for at sikre, at patienten har råd til den ordinerede medicin og kan efterleve den medicinske behandling.

I interviewene med fagprofessionelle nævnes en række andre eksempler på, hvordan borgere håndterer anskaffelsen af deres receptpligtige medicin, hvis deres økonomi er utilstrækkelig. Her nævnes eksempelvis køb af medicin i udlandet, økonomisk hjælp fra venner og familie, eller at medicin købes på partnerens recept for på den måde hurtigere at opnå medicintilskud.

INDSIGT 2: Medicintilskudssystemet er svært at navigere i

Et andet centralt fund, der er relateret til de økonomiske forhold, omhandler medicintilskudssystemet. Overordnet set er medicintilskudssystemet bygget op af et generelt medicintilskud, som alle borgere i Danmark får automatisk ved køb af tilskudsberettiget medicin for over et bestemt beløb, og andelen af tilskud stiger, jo flere udgifter til medicin man har. Tilskuddets størrelse varierer desuden afhængigt af, om borgeren er over eller under 18 år i starten af tilskudsperioden. Derudover findes der nogle individuelle tilskud, som er knyttet til den enkelte borger (fx enkelttilskud, forhøjet tilskud, terminaltilskud), og som søges af borgerens læge. Endelig findes der sociale tilskud, som den enkelte borger selv skal søge hos kommunen [29].

Såvel borgere som fagprofessionelle beskriver tilskudssystemet som forvirrende og svært at navigere i. De borgere, vi har interviewet, som oplever, at økonomi er en barriere for at købe receptpligtig medicin, mindes ikke at have talt om medicintilskud med deres praktiserende læge og fortæller ligeledes, at de ikke har haft mod på at sætte sig ind i tilskudsreglerne på egen hånd.

Af interviewene med apotekspersonale fremgår det, at de bruger meget tid på at forklare borgerne, hvordan tilskudssystemet er opbygget, hvilke tilskud de er eller ikke er berettiget til, og hvordan de kan søge de relevante tilskud. En farmakonom fra et apotek i Midtjylland fortæller, at en væsentlig del af hendes arbejde består i at rådgive og vejlede borgere i tilskudssystemet og forklare, hvorfor de får tilskud til noget og ikke til noget andet, og hvad der er årsag til eventuelle ændringer i tilskuddene:

"Jeg kan også vide, at den her medicin, den kunne der søges tilskud til. Det er jo ikke altid lægen lige har tænkt på det, eller at lægen kunne skrive 'der er det, der hedder almen klausuleret tilskud', det kræver, at man laver en påføring af recepten, for at vi så kan tillade os at give det tilskud. Og det er jo ikke altid, lægen har tænkt på det, og så ligger der en opgave i at sige til kunden 'prøv at spørge om du opfylder de kriterier, for at lægen kan skrive det der klausuleret tilskud på'. Så skriver jeg på en lille seddel 'klausuleret tilskud?', så kan man få ringet og spørge lægen "opfylder jeg kriterierne", så på den måde."

– Farmakonom på apotek i Region Midtjylland (IP3)

Samme farmakonom forsøger også ofte at skabe overblik over, om en borger køber medicin i så stort omfang, at vedkommende kan komme på det, der kaldes en henstandsordning. En henstandsordning er en aftale mellem borger og et apotek, hvor borgeren kan betale det samme beløb for den medicin, som er tilskudsberettiget, hver måned hele året. På den måde slipper borgeren for store medicinudgifter i starten af tilskudsåret. Denne ordning er kun relevant for borgere, der bruger et bestemt minimumsbeløb på tilskudsberettiget medicin. Henstandsordningen

beskrives dog af flere af interviewpersonerne fra apotekerne som en tung og ufleksibel ordning, blandt andet fordi aftalen om en henstandsordning knytter sig til ét specifikt apotek, som borgeren derfor er nødt til at begrænse sig til.

Også sygeplejersken, der er ansat i en organisation for mennesker med flygtninge- og indvandrerbaggrund, bruger meget tid på at hjælpe borgere med at søge tilskud hos kommunen. Hun beskriver det som en omstændig ansøgningsproces, som blandt andet kræver en liste fra apoteket over den medicin, borgeren har købt det seneste år, ligesom ansøgeren skal vedlægge information om sin egen og sin samlevers økonomi og sende til kommunen. Herefter skal der genansøges jævnlige og ved opstart på nye præparater. Sygeplejersken fortæller, at mange af de borgere, hun er i kontakt med, ikke selv har den fornødne viden eller ressourcer til at gennemføre en sådan ansøgning.

Flere af interviewpersonerne efterspørger en strømlining og automatisering af det samlede tilskudssystem, så det ikke bliver op til den enkelte læge eller borger at søge de tilskud, der ikke gives automatisk. Ofte er det de dårligere stillede borgere, som ikke kender til tilskudssystemet, eller som ikke har ressourcerne til at søge tilskud eller proaktivt spørge lægen om mulighed for andre tilskud. Ifølge interviewpersonerne ville det være oplagt med en mere automatiseret, abonnementsbaseret model, som ikke låser borgeren til ét bestemt apotek, og hvor flere vil kunne få mulighed for at dele deres betaling af medicin jævnt ud over året.

Opsummering

Af undersøgelsen fremgår det, at økonomi er en central barriere for anskaffelsen af medicin. Når borgerne ikke har råd til deres medicin, kan det have den konsekvens, at de enten undlader helt eller delvist at tage medicinen eller anskaffer medicinen på alternative måder uden om de gængse systemer. I den proces føler borgerne sig ofte nødsaget til at foretage prioriteringer i deres medicin, hvor de selv vurderer, hvad der er vigtigst for dem at købe. Denne prioritering stemmer ikke nødvendigvis overens med, hvad der fra et medicinsk perspektiv vurderes som vigtigst, og de sundhedsprofessionelle har en vigtig rolle at spille i at støtte borgerne i denne proces.

Til trods for at der eksisterer en række forskellige tilskudsmuligheder i Danmark, kommer tilskuddene ikke nødvendigvis altid dem, der har allermest brug for dem, til gavn. Det er krævende at sætte sig ind i tilskudssystemet, særligt for borgere, der i forvejen har mange andre udfordringer, og apotekspersonalet bruger uforholdsmæssigt meget tid på at hjælpe borgere med at forstå deres muligheder og navigere i systemet.

De økonomiske barrierer er åbenlyse i undersøgelsen, men en central pointe er samtidig, at problemet med manglende indløsning af recepter ikke nødvendigvis vil blive løst ved udelukkende at have fokus på de økonomiske forhold. Som vi kommer ind på i de følgende afsnit, har forhold som praktiske omstændigheder og borgernes tidligere erfaringer med medicin ligeledes betydning for, om de vælger at anskaffe sig og starte på medicin.

Praktiske omstændigheder

Under dette tema udfolder vi, hvilke praktiske omstændigheder der har indflydelse på, om borgere indløser deres recepter på medicin.

INDSIGT 3: Apoteket som fysisk rum kan være utilgængeligt og svært for borgerne at opholde sig i

Fremmøde på apoteket kan være en udfordring, som forhindrer nogle borgere i at få fat på deres medicin. Særligt for borgere med psykiske eller fysiske helbredsproblemer som for eksempel social angst eller begrænset mobilitet, kan apoteket opleves som svært tilgængeligt, og rummet kan være krævende for borgerne at opholde sig i. En borger i undersøgelsen fortæller, at hun har svært ved at møde op på et apotek i sit nærområde på grund af sine fysiske smerter, men også i høj grad på grund af sin psykiske tilstand:

”Altså et af mine store problemer er jo min angst, og så at jeg har smerter. Så rent lavpraktisk kan jeg ikke altid komme på et apotek og hente min medicin, så det stopper mig jo også nogle gange fra at hente min medicin, at jeg ikke kan komme til apoteket. Fordi jeg kan ikke gå ud selv med min angst, og nogle gange så har jeg så mange smerter, så selv hvis jeg for eksempel har tid med min bostøtte, og jeg bor på tredje sal, så kan jeg simpelthen ikke overskue at komme ned ad trappen, fordi jeg bliver så svimmel, og jeg har så mange smerter. Så at gå hen på apoteket, det er helt utænkeligt for mig. Så det er faktisk ikke særligt tit, at jeg kommer på apotek. Nogle gange så prøver jeg at bestille det online, og det er jo heller ikke nødvendigvis en garanti for, at det bliver afleveret, men så prøver jeg at få det bestilt til en pakkeboks i nærheden eller sådan noget, så jeg har lidt mere medbestemmelse i, hvordan det hentes. For jeg hader at gå på apoteket. Altså både fordi det rent fysisk gør ondt, men jeg synes heller ikke, at de fleste apoteker er særligt rare at være i, og jeg synes, de fleste apotekere, eller hvad hedder det, farmaceuter [...], bryder jeg mig ikke om, at de skal stå og stille mig alle de der spørgsmål, selvom de har set mig hente den samme medicin 100 gange, hvor jeg er sådan lidt ‘hold nu op venner’. Og jeg ved godt, at det er noget, de skal gøre. Men når man har angst og bare gerne vil ud, så at skulle stå for 20. gang og sige: ‘Jeg ved godt, hvordan jeg tager de piller’. Det er bare med til at være en enorm stressfaktor.”

– Borger (IP10)

I interviewet uddyber borgeren, hvorfor det er ubehageligt at opholde sig på det pågældende apotek. Hun forklarer, at der ofte er mange mennesker på apoteket, og at man står tæt. Hun finder det grænseoverskridende, at andre mennesker kan følge med i, hvad hun taler med apotekspersonalet om, og hvor mange pakker med piller, hun køber. Hun savner desuden flere siddepladser på apoteket, da hun grundet sine smerter har brug for at sidde ned og påpeger også, at indeklimaet på apoteket ikke er optimalt, da der ofte er for varmt. Borgeren fremhæver i modsætning til dette apotek et andet apotek i sit nærområde, som hun foretrækker. Her er apotekspersonalet venlige og nøjes med at spørge, om hun har prøvet medicinen før, og når hun svarer ja, undlader de at spørge mere ind til dette. Desuden er der på det apotek langt færre kunder, og der er et bedre indeklima. Borgeren får dog ofte hjælp af sin bostøtte til at tage på apoteket. Bostøtten giver hende tryghed og hjælper, forklarer hun, ved at stille sig lidt i vejen, så andre kunder holder bedre afstand til hende. I nogle tilfælde gør hun brug af online bestilling i

stedet, men hun er stadigvæk nødt til at hente medicinen ved en pakkeboks, da hun er ikke tryk ved, at en fremmed person pludselig ringer på hendes dør for at levere medicinen.

Mens førnævnte borger oplever apoteket som et rum, der er fysisk og psykisk udfordrende at opholde sig i, er det for en anden borger i undersøgelsen udelukket overhovedet at bevæge sig derhen. På grund af sine massive smerter er hun meget begrænset i at kunne forlade sit hjem og dermed også i at komme på apoteket. Hun har derfor brug for hjælp fra sin søn, når hun skal have hentet sin medicin:

“Så ringer jeg ned på apoteket og siger: ‘Nu har jeg fået bestilt medicin. Og jeg sender min søn ned og henter det.’ Det er så det, der sker. Så får min søn mit sygesikringsbevis, og så går han på apoteket. Jeg kan jo ikke gå, så det er min søn, der går på apoteket for mig og henter det. (...) Det eneste er, at min medicin bliver hentet, når min søn har tid til det, ikk’? Det er jo afhængigt af, at han har tid til at køre på apoteket for mig. Så der kan nogle gange godt være lidt forsinkelse på, hvis det ikke lige passer ind.”

– Borger (IP11)

Hjælpen fra sønnen er derfor afgørende for, at hun kan få fat på sin medicin. En praktiserende læge fortæller i tråd med borgernes udtalelser, at flere af hans patienter har svært ved at møde op på apoteket enten på grund af fysiske symptomer og funktionsnedsættelse eller social angst.

På apotekerne er de opmærksomme på udfordringen, og apotekspersonalet forklarer, at de bestræber sig på at sikre diskretion i forbindelse med ekspedering. Det kan for eksempel omfatte brug af diskretionslinjer, der sørger for, at kunder, der står i kø, ikke står for tæt ved den kunde, der bliver ekspederet. Der arbejdes også flere steder med at skabe mere afstand mellem skrankerne eller placere dem skråt, så man ikke umiddelbart kan se den person, der står ved siden af. Selvom der på apotekerne arbejdes med diskretion, oplever apotekerpersonalet, at nogle borgere bliver utilpasse, pinligt berørte eller på andre måde har det svært med at skulle købe medicin på apoteket. En farmaceut fra et apotek i Nordjylland fortæller, at unge mænd og kvinder kan virke generte, særligt hvis dialogen omhandler tabuiserede emner som impotens eller kønssygdomme. Hun fortæller, at hvis de fornemmer, at borgeren er anspændt, så tilbyder de vedkommende at tale med en kollega, som eksempelvis har et andet køn eller en anden alder, for at gøre kunden mere tilpas i situationen, hvilket mange kunder takker ja til.

Onlinehandlen af medicin er ifølge chefkonsulenten fra Apotekerforeningen i vækst, men udgør dog stadig en meget lille del af lægemiddelhandlen. Hertil kommer, at ikke alle mennesker har mulighed for at prioritere at få medicinen leveret, da der ofte vil være leveringsomkostninger.

Opsummering

Borgeres mulighed for at anskaffe den medicin, de har fået recept på, er påvirket af fysiske og praktiske omstændigheder. Særligt for borgere med svære psykiske eller fysiske helbredsproblemer kan apoteket være svært tilgængeligt, og rummet kan være udfordrende at opholde sig i. Det drejer sig om ikke at kunne komme ned på apoteket på grund af fysiske helbredsproblemer, men også om ubehag ved at være i det konkrete rum med mange mennesker og dermed risiko for at føle sig udstillet i forbindelse med medicinkøbet. Karakteren og tilgængeligheden af apoteket som fysisk rum kan således komme til at blive en forhindring for borgere, der ellers i udgangspunktet har et ønske om at anskaffe medicinen, og det skaber en

afhængighed af andres hjælp for at få adgang til den. Muligheden for at handle medicin online kan være et alternativ for nogle borgere, men leveringsomkostninger og hjemmelivering kan samtidig være en udfordring.

Borgernes indstilling til medicinen

Under dette tema fokuserer vi på borgeres indstilling til medicinen, herunder bekymringer for bivirkninger, opfattelser af nødvendigheden af medicinsk behandling og pludselige ændringer i medicinen. Disse er nogle af de forhold, der kan lede borgere til at tage en aktiv beslutning om ikke at indløse deres recepter eller følge den medicinske behandling, som lægen har foreskrevet.

INDSIGT 4: Borgere kan være bekymrede for bivirkninger

Flere borgere fortæller, at de er optagede af at få information om bivirkninger, når de skal starte på ny medicin. En interviewperson fortæller, at hun har savnet en grundigere dialog om mulige bivirkninger med sin læge, før hun begyndte at tage morfin. Hun er ikke sikker på, hun ville have valgt at få morfin, hvis hun var blevet informeret om bivirkningerne og havde fået tilbudt et alternativ. Andre borgere fortæller, at de er stoppet med at tage medicin grundet bivirkninger. En kvinde fortæller eksempelvis, at hun med en bestemt type hjertemedicin oplevede vejrtrækningsbesvær og vægtøgning, og for at slippe for bivirkningerne valgte hun i stedet at bruge naturmedicin.

Bivirkningerne fra psykofarmaka bliver også fremhævet som noget, der har fået flere af borgerne til at undgå eller stoppe behandlingen. En borger fortæller her om hendes frygt for bivirkninger fra psykofarmaka, som stammer fra hendes tidligere oplevelser med medicinen:

“Altså da jeg var ung, og jeg fik den psykiske diagnose, så fik jeg jo virkelig, virkelig meget psykofarmaka. Og det, det synes jeg bare var helt forfærdeligt, altså... og fordi jeg har fået så meget psykofarmaka som teenager, så har jeg bare generelt ikke været stor fan af medicin siden da, fordi jeg synes, jeg fik så meget af det dengang. Så jeg ville jo også allerhelst slet ikke skulle have noget nu. Det er bare en dårlig erfaring med det. Jeg fik simpelthen så mange bivirkninger af alt det psykofarmaka. Og der var jo ikke nogen, der tog sig af, at jeg fik bivirkninger, fordi at de synes jo bare, at jeg skulle have alt det der medicin. Så derfor så har jeg bare, ja det har jeg bare ikke syntes var fedt. Ja og så er jeg jo vokset op med to forældre, der jo heller ikke synes, medicin er en god løsning på tingene. [...]. Så det er jeg ligesom også vokset op med. At selvfølgelig er det fint nok, at man tager en Panodil, hvis man har hovedpine, men som udgangspunkt så skal man helst holde sig fra medicin, medmindre det er fordi, det er livsnødvendigt. Det har været sådan en holdning, der har været i mit hjem helt fra barnsben af.”

– Borger (IP10)

Citatet illustrerer, hvordan borgerens erfaring med bivirkninger fra medicinen sammen med en oplevelse af, at det ikke blev taget alvorligt af sundhedsprofessionelle, har forstærket en eksisterende skepsis over for at tage psykofarmaka, men også over for at tage medicin i det hele taget. Eksemplerne viser, at oplevelser med bivirkninger kan føre til en uvilje mod at tage særlige typer af præparater, og denne uvilje kan føre til, at borgerne afbryder den medicinske behandling (enten med eller uden involvering af den praktiserende læge).

Apotekspersonalet oplever også, at borgerne er optagede af bivirkninger, når de har spørgsmål til medicinen. En farmaceut fra et apotek i Region Nordjylland fortæller, at selvom de på apoteket gør, hvad de kan for at mindske borgernes bekymringer for bivirkninger, så trænger emnet sig ofte på i hendes kontakt med borgerne. Hun fortæller:

"Hvis de [borgerne] har fået at vide, at der er mange bivirkninger til præparatet, det kan de godt blive meget bange for. Også sådan noget som depressionsmedicin, der er lægerne rigtig dårlige til at fortælle dem, at der går lang tid, før det virker. Hvor det siger vi til dem hernede, og der kan de godt nogle gange være sådan, 'Så skal vi lige tænke over det', fordi vi også fortæller om alle de bivirkninger, der ligesom er associeret med det. Ja, vi skal passe meget på med, hvad vi siger, altså hvor meget skræmmekampagne, man siger, selvom man jo bare tænker, man siger det, der er vigtigt for dem at vide. Men jeg synes også, vi er gode til, at når vi så har sagt fem bivirkninger, at vi så siger, 'Men det er ikke sikkert, at du oplever dem, men det er bare vigtigt, at du ved det, hvis du oplever det. Det er ikke noget farligt, men at det bare er din medicin, der går ind og driller'. [...] Men der synes jeg, at vi er gode til, inden de siger, 'Det vil vi ikke have alligevel', og det er især depressionsmedicin, at vi ligesom får fortalt dem, der er rigtig mange bivirkninger, og det der er træls ved det her medicin, det er, at bivirkninger kommer først, og så kommer effekten bagefter. Så vi plejer at sige, 'Du har noget at glæde dig til', altså på et tidspunkt så vender det."

– Farmaceut på apotek i Region Nordjylland (IP5)

Bekymringer for bivirkninger kan altså have indflydelse på, om borgere vælger at købe den medicin, de har fået recept på. Samtidig kan det have betydning for borgerne, hvis de må vente længe på virkningen af deres medicin. En praktiserende læge fra Region Midtjylland har samme erfaring. Lægen fortæller, at patienterne kan opleve det som demotiverende at starte på medicin, hvor de oplever bivirkninger ved medicinen længe før, de oplever dens positive virkninger.

Det er ikke kun borgernes egne oplevelser af bivirkninger, der kan have indflydelse på deres indstilling til et bestemt præparat. Også sager om eller omtale af specifikke medicinpræparater i medierne kan, ifølge de sundhedsprofessionelle, påvirke holdninger til medicinen og medvirke til skepsis eller forbehold hos borgere, de møder. En farmakonom påpeger for eksempel, at medieomtale af typer af smertestillende medicin, som kan være stærkt vanedannende, kan præge folks indstilling til den type medicin og skræmme borgere fra at tage medicinen.

INDSIGT 5: Borgerne kan have svært ved at se nødvendigheden af deres medicin, hvis de ikke kan mærke tegn på sygdom

Et andet forhold, der kan have indflydelse på indløsningen af recepter er, hvis borgerne ikke kan se meningen med eller nødvendigheden af at tage den medicin, de har fået recept på.

For det første kan det være svært for borgere at se nødvendigheden af deres medicin, hvis medicinen er forebyggende frem for helbredende. I de tilfælde, hvor medicinen er forebyggende, vil borgeren typisk ikke mærke konkrete symptomer, og – som en praktiserende læge forklarer – kan det derfor være vanskeligt at forstå relevansen af at skulle købe og indtage den forebyggende medicin:

"Rigtig meget af den medicin, vi giver i dag, er jo forebyggende og mod risikofaktorer [...], hvor man jo ikke i sin krop kan mærke, man er syg, og det er sådan set også meningen, du aldrig skal mærke, du bliver syg. Og vi skal nedsætte risikoen for, at du kommer til at få følgesygdomme eller dø før tid eller belaste samfundet unødigt. [...] så man kan sige, at hvis du ligesom skal gøre noget kort, hvor du selv har en stor

gene, så har du også en høj motivation for at gøre noget.”

– Alment praktiserende læge i udsat boligområde (IP2)

De praktiserende læger fortæller samstemmende, at det for nogle af de borgere, der kommer hos dem, kan være abstrakt at forstå nødvendigheden af forebyggende behandling, og at de derfor gør en del ud af at forklare, hvorfor de opfordrer til forebyggende behandling. Samme problemstilling påpeges af sygeplejersken, der er ansat i en organisation for borgere med flygtninge- og indvandrerbaggrund. Hun oplever, at nogle af borgerne er stoppet med at tage deres kolesterolsænkende medicin, fordi de har svært ved at forstå vigtigheden af det, når de ikke har symptomer. Dette illustreres også i nedenstående citat, som kommer fra en apoteksansat farmaceut:

”Altså det kunne for eksempel typisk være, at man ikke er helt enig i lægens holdning, eller det kunne for eksempel være noget typisk som kolesterolmedicin. Man kan jo ikke mærke, man har forhøjet kolesterol, det er jo egentlig lidt abstrakt. Man får det her tal præsenteret, det ligger for højt, og du har risiko for at få hjertekarsygdomme, så du skal have kolesterolmedicin. Man kan jo ikke mærke det, så det er sådan, 'Arh, skulle det nu også være nødvendigt'-agtigt, så det kan man godt opleve, at sådan noget for eksempel ikke bliver indløst. Også sådan noget som Vagifem, det er sådan noget lokalt hormonbehandling [...], men der er der også nogen, 'Arh, det går måske alligevel, er det nu ikke lidt overdrevet at angribe overgangsalderen? Jeg fortsætter lidt endnu med barrierecreme eller intimsæbe eller et eller andet og ser, om det ikke kan gøre det. Det er vist ikke helt nødvendigt alligevel'. Og det kan også være en mistro, vil jeg sige, det er faktisk de samme to lægemidler, som jeg hyppigst oplever det med, [...] fordi der har været meget debat om det hensigtsmæssige i hormonbehandling i forhold til overgangsalderen. Der har jo været meget mediefokus på den her muskelømhed, man kan få af kolesterollægemidler, så der er mange af de her meget store skepsis til den slags medicin.”

– Farmakonom fra apotek i Region Midtjylland (IP3)

Som det bliver fremhævet af farmakonomen i citatet, har nogle borgerne svært ved at se det meningsfulde i forebyggende medicin, hvilket kan betyde, at de udskyder eller dropper anskaffelsen af den receptpligtige medicin.

For det andet kan borgerne have svært ved at se nødvendigheden af den ordinerede medicin, hvis deres primære symptomer aftager eller forsvinder, inden de anskaffer medicinen. I tråd med det fortæller en praktiserende læge, at det ikke er ualmindeligt, at hun udskriver såkaldte vent-og-se-recepter. Vent-og-se-recepter kan kun indløses inden for et par uger afhængigt af præparatet. Det kan være relevant at ordinere sådanne, hvis lægen har en forventning om, at symptomerne går over af sig selv, så medicinsk behandling ikke bliver nødvendigt. Det kan for eksempel være antibiotika til børn eller allergimedisin. I tråd med dette fortæller en borger, at hun i perioder undlader at indløse sine recepter på netop allergimedisin eller næsespray, fordi behovet for medicinen er sæsonbestemt.

INDSIGT 6: Ændringer i borgerens medicin kan skabe forvirring og utryghed

Når der sker ændringer i borgerens medicin, kan det skabe forvirring, som den sundhedsprofessionelle må bruge ekstra tid på at afhjælpe for at gøre borgerne trygge ved at købe og tage medicinen. En farmakonom fra et apotek fremhæver de særlige udfordringer, der findes blandt borgere, der tager forskellige typer præparater fast:

”De der polyfarmacipatienter, som får mange lægemidler, der drukner det i, at de er bare forvirrede over, ja priser og pakninger og ting, der ikke kan skaffes, og vi må lave om på styrken og ringe til lægen og alt muligt. Sådan noget lavpraktisk, teknisk noget.”

– Farmakonom på apotek i Region Hovedstaden (IP7)

Farmakonomen nævner også, at de oplever at måtte substituere den medicin, lægen har ordineret, hvilket vil sige at give et beslægtet præparat, som har samme aktive indholdsstoffer. Det kan være for at tilbyde borgeren et præparat, der er billigere end det, de plejer at få, eller fordi det vanlige præparat er i restordre. Sådan nogle ændringer kan gøre nogle borgere utrygge, og apotekspersonalet gør derfor meget ud af at forklare borgerne, at medicinen for eksempel kan se anderledes ud, selvom præparatet er det samme. En farmakonom uddyber her:

”Så er der restordre på lægemidler, eller så bliver der substitueret, det forvirrer mange, måske også i den kundegruppe I kigger på [borgere i sårbare positioner]. Det tror jeg også kan gi' mange af problemerne til, at der ikke er indløst recepter, fordi hver 14. dag kommer der nye navne på medicinpriserne, fordi de må skifte medicinen [...]. Tabletterne kan se meget forskellige ud, de kommer i forskellige pakninger, så der skal vi ligesom vejlede og støtte dem i, at det her er det samme som det, jeg kan se, du havde fået sidst, der var det bare pakket i en anden pakning og havde et andet navn, men jeg kan skrive her på etiketten, at det er lig med det her navn, som du havde sidst. Og ligesom ja, tager den der snak med dem og berolige dem [...]. Også fordi den kundegruppe [...] som får meget medicin og kan have svært ved det, ja de får rigtig mange forskellige lægemidler, og hvis man tænker, at de næsten hver gang, de henter dem, ser det forskelligt ud, hedder noget forskelligt, så bruger vi rigtig meget tid på at vejlede dem i og berolige dem med, og få lavet systemer for dem, så de kan være rolige og trygge ved deres medicin.”

– Farmakonom på apotek i Region Hovedstaden (IP7)

Der ligger således en stor opgave hos apotekspersonale i at forklare borgerne ændringer i medicinen, både når pakningen skifter udseende, når præparatet skifter navn, dosering eller pris, hvilket har betydning for, om borgerne føler sig trygge ved medicinen og vælger at indløse recepten og følge den medicinske behandling.

Opsummering

Borgernes indstilling til medicin generelt og til specifikke præparater har stor betydning for, om borgerne vælger at anskaffe sig medicinen og følge behandlingen. Indstillingen til medicinen er blandt andet påvirket af egne tidligere erfaringer og mediediskurser, som har indflydelse på, om borgerne føler sig trygge ved præparatet, og om de opfatter medicinen som relevant. Særligt risikoen for bivirkninger bekymrer borgerne, men også ændringer i præparater og doseringer kan gøre borgerne i tvivl om, hvorvidt det er den rigtige behandling for dem. Undersøgelsen viser, at

borgerne i mange tilfælde vurderer nødvendigheden og relevansen af medicinen ud fra, om de kan mærke tegn på sygdom og dermed også oplever et behov for behandling. De sundhedsprofessionelle spiller her en central rolle i forhold til at give borgerne den viden, de har brug for, om medicinen og eventuelle ændringer i medicinen og i at forsøge at afhjælpe bekymringer.

Borgerens indsigt i sin medicinske behandling

Dette tema handler om, hvordan borgeres indsigt i og forståelse af deres medicinske behandling kan have betydning for, om de anskaffer sig deres receptpligtige medicin.

INDSIGT 7: Borgerne kan mangle overblik over eller viden om, hvilken medicin de har fået recept på

I flere af vores interviews med farmaceuter og farmakonomer fra såvel apoteker som hospitaler pointeres det, at nogle borgere – især de ældre – ikke har forstået, at der ligger en recept til dem på apoteket. Denne manglende viden bliver opdaget, når apotekspersonale ved kontakt med borgere spørger, om de skal have nogle af de andre ordinerede lægemidler med og oplever, at spørgsmålet kan afstedkomme forvirring hos borgerne, som ikke ved, hvilke lægemidler der ligger recepter på og hvorfor.

Det sker ifølge en af farmakonomerne især for borgere, der får såkaldt tillægsmedicin:

”Altså det er jo for eksempel tit, at man ikke kommer i mål med ét blodtrykslægemiddel, og så tænker lægen, (...) at i stedet for at øge styrke, så er det måske bedre at lægge et lægemiddel mere på. Og det er tit, at det har folk ikke opfattet, når de var til den der blodtryksskontrol, eller hvad de har været til. Det gælder også andre problemstillinger, at man nogle gange laver sådan nogle tillægsbehandlinger, og det er ikke altid, at det lige går op for folk, at nu er der lagt noget mere på.”

– Farmakonom fra apotek i Region Midtjylland (IP3)

Farmakonomeren oplever desuden, at borgere møder op på apoteket for at hente fx blodtryksmedicin, og så kan hun se, at der også ligger en anden type blodtryksmedicin. Når hun så spørger en borger, om vedkommende også skal have det med, kan der opstå forvirring. I sådanne tilfælde må farmakonomeren råde borgeren til at kontakte lægen for at få afklaret, om vedkommende skal tage begge præparater, eller om nogle af recepterne er irrelevante. Farmakonomeren fortæller, at det først for nyligt er blevet sådan, at recepter automatisk slettes i systemet, hvis lægens ordination ikke længere er gældende.

Borgeres manglende overblik over eller viden om, hvilke recepter de har liggende, kommer også til udtryk ved, at nogle borgere får fornyet recepter hos deres læge, selvom der er flere afhentningsgange tilbage på den tidligere recept. En farmakonom fra et apotek beskriver, at nogle borgere opnår et godt overblik over deres recepter gennem Medicinkortet på Sundhed.dk eller MinSundhed-app'en. Der vil de også kunne se, hvor mange udleveringsgange de har tilbage på recepterne, og de kan derfor bede apotekspersonalet om at bruge de gamle recepter først. Omvendt er der borgere, som slet ikke har dette overblik, hvilket ofte er de borgere, som ikke har eller benytter app'en. Det vil derfor ifølge denne farmakonom være en stor fordel, at flere borgere nemt og enkelt kunne skabe sig et overblik over deres medicin.

Sygeplejersken fra organisationen for borgere med flygtninge- og indvandrerbaggrund oplever også, at borgere ikke altid har viden om, hvilke recepter de har, eller har tilstrækkeligt indblik i egen

medicinske behandling. Sygeplejersken tilbyder derfor borgerne en gennemgang af deres medicinliste. Om dette fortæller hun:

"Vi gennemgik hendes medicinliste, hvor jeg spurgte ind til alle præparaterne: 'Tager du det her? Tager du det her?', og der var hun sådan: 'Jeg ved ikke, hvad det der er, jeg ved ikke, hvad det der er, det der tager jeg i hvert fald ikke, og jeg tager kun én tablet', selvom der stod fem på listen. Så det er også noget med at vide, hvad er det for noget forskelligt medicin, jeg tager, hvad er de alle sammen, hvad er navnene, og hvad er det og det og det for. Der var jo faktisk nogle ting, hun ikke havde hentet eller i hvert fald ikke tog, selvom det stod på hendes medicinkort."

- Sygeplejerske i organisation for mennesker med flygtninge- og indvandrerbaggrund (IP4)

Citatet illustrerer det problem, at borgere undlader at indløse deres recepter, hvis de ikke har forstået, at de skal indløse recepter, eller hvorfor de skal tage medicinen. Sygeplejersken beskriver for eksempel en situation med en kvinde, som ikke havde forstået, at hun havde fået konstateret klamydia og heller ikke var klar over, at hun havde fået udført en kønssygdomstest.

Sygeplejersken fortæller, at det kan bero på, at kønssygdomstesten blev udført rutinemæssigt under en gynækologisk undersøgelse, uden at kvinden var blevet informeret om eller forstod, at testen blev gennemført. Desuden vidste kvinden ikke, at hun havde fået konstateret klamydia, og hun var ligeledes uvidende om, hvad klamydia er. Alt dette opdages ved et tilfælde, da sygeplejersken fra organisationen taler med lægesekretæren i en anden forbindelse, og sekretæren nævner, at kvinden har uafhæntet antibiotika for klamydia.

Mangel på indsigt i egen medicinske behandling kan også opstå efter indlæggelse på hospitalet. En farmaceut fra et apotek beskriver det således:

"Vi har også rigtig tit haft noget miskommunikation, især hvis de [borgerne] kommer ovre fra sygehuset af. Og så kommer de og siger, de skal hente noget medicin, og så er vi sådan, 'Hvad skal I hente?', jamen det ved de ikke. Nå, så kigger vi lidt på det, og oftest så er det fordi, de er blevet opereret, og så er der sådan en pakke, som de altid får. Men man kan også godt nogle gange være sådan, hvis der ligger en gammel recept derinde, og vi så siger, 'Skal du ikke have den her med?', og så er de sådan, det ved de ikke, hvad det er for. Og de kan også nogle gange komme og sige 'Jeg ved faktisk ikke, om der ligger en recept, men måske ligger der en recept fra sygehuset'.

- Farmaceut fra apotek i Region Nordjylland (IP5)

Citatet illustrerer, at der blandt nogle borgere kan herske stor usikkerhed om, hvilken recepter der er udstedt, og hvilken medicin de skal hente efter udskrivning fra hospital. Denne usikkerhed beror på, om de sundhedsprofessionelle har haft mulighed for at give borgeren tilstrækkelig viden om, indsigt i eller forståelse for den medicinske behandling. Interviewet med en hospitalsansat farmakonom indikerer, at der på nogle hospitalsafdelinger er så knappe ressourcer, at der ikke altid er tilstrækkelig tid til at tale med patienten om medicin ved udskrivning. Dette gør sig eksempelvis gældende på akutmodtagelser. En hospitalsansat farmakonom forklarer:

"De har meget travlt på akutmodtagelsen, (...) det har jeg også selv oplevet. Det bliver jo meget, 'jamen du kan gå ned på apoteket og hente en recept'. Og mere bliver der måske ikke informeret, mere bliver der ikke sagt. Og hvis patienten tænker,

‘nå, men jeg har jo fået det lidt bedre, det kan være lige meget. Jeg går hjem.’ Og så egentlig den her antibiotikabehandling, der egentlig skulle fortsætte, eller den her creme, der skulle behandle et eller andet, der ikke bliver hentet, jamen så kan de gå hjem og blive forværret, indtil de så reagerer på det, og så kommer op til deres egen læge. Så risikerer vi jo, at der så skal behandles et helt bredere problem, end hvad det er, vi startede med, at vi skulle behandle.”

- Farmakonom på hospital i Region Hovedstaden (IP6)

I citatet giver farmakonomeren eksempler på, hvilke potentielle konsekvenser der kan være ved, at der ikke afsættes tilstrækkelig tid til at tale om medicin i forbindelse med udskrivelse fra hospitalet. Der er risiko for, at borgeres tilstand forværres, hvilket ud over at belaste borgerne også kan belaste sundhedsvæsenet i de tilfælde, hvor der bliver behov for yderligere behandling.

Farmakonomeren fortæller senere i interviewet, at hun printer patienternes medicinlister ud og gennemgår dem grundigt med patienten for at give dem en større indsigt i og forståelse for deres medicinske behandling og derigennem øge sandsynligheden for, at de indløser recepterne, igangsætter og følger den medicinske behandling.

Samtidig viser vores undersøgelse, at løsningen på borgeres manglende indsigt i egen behandling ikke nødvendigvis kan afhjælpes ved at give yderligere information om medicineringen. De sundhedsprofessionelle bliver i stedet nødt til at tage bestik af situationen og den enkelte borger for at kunne vurdere, hvor meget og hvilken information om medicin de skal videregive. Dette illustreres i nedenstående interviewuddrag, hvor en farmakonom, som arbejder på et hospital, fortæller om, hvordan han håndterer samtalen med patienter i forbindelse med udskrivelse fra hospitalet:

”Ofte så får de [patienterne] rigtig mange ting at vide. Så skal de både tage stilling til, hvor de skal hen, og udskrivelse, og genoptræning, og medicin og tusind andre ting. Så i hvert fald de fleste, jeg opfatter, de kan ikke rumme medicin så meget, som jeg i hvert fald godt kunne tænke mig at fylde på dem, ikke? Så når jeg sådan gennemgår medicinlisten med dem, så prøver jeg selvfølgelig at mærke stemningen af, hvor er det jeg – altså hvor meget kan de rumme, ikke? Og nogen kan selvfølgelig rumme mere end andre, men oftest vil det være, at jeg gennemgår, at hvis de opstarter noget ny medicin, vil jeg prøve at forklare dem vigtigheden af at tage det her medicin, og hvorfor de skal tage det. Fordi det er ikke altid, at de undervejs i ordinationsprocessen, at det enten er fortalt, eller at det er opfanget, at de er blevet startet med ny medicin.”

- Farmakonom på hospital i Region Hovedstaden (IP9)

I citatet bliver det tydeligt, at borgere får mange informationer ved udskrivelse, og at farmakonomeren oplever, at det kan være vanskeligt at rumme det hele, herunder informationen om medicineringen. Farmakonomeren fortæller også, at han kunne bruge meget mere tid på at forklare den medicinske behandling grundigere for nogle patienter i forbindelse med udskrivelse, men at der er begrænset tid til det, hvilket også er beskrevet under temaet *Borgerens indsigt i sin medicinske behandling*.

INDSIGT 8: Apotekspersonale kan hjælpe borgeren med at afklare tvivl i forhold til den medicinske behandling

Interviewene med apotekspersonalet viser samlet set, at de ofte indtager en vigtig rolle i borgeres kontakt til og relation med den praktiserende læge om den udstedte medicin. Apotekspersonale rådgiver i nogle tilfælde borgere til at kontakte deres læge for eksempel med henblik på at undersøge muligheden for at få tilskud, (se også temaet *Økonomiske vilkår*). En farmakonom fortæller:

“Der er jo mange uligheder, og for os er det naturligt nok, så vi prøver at give dem [borgerne] et eller andet med på skrift, hvis vi tænker, at det er nemmere at huske. Eller hvor er det, de skulle rette henvendelse til, og hvad er det, de specifikt skal bede lægen om. For ellers bliver de sådan nogle kastebolde. ‘Jamen, de sagde nede på apoteket, at du kunne give mig noget tilskud’, og lægen forstår det ikke. Derfor er det nemmere, hvis vi lige har skrevet noget ned, og vi ved jo så ikke, om de tager det med videre, men så har de i hvert fald de ord, de skal gå efter, eller kan få søn eller datter eller en anden pårørende til at hjælpe sig med at gå videre med, ikke?”

– Farmakonom på apotek i Region Hovedstaden (IP7)

Flere af farmaceuterne og farmakonomerne kontakter også borgeres læge direkte. De kan sende en skriftlig henvendelse til en borgers læge for eksempelvis at informere om, at de har givet borgeren en anden type medicin, da det ordinerede præparat var i restordre. En farmakonom fortæller, at der på hendes apotek er stor opbakning til, at de rækker ud til borgernes læge, hvis borgeren ønsker det:

”Jamen altså (...) hvis det er sådan noget akut, eller hvis man vurderer, at kunden slet ikke selv er i stand til det, så spørger man, ‘Må jeg gå ud og ringe til din læge?’, men (...) der er også lidt forskellige holdninger til det. Altså jeg er meget glad for det apotek, hvor jeg arbejder nu, som har skrevet ind i vores værdisæt, at de vil gerne gå en ekstra mil for kunden. Det vil sige, at selvom det sådan set (...) er dyrt for apoteket at bruge arbejdstid på, at man tager kontakt til lægen, så er det det, vi gør. Det er ikke en opbakning, man vil finde på alle apoteker, vil jeg sige. Men det er derfor, jeg holder meget af mit apotek.”

– Farmakonom på apotek i Region Midtjylland (IP8)

Citatet indikerer, at samarbejde på tværs af apoteker og det resterende sundhedsvæsen – her i form af apotekets kontakt til egen læge – ikke er udbredt på alle apoteker. Det samme gælder kontakten mellem apoteker og hospitaler. Det sker, at apotekspersonale har behov for at komme i kontakt med hospitalet for at stille spørgsmål vedrørende en recept. Dog fortæller en farmaceut, at det er svært at få telefonisk kontakt til den relevante medarbejder på hospitalet, og at personalet på hospitalerne har meget travlt.

Opsummering

Under dette tema har vi vist, at nogle borgere mangler indsigt i deres medicinske behandling. Dette kommer blandt andet til udtryk ved, at de mangler overblik over og viden om, hvilken medicin de har recept på. Denne manglende indsigt i den medicinske behandling vidner om, at det ved

samtalen om opstarten af medicinsk behandling (hos den praktiserende læge eller på hospitalet) ikke er sikret, at borgeren har forstået, hvilken medicin vedkommende skal tage og hvorfor. Undersøgelsen viser, at når der er tvivl om den medicinske behandling, kan apotekspersonalet bidrage til at afklare denne tvivl og på den måde bidrage til, at borgeren får en større indsigt i den medicinske behandling. Borgerens manglende indsigt i den medicinske behandling kan have indflydelse på, om de anskaffer sig deres receptpligtige medicin, og om de følger den medicinske behandling som foreskrevet. Den manglende indsigt i den medicinske behandling hænger derudover tæt sammen med karakteren og kvaliteten af kontakten mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle, hvilket vi vil komme nærmere ind på i næste afsnit

Kontakten mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle

Under dette tema belyser vi betydningen af kontakten mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle, det vil i dette tilfælde sige farmaceuter, farmakonomer, læger og sygeplejersker i almen praksis, på hospitaler og på apoteker.

INDSIGT 9: Når borgerne oplever, at deres helbredsproblemer ikke bliver anerkendt eller forstået af deres praktiserende læge, kan de blive utrygge ved lægens håndtering af deres helbredsproblemer

Vores interviews med borgere indeholder som også beskrevet tidligere flere beretninger om oplevelser af, at sundhedsprofessionelle ikke forstår borgerne eller lytter til dem. Dette kan have betydning for, om borgerne er trygge ved lægens håndtering af deres helbredsproblemer, herunder eventuel medicinsk behandling.

En borger har en historik med svære møder med sundhedsvæsenet både i almen praksis og i hospitalsregi. Borgeren har blandt andet haft gentagne oplevelser af ikke at blive taget alvorligt af sundhedsprofessionelle. Hun beskriver det således:

"Man har bare aldrig ønsket at undersøge mig. Man har aldrig sagt: 'Ved du hvad [borgers navn], nu finder vi ud af, hvad der er galt med dig, så vi kan hjælpe dig'. Der savner jeg nogen, som ligesom er der for mig, til at sige: 'Ved du hvad, nu skal jeg hjælpe dig'."

– Borger (IP11)

Borgeren beskriver, at hun har en vanskelig relation til sin læge og derfor udelukkende har telefonisk kontakt med vedkommende. Hun oplever samtalerne med lægen som meget kortfattede, og hun savner at kunne tale med sin læge om, hvordan hun har det fysisk og psykisk, hvad det er for noget medicin, hun tager, og hvad det gør ved hendes krop.

En anden borger har oplevet, at dét, at hun havde en psykisk lidelse, kom til at stå i vejen for, at lægen tog hendes somatiske symptomer alvorligt. Hun fortæller:

"Altså jeg blev jo diagnosticeret med en psykiatrisk diagnose, da jeg var teenager, og det vil sige, at de fleste læger har faktisk ikke taget seriøst, at jeg har været syg. Det er først for nyligt, faktisk først sidste år, at jeg har mødt en læge, der har taget det seriøst, og ellers så har det været en kamp bare at få lov at få taget en astmatest eller en allergitest, fordi der har simpelthen ikke været nogen tro på, at jeg har været syg. Så det er også meget, hvilken læge du sidder hos."

– Borger (IP10)

Borgeren fortæller, at en af hendes tidligere læger opfordrede hende til at afbryde al sin medicinske behandling. Det fik borgeren til at føle sig presset til at stoppe med at tage al sin medicin, selvom noget af det havde en god virkning for hende. Hendes erfaringer med ikke at blive taget seriøst af læger har haft stor betydning for hendes oplevelse af mødet med sin nuværende

læge. Hun beskriver generelt lægekonsultationer som angstprovokerende, men har en god relation til sin nuværende læge, som hun føler tager hende alvorligt. Som et eksempel på at blive taget alvorligt fremhæver borgeren, at lægen sender hende videre til specialiserede dele af sundhedsvæsenet for at undersøge hendes symptomer grundigt, hvis det rækker ud over lægens viden og kompetencer. Desuden justerer lægen sin kommunikation med hende ved eksempelvis at give hende skriftlige svar under konsultationer, så hun ikke glemmer, hvad lægen har sagt.

Oplevelsen af ikke at blive taget alvorligt hos egen læge går igen hos andre borgere: En kvinde fortæller om en episode, hvor hun var meget syg med migræne i lægeklinikken og havde sin voksne datter med sig. Lægen mente, kvinden spillede syg uden egentlig at være det. En anden fortæller, at hun på lægeklinikken fik et anfald af trykken for brystet, spændinger og koldsved. Sygeplejersken gav hende imidlertid besked på, at hun bare skulle tage hjem. Kvinden følte sig meget alene og var frustreret over, at lægen ikke handlede på hendes situation ved for eksempel at henvise hende til yderligere undersøgelse på hospitalet.

Sygeplejersken fra organisationen for borgere med flygtninge- og indvandrerbaggrund kan genkende udfordringerne i mødet mellem borger og den praktiserende læge. Baseret på sine samtaler med borgere forklarer sygeplejersken, at der kan opstå tillidsbrud og frustrationer i borgernes møde med den praktiserende læge, hvis borgerne oplever, at deres forventninger til lægen ikke imødekommes.

I interviewene med praktiserende læger tydeliggøres det, at kontinuitet i læge-patient-relationen kan være fordrende for tilliden mellem parterne og dermed for håndteringen af helbredsproblemer, herunder medicinsk behandling. Lægen fra Region Midtjylland forklarer, at det, at man kender sin læge, har betydning på mange områder. Han refererer til undersøgelser på området, som viser, at folk i højere grad efterlever den medicinske behandling, hvis de har et godt kendskab til deres læge. Han erfarer også selv i sin praksis, at det, at han kender de patienter, der sidder over for ham, gør, at han er bedre til at spotte, hvordan han skal handle.

Den anden læge fortæller, at hun sætter sig ind i, hvilke barrierer der kan være hos den enkelte patient i forhold til at følge den medicinske behandling. Hun vurderer også, at tilknytningen til lægen over tid er essentiel i forhold til at forstå, hvad der er på spil hos den enkelte patient. I forhold til manglende indløsning af recepter på medicin fortæller lægen, at hun i sit it-system kan se, hvor og hvornår hendes patienter har købt medicin. Denne viden om patienten gør hun meget ud af at forvalte forsvarligt. Hun beskriver en hypotetisk situation, hvor hun kan se i sit system, at en patient har fået udleveret 100 piller for 150 dage siden, hvilket betyder, at patienten ikke har taget sin medicin dagligt som foreskrevet.

”Så det kræver meget altså også af min indlevelse til at forstå patienten, så jeg ikke kommer til at lyde alt for overvågende og ydmygende og arrogant [når hun fortæller borgeren, at hun kan se i sit system, at vedkommende ikke tager sin medicin som foreskrevet]. Men samtidig også hjælpende, og (...) det skal vi bare vide, at det er sådan en tid, vi lever i, altså du må gerne være free spirit. Men jeg skal ligesom lave et forarbejde, før vi er enige om, at du godt ved, hvad det er, jeg nu har sagt [om mulige konsekvenser ved ikke at tage medicinen], når ikke du vil købe din medicin, ikke?”

– Alment praktiserende læge i udsat boligområde (IP2)

I citatet forklarer lægen, at den enkelte patient naturligvis er fri til at vælge ikke at følge den medicinske behandling (jf. udtrykket “free spirit”). Men i og med lægen i sit system bliver

konfronteret med, at patienten ikke følger den medicinske behandling, står hun i et dilemma, hvor hun ikke ønsker at fremstå patroniserende, men samtidig bliver nødt til at sikre sig, at patienten er indforstået med konsekvenserne af ikke at følge den medicinske behandling.

INDSIGT 10: Sprogbarrierer i mødet mellem borgere og sundhedsprofessionelle kan udfordre muligheden for at opnå en fælles forståelse af den medicinske behandling

Vores undersøgelse viser, at borgere, som har begrænsede danskundskaber, er særligt udfordrede i samtaler om medicin med sundhedsprofessionelle.

Sygeplejersken fra organisationen for borgere med flygtninge- og indvandrerbaggrund fortæller, at nogle praktiserende læger ikke bruger tolk:

”Vi har jo oplevelser med praktiserende læger, som nægter at bruge tolk, selvom kvinden er fritaget for at betale. Og dermed altså har en erklæring på, at hun ikke kan tillære danskundskaber og dermed har behov for en tolk. Og det er jo virkelig svært for de kvinder at få tillid til sådan en læge, som selv synes ’Vi kan da godt kommunikere’, fordi kvinden godt forstår, hvor hun skal sætte sig, når lægen peger på stolen. Så sidder man der hos sin læge, og lægen forstår godt, hvad man siger, fordi lægen har tre små enkelte spørgsmål, men hun forstår ikke noget af, hvad lægen siger til hende. ”

- Sygeplejerske i organisation for mennesker med flygtninge- og indvandrerbaggrund (IP4)

Citatet illustrerer, hvordan sprogbarrierer, som ikke imødekommes ved hjælp af tolkebistand, skaber vanskelige vilkår for en god og tillidsfuld kommunikation mellem patient og læge. En forklaring på, hvorfor læger ikke gør brug af tolkebistand, kan være, at det er vanskeligt for lægerne at skaffe den rette tolkebistand. En læge fortæller, at det i mange år ikke har været muligt at finde en tolk til en patient, fordi vedkommende taler en særlig dialekt og ikke ønsker at have sin mand med som tolk ved lægebesøg. Nu, hvor patienten kan lidt dansk, er kommunikationen blevet nemmere. Men selv i de tilfælde, hvor der er sørget for passende tolkebistand, kan der være sprogbarrierer. Sygeplejersken fra organisationen forklarer:

”Men jeg tror mere, det er kommunikationen i, at der er noget nyt medicin, du skal tage, og hvorfor du skal tage det. Og også hvorfor du ikke kan få det medicin, som du gerne vil have, men du skal have det her i stedet for. (...) også fordi kommunikationen omkring medicin er jo superkomplekst, især hvis man ikke forstår sproget. Det er jo også spørgsmålet så, selvom der er en arabisk tolk, hvis man er fra (...) en eller anden landsby i Irak, og man ikke har gået så meget i skole, og tolken siger et ord på arabisk, der handler om kroppen, men at man ikke kender det ord på arabisk heller. Så der er selvfølgelig noget med kommunikationen, men der er også noget med, hvilket vidensniveau man er på”

- Sygeplejerske i organisation for mennesker med flygtninge- og indvandrerbaggrund (IP4)

Citatet illustrerer et generelt forhold, vi tidligere har været inde på: At kommunikation om medicin er vanskelig uanset borgerens fødeland. Dog vanskeliggøres kommunikationen yderligere, hvis borgeren har begrænsede danskundskaber og eventuel manglende skolegang, som kan udfordre opnåelsen af en fælles forståelse af den medicinske behandling.

Sygeplejersken peger også på sprogbarrierer mellem borgere med begrænsede danskkundskaber og apotekerpersonale. På apoteker er der ikke mulighed for tolkebistand, og derfor kan apotekspersonalet ikke (medmindre borgeren ledsages af dansktalende pårørende) kommunikere med borgeren om, hvordan vedkommende skal tage sin medicin, hvilken medicin der er hvad, eller forklare, hvorfor de tilbyder et andet, billigere præparat, som har et andet navn end det, der står på borgerens medicinkort. Nogle apoteker har informationsmateriale på andre sprog, men dette er ikke en hjælp for de borgere, som har svært ved at læse eller er analfabeter.

Blandt apotekspersonale hersker der frustration og ærgrelse over ikke at kunne kommunikere tilstrækkeligt med borgere med begrænsede danskkundskaber, ikke mindst når personalet skal forsøge at udrede misforståelser relateret til medicinforbruget. En farmaceut fortæller om en situation, hvor en borger var frustreret over prisen på sin medicin, da borgeren havde forstået på hospitalspersonalet, at medicinen fra apoteket ville være gratis. Borgeren forlod derfor apoteket uden sin medicin, og farmaceuten blev efterladt med en bekymring om, hvorvidt borgeren ville få den medicin, hun skulle have.

På nogle apoteker er der ansatte med forskellige og relevante sprogkompetencer, som kan overtage ekspederinger og derved sikre, at borgeren får den rette information og medicin. Men det er ikke altid muligt, og personalet må derfor ty til andre måder at kommunikere på. En farmaceut fortæller:

"[...] så er det noget Google Translate [oversættelse via Google] og noget tegnsprog. Men man får slet ikke det udbytte ud af det, som man skal. Og der er også ofte, hvor de går, hvor man tænker 'Gad vide, om de har forstået, hvad jeg siger?'"

– Farmaceut på hospital i Region Nordjylland (IP5)

Farmaceuten beskriver desuden et eksempel, hvor en borger med begrænsede danskkundskaber skulle have et præparat, som var i restordre, hvorfor apotekspersonalet ville give borgeren et lignende præparat. Men det var meget vanskeligt at kommunikere denne ændring til borgeren, og personalet endte derfor med at få lov at ringe til borgerens læge for at forklare situationen. Lægen satte pris på opkaldet, genkendte kommunikationsudfordringerne med borgeren og ville tale med borgeren om det.

Også på hospitalsafdelinger udnyttes det, at der er medarbejdere med forskellige sprogkompetencer. En farmakonom fra et hospital fortæller, at det kan være tidskrævende at finde en tolk med de rette sprogkompetencer, og derfor er det nogle gange lettere at undersøge, om der er en blandt personalet, der kan tale det relevante sprog. Farmakonomeren beskriver en situation med en patient med begrænsede danskkundskaber, som ikke havde taget sin medicin en hel weekend. Farmakonomeren kan selv tale arabisk og kunne derfor forklare patienten den medicinske behandling. Ifølge farmakonomeren gav dét, at de kunne tale sammen på arabisk, patienten en større tiltro til den medicinske behandling, som medførte, at patienten begyndte at tage sin medicin som foreskrevet.

Endelig kan tilstedeværelsen af pårørende, der kan dansk, spille en afgørende rolle for borgernes møde med sundhedsprofessionelle, hvilket er beskrevet under temaet *Støtte fra pårørende og professionelle*.

Opsummering

Overordnet set peger undersøgelsen på, at det kan være vanskeligt for borgere og sundhedsprofessionelle at opnå en fælles forståelse af den medicinske behandling. Samtalen om medicin kan blandt andet være udfordret af sprogbarrierer, når disse ikke er afhjulpet af medarbejdere med særlige sprogkompetencer eller ved brug af tolkebistand. Desuden kan der hos borgere være en oplevelse af, at den praktiserende læge ikke lytter til og forstår deres symptomer, hvilket kan føre til mistillid i relationen og en oplevelse af, at der ikke tages tilstrækkelig hånd om deres helbredsproblemer. Karakteren af kontakten mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle er afgørende for borgeres forståelse af og håndtering af den medicinske behandling og har derfor en betydning for, hvorvidt borgere anskaffer sig den receptpligtige medicin og følger den medicinske behandling.

Støtte fra pårørende og professionelle

Under dette tema udfolder vi pårørende og professionelle støttepersoners betydning for, om borgere igangsætter den medicinske behandling, som er blevet forskrevet af en sundhedsprofessionel.

INDSIGT 11: Pårørende og professionelle støttepersoner kan have afgørende betydning for, at borgerne forstår den medicinske behandling og anskaffer medicinen

Borgeres sociale støtte i form af pårørende eller professionelle støttepersoner kan spille en vigtig rolle i forhold til, om borgerne har mulighed for eller lyst til at følge den medicinske behandling, som er blevet foreskrevet af de sundhedsprofessionelle.

For det første kan pårørende og professionelle støttepersoner understøtte borgeres kontakt og kommunikation med sundhedsprofessionelle og apotekerpersonale. En af borgerne fortæller i et interview, at hun har en bostøtte fra kommunen, som blandt andet ledsager hende til konsultationer hos lægen. Hun fortæller, hvordan bostøtten hjælper hende både inden, under og efter konsultationen hos lægen:

”Jamen altså, de sidder jo bare ved siden af, og så inden jeg går ind til lægen, så snakker jeg jo med bostøtten om, hvad jeg skal sige, og hvad der er vigtigt, og så skal de sådan set bare sidde og sørge for, at når samtalen er ved at være slut, så har jeg fået sagt det hele. Og når vi går ud derfra, så skal de lige minde mig om, hvad der er blevet sagt inde hos lægen, fordi jeg kan ikke... altså jeg har så lidt koncentrationsevne, så bagefter kan jeg ikke nødvendigvis have registreret det hele, og så kan jeg blive i tvivl om, hvad der er blevet sagt, og så er det så, at de ligesom kan sige: ’Jamen så aftalte vi det der, og så gjorde vi sådan der, og så sådan og sådan’. (...) Så det er jo ikke sådan, så de på den måde deltager, det er mere sådan at sige: ’Du har glemt at nævne det der inde hos lægen’, ikke? (...). Fordi det er så angstprovokerende at sidde inde hos lægen i sig selv, når man er vant til ikke at blive taget seriøst, ikke?”

– Borger (IP10)

Bostøtten hjælper på den måde borgeren med at forberede sig på samtalen, at sikre hun får sagt det hele undervejs i konsultationen og efterfølgende følger op på, om borgeren har forstået og kan huske, hvad der blev aftalt under konsultationen. For borgeren er denne støtte afgørende for, at hun har mod på at tage til lægen i det hele taget, men den har også betydning for, at hun efterfølgende har bedre mulighed for at følge lægens anbefalinger. Da hun ikke har overskuddet eller koncentrationen til selv at tage al informationen ind og huske det efterfølgende, kan konsekvensen af at tage alene til lægen derfor være, at borgeren glemmer, at der er blevet udstedt recept på ny medicin, eller at borgeren ikke har forstået aftalen med lægen.

I situationer, hvor kommunikationen er udfordret af sproglige barrierer, er borgerne på samme måde afhængige af pårørende. En borger fortæller, at hun tager sin datter med til konsultationer hos lægen for at få hjælp til at oversætte, hvis hun har meget, hun skal tale med lægen om, da vigtig information kan gå tabt eller blive misforstået på grund af sprogbarrierer. Hvis hun skal have en professionel tolk med, er hun nødt til selv at betale tolkegebyr, og hun er derfor afhængig af sin datters hjælp for at kunne kommunikere tilstrækkeligt med sin læge om behandling. Ifølge den

sygeplejerske, som er tilknyttet en organisation for mennesker med flygtninge- og indvandrerbaggrund, kan konsekvenserne ved ikke at have denne støtte være alvorlige. Som eksempel nævner hun en situation, hvor hun var i dialog med en borgers læge, som ikke kunne forstå, at borgerens blodsukker var så dårligt reguleret, eftersom lægen havde talt om diabetes med hende mange gange og udstedt en recept på diabetesmedicin til hende. Sygeplejersken talte med borgeren og kunne efterfølgende forklare lægen, at kvinden ikke tager sin diabetesmedicin, fordi hun ikke har råd til den. Hendes støtte var således med til at belyse den viden, der var gået tabt i kommunikationen, som har betydning for, om borgeren får adgang til den nødvendige medicin.

Generelt oplever sygeplejersken et stort behov hos borgerne for at drøfte uklarheder efter en lægekonsultation, og borgerne har ofte mange spørgsmål til, hvorfor en pågældende medicin skal tages, og hvilke bivirkninger medicinen har, og sygeplejersken kan være nødt til at kontakte lægen telefonisk for at udrede misforståelser.

For det andet kan pårørende og støttepersoner være en afgørende hjælp, når medicinen skal afhentes på et apotek. Som beskrevet under temaet *Praktiske omstændigheder* fortæller en borger, hvordan hendes bostøtte ledsager hende til apoteket og giver hende tryghed i denne situation. På samme måde ledsager sygeplejersken i organisationen ofte en borger til apoteket eller giver borgeren en seddel med i hånden, som borgeren kan vise til apotekspersonalet for at hjælpe med at forklare, hvad borgeren har brug for, og hvilken type medicin, de foretrækker. Det sker også, at borgere med begrænsede dansk kundskaber er nødt til at ringe op til sygeplejersken, mens de er på apoteket, så sygeplejersken kan overtage og oversætte kommunikationen med apotekspersonalet. Flere af borgerne får også hjælp fra deres børn og børnebørn, når de skal på apoteket., En af dem fortæller:

"Det er sket for mig, at mine børn eller børnebørn ikke har haft tid til at hente min medicin. Så medicinen har ligget på apoteket i tre dage eller en uge (...). Når jeg er tæt på at løbe tør for medicinen, så ringer børnene til lægen, og så lægen ordinerer det, og så vi henter det på apoteket bagefter. Jeg er afhængig af mine børn og børnebørn."

– Borger fra fokusgruppeinterview (IP12)

Flere af borgerne i fokusgruppeinterviewet fortæller, at de får hjælp af deres voksne børn til at bestille medicin hos lægen, til at hente medicin og til at forstå den medicinske behandling. Nogle af de voksne børn er dog uddannede sygeplejersker eller læger og kan derfor også forklare eventuelle bivirkninger. Som en af kvinderne beskriver det:

"Så derfor, hver gang jeg køber medicin, så de [børnene] læser den vejledning og fortæller mig om det. De fortæller mig om bivirkninger ved den medicin (...). De hjælper rigtig meget, begge børn. De hjælper mig, for at fortælle mig, hvad skal jeg indtage, eller hvad skal spise sammen med medicinen. Og hvordan og hvorledes skal jeg tage medicinen. Tit de vejleder mig, hvad der er godt for at få det forhøjede kolesterol ned. Og for din sukkersyge, hvad skal du spise, hvad skal du lade være med og sådan noget. De rådgiver og vejleder mig."

– Borger fra fokusgruppeinterview (IP13)

Citatet illustrerer den nødvendige hjælp og støtte, pårørende yder for denne gruppe i forhold til at forstå og efterleve den medicinske behandling, og særligt hvad angår de sproglige barrierer i mødet med sundhedsprofessionelle.

Også i hospitalsregi bliver pårørendes rolle understreget. En farmakonom på et hospital fortæller:

”Der er rigtig mange patienters pårørende, der (...) nogle gange er bedre end patienten selv til at forstå, hvad for noget medicin de får, så de har da helt klart en stor rolle i, at medicinen bliver hentet, helt sikkert.”

– Farmakonom på et hospital (IP9)

Farmakonomen fortæller, at pårørende bidrager til at holde overblik over borgeres medicinske behandling, og når borgere skal udskrives fra hospitalet med recepter på medicin, der skal hentes, oplever han, at flere pårørende eksplicit siger, at de vil hjælpe med at huske at få medicinen købt.

Som beskrevet under temaet *Økonomiske vilkår* er der også eksempler på, at såvel venner som familie bidrager økonomisk til anskaffelsen af medicin.

Opsummering

Undersøgelsen viser, at borgere i sårbare positioner ofte har brug for social støtte for at kunne tage hånd om deres medicinske behandling. Pårørende og professionelle støttepersoner spiller en vigtig rolle i at afhjælpe nogle af de forhindringer, der udfordrer borgere i at anskaffe medicin og efterleve den medicinske behandling. De kan fungere som en støtte i borgerens kontakt til de sundhedsprofessionelle både i forhold til at skabe tryghed i kontakten og for at sikre, at borgeren har forstået, hvad der er blevet aftalt. Derudover kan pårørende og professionelle støttepersoner også være en afgørende praktisk hjælp, når borgeren skal hente medicin på apoteket og ikke selv er i stand til det rent fysisk, eller fordi de rent sprogligt ikke kan kommunikere med personalet på apoteket. De pårørende og de professionelle støttepersoner kan derfor være afgørende for, at borgere får adgang til den nødvendige viden om og overblik over deres recepter, men også for at give dem konkret adgang til medicinen.

Opsamling

Formålet med undersøgelsen har været at afdække, hvilke forhold der har betydning for, om borgere i sårbare positioner indløser deres recepter på medicin. Undersøgelsen viser, at indløsning af recepter på medicin ofte hænger sammen med flere forskellige forhold, som rækker ud over selve den konkrete anskaffelse af medicinen. Disse forhold er økonomiske vilkår, praktiske omstændigheder, borgerens indstilling til medicinen, borgerens indsigt i sin medicinske behandling, kontakten mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle og støtte fra pårørende og professionelle. For hver af disse forhold har vi formuleret en række indsigter, der belyser mulige grunde til, at borgere ikke anskaffer sig deres receptpligtige medicin:

ØKONOMISKE FORHOLD

- INDSIGT 1** Nogle borgere har ikke råd til deres medicin
- INDSIGT 2** Medicintilskudssystemet er svært at navigere i

PRAKTISKE OMSTÆNDIGHEDER

- INDSIGT 3** Apoteket som fysisk rum kan være utilgængeligt og svært for borgerne at opholde sig i

BORGERENS INDSTILLING TIL MEDICINEN

- INDSIGT 4** Borgerne kan være bekymrede for bivirkninger
- INDSIGT 5** Borgerne kan have svært ved at se nødvendigheden af deres medicin, hvis de ikke kan mærke tegn på sygdom
- INDSIGT 6** Ændringer i borgerens medicin kan skabe forvirring og utryghed

BORGERENS INDSIGT I DEN MEDICINSKE BEHANDLING

- INDSIGT 7** Borgerne kan mangle overblik over eller viden om, hvilken medicin de har fået recept på
- INDSIGT 8** Apotekspersonale kan hjælpe borgerne med at afklare tvivl i forhold til den medicinske behandling

KONTAKTEN MELLEM BORGEREN OG DEN SUNDHESPROFESSIONELLE

- INDSIGT 9** Når borgerne oplever, at deres helbredsproblemer ikke bliver anerkendt eller forstået af deres praktiserende læge, kan de blive utrygge ved lægens håndtering af deres helbredsproblemer
- INDSIGT 10** Sprogbarrierer i mødet mellem borgere og sundhedsprofessionelle kan udfordre muligheden for at opnå en fælles forståelse af den medicinske behandling

STØTTE FRA PÅRØRENDE OG PROFESSIONELLE

- INDSIGT 11** Pårørende og professionelle støttepersoner kan have afgørende betydning for, at borgerne forstår den medicinske behandling og anskaffer medicinen

Til sammen giver indsigterne en forståelse af en række forhold omkring udstedelse og indløsning af recepter, som på forskellig vis har indflydelse på, om borgere har mulighed for og ønsker at anskaffe sig deres medicin. En vigtig pointe fra vores undersøgelse er, at de forhold, der har betydning for indløsningen af recepter, er forbundne, og at der sjældent er enkeltstående grunde til manglende indløsning af recepter. Dette skal der tages højde for i det videre arbejde med at sikre, at borgere får den medicin, de er blevet ordineret.

Kapitel 3 Diskussion og potentialer

I dette kapitel diskuteres undersøgelsens fund sammenholdt med relevant forskningslitteratur. Herefter peger vi på en række potentialer for at forbedre borgeres mulighed for at anskaffe receptpligtig medicin.

Diskussion

I dette afsnit sammenholder vi den kvalitative undersøgelses resultater med hovedpointer fra forskningslitteraturen om primær non-adherence med henblik på at tydeliggøre, på hvilke områder vores undersøgelse bakkes op af eksisterende forskning, men også hvordan undersøgelsen udfordrer eller nuancerer eksisterende forskning.

Overordnet set viser vores undersøgelse, at indløsning af recepter på medicin ofte hænger sammen med flere forskellige forhold, som rækker ud over selve den konkrete anskaffelse af medicinen. Disse er økonomiske vilkår, praktiske omstændigheder, borgerens indstilling til medicinen, borgerens indsigt i sin medicinske behandling, kontakten mellem borger og sundhedsprofessionel og støtte fra pårørende og professionelle. Disse forhold har fællestræk med nogle af de typer af non-adherence, som WHO definerer [31]. Eksempelvis relaterer vores fund vedrørende betydningen af borgeres indsigt i den medicinske behandling sig til WHO's betegnelse om *unwitting non-adherence*. Unwitting non-adherence refererer nemlig til manglende efterlevelse af medicinsk behandling i situationer, hvor borgeren ikke til fulde har forstået, hvordan den medicinske behandling skal følges [31]. Dette er desuden et eksempel på det, Westberg og kollegaer (2022) betegner en *ikke-intentionel* grund til ikke at følge den medicinske behandling [11]. Vores fund om betydningen af borgerens indstilling til medicinen relaterer sig til det, WHO betegner *Intelligent non-adherence*, hvor borgere træffer et mere eller mindre bevidst valg om ikke at følge den medicinske behandling, for eksempel hvis de ikke (længere) mærker symptomer [31]. Denne type af non-adherence reflekterer således det, Westberg og kollegaer (2022) betegner en *intentionel* grund til ikke at følge den medicinske behandling [11]. Som det påpeges af Westberg og kollegaer (2022) kan manglende indløsning af recepter både skyldes intentionelle og ikke-intentionelle beslutninger hos den enkelte borger [11], hvilket er i tråd med fundene i vores undersøgelse.

Vores indsigter, der omhandler økonomiske forhold, underbygges af flere andre studier, som viser, at den enkelte borgers økonomiske ressourcer kan være en grund til primære non-adherence [2, 8, 22, 25].

Derudover viser vores undersøgelse, at borgeres indstilling til medicinen, herunder bekymringer om og konkrete erfaringer med bivirkninger, samt deres opfattelse af nødvendigheden af medicinen kan have en betydning for, om de igangsætter eller fortsætter deres medicinske behandling. Lee og kollegaer konkluderer ligeledes på baggrund af et systematisk review af studier om primær non-adherence, at borgeres overbevisninger om, holdninger til og opfattelser af bestemte typer af medicin har betydning for deres primære non-adherence [2]. Borgeres indstilling

til medicinen omhandler her også deres opfattelse af dels medicinens effektivitet og nødvendighed, dels risici forbundet med medicinforbruget [2]. I tråd med indsigterne i vores undersøgelse viser en amerikansk spørgeskemaundersøgelse, at borgere overvejer den mulige effekt og bivirkninger af medicinen, nødvendigheden af behandlingen, samt alvorligheden af deres symptomer, når de skal beslutte, om de vil indløse deres recepter [26]. Et kvalitativt studie om manglende indløsning af blodtrykssænkende medicin viser en tæt sammenhæng mellem frykten for bivirkninger og manglende anskaffelse af medicinen; Flere af interviewpersonerne i denne undersøgelse betoner, at frykten for bivirkninger har været en af grundene til, at de valgte ikke at købe medicinen [8].

Tilmed viser vores undersøgelse, at borgere kan mangle indsigt i og overblik over, hvilken medicin de har recept på, og at såkaldt tillægsmedicin især kan skabe forvirring. Der er således klare indikationer på, at mangel på indsigt i egen medicinsk behandling og overblik over egne recepter har betydning for, om recepterne bliver indløst. En lignende pointe ses i Lee og kollegaers systematiske review, som viser, at flere studier har fundet en sammenhæng mellem komplekse medicineringer, fx polyfarmaci, og primær non-adherence [2].

Et andet tema i vores undersøgelse omhandler kontakten mellem borger og sundhedsprofessionel, herunder både den konkrete kommunikation mellem dem og mere overordnet relationen mellem dem. Undersøgelsen viser, at hvis borgere oplever, at deres praktiserende læge ikke forstår eller lytter til dem, bliver de utrygge ved lægens håndtering af deres helbredsproblemer, hvilket kan have indflydelse på, om de ender med at følge lægens anvisninger. Lee og kollegaer viser, at der er en sammenhæng mellem kommunikationen mellem borger og sundhedsprofessionel og indløsningen af recepter. Omvendt viser et studie af Wroth og Pathman (2014), at borgere, der oplever, at de sundhedsprofessionelle tager hånd om dem og udviser omsorg, er mere tilbøjelige til at indløse deres recepter [26].

Kvalitativ forskning i medicinsk adherence understreger betydningen af forholdet mellem borger og sundhedsprofessionel for både primær og sekundær adherence [16, 21]. Vores undersøgelser rummer adskillige eksempler på, at kvaliteten af relationen og kommunikation mellem borger og sundhedsprofessionelle kan have betydning for borgerens beslutning om at igangsætte medicinsk behandling. I et amerikansk kvalitativt studie af primær non-adherence viser forfatterne, at utilstrækkelig inddragelse af patienter i beslutningen om medicinsk behandling kan føre til, at patienterne ikke ønsker at starte behandlingen [8]. Desuden viser studiet, at flere af dem, som ikke havde anskaffet sig den blodtrykssænkende medicin, de havde fået recept på, udtrykte vrede og foragt over for både sundhedsprofessionelle og sundhedsvæsenet som helhed [8]. Flere af patienterne udtrykte direkte mistillid over for deres læge og mistænkte, at deres diagnose ikke var korrekt, og at lægen blot udskrev medicin for selv at tjene penge [8]. Disse var nogle af grundene til, at borgerne valgte ikke at indløse recepterne på blodtrykssænkende medicin [8].

En vigtig pointe fra vores undersøgelse er, at de forhold, der har betydning for indløsningen af recepter, er forbundne, og at der sjældent er enkeltstående grunde til manglende indløsning af recepter. Eksempelvis vil borgernes indstilling til medicinen typisk være relateret til og påvirket af den kontakt, de har haft med sundhedsprofessionelle. Samme pointe understreges af Lee og kollegaer, som påpeger, hvordan eksempelvis patienters negative indstilling til et bestemt præparat ofte hænger sammen med en utilstrækkelig kommunikation mellem patienten og lægen [2]. Desuden skal forståelsen af manglende indløsning af recepter ses i et bredere perspektiv med en overvejelse af både individuelle, interpersonelle og strukturelle forhold og samspillet imellem dem. Det bliver eksempelvis tydeligt med hensyn til, hvordan lovgivning omkring medicintilskud har indflydelse på, om den enkelte borger har råd til sin receptpligtige medicin, hvilket igen afhænger af borgerens kontakt til sundhedsprofessionelle, som kan hjælpe med at navigere i tilskudssystemet.

Potentialer for at forbedre borgeres muligheder for at anskaffe receptpligtig medicin

I dette afsnit fremhæver vi på baggrund af undersøgelsen en række potentialer for at forbedre målgruppens mulighed for at anskaffe sig receptpligtig medicin. I et eventuelt videre arbejde med at forbedre forholdene omkring udstedelse og indløsning af recepter vil det højst sandsynligt ikke være tilstrækkeligt at fokusere på ét af de potentialer, vi nævner nedenfor. For det første fordi der blandt forskellige mennesker vil være forskellige grunde til, at de ikke kan (eller vil) anskaffe sig deres receptpligtige medicin, for det andet fordi disse grunde ofte vil spille sammen og gensidigt forstærke hinanden, hvilket er berørt i diskussionsafsnittet ovenfor.

- Undersøgelsen peger på, at der er et potentiale i **at minimere de økonomiske barrierer** for anskaffelsen af medicin. Dette kan være ved at revidere tilskudssystemet på en måde, der i højere grad understøtter borgere med lav indkomst i at få råd til sin receptpligtige medicin. Desuden kan de økonomiske barrierer minimeres ved, at de sundhedsprofessionelle mere aktivt vejleder borgere i medicintilskudsreglerne, herunder hvilke typer tilskud der findes, og hvordan disse søges. Endelig kan de økonomiske barrierer minimeres ved, at den sundhedsprofessionelle ved udstedelse af medicin forsøger at tale med borgeren om vedkommendes økonomiske situation, så det kan overvejes, om den medicinske behandling kan tilpasses på en måde, hvor den bliver billigere for borgeren.
- Undersøgelsen peger på, at der er et potentiale i **at styrke kommunikationen mellem borger og sundhedsprofessionel** i forbindelse med igangsættelsen af medicinsk behandling i almen praksis eller på hospitalet. Et relevant fokus i samtalen er at sikre inddragelsen af borgerens perspektiver og ønsker til behandling. I samtalen er det vigtigt, at den sundhedsprofessionelle giver borgeren en tilstrækkelig forståelse af den medicinske behandling og sikrer, at borgeren er tryk ved at bruge medicinen. Et fokus på at styrke kommunikationen mellem borger og professionel øger sandsynligheden for, at borgeren følger lægens anvisninger og igangsætter den medicinske behandling – eller at borgeren er indforstået med de mulige konsekvenser af ikke at følge den medicinske behandling.
- Undersøgelsen peger på, at der er et potentiale i at sikre, **at sprogbarrierer for borgere med begrænsede danskundskaber afhjælpes** i samtaler om medicinsk behandling. Dette handler for det første om at anvende tolkebistand under konsultationer i almen praksis og samtaler om medicin på hospitaler. Det er desuden vigtigt, at det er den rette tolk, som både taler borgerens specifikke dialekt og har et tilstrækkeligt sundhedsfagligt ordforråd. For det andet kan det overvejes, hvordan sprogbarrierer imødekommes på apoteker, så borgere med begrænsede danskundskaber kan kommunikere med apotekerpersonale. Det er afgørende for forståelsen af egen medicinske behandling, at borgere kan kommunikere med de sundhedsprofessionelle.
- Undersøgelsen peger på, at der er et potentiale i **at styrke samarbejdet mellem de sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer** og mellem praktiserende læger, hospitaler og de private apoteker. Et styrket samarbejde kan for eksempel være at lette kommunikationen mellem de sundhedsprofessionelle eller i højere grad afklare, hvem der har hvilken rolle i forhold til borgeres medicinbehandling, for eksempel hvad angår

medicingennemgang eller vejledning i medicintilskudsreglerne. Et samarbejde mellem de professionelle er vigtigt for at sikre, at eventuel tvivl om den enkelte borgers medicinske behandling kan afklares uden, at det bliver pålagt den enkelte borger at være bindeled mellem forskellige systemer.

- Undersøgelsen peger på, at der er et potentiale i **at rette særlig opmærksomhed på borgere, der har ingen eller begrænset social støtte fra pårørende eller professionelle**. Som undersøgelsen viser, spiller social støtte en stor rolle for mange borgeres håndtering af den medicinske behandling både i forhold til kontakten til sundhedsprofessionelle og i forhold til at anskaffe medicinen. Derfor er borgere, der mangler denne støtte, dårligere stillet forhold til muligheden for at anskaffe sig den receptpligtige medicin.

Litteratur

1. Sletvold, H., *Medication Safety in Municipal Health and Care Services*, ed. H. Sletvold. 2022, Oslo: Cappelen Damm Akademisk/NOASP (Nordic Open Access Scholarly Publishing). 400.
2. Lee, S.Q., et al., *Reasons for Primary Medication Nonadherence: A Systematic Review and Metric Analysis*. *J Manag Care Spec Pharm*, 2018. **24**(8): p. 778-794.
3. C. Skaarup, T.M.K., A. K. Ersbøll, *Ulighed i manglende indløsning af receptpligtig medicin - Recepter udstedt på hospitalet 2016-2019*. 2023, Statens Institut for Folkesundhed: København.
4. Pottegård, A., et al., *Primary non-adherence in general practice: a Danish register study*. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 2014. **70**(6): p. 757-763.
5. Thengilsdóttir, G., et al., *Do patients initiate therapy? Primary non-adherence to statins and antidepressants in Iceland*. *International Journal of Clinical Practice*, 2015. **69**(5): p. 597-603.
6. Udesen, C.H., et al., *Social ulighed i sundhed og sygdom: Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017*. 2020, Sundhedsstyrelsen: København.
7. Cheen, M.H.H., et al., *Prevalence of and factors associated with primary medication non-adherence in chronic disease: A systematic review and meta-analysis*. *Int J Clin Pract*, 2019. **73**(6): p. e13350.
8. Polinski, J.M., et al., *A matter of trust: patient barriers to primary medication adherence*. *Health Education Research*, 2014. **29**(5): p. 755-763.
9. Aronson, J.K., *Compliance, concordance, adherence*. *Br J Clin Pharmacol*, 2007. **63**(4): p. 383-4.
10. Mir, T.H., *Adherence Versus Compliance*. *HCA Healthc J Med*, 2023. **4**(2): p. 219-220.
11. Westberg, A., et al., *Primary Non-Adherence to Preventive Drugs and Associations with Beliefs About Medicines in Stroke Survivors*. *Patient preference and adherence*, 2022. **16**: p. 343-352.
12. Kelly, M., S. McCarthy, and L.J. Sahm, *Knowledge, attitudes and beliefs of patients and carers regarding medication adherence: a review of qualitative literature*. *Eur J Clin Pharmacol*, 2014. **70**(12): p. 1423-31.
13. Kvarnström, K., et al., *Factors Contributing to Medication Adherence in Patients with a Chronic Condition: A Scoping Review of Qualitative Research*. *Pharmaceutics*, 2021. **13**(7).
14. Hamilton, J.E., et al., *Patient and Provider Perspectives on Medication Non-adherence Among Patients with Depression and/or Diabetes in Diverse Community Settings - A Qualitative Analysis*. *Patient Prefer Adherence*, 2022. **16**: p. 1581-1594.

15. Kvarnström, K., M. Airaksinen, and H. Liira, *Barriers and facilitators to medication adherence: a qualitative study with general practitioners*. *BMJ Open*, 2018. **8**(1): p. e015332.
16. Lau, S.R. and M. Kriegbaum, *Medication non-adherence in the context of situated uncertainty: Moving beyond simple, dichotomous approaches*. *Res Social Adm Pharm*, 2018. **14**(8): p. 742-748.
17. Hultberg, J., et al., *Dealing with being prescribed cardiovascular preventive medication: a narrative analysis of qualitative interviews with patients with recent acute coronary heart disease in Sweden*. *BMJ Open*, 2021. **11**(12): p. e056677.
18. Marshall, I.J., C.D.A. Wolfe, and C. McKeivitt, *Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research*. *BMJ (Online)*, 2012. **345**(7867): p. 14-14.
19. Sjölander, M., M. Eriksson, and E.-L. Glader, *The association between patients' beliefs about medicines and adherence to drug treatment after stroke: a cross-sectional questionnaire survey*. *BMJ open*, 2013. **3**(9): p. e003551-e003551.
20. Danmarks Apotekerforening, *Utryghed og manglende viden om medicin hos udsatte borgere*. 2013.
21. Hamilton, J.E., et al., *Patient and Provider Perspectives on Medication Non-adherence Among Patients with Depression and/or Diabetes in Diverse Community Settings – A Qualitative Analysis*. *Patient preference and adherence*, 2022. **16**: p. 1581-1594.
22. Martsevich, S., Y. Lukina, and N. Kutishenko, *Primary Non-adherence to Treatment with New Oral Anticoagulants: The Results of a Prospective Observational Study «ANTEY*. *The open cardiovascular medicine journal*, 2021. **15**(1): p. 56-61.
23. Fabricius, P.K., et al., *Shared Decision Making with Acutely Hospitalized, Older Poly-Medicated Patients: A Mixed-Methods Study in an Emergency Department*. *Int J Environ Res Public Health*, 2022. **19**(11).
24. Alliancen mod Social Ulighed i Sundhed, *Analyse om medicintilskud*. 2021.
25. Stankuniene, A., et al., *The prevalence of self-reported underuse of medications due to cost for the elderly: Results from seven European urban communities*. *BMC health services research*, 2015. **15**(1): p. 419-419.
26. Wroth, T.H. and D.E. Pathman, *Primary medication adherence in a rural population: the role of the patient-physician relationship and satisfaction with care*. *J Am Board Fam Med*, 2006. **19**(5): p. 478-86.
27. Kvale, S. and S. Brinkmann, *Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. 3. udgave ed. 2015, København: Hans Reitzels Forlag.
28. Braun, V. and V. Clarke, *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 2006. **3**: p. 77-101.
29. Medicin.dk. *Medicintilskud*. 2023; Available from: <https://min.medicin.dk/indledningsafsnit/afsnit/3711>.

30. Medicin.dk. *Henstandsordning*. 2022; Available from: <https://min.medicin.dk/Indledningsafsnit/Afsnit/4012>.
31. WHO, *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. 2003, World Health Organization.

Bilag 1 Litteratur fra litteratursøgningen

Videnskabelig litteratur

- Ali, B., Nazar, Z., Barnes, N., & Rutter, P. (2022). The impact of religious beliefs on adherence to medication in the muslim population: A systematic scoping review. *International Journal of Pharmacy Practice*, 30(SUPPL 1).
- Andersen, S. E., Benfeldt, E., & Serup, J. (2008). One in 3 prescriptions are never redeemed: Primary nonadherence in an outpatient clinic. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 59(1), 27–33.
- Aronson, J. K. (2007). Compliance, Concordance, Adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 63(4), 383-384.
- Bahadori, M., Hasanpoor, E., Yaghoubi, M., & HaghGoshyie, E. (2020). Determinants of a high-quality consultation in medical communications: a systematic review of qualitative and quantitative evidence. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 13(5), 457–483”.
- Brown, S., Griffiths, C., McRae, D., Limbert, C., & Higman James D. (2019). Medication adherence interventions for populations with low health literacy: A systematic review. *International Journal of Pharmacy Practice*, 27(Supplement 2), 17.
- Bülow, C., Noergaard, J. D. S. V., Faerch, K. U., Pontoppidan, C., Unkerskov, J., Johansson, K. S., Kornholt, J., & Christensen, M. B. (2021). Causes of discrepancies between medications listed in the national electronic prescribing system and patients' actual use of medications. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 129(3), 221–231”.
- Cheen, M. H. H., Tan, Y. Z., Oh, L. F., Wee, H. L., & Thumboo, J. (2019). Prevalence of and factors associated with primary medication non-adherence in chronic disease: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical Practice*.
- Fabricius, P. K., Aharaz, A., Stefánsdóttir, N. T., Houliind, M. B., Steffensen, K. D., Andersen, O., & Kirk, J. W. (2022). Shared Decision Making with Acutely Hospitalized, Older Poly-Medicated Patients: A Mixed-Methods Study in an Emergency Department. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 6429.
- Fabricius PK, Andersen O, Steffensen KD, Kirk JW. (2021). The challenge of involving old patients with polypharmacy in their medication during hospitalization in a medical emergency department: An ethnographic study. *PLoS One*, 16(12).

- Fallis, B. A., Dhalla, I. A., Klemensberg, J., & Bell, C. M. (2013). Primary medication non-adherence after discharge from a general internal medicine service.
- Fischer, M. A., et al. (2010). Primary medication non-adherence: Analysis of 195,930 electronic prescriptions. *Journal of General Internal Medicine*, 25(4), 284–290”.
- Hamilton, J. E., Blanco, E., Selek, S., Wirfel, K. L., Bernstam, E. V., Velligan, D., Gudala, M., & Roberts, K. (2022). Patient and Provider Perspectives on Medication Non-adherence Among Patients with Depression and/or Diabetes in Diverse Community Settings – A Qualitative Analysis. *Patient Preference and Adherence*, 16, 1581–1594”.
- Hartman, E. A. R., Groen, W. G., Heltveit-Olsen, S. R., Lindbæk, M., Høye, S., Sundvall, P. D., Skoglund, I., Snaebjörnsson Arnljots E., Gunnarsson, R., Kowalczyk, A., Godycki-Cwirko, M., Kosiek, K., Platteel, T. N., van de Pol, A. C., Verheij, T. J. M., Monnier, A. A., Hertogh, C. M. P. M. (2022). Decisions on antibiotic prescribing for suspected urinary tract infections in frail older adults: a qualitative study in four European countries. *Age and Ageing*, 51(6),
- Hohmann, C., Neumann-Haefelin, T., Klotz, J. M., Freidank, A., & Radziwill, R. (2014). Providing systematic detailed information on medication upon hospital discharge as an important step towards improved transitional care. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 39(3), 286–291”.
- Hultberg, J., Nilsson, S., Rudebeck, C. E., & Köhler, A. K. (2021). Dealing with being prescribed cardiovascular preventive medication: A narrative analysis of qualitative interviews with patients with recent acute coronary heart disease in Sweden. *BMJ Open*, 11(12).
- Kardas, P., Lewek, P., & Matyjaszczyk, M. (2013). Determinants of patient adherence: A review of systematic reviews. *Frontiers in Pharmacology*, 4, 91.
- Kelly, M., McCarthy, S., & Sahm, L. J. (2015). Knowledge, attitudes, and beliefs of patients and carers regarding medication adherence: A review of qualitative literature. *International Journal of Pharmacy Practice*, 23(Supplement 1), 28.
- Kvarnström, K., Airaksinen, M., & Liira, H. (2018). Barriers and facilitators to medication adherence: A qualitative study with general practitioners. *BMJ Open*, 8(1).
- Kvarnström K, Westerholm A, Airaksinen M, Liira H. (2021). Factors Contributing to Medication Adherence in Patients with a Chronic Condition: A Scoping Review of Qualitative Research. *Pharmaceutics*, 13(7).
- Lau, S. R., & Kriegbaum, M. (2018). Medication non-adherence in the context of situated uncertainty: Moving beyond simple, dichotomous approaches. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 14(8), 742–748”.
- Lemstra, M., Nwankwo, C., Bird, Y., & Moraros, J. (2018). Primary nonadherence to chronic disease medications: A meta-analysis. *Patient Preference and Adherence*, 12, 721–731”.
- Marshall, I. J., Wolfe, C. D., & McKevitt, C. (2012). Lay perspectives.

- Mir T. H. (2023). Adherence Versus Compliance. HCA healthcare journal of medicine, 4(2), 219–220.

Rapporter og notater (grå litteratur)

- Alliancen mod Social Ulighed i Sundhed. (2021). Analyse af medicintilskud.
- Danmarks Apotekerforening. (2013). Utryghed og manglende viden om medicin hos udsatte borgere. Analyse.
- Skaarup, C., Kjærulff, T. M., & Ersbøll, A. K. (2023). Ulighed i manglende indløsning af receptpligtig medicin. Recepter udstedt på hospitalet 2016-2019. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies - Evidence for action. World Health Organization.

Bilag 2 Eksempel på interviewguide

Interviewguide til interview med apotekerpersonale	
Tema	Spørgsmål
Intro til projektet + samtykke	<p>Mange tak for at tage dig tid til at mødes og tale med os.</p> <p>Kort præsentation af interviewererne (interviewdeltagerne får lov at præsentere sig, så snart vi går i gang med interviewet)</p> <p>Kort intro til undersøgelsen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Som nævnt laver vi undersøgelsen for Sundhedsministeriet, der gerne vil have viden om, hvilke forhold og barrierer, der kan have betydning for, at nogle borgere ikke afhenter deres medicin. - I denne undersøgelse fokuserer vi på borgere i sårbare positioner, som fx har lav socioøkonomisk status og står uden for arbejdsmarkedet, da vi også ved fra forskning, at denne gruppe er mere udsat i forhold til ulighed i sundhed generelt. - For at få viden om emnet laver vi interviews med både borgere i målgruppen og sundhedsprofessionelle, der har noget med enten udstedelsen eller indløsningen af recepter at gøre (hospitalspersonale, alment praktiserende læger og apotekerpersonale) for at forstå noget af det, der er på spil i de situationer. - Undersøgelsen skal munde ud i en rapport, som efter planen bliver udgivet i starten af 2024. <p>Optagelse af interview: Er det okay med dig, hvis vi optager interviewet? Det er kun til internt brug, så vi er sikre på at få detaljerne med, når vi skal beskrive indsatsen [sæt optager i gang].</p> <p>Samtykkeerklæringen – mundtligt samtykke, når optager er sat til.</p> <p>Så lad os gå i gang med interviewet. Det vil vare max 1 time, og XXXX vil primært stille spørgsmålene og XXXX tager noter og stiller eventuelle opfølgende spørgsmål undervejs.</p>
Præsentation af interviewdeltageren	<p>Vil du starte med at præsentere dig selv og dit arbejde?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Hvad er dine primære arbejdsopgaver?</i> - <i>Hvordan vil du karakterisere jeres apotek eller klientellet, der kommer hos jer?</i>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Er der noget særligt ved placeringen, lokalområdet eller andet, som præger sammensætningen af borgere, der kommer hos jer?</i>
Apoteker-personalets rolle	<p>Hvordan vil du beskrive den rolle/funktion du har i relation til borgere, der kommer ind på apoteket?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Hvordan adskiller din rolle sig fra lægens rolle?</i> - <i>Hvad oplever du, at borgerne forventer af dig?</i> <p>Hvad består din kontakt til borgeren typisk i, når de kommer ind på apoteket?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Hvad taler du med dem om? Hvad spørger de ind til?</i> - <i>Oplever I, at borgere er i tvivl om deres behandling og virkningen af medicinen?</i> - <i>Oplever I – når I taler med borgere - at der forskel på, om medicinen er udskrevet af egen læge eller på hospital?</i>
Forhold af betydning for indløsning af receptpligtig medicin	<p>Hvilke forhold vurderer du, kan have betydning for, at en borger ikke indløser sin recept på medicin?</p> <p>Har du selv eller en kollega oplevet, at der er borgere, der kommer ind på apoteket og går igen uden at købe den medicin, de har recept på?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Har du eksempler på sådan en situation – og hvad der gør, at borgeren går igen uden medicinen?</i> - <i>Har du/I oplevet, at borgerne kan skifte mening om medicinen undervejs, når I taler om det? (når de har mere viden om den)</i> - <i>Hvad, tror du, i en sådan samtale kan gøre, at borgeren vælger ikke at købe medicinen?</i> <p>Hvad, tænker du, kan være årsag til en situation, hvor borgeren slet ikke tager ned på apoteket?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Hvad forestiller du dig kan udfordre borgeren i at tage hen på apoteket? (at der er andre mennesker, flovhed/tabu omkring medicinen de skal hente, sprog, geografisk afstand eller andet)</i> <p>Hvilke <u>andre forhold har du oplevet kan have betydning for, om borgere indløser deres recept?</u> [åbent, lad interview personen angive flere forhold]</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Har I fx oplevet, at borgere virker bekymrede for bivirkninger og måske af den grund vælger ikke at købe medicinen? Hvordan det?</i> - <i>Har I fx oplevet, at borgere er skeptiske over for medicinen – fx ikke tror at den vil virke/at den er nødvendig – og måske af den grund vælger ikke at købe medicinen? Kan du uddybe det?</i> - <i>Er der andet, der kan være på spil?</i>
Økonomiske barrierer	<p>Har du eller dine kollegaer oplevet, at en borger direkte eller indirekte fravælger medicin, fordi vedkommende ikke har råd?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Er der et mønster i, hvilken type medicin borgere fravælger af økonomiske årsager? Fx medicin for kronisk sygdom eller recepter efter udskrivelse fra indlæggelse på et hospital?</i> - <i>Kan I i jeres system se, hvilke tilskud den enkelte borger er berettiget til? Fx det sociale tilskud gennem kommunen</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Har I indtryk af, om mange borgere i den målgruppe, vi er interesserede i i vores projekt, modtager socialt tilskud? – Har I indtryk af, om det er let eller besværligt at få et sådan?</i>
Kommunikation om medicinen	<p>Hvordan håndterer I sprogbarrierer mellem personalet og borgerne, hvis borgeren har begrænsede dansk- og engelskkundskaber?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Har du nogle eksempler på sådan en situation?</i> - <i>Hvordan ender sådan en situation typisk?</i> <p>Hvilken betydning kan det have, at nogle borgere ikke har forstået, hvorfor de skal tage den medicin, lægen har udstedt recept på?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Kan I fornemme, når borgeren ikke har fået tilstrækkelig viden om medicinen fra den, der har udstedt recepten?</i> - <i>Kan du give et eksempel?</i> - <i>Hvad gør I, hvis I oplever, at en borger ikke har forstået, hvorfor de skal tage medicinen, eller hvordan den virker?</i> <p>Vi har hørt, at det på nogle apoteker er muligt at få en medicinsamtale på apoteket, hvor personalet sætter mere tid af til at fortælle borgeren om medicinen. Er det noget, I praktiserer hos jer?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Hvad er jeres erfaringer med det?</i> - <i>Hvad er hensigten med samtalerne?</i> - <i>Hvem gør brug af det?</i>
Typen af recepter	<p>Har I på dit apotek viden om eller overblik over, hvilke recepter der ikke bliver indløst?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Kan I se et mønster i det?</i> - <i>Medicintyper – eller diagnoser?</i> <p>Tror du, der kan være forskel på, om recepter (der så ikke indløses) er udstedt af egen læge eller på hospital?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Tror du, det kan have indflydelse på, om borgeren ender med at indløse den? Hvorfor?</i>
Afrunding	<p>Hvad ser du som det største problem i, at nogle borgere ikke indløser deres recepter?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Hvad tror du, konsekvenserne kan være ved, at netop den målgruppe, vi beskæftiger os med, ikke indløser deres recepter?"</i> <p><i>Hvad ser du af løsninger på problemet?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Har du nogle bud på, hvad der kunne bidrage til at flere borgere indløser og afhenter deres receptpligtige medicin?</i> <p>Mange tak for din tid!</p>