



Kandidatspeciale

Camilla i Dali Poulsen

xwc189

Patientperspektivet på seponeringsprocessen

Et kvalitativt studie af patienters ønske til seponeringsprocessen
samt apotekets rolle i denne

Vejleder: Lotte Stig Nørgaard

Ekstern vejleder: Rikke Nørgaard Hansen

Afleveret den: 30. august 2021

Fakultet:	Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet
Institutnavn:	Institut for Farmaci
Afdelingsnavn:	Department of Social and Clinical Pharmacy
Forfatter:	Camilla i Dali Poulsen
Titel og evt. undertitel:	Patientperspektivet på seponeringsprocessen: Et kvalitativt studie af patienters ønske til seponeringsprocessen samt apotekets rolle i denne
Vejleder:	Lotte Stig Nørgaard
Ekstern vejleder:	Rikke Nørgaard Hansen
Afleveret den:	30. august 2021
Antal studieenheder:	37,5 ECTS

Forord

Følgende rapport udgør specialeprojektet ”Patientperspektivet på seponeringsprocessen: Et kvalitativt studie af patienters ønske til seponeringsprocessen samt apotekets rolle i denne”, som blev udarbejdet i perioden februar-august 2021 ved Københavns Universitet.

Specialeprojektet tager udgangspunkt i emnet ”seponering” og udspringer af en personlig interesse for emnet. Interessen for emnet har kun vokset sig større undervejs i processen, og jeg håber at rapporten kan inspirere andre til at dykke ned i emnet ”seponering”.

Tidspunktet for specialeprojektets begyndelse var ca. et år efter, at WHO i marts 2020 erklærede udbruddet af COVID-19 for en pandemi, og at Danmark som konsekvens heraf lukkede ned for en periode. Pandemien og nedlukningen lagde et stort pres på hele vores sundhedssystem, heriblandt apotekerne, hvor behovene var store og midlerne små.

Følggevirkningerne af det store pres kunne mærkes på specialeprojektets rekrutteringsarbejde af både workshop- og interviewdeltagere, og især på apotekernes begrænsede muligheder for samarbejde.

Først skal der lyde en særligt stor tak til min vejleder Lotte Stig Nørgaard, som gjorde det muligt for mig, at arbejde med netop emnet ”seponering”. Tak for vejledning, for sparring og for konstruktiv kritik.

Dernæst skal der lyde en stor tak til min eksterne bivejleder Rikke Nørgaard Hansen, til Bjarke Abrahamsen samt til Pharmakons forskning- og udviklingsafdeling. Tak for at give mig muligheden for at samarbejde med Jer og Jeres forskningsprojekt. En særlig tak til Rikke for konstruktiv sparring både før og under dataproduktionen.

Tak til Anna Vestergård Jacobsen fra innovationshuset SUND Hub for sparring på innovative metoder og modeller i specialeprojektets startfase.

Tusind tak til alle de apoteksansatte, der trods travlhed tog sig tid til at svare på mine henvendelser, og en særlig tak til de apoteksansatte, der havde lyst og overskud til at deltage i mine workshops. Ligeledes en stor tak til de patienter, der tog sig tid til at deltage i mine patientinterview.

Til sidst skal lyde en stor tak til min familie og mine venner, som alle har bidraget med engagement, støtte og tålmodighed igennem hele specialeprocessen.

Resumé

Baggrund: De fleste seponeringsstudier har ældre patienter med begrænset forventet levetid som målgruppe. Dette kan skyldes, at denne gruppe af patienter ofte er kendte med lange medicinlister, da de ældre patienter udgør den største andel af polyfarmcipienter [7]. Samarbejdet mellem sundhedspersonalet tillægges stor betydning, når mulige relevante seponeringer skal identificeres og igangsættes [2]. I den primære sektor, som specialeprojektets målgruppe befinder sig i, er den primære kontakt til sundhedsvæsenet ofte begrænset til patientens praktiserende læge samt til apoteket.

Formål: Studiets formål er, at undersøge patientperspektivet i seponeringsprocessen, samt at forstå patienternes ønsker til denne proces. Desuden har projektet til formål at undersøge, hvorvidt patienterne ser apoteket have en rolle i seponeringsprocessen.

Metode: Studiet benytter to innovative metoder, Stakeholder Map samt Empathy Map, samt et litteraturstudie. De tre metoder leder efterfølgende til patientinterviews udarbejdet med metoden vignetteinterview. Analysen af metodernes indsamlede data tager udgangspunkt i konventionel contentanalyse, hvor data opdeles i codes baseret på dataets indhold.

Resultater: Litteraturstudiet viste at patienter har tillid til lægen og den igangværende behandling. De fleste patienter ville gerne seponere et eller flere lægemidler, hvis lægen foreslog dette. Patienterne ville gerne informeres om seponeringen undervejs, men ikke alle patienter ønskede at deltage i beslutningsprocessen. Tre patienttyper blev identificeret i forhold til seponering og beslutningstagen; *patienttype 1*: vil gerne bidrage til beslutningsprocessen, men lægen afgør denne; *patienttype 2*: vil gerne inddrages i beslutningen; *patienttype 3*: ved ikke nok om medicinen, og lægen kan derfor tage beslutninger uden patienten involveres. Patientinterviewene viste at patienterne gerne ville inddrages og oplyses i beslutningsprocessen samt om det videre forløb, og at tryk gennem processen var essentiel for en god seponeringsproces.

Diskussion: Resultaterne fra henholdsvis patientinterviews og litteraturstudie stemmer ikke fuldkommen overens. Dette kan blandt andet forklares med, at målgrupperne for de to metoder ikke er den samme. Både patienterne i litteraturstudiet samt patienterne i patientinterviewene ville dog gerne informeres og inddrages i nogen grad i seponeringen samt beslutningsprocessen om denne. At patienterne gerne ville informeres om forløbet var dermed ikke afhængig af, om der var tale om ældre patienter med lav forventet levetid, eller patienter, hvor det ikke var relevant at tale om forventet levetid.

Konklusion: De overordnede ønsker af patienterne for seponeringsprocessen er at blive inddraget i processen, at blive forberedt på eventuelle symptomer samt at have mulighed for rådgivning undervejs.

Abstract

Background: Most deprescribing studies target elderly patients with limited life expectancy. This may be due to the fact that this group of patients are often familiar with long medication lists, as the elderly patients constitute the largest proportion of polypharmacy patients [7]. Cooperation between healthcare professionals are given great importance when possible relevant deprescribing are identified and initiated [2]. In the primary sector, in which the master thesis' target group are, the primary contact with the healthcare system is often limited to the patients' general practitioner and to the pharmacy.

Aim: The aim of the study is to investigate the patient perspective on the deprescribing process and to understand the patients' wishes to the process. In addition, the project aims to investigate whether the patients see the pharmacies play a role in the deprescribing process.

Method: The study uses two innovative methods, Stakeholder Map and Empathy Map, as well as a literature review. The three methods lead to patient interviews prepared with the vignette interview method. The analysis of the collected data is based on the conventional content analysis, where the data will be separated in codes based on the content.

Results: The literature review showed that patients trust their general practitioner and the ongoing treatment. Most patients would agree to deprescribe one or more drugs if the practitioner suggested it. The patients wanted to be informed about the deprescribing during the process, but not all patients wanted to participate in the decision-making process. Three patient types were identified in terms of deprescribing and decision making; *patient type 1*: would like to contribute to the decision-making process, but the doctor decides; *patient type 2*: would like to be involved in the decision; *patient type 3*: does not know enough about the medicine and leave the decisions for the practitioner without the patient being involved. The patient interviews showed that the patients wanted to be involved and informed in the decision-making and the deprescribing process, and that security through the process was essential for a good deprescribing process.

Discussion: The results from the patient interviews and the literature study are not completely consistent. This can be explained, among other things, by the fact that the target groups for the two methods are not the same. However, both the patients in the literature study and the patients in the patient interviews would like to be informed and involved to some extent in the deprescribing and the decision-making process. The fact that patients wanted to be informed about the process are thus not dependent on whether they are elderly patients with a limited life expectancy or patients where it is not relevant to talk about life expectancy.

Conclusion: The overall wishes of the patients for the deprescribing process are to be involved in the process, to be prepared for any symptoms and to have the opportunity for counselling along the process.

Tabeller, figurer og bilag

Tabeller

Tabel 1	Designtæknings fem faser
Tabel 2	Beskrivelse af metoden Empathy Map's temaer
Tabel 3	De metodologiske overvejelser definerer opbygningen af vignetterne
Tabel 4	Resultatet af metoden Empathy Map opdelt i "Udfordringer" og "Forventninger"
Tabel 5	Uddrag af oversigtstabellen med studiedetaljer med de 10 inkluderede studier
Tabel 6	De tre identificerede patienttyper samt eksempler fra litteraturstudiet på de tre patienttyper
Tabel 7	Oversigt over interviewdeltagere til patientinterviews

Figurer

Figur 1	Empatht Map opdelt i fire felter, som tilsammen udgør rammen om patienten i midten.
Figur 2	Resultaterne af metoden Stakeholder Map med grupperingerne "direkte relation til seponeringsprocessen" øverst til venstre og "indirekte relation til seponeringsprocessen" nederst til højre
Figur 3	Prisma Flowchart over screeningsprocessen I litteraturstudiet

Bilag

Bilag 1	Systematisk litteratursøgning
Bilag 2	Interviewguide
Bilag 3	Interviewcitater
Bilag 4	Interviewanalyse i codes
Bilag 5	Opslag til rekruttering
Bilag 6	Empathy Maps
Bilag 7	Studiedetaljer

Interviewtransskriptioner kan eftersendes efter ønske

Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
Resumé.....	4
Abstract	5
Tabeller, figurer og bilag	6
INTRODUKTION	10
Eksternt samarbejde	10
Formål	11
Problemformulering.....	11
Problemstillinger.....	11
BAGGRUND.....	12
Emnevalg	12
Afgrænsning.....	12
Videnskabelig ramme.....	13
Seponering er ikke simpelt.....	13
Teoretisk grundlag.....	14
Participatory action research.....	14
Design tænkning	14
Innovation i sundhedsforskning	15
DATAINDSAMLINGSMETODE	17
Konventionel contentanalyse	17
Stakeholder Map.....	17
Empathy Map	18
Udførsel af Empathy Map.....	18
Empathy Map i specialeprojektet.....	19
Litteraturstudie.....	20
Søgeaspekter	20

Eksklusionskriterier	21
Vignetteinterview	21
Interviewdeltagere.....	22
Rekruttering.....	22
Empathy Map.....	22
Patientinterview	22
RESULTATER.....	24
Problemstilling 1	24
Stakeholder Map	24
Problemstilling 2	25
Empathy Map.....	25
Problemstilling 3	26
Litteraturstudie	27
Tillid til lægen.....	30
Seponering	30
Seponeringsprocessen	30
Patienttyper	31
Problemstilling 4 og problemstilling 5	32
Vignetteinterview.....	32
Hos Lægen	32
På apoteket.....	35
Hjemme hos patienten.....	38
DISKUSSION	41
Diskussion af resultater	41
Patienternes tillid til lægen.....	41
Involveres eller informeres	41
Patienter er positive overfor seponering	42
Tre patienttyper.....	43
Apotekets rolle.....	44
Diskussion af metoder	44
Stakeholder Map	45
Empathy Map.....	45
Litteraturstudie.....	46

Vignette interview.....	46
Design­­t­­en­­k­­ning	47
Perspektivering	48
Empathy Map.....	48
Litteraturstudie.....	48
Vignetteinterview.....	49
KONKLUSION.....	50
REFERENCELISTE	51
BILAG.....	53
Bilag 1	53
Bilag 2	55
Interviewguide	55
Bilag 3	58
Interviewcitater	58
Bilag 4	72
Interviewanalyse i codes	72
Bilag 5	77
Opslag til rekruttering.....	77
Empathy Map	77
Patientinterview	78
Bilag 6	79
Empathy Maps	79
Bilag 7	80
Studiedetaljer	80

Introduktion

Ved *seponering* forstås et ophør af en allerede eksisterende medicinsk behandling. Seponering kan derfor refereres til som ”medicinophør”, men i det følgende projekt vil begrebet *seponering* blive brugt. Ifølge Sundhedsstyrelsens Seponeringsliste er seponering relevant, hvis der ikke længere er indikation for et lægemiddel, hvis et lægemiddel giver uacceptable bivirkninger, er uden effekt, eller hvis patienten ikke længere ønsker lægemidlet [1]. Seponering bør ske i et samarbejde mellem sundhedsfagligt personale og patient evt. med inddragelse af pårørende.

Seponering er et tilbagevendende emne, som fortsat er relevant at undersøge. Dette skyldes de mange udfordringer, der er forbundet med seponering af et eller flere lægemidler. En af disse udfordringer ses ofte, når en patient overgår fra en sektor til en anden, og en ny læge skal vurdere om en behandling, som er startet af en anden læge, skal fortsætte [2]. En anden udfordring kan være at vurdere, om der efter flere års behandling, fortsat er indikation for behandlingen.

Det sidste eksempel kan lede til og være en grund til, at en stor procentdel af vores ældre borgere er polyfarmaci patienter; patienter, der får ordineret mindst 5 forskellige lægemidler [3-5]. Når der bliver ordineret et nyt lægemiddel, bliver der ikke altid taget stilling til det videre behandlingsforløb eller til behandlingens længde, og behandlingen fortsætter ofte ufortrøden med begrundelse om, at patienten er velbefindende. Jo længere tid der går, jo ældre bliver patienten. Den ældre patient får måske hjælp til medicinadministreringen af de igangværende behandlinger og flyttes muligvis til et plejehjem. Hos plejhjemsbeboere er der i mange tilfælde tale om en begrænset forventet levetid, men i eksemplet her, er patienten fortsat i behandling med både forebyggende og behandlende medicineringer. Det er nu yderst relevant at undersøge eventuelle seponeringer; seponeringer, som kunne være identificeret langt tidligere, hvis der i den primære sektor var større fokus på seponering, og som muligvis kunne have øget patientens livskvalitet[4].

Det er ikke kun hos borgere med begrænset forventet levetid, at seponering er relevant. Det er relevant for alle patienter i medicinsk behandling. Ikke dermed sagt at alle behandlinger skal seponeres, men som tiden går, og patienternes tilstand ændres, bør rationalet for behandlingen løbende vurderes.

Hvis seponering gøres til en integreret del af behandlingen, vil det måske undgås, at man til sidst i livet skal tage en masse medicin fra den enkelte borgere – og på den måde undgå at give den enkelte borger en følelse af opgivelse, når det pludselig vurderes, at op til flere præparater fra den ene dag til den næste ikke længere er relevante[4, 5].

Eksternt samarbejde

Dette projekt tager udgangspunkt i et samarbejde med det igangværende forskningsprojekt ”Seponering af medicin – et samarbejde mellem apotek og læge” på Pharmakons forskning- og udviklingsafdeling. Pharmakon er et uddannelses- og udviklingscenter, som, ud over at uddanne indenfor apotekssektoren, arbejder med forskning og udvikling i apotekspraksis.

Forskningsprojektet ”Seponering af medicin” undersøger hvad de praktiserende læger ønsker ændret i forbindelse med seponeringsprocessen, samt hvilken rolle apoteket kunne have i denne, med henblik på et samarbejde mellem de to aktører. Projektet vil have fokus på lægernes

perspektiv og med udgangspunkt i dette, arbejde mod udviklingen af en seponeringsydelse i samarbejde med apoteket.

Specialeprojektet vil, i modsætning til Pharmakons forskningsprojekt, have fokus på patienterne og på deres perspektiv på seponeringsprocessen.

Formål

Formålet med specialeprojektet er, at undersøge patientperspektivet i seponeringsprocessen, samt at forstå patienternes ønsker til denne proces. Desuden har projektet til formål at undersøge, hvorvidt patienterne ser apoteket have en rolle i seponeringsprocessen.

Det endelige resultat af specialeprojektet har til formål at fremme Pharmakons forskningsprojekt ”Seponering af medicin”, samt at give mulighed for, at Pharmakon kan inddrage patienternes perspektiv i videreudviklingen og implementeringen af en seponeringsydelse.

Problemformulering

På baggrund af ovenstående formål, er problemformulering for specialeprojektet følgende:

Hvilke ønsker har patienter til seponeringsprocessen og hvordan opfyldes disse, ifølge patienterne, bedst?

Problemstillinger

- 1) Hvilke fagpersoner er relevante i seponeringsprocessen?
- 2) Hvilke udfordringer har patienterne i seponeringsprocessen?
- 3) Hvad siger litteraturen om patientperspektivet på seponeringsprocessen?
- 4) Hvad er det vigtigste for patienterne i forbindelse med seponeringsprocessen?
- 5) Hvordan ser patienterne apoteket have en rolle i seponeringsprocessen?

Baggrund

Emnevalg

Motivationen for emnet ”seponering” udspringer af en interesse for og fokus på lange medicinlister i den primære samt tertiære sektor. Efter gentagne medicingennemgange og –anamneser af medicinlister med mange forskellige lægemidler, kan der sættes spørgsmålstegn ved, om alle lægemidler er relevante for den enkelte patient. Særligt hos vores ældste borgere kan man undre sig over og stille spørgsmålstegn ved, om medicineringen er behandlende, forebyggende eller livsforlængende.

Det engelske ord for seponering er ”deprescribing”. Ordet beskriver klart, at det er det modsatte af ordet ”prescribing”, som på dansk betyder at ordinere. Det danske ord ”seponering” er ikke ligeså tydelig og ligger sproglig langt fra ordet ”ordination”. Det samme gør sig gældende med begrebet ”medicinophør”. At der i det danske sprog ikke er en direkte relation mellem de to begreber kan bærer en del af skylden for, at ”at seponere” og ”at ordinere” ikke umiddelbart sættes i forbindelse med hinanden for den almindelige borger og patient. Men de to ord bør sættes i forbindelse med hinanden. Når der er tale om en ordination, ny eller gammel, bør seponering være en del af overvejslen i den fremtidige behandling. Er der tale om en ny ordination, kan det være relevant med en opfølgning efter en passende tidsperiode, men er der tale om en gammel ordination, kan det være relevant at overveje, om seponering af lægemidlet er en del af den fremtidige behandling. Seponering er ikke altid den rigtige og endelige beslutning, men hvis seponering end ikke kommer i betragtning som en mulighed, vil patienternes medicinlister kun blive længere.

Motivationen for dette projekt kommer af en personlig interesse for, at gøre enhver medicinsk behandling så let overskueligt som muligt for patienter i alle sammenhæng. De lange medicinlister er sjældent overskuelige; hverken for patienter eller for læger.

Afgrænsning

Målgruppen for projektet er patienter, som har været i stabil medicinsk behandling med uændret dosis i minimum et år. Derudover skal patienten selv administrere medicinen samt kontakten til den praktiserende læge ved blandt andet receptfornyelser. Patienten skal derudover selv administrere afhentningen af medicinen på apoteket.

Målgruppen er defineret således, da det ønskes at undersøge patienter, for hvem en eventuel seponering vil være en ændring af ”det normale”. Når tidsgrænsen for medicineringen er bestemt til minimum et år skyldes det, at man her må forvente minimum én receptfornyelse hos egen læge. Målgruppen er desuden defineret i samarbejde med Pharmakons forskningsprojekt, som dette projekt samarbejder med.

Projektet fokuserer udelukkende på patientperspektivet, og patientinterview vil udgøre en del af resultatet af projektet. Sundhedsprofessionelle vil ekskluderes fra patientinterviews.

Videnskabelig ramme

Mange seponeringsstudier har ældre og plejhjemsbeboere som målgruppe[2, 5, 6]. Det skyldes formentlig, at denne gruppe patienter ofte er kendte med lange medicinlister, som følge af et svagt helbred. Desuden er der ved plejhjemsbeboere ofte tale om begrænset forventet levetid, som gør det relevant at seponere eventuelle forebyggende behandlinger og i stedet fokusere på livskvalitet hos den enkelte borger[2]. En anden forklaring på at de ældre er i fokus i seponeringsstudier kan være, at de ældre udgør den største andel af polyfarmacipatienter. Hele 54% af borgere over 75 år er polyfarmacipatienter[7].

Et nyt dansk studie viser, at det gennemsnitlige antal lægemidler stiger fra 6 til 8 forskellige lægemidler ved overførsel fra borgerens eget hjem til plejhjem[5]. Studiet viser dermed, at den gennemsnitlige ældre, der overføres til plejhjem, allerede er polyfarmacipatient. Stigningen kan forklares med, at der i perioden op til overførslen til plejhjemmet kan være et øget antal besøg hos lægen eller en eventuel indlæggelse, som måske ligger til grund for overførslen til plejhjemmet[5]. En anden forklaring til det høje antal af lægemidler hos plejhjemsbeboere kan være, at det typisk er de svageste borgere samt borgere med kendte sygdomme, der er på plejhjem, og som naturligvis skal behandles mere end borgere uden kendte sygdomme[5].

Selvom polyfarmaci er en nødvendighed hos mange ældre patienter, kan de mange forskellige lægemidler være hårde for den ældre krop. Ældning af kroppen medfører blandt andet ændringer i metabolismen samt nyrernes funktion[3]. Desuden stiger risikoen for lægemiddelrelaterede problemer (LRP) ikke kun med alderen, som følge af kroppens ældning, men også med antallet af lægemidler. Risikoen for LRP er derfor høj hos polyfarmacipatienter, hvilket desuden forklarer de mange studier på seponering hos ældre[3, 8].

Et hollandsk studie af polyfarmacipatienter på over 65 år viste, at ”overmedicinering” var den mest hyppigst forekomne LRP og stod for 25,5% af de identificerede LRP. ”Undermedicinering” (15,9%), ”lægemiddel ingen effekt” (8,5%) og ”kontra-indikation” (8,5%) var andre LRP fundet ved samme population. Resultatet af studiet viste, at der var forskellige LRP og at seponering derfor ikke altid kunne være løsningen på dem. Seponering var dog den mest hyppigt foreslået intervention og udgjorde samlet 19,6% af de foreslåede interventioner, hvoraf 46,6% blev implementeret[9].

Seponering er ikke simpelt

Seponering kan være svært at gennemskue og er i mange tilfælde ikke så simpelt, at et lægemiddel blot kan stoppes fra den ene dag til den næste. Det gælder særligt, hvis patienten er ældre, hvis patienten er i behandling med flere forskellige lægemidler, som muligvis påvirker hinanden, og hvis patienten har været i behandlingen over længere tid. Et fokusgruppeinterview med forskellig sundhedspersonale, blandt andet læger og kliniske farmaceuter, pointerer, at der ikke findes behandlings- og seponeringsvejledninger til netop ældre og skrøbelige patienter, hvilket gør en eventuel seponering vanskelig[2]. Når sådanne vejledninger ikke findes, er det op til lægen (og i nogle tilfælde i samarbejde med farmaceuten) at vurdere, om den oprindelige behandlingsvejledning, der ikke tager hensyn til alder, antal lægemidler og helbredstilstand, skal følges, eller om der i det enkelte tilfælde skal afviges fra behandlingsvejledningen, da denne muligvis ikke er tilpasset den enkelte patients situation. Når behandlingsvejledningerne ikke tager hensyn til, om patienten behandles med flere lægemidler, eller om patienten er ældre og/eller

skrøbelig, kan det medføre uhensigtsmæssige behandlinger på trods af, at behandlingen følger behandlingsvejledningen [2, 10, 11]. Det er dog ikke kun manglende behandlingsvejledninger, der er afgørende i eventuelle seponeringer hos patienterne. Studier viser, at der er flere forskellige faktorer, som kan spille ind i vurderingen. I nogle situationer kan lægens forhold til patienten, eller dennes pårørende, være en faktor, og i andre situationer kan lægens viden og ekspertise, eller samarbejde med anden sundhedspersonale, være en afgørende faktor i vurderingen[11].

Samarbejde mellem sundhedspersonale tillægges stor betydning, når mulige relevante seponeringer skal identificeres og igangsættes[2]. Patientens tilknyttede læge har det primære ansvar for behandlingen og dermed eventuelle seponeringer. En generel opfattelse blandt sundhedspersonale er ifølge Lundby C. et al., at den læge, der ordinerede det specifikke lægemiddel, er ansvarlig for behandlingen samt en eventuel seponering[2]. Til denne opfattelse hører dog, at eventuelle nye ordinerede lægemidler ved hospitalsindlæggelse bør overtages af patientens praktiserende læge efter udskrivelse[2].

Sundhedspersonalet opfordrer i samme studie til et bredere samarbejde på tværs af professioner, blandt andet fordi det ofte er sygeplejersker og sundhedsassistenter, der har mest kontakt til patienterne særligt i den tertiære sektor[2]. I den primære sektor, hvor specialeprojektets målgruppe befinder sig, er der den primære kontakt til sundhedsvæsenet ofte begrænset til patientens praktiserende læge samt til apotekspersonalet, når patienten afhenter sin medicin. Når der opfordres til et samarbejde på tværs af professioner i forbindelse med seponering, er det derfor relevant at undersøge, om apotekspersonalet kan have en rolle i denne.

Teoretisk grundlag

Specialeprojektet indeholder en kombination af innovative modeller og traditionelle kvalitative forskningsmetoder og design.

Participatory action research

Specialeprojektet er en del af et større studiesamarbejde med forskningsinstitutionen Pharmakon. Overordnet følger de to projekter et participatory action research (PAR) design, som udspringer fra et sociologisk forskningsperspektiv. I PAR er der fokus på flere forskellige aktører/stakeholdere og forholdet mellem disse, som er påvirket af eller involveret i det, der undersøges[12]. I det overordnede projekt har Pharmakon fokus på samspillet mellem den praktiserende læge samt apotekspersonalet, mens specialeprojektet fokuserer på patienternes perspektiv og sammenspillet mellem patient og apotek. Til sammen udgør de stakeholderne: læge, patient og apotekspersonale, hvilket er de tre involverede partnere i seponeringssituationen. Alle tre stakeholdere bliver tillagt lige stor værdi og udgør tilsammen en co-konstruktion for forskningsprojektet.

Specialeprojektet fokuserer udelukkende på patienterne og har derfor, i modsætning til PAR, et patientcentreret design.

Designtænkning

Designtænkning (DT) er en model, der kan bruges til at kvalificere problemforståelsen ved at undersøge problemet fra flere perspektiver, samt kvalificere idéer til løsninger i samarbejde med slutbrugeren[13]. Modellen adskiller sig fra det traditionelle og lineære design ved at være en

cirkulær proces i fem faser, hvoraf en eller flere af faserne kan undlades og en ny cyklus påbegyndes [tabel 1]. DT kan være en langvarig proces, da modellen er designet til at gennemgå flere cyklusser, som hver tager udgangspunkt i den, i forrige cyklus, tillærte viden[13-15].

I specialeprojektet vil den innovative model *designtænkning* udgøre en skabelon for det praktiske arbejde.

Tabel 1. Designtæknings fem faser[15]

<i>Empathize</i>
Den første fase af designtænkning består i at forstå den problematik, der fokuseres på, på samme måde som de personer, der oplever den.
<i>Define</i>
På baggrund af den indsamlede viden og empati for problematikken, skal et konkret problem eller udfordring defineres samt forskningsteamets tilgang til denne.
<i>Ideate</i>
I idegenereringsfasen udvikles konkrete idéer og løsninger i forskellige retninger.
<i>Prototype</i>
Af de forskellige idéer fra idegenereringsfasen udvælges en eller flere konkrete løsninger, som udvikles og testes gentagne gange, med det formål at komme tættere på en endelig løsning.
<i>Test</i>
En udvalgt prototype og mulig løsning testes på de personer, der oplever det definerede problem. I denne fase observeres om eller hvordan prototypen løser problemet.

Modellens faser er bygget op i en rækkefølge, som først identificerer problemet (*Empathize*, *Define*), derefter idégenererer eventuelle løsninger (*Ideate*) og til sidst innoverer disse (*Prototype*, *Test*) [tabel 1]. Til hver fase hører en evaluering, som afgør, om den igangværende cyklus skal fortsætte, eller om der er behov for at igangsætte en ny cyklus. Den nye cyklus kan, hvis nødvendigt, starte med at identificere problematikken på en ny eller anderledes måde, eller ved en senere fase; eksempelvis idégenerering.

Innovation i sundhedsforskning

Der findes mange definitioner på, hvad innovation er. Ordet innovation kommer fra det latinske ord *innovativo*, som betyder at introducere noget nyt. Specialeprojektet følger definitionen ”*at skabe en ny løsning*”, hvilket indebærer processen fra problemet opdages og defineres, til at idéen til løsningen udtænkes og afprøves, og til sidst introduceres.

Inden for de seneste år er innovation blevet en mere integreret del af sundhedsforskningen[14]. Den innovative tilgang hjælper med at inddrage de relevante aktører i forskningen, og dermed i designet af en mulig løsning. De relevante aktører kan i mange tilfælde blandt andet være patienter, som kan være svære, men vigtige, at inddrage i forskningen[14, 16]. DT bygger på princippet om at udvikling skabes *med* brugerne og ikke *for* brugerne.

DTs cykliske design er oplagt at bruge i udviklingen og implementeringen af patientcentrerede interventioner[17]. Designet giver anledning til at forsøge sig frem og tilpasse undervejs. Et

systematisk review undersøgte succesraten for studier, som brugte metoden DT til udvikling og/eller implementering af nye løsninger[14]. Resultatet viste, at 12 ud af de inkluderede 24 studier konkluderede at alle mål for interventionen var opfyldt, mens 11 studier konkluderede, at mindst et af målene for interventionen var opfyldt. Desuden viste alle studier, som sammenlignede DT interventioner med traditionel udførte interventioner, en større succes tilfredshed og effektivitet, og retfærdiggør dermed brugen af DT i sundhedsforskning[14].

Dataindsamlingsmetode

Specialeprojektet benytter to innovative metoder, *Stakeholder Map* samt *Empathy Map*, samt et litteraturstudie. De tre metoder leder efterfølgende til patientinterviews udarbejdet med metoden *vignetteinterview*. Analysen af metodernes indsamlede data tager udgangspunkt i *konventionel contentanalyse*, hvor data opdeles i codes baseret på datasættets indhold[18].

Specialeprojektets problemformulering undersøger patientperspektivet på seponeringsprocessen. ”**Seponeringsprocessen**” er i projektet defineret som processen, der igangsættes når patienten informeres om seponeringen og beslutningen herom skal tages. Efterfølgende sker det praktiske arbejde, hvor lægemidlet seponeres. Når lægemidlet er seponeret, løber seponeringsprocessen til patienten ikke længere er mærket af seponeringen. Seponeringsprocessen kan derfor strække sig over længere tid og er defineret efter den enkelte patient.

I specialeprojektet bruges desuden udtrykket ”**seponeringssituationen**”, som er defineret af metoden Empathy Map. ”Seponeringssituationen” henviser til situationen, der finder sted mellem læge og patient, når et lægemiddel skal seponeres, og beslutning herom tages.

Konventionel contentanalyse

Den konventionelle contentanalyse kan i dataanalysen minde om andre metodologier herunder blandt andet grounded theory og fænomenologi. Disse metodologier bruger henholdsvis data til at udvikle en teori og til at beskrive erfaringer, hvorimod contentanalysen har til formål at udvikle eller bygge videre på det, der undersøges[18]. Contentanalysen har i specialeprojektet til formål at analysere data på en sådan måde, at data bidrager til forståelsen af problemstillingen og leder frem mod en mulig løsning herpå.

Til forskel fra direkte contentanalyse, hvor eksisterende teori kan understøtte dataanalysen, og summativ contentanalyse, hvor data undersøges for specifikke ord og/eller indhold, fokuseres der i konventionel contentanalyse på det egentlige indhold uden forud antagelser om kategorier, temaer eller teorier[18]. Specialeprojektets dataindsamlingsmetoder, Empathy Map og vignetteinterview, tager udgangspunkt i deltagernes egne ord om et specifikt emne, og forinden analysen er der ingen forud antagelser om temaer indenfor det overordnede emne. Deltagerne kan altså tale frit indenfor det givne emne.

Stakeholder Map

Metoden Stakeholder Map blev brugt til at definere relevante stakeholdere samt at definere hvilken deltagergruppe, der skulle rekrutteres den følgende metode Empathy Map.

Når et stakeholderkort udfyldes, placeres det, der fokuseres på, i midten. I specialeprojektet var det, der fokuseres på, en patient i en seponeringssituation, og ”patienten” var derfor i midten. Derfra kunne der brainstormes på hvilke stakeholdere, der havde relation til patienten i situationen. De identificerede stakeholdere kunne om nødvendig grupperes og rangeres[19].

Et kriterie for deltagerne til metoden Empathy Map var, at ingen af de involverede parter i empatikortets scenarie, kunne deltage i udførslen. Det skulle dog være deltagere, som kan udtale

sig om og forholde sig til hvordan en patient muligvis oplever den givne situation, som her var en seponeringssituation.

Empathy Map

Metoden Empathy Map har til formål at forstå eventuelle udfordringer, brugeren måtte have i en specifik situation. Ved at bruge denne metode kan det forhindres, at den der undersøger situationen, i forvejen har en antagelse eller forventning om brugeren og dennes tanker og følelser i situationen[20]. Metoden tager udgangspunkt i et empatikort, som beskriver et specifikt scenarie.

I det videre afsnit, vil ”brugeren” omtales som ”patienten”, da patienten er hovedperson i de udførte empatikort i specialeprojektet.

Et empatikort fokuserer på en patient i en specifik situation. Denne patient defineres og beskrives ofte med navn, alder og eventuelle hverdagsaktiviteter, for at gøre personen så virkelig som mulig for deltagerne. Når et empatikort udføres, er det vigtigt, at deltagerne ikke tænker på sig selv som patienten. Da ville resultatet blive, hvordan deltagerne måtte opleve situationen som patient. Deltagerne skal derimod tænke på patienten, som en person, de prøver at forstå[21]. Resultatet af disse overvejelser vil give et bredt perspektiv af patienten og mulighed for at forstå patienten endnu bedre.

Til dataindsamlingen er der lavet to forskellige empatikort, hvilket gør perspektivet på patienten bredere. Den egentlige patient er ikke defineret af køn, alder eller kontaktform til lægen, og der er derfor lavet to empatikort, som til sammen inkluderer forskellige scenarier:

Empathy Map 1: ”Marie er en 55-årig kvinde. Marie går på arbejde hver dag, og i sin fritid kan hun lide at læse bøger. Marie får flere forskellige slags medicin hver dag. Hun har en god kontakt til lægen, som primært foregår pr. telefon og mail, og handler mest om fornyelse af Maries recepter, når disse udløber. Marie henter altid sin medicin på det lokale apotek. Nu har Maries læge foreslået, at de ved næste møde skal tale om mulig seponering af et eller flere af Maries nuværende lægemidler. Det er første gang lægen nævner dette.”

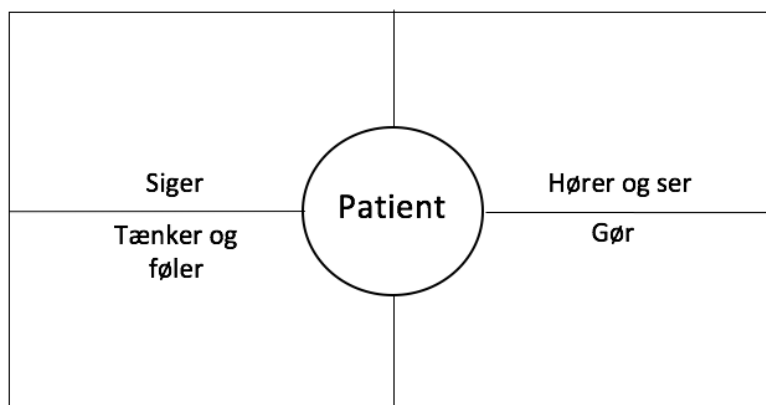
Empathy map 2: ”Søren er en 60-årig mand. Søren går på arbejde hver dag, og i sin fritid går han på jagt. Søren får flere forskellige slags medicin hver dag, og han går til regelmæssig kontrol hos lægen, som han har en god dialog med. Søren henter altid sin medicin på det lokale apotek. Nu har Søren læge foreslået, at de ved næste møde skal tale om mulig seponering af et eller flere af Søren nuværende lægemidler. Det er første gang lægen nævner dette.”

Udførsel af Empathy Map

Udførslen af et empatikort kan inddeles i tre steps:

- 1) Definer situation
- 2) Udfyld empatikort
- 3) Konkluder udfordringer og forventninger

Første step er at definere patienten samt situationen. I de udførte empatikort, er disse defineret som en af ovenstående scenarier.



Figur 1. Empathy Map opdelt i fire felter, som tilsammen udgør rammen om patienten i midten

Andet step er at udfylde empatikortet [figur 1]. Dette gøres i grupper af 2-5 deltagere. Deltagerne arbejder individuelt i hvert felt i 4-5 minutter. I hvert felt arbejdes der med et overordnet tema, og deltageren beskriver patienten/situationen med de ord, der måtte dukke op, relateret til det angivne tema [tabel 2].

Når hvert af felterne er udfyldt, kan der i samarbejde med deltagerne undersøges, om der er sammenhænge i de ord, der er skrevet i hvert felt, samt på tværs af felterne.

Tabel 2. Beskrivelse af metoden Empathy Map's temaer

Tema	Beskrivelse
Hører og ser	Hvad hører patienten i situationen? Hvem ser patienten? Ser patienten flere personer? Hører patienten nogle der snakker?
Gør	Hvad gør patienten fysisk i situationen? Gør patienten som denne plejer, eller handler patienten anderledes? Hvordan gør patienten?
Føler og tænker	Hvilke følelser og tanker skaber situationen i patienten? Tænker patienten noget, som denne ikke siger højt?
Siger	Hvad siger patienten (og til hvem) i situationen? Hvordan siger patienten det?

I det sidste step kan der ved hjælp af den konventionelle contentanalyse konkluderes på det udfyldte empatikort. Dette gøres ved at identificere henholdsvis hvilke udfordringer og forventninger, der kan være for patienten i en seponeringssituation. De identificerede udfordringer og forventninger er resultatet af empatikortet, og er dem, der giver anledning til at arbejde videre i en eller flere retninger.

Empathy Map i specialeprojektet

I specialeprojektet har metoden Empathy Map en forberedende rolle til de efterfølgende patientinterview. Empatikortenes identificerede udfordringer og forventninger skal danne grundlag for det videre arbejde frem mod og under patientinterviewene.

Empatikortene blev lyd- og skærmoptaget som hjælp til den efterfølgende analyse.

Forinden empatikortene blev udført, var der en forventning om, at de udførte empatikort tilsammen skulle danne grundlaget for det videre arbejde. Det blev under specialeprojektet ikke muligt at udføre et tilstrækkeligt antal empatikort til, at disse kunne danne grundlaget for det videre arbejde alene. Dette skyldes mangel på frivillige deltagere.

Under rekrutteringen af deltagere til empatikortene blev der blandt apotekspersonalet på tværs af apotekerne oplevet stor interesse for projektet. Desværre var der ikke mange, der havde mulighed for at deltage. Dette skyldes hovedsageligt lav bemanding på apotekerne efter et stort pres, som apotekerne oplevede i forbindelse med den verdensomspændende Covid-19 pandemi.

Som supplement til de udførte empatikort blev der derfor lavet et litteraturstudie, som sammen med empatikortene skulle danne grundlaget for det videre arbejde med patientinterviews.

Litteraturstudie

Et litteraturstudie blev lavet for at afdække eksisterende litteratur om patientperspektivet på seponering og seponeringsprocessen. Søgningen blev rettet mod *patientperspektiv* og *seponering* og blev kombineret på forskellige måder for flest mulige resultater.

Litteratursøgningen blev foretaget i databaserne PubMed og Embase, som er kendt for farmaceutisk relevant litteratur, samt i SDU (Syddansk Universitet) databasen FindResearcher. Den sidstnævnte database blev tilføjet, da der forud for søgning var kendskab til en forskningsgruppe på SDU med fokus på seponering samt patientperspektiv.

I databaserne PubMed og Embase blev der lavet en systematisk søgning med kontrollerede søgeord, såkaldte MeSH termer, samt relaterede ord som fritekst. Den samlede søgning bestod af 4 separate søgninger med forskellige aspekter og kombinationer af MeSH termer og fritekst [bilag 1]. Ved at tilføje flere aspekter i en søgning, er det muligt at kombinere forskellige emner i samme søgning.

Søgeaspekter

Søgning 1 (PubMed) og søgning 2 (Embase) var søgninger, der kombinerede tre aspekter. Aspekterne var "seponering", "patientperspektiv" og "apotek". Denne kombination blev lavet, da der ønskes litteratur med fokus på de patienter, der henter medicin på apoteket, og deres perspektiv på seponering. Apoteksaspektet blev tilføjet i søgningen i et forsøg på at indhente litteratur, som havde et apoteksaspekt på seponeringsaspektet.

Søgning 3 (PubMed) blev lavet med aspekterne "seponering" og "patientperspektiv". Til søgningen blev der for hver af aspekterne kun tilføjet ét MeSH term samt ét fritekstord, som skulle indgå i artiklernes titel eller abstract. Formålet med denne søgning var at lave en direkte søgning på litteratur, som havde de to aspekter som hovedfokus i studiet.

Søgning 4 (PubMed) blev lavet med aspektet "seponering" to gange. Dette betød for søgningen, at det var muligt at lave et aspekt, som kun indeholdte ét MeSH term samt ét fritekstord, som skulle indgå i artiklernes titel eller abstract, og et andet aspekt, som indeholdte flere og mere uddybende MeSH termer relateret til seponering. Resultaterne af denne søgning ville dermed kombinere de to aspekter og lave en mere specifik søgning på aspektet "seponering".

I SDU-databasen FindResearcher blev der søgt efter tidsskriftartikler med søgeordet ”Deprescribing”.

Eksklusionskriterier

Studierne fra de fire søgninger blev undersøgt for dubletter og screenet efter titel og abstrakt. Studierne blev screenet for adgang til fuld tekst og det var desuden et krav til studierne, at disse var udarbejdet på henholdsvis dansk, norsk, svensk eller engelsk.

Studier, som ikke direkte involverede patienter, og studier, hvor pårørende, læger eller anden sundhedspersonale udtalte sig på vegne af patienter, blev ekskluderet. Desuden blev studier, hvor patienter ikke blev forholdt til processen omkring seponeringen, ekskluderet.

Vignetteinterview

Specialeprojektets patientinterview blev udarbejdet med metoden *vignetteinterview*. En vignette er en kort beskrivelse af en situation eller et scenarie, som kan tage udgangspunkt i fakta eller fiktion[22]. I specialeprojektet var vignetteinterviewene semistruktureret på en sådan måde, at de beskrevne vignetter blev afsluttet af et eller flere åbne spørgsmål, som inviterede deltageren til at forholde sig til scenariet og beskrive tanker herom.

Bradbury-Jones et. al. beskriver syv metodologiske overvejelser, som tilsammen udgør rammen for et vignetteinterview [tabel 3] [22]. Ved hjælp af disse metodologiske overvejelser er det i specialeprojektet blandt andet muligt, at interviewe en patient om et emne, som denne ikke selv har erfaret eller gjort sig tanker om på forhånd [tabel 3].

Tabel 3. De metodologiske overvejelser definerer opbygningen af vignetterne[22]

Nr.	Overvejelse	Forklaring	Specialeprojekt
1	Datakilde	Forskningsbaseret Egne oplevelser	Empathy Map samt litteratursøgning
2	Format	Elektronisk Længde Gentagelse	Interview med flere korte præcis beskrevne scenarier
3	Autenticitet	Hypotetisk Fakta baseret	Hypotetisk, fiktion
4	Sprog	Formelt sprog Videnskabeligt sprog Hverdagssprog	Uformelt hverdagssprog
5	Dataproduktion	Individuelt Gruppe	Individuelle interview
6	Presentation	Åbne/lukkede spørgsmål Mængde information til deltagere	Et scenarie afsluttes med et åbent spørgsmål
7	Deltagerperspektiv	Egne erfaringer Generelle udtalelser Vignette karakter	Egne tanker om det hypotetiske scenarie

Når et vignetteinterview udføres, skal interviewdeltageren forsøge ikke at sammenligne vignetten med en oplevelse, denne har haft tidligere, men derimod forholde sig den specifikke situation eller scenarie som vignetten angiver. I specialeprojektet basseres interviewet på deltagerens perspektiver, og deltageren kan derfor forsøge at forestille sig selv i situationen og inddrage egne erfaringer i svarene, hvis det er relevant for vignetten.

En interviewguide bestående af en introduktion samt 7 vignetter blev udarbejdet [bilag 2] og fulgt under interviewene. Interviewguiden indeholder scenarier hos lægen, på apoteket og i hjemmet. Under interviewene blev der stillet opfølgende spørgsmål af interviewerens hvis nødvendigt. Interviewene var opbygget sådan, at patienterne først skulle forholde sig til noget kendt; en konsultation hos lægen eller en ekspedition på apoteket, som ikke omhandlede seponering. Herefter blev seponering introduceret i vignetterne.

Til analysen af vignetteinterviewene blev alle svarene til vignette 1 samlet, og det relevante fra hvert af interviewene blev sorteret med [bilag 3]. Herefter blev svarene til vignette 1 analyseret ved brug af en konventionel contentanalyse og opdelt i relevante codes [bilag 4]. Dette blev gjort for hver af de 7 vignetter.

Interviewdeltagere

Deltagerne til patientinterviewene er defineret som de patienter, der udgør projektets målgruppe; patienter, der selv administrerer sin medicin, og som har fået medicinen fast i minimum et år. Det er denne målgruppe, der ønskes undersøges og dermed denne gruppe af patienter, hvis perspektiv ønskes belyst.

Interviewene blev lydoptaget og transskriberet i anonymiseret format.

Rekruttering

Rekrutteringen til specialeprojektets deltagere bestod af henholdsvis rekruttering af apotekspersonale til metoden Empathy Map samt rekruttering af patienter til patientinterviews.

Empathy Map

Der blev udarbejdet et rekrutteringsopslag [bilag 5], som blev sendt til medlemmer af netværksgruppen "Netværk for Udvikling i Apotekspraksis" på e-mail samt delt i Facebook-gruppen af samme navn. Opslaget blev desuden delt i Facebook-gruppen "Studieforum Farma", som rummer tidligere samt nuværende farmacistuderende.

Der blev foruden opslaget også taget direkte kontakt til apoteker i hele landet. Denne kontakt foregik via e-mail, telefonopkald samt besøg på enkelte apoteker i hovedstadsområdet.

Patientinterview

Den oprindelige plan for rekruttering af patientinterview var at uddanne apotekspersonale i henvendelse til relevante kunder og på denne måde rekruttere patienter gennem apotekspersonalet. På grund af travlhed på apotekerne, samt et tidsmæssigt perspektiv, blev denne rekruttering omstruktureret.

Rekrutteringen af patienter foregik ved snowball sampling af to strenge. Ad den første streng blev forskellige patienttyper, som alle opfyldte kriterierne for deltagelse, kontaktet og adspurgte om deltagelse. Disse patienter brugte derefter eget netværk og videregav informationer om de patienter, som var interesseret i deltagelse. Den anden rekrutteringsstreng foregik på Facebook, hvor et opslag med relevant information blev delt i et bredt netværk [bilag 5].

Resultater

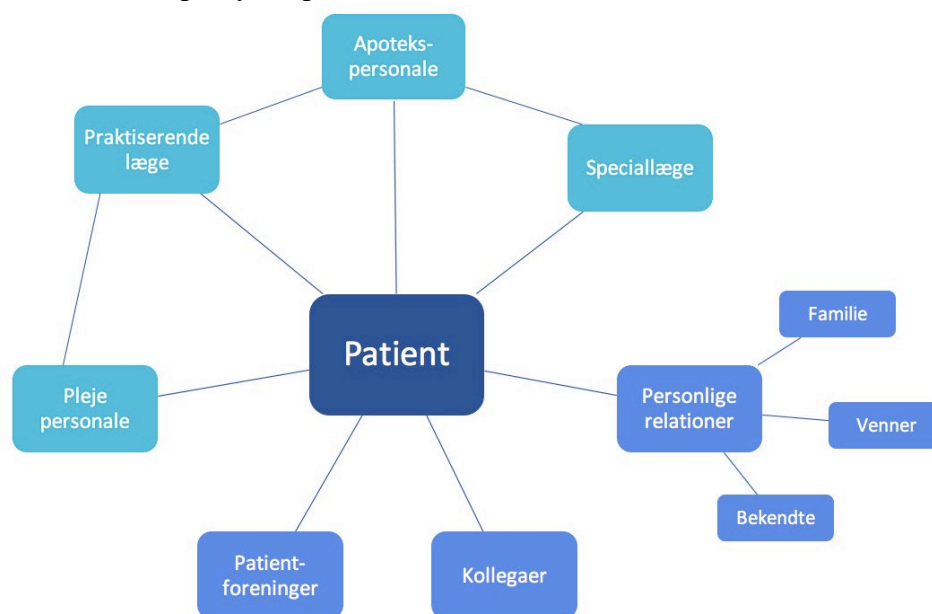
I det følgende afsnit vil resultaterne fra hver dataindsamling metode i specialeprojektet blive præsenteret. Resultaterne dækker over Stakeholder Map, Empathy Maps, litteraturstudie samt patientinterviews udført med metoden vignetteinterviews. Resultaterne er opdelt efter relevante problemstillinger.

Problemstilling 1

1) Hvilke fagpersoner er relevante i seponeringsprocessen?

Stakeholder Map

Til specialeprojektet blev et stakeholderkort udfyldt med "Patient" i midten og de identificerede stakeholdere blev grupperet i grupperne "direkte relation til seponeringsprocessen" og "indirekte relation til seponeringsprocessen" [figur 2]. Resultatet af stakeholderkortet skulle bruges i det videre arbejde med metoden Empathy Map.



Figur 2. Resultatet af metoden Stakeholder Map med grupperingerne "direkte relation til seponeringsprocessen" øverst til venstre og "indirekte relation til seponeringsprocessen" nederst til højre.

Indirekte relation til seponeringsprocessen

Stakeholdere, i gruppen indirekte relation til seponeringsprocessen, var patientens personlige relationer, patientens kollegaer samt eventuelle patientforeninger, som patienten måtte være medlem af. Disse stakeholdere kunne have en indirekte relation til processen, da de ikke fysisk er med i seponeringsprocessen, men kunne have en relation til patienten og muligvis spille en rolle for patienten i seponeringsprocessen, i form af at italesætte eventuelle bekymringer eller hjælp til nye vaner. På denne måde kan disse relationer få en rolle for patienten i seponeringsprocessen, og de var derfor væsentlige at have med i stakeholderkortet.

Direkte relation til seponeringsprocessen

I gruppen stakeholdere med direkte relation til seponeringsprocessen var læger, plejepersonale samt apotekspersonale. Disse blev antaget at have en direkte relation til seponeringsprocessen, da disse stakeholdere fysisk er til stede i processen.

Lægen som stakeholder; patientens praktiserende læge eller en speciallæge, er direkte involveret i seponeringsprocessen, da det er denne stakeholder, der igangsætter seponeringen. Til det videre arbejde med empatikortene blev lægen som stakeholder dog fravalgt, da empatikortene tager udgangspunkt i en situation, der udspiller sig mellem læge og patient. Lægen er dermed en af de involverede parter i empatikortets scenarier, som ifølge kriteriet for metoden ikke kan deltage.

Plejepersonalet blev desuden fravalgt til empatikortene, da denne gruppe ikke har relevans for specialeprojektets målgruppe og dermed ikke relevans for empatikortets scenarie. Plejepersonalet kunne være relevant, hvis patienten i empatikortet fik hjælp til medicinadministration eller på anden vis var afhængig af hjælp fra plejepersonale.

Apotekspersonalet har direkte relation til seponeringsprocessen. Den direkte relation opstår, når patienterne henter medicin eller søger vejledning på apoteket. Apotekspersonalet er dermed involveret i seponeringsprocessen, men er ikke direkte involveret i seponeringssituationen mellem lægen og patienten, som empatikortet tager udgangspunkt i. Apotekspersonalet kan derfor deltage som stakeholder i metoden Empathy Map. Apotekspersonalet har desuden ofte et godt kendskab til patienterne, som de møder hver dag, og apotekspersonalet er derfor en oplagt stakeholder til det videre arbejde med empatikortene.

Problemstilling 2

2) Hvilke udfordringer har patienterne i seponeringsprocessen?

Empathy Map

Apotekspersonalet var i de udførte workshops enige i en formodning om, at mange udfordringer hel eller delvist skyldes problemer i kommunikationen mellem lægen og patienten [tabel 4].

Apotekspersonalets formodninger

Samtlige deltagere i workshopkene nævnte kommunikation, som det vigtigste i situationen mellem læge og patient, og der, hvor det ofte kan gå skævt. Apotekspersonalet havde en formodning om, at en del af grunden til kommunikationsproblemerne var, at lægens sprogbrug var formelt og ofte krævede en yderligere forklaring, som patienten sjældent fik. Apotekspersonalets oplevelse var, at patienterne søger den yderligere forklaring på apoteket, hvor sproget er mindre formelt, og hvor der er bedre tid til patienten.

Apotekspersonalet beskrev, at nogle patienter oplever, at lægen tager en beslutning om behandlingen uden at involvere patienten. Denne formodning kom af flere eksempler på, at patienterne henvender sig på apoteket og udtrykker en frustration. Apotekspersonalet formoder også her, at der kan være tale om kommunikationsproblemer. Hvis patienten ikke forstår det, lægen prøver at kommunikere, kan det af patienten opleves som om, at lægen ikke vil involvere patienten. Når patienten og lægen taler samme sprog, og der er en god kommunikation imellem dem, vil patienten formentlig ikke opleve at blive talt over hovedet og ikke involveret.

Apotekspersonalet gav udtryk for at information om behandlingens forløb, var noget af det, der var særligt vigtig for patienterne i en seponeringssituation. Foruden information om behandlingen var der en formodning om, at støtte og opbakning fra både fagfolk og familie/venner var vigtige for patienterne. Dette behov kan komme af at føle sig forstået og anerkendt, behov som kan være svære at opfylde, hvis der opleves kommunikationsproblemer. Formodningerne om disse behov for støtte og opbakning stammer fra apotekspersonalets oplevelse af patienter på apoteket, når der sker ændringer i behandlingerne.

Tabel 4. Resultat af metoden Empathy Map opdelt i "Udfordringer" og "Forventninger" [bilag 6]

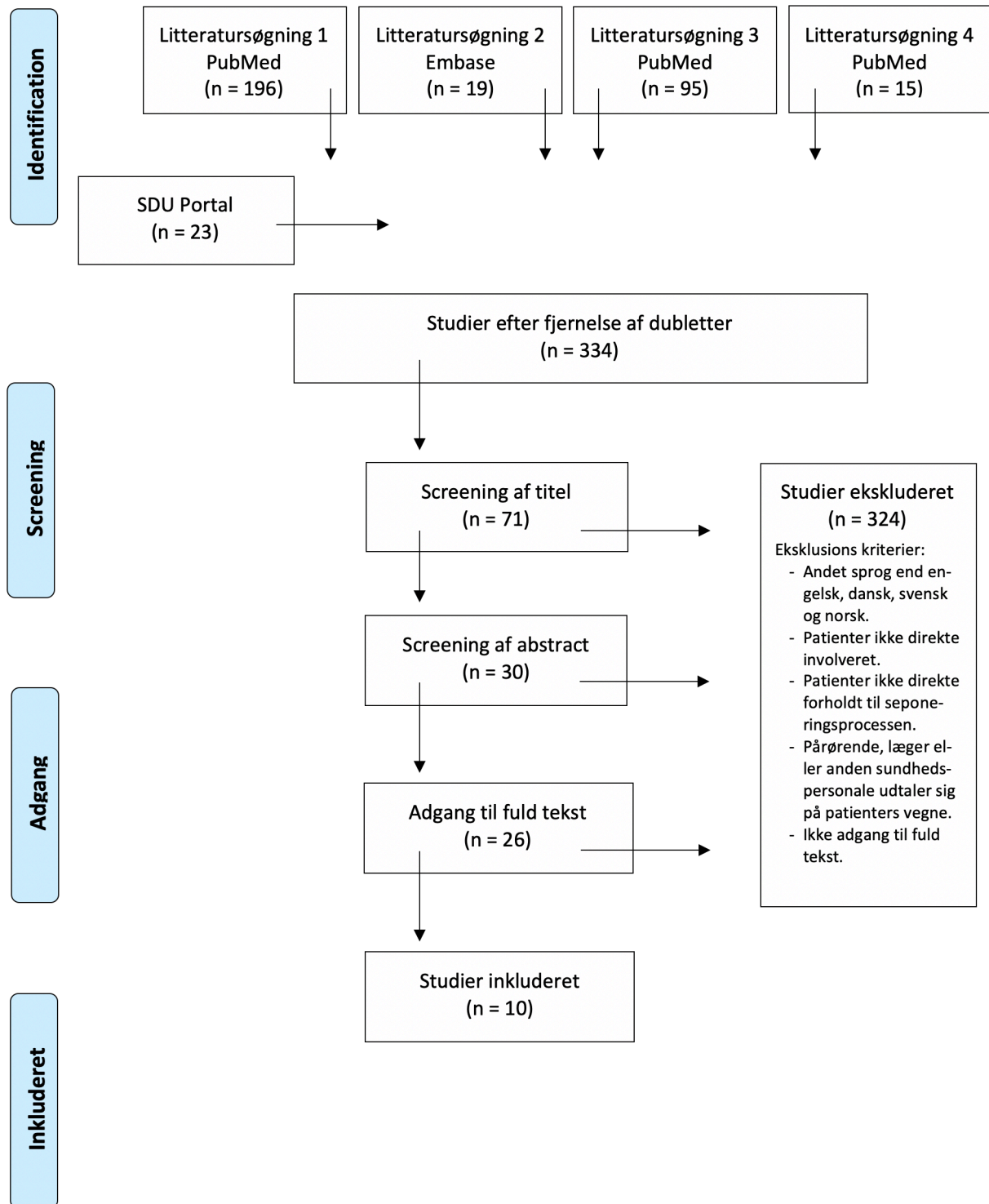
Empathy Map (nr)	Udfordringer	Forventninger
1	- Kommunikation - "Brug for at tale om det" - "Svært at udtrykke sig; resulterer i frustration" - "Føler sig ikke hørt" - "Taler med venner i stedet for lægen" - Mangelfuld information - "Hvorfor?", "Hvordan?" - "Hvad hvis mine symptomer kommer tilbage?" - Utryghed - "Kendt bliver ukendt" - Frustration - "Brokker sig over lægen på apoteket" - "Mister en del af sig selv"	- Information - "Er det for mit bedste?" - "Der bliver taget hånd om behandlingen" - "Tager på apoteket for at få information" - Støtte fra - Læge: - "Føler sig overset i beslutningen" - "Overfladisk forhold" - Familie/venner - "Tager pårørende med til lægen" - "Det hun ikke siger til lægen, siger hun i stedet til venner/familie"
2	- Kommunikation - "Bekymret over samtalen" - "Bliver ikke hørt" - "Min læge siger ... men ..." - Mangelfuld information - "Ubesvarede spørgsmål" - "Tager på apoteket for faglig hjælp" - Formel tone - "Hvad betyder seponering?" - "Apoteket mere chill og mere tid" - Motivation - "Stopper brat hvis han er ligeglad"	- Information - "Second opinion (på apoteket)" - "Frustreret hvis han ikke selv føler, at det bør seponeres" - Støtte - "Regelmæssig tjek = god tillid til lægen" - "Bruger sit netværk" - "Bramfri overfor familie/venner"

Problemstilling 3

3) Hvad siger litteraturen om patientperspektivet på seponeringsprocessen?

Litteraturstudie

Fra litteratursøgningens screeningsproces blev 10 relevante studier inkluderet i specialeprojektets litteraturstudie [figur 3].



Figur 3. Prisma Flowchart over screeningsprocessen i litteraturstudiet.

Tabel 5 er et uddrag af oversigtstabellen med relevant information om de 10 inkluderede studier [bilag 7]. De 10 studier inkluderede 4 kvalitative patientinterviews[23-26], 5 kvantitative spørgeskemaundersøgelser[27-31] samt 1 interviewbaseret spørgeskemaundersøgelse[32] [tabel 5]. 9 ud af de 10 studiers deltagere var ældre patienter, hvoraf nogle boede på plejehjem, mens andre var tilknyttet en hospitalsafdeling[23-26, 28-32]. Derudover indsamlede et studie, en cross-sectional spørgeskemaundersøgelse, data fra patienter fra 18 år[27]. Fælles for alle deltagere i studierne var, at de alle var i fast behandling med et eller flere ordinerede lægemidler.

Tabel 5. Uddrag af oversigtstabellen med studiedetaljer om de 10 inkluderede studier [bilag 7].

Studie detaljer	Formål	Metoder	Resultater
Graabæk T.[23] 2021, Danmark	At undersøge perspektivet på seponering hos ældre med begrænset forventet levetid samt hos pårørende.	Kvalitative semistrukturerede interviews.	De fleste deltagere havde ikke tænkt seponering som en mulighed, men både deltagere og pårørende var åbne for seponering, hvis denne var foreslået af sundhedsprofessionelle. Deltagerne havde tillid til sundhedspersonalet, på trods af begrænset kontakt.
Thompson W.[24] 2020, Danmark	At undersøge hvordan plejehjemsbeboere ønsker at drøfte seponering med lægen.	Kvalitative semistrukturerede interviews.	Deltagerne var kendt med antallet af deres lægemidler, men ikke kendt med hvilke og hvorfor. Deltagerne havde tillid til lægen og til den medicin, de fik. Deltagerne var åbne for seponering, hvis lægen foreslog det, men de havde svært ved at forestille sig at være involveret i drøftelse herom.
Farrell, B.[25] 2020, Canada	At forstå hvordan ordinerede medicinkaskader opstår og udvikler sig, samt at undersøge strategier for forebyggelse og håndtering af disse.	Kvalitative semistrukturerede interviews.	Medicinkaskaderne opstod af flere årsager; herunder at medicinen ikke løbende blev vurderet, samt at der ikke var direkte tilknyttet indikation på de enkelte lægemidler. Seponering var en del af løsningen. Patienterne kunne ofte ikke selv identificere årsager samt tidspunkter for ordinationens start.
Weir, K. 2017,[26] Australien	At undersøge patient præferencer med formålet om at identificere hvilke overvejelser, der bør være, for læge og patient, i forbindelse	Kvalitative semistrukturerede interview.	Tre typer patienter identificeret: Type 1 værdsatte deres behandlingen og tvivlede ikke på denne. Disse foretrak at lægen træf beslutninger vedrørende medicinen. Type 2 var opmærksomme på fordele og ulemper relateret til medicinen. Disse

	med beslutninger om polyfarmaci.		foretrak at have en aktiv rolle sammen med lægen i beslutninger vedrørende medicin. Type 3 synes at være uinteresset i deres medicin og medicin håndteringen. De følte mangelfuld viden om deres medicin, og kunne derfor ikke deltage i beslutninger vedrørende medicinen, og de henviste derfor til lægen.
Aoki, T.[27] 2019, Japan	At undersøge hvilke faktorer der påvirker patientperspektivet på seponering.	Landsdækkende cross-sectional spørgeskema .	68% af deltagerne var villig til at seponere et lægemiddel, hvis lægen informerede dem om, at det var muligt. Stigende alder, polyfarmaci, multimorbiditet og ofte besøg på medicinske klinikker var blandt de faktorer, som påvirkede patienternes vilje til seponering af lægemidler.
Lundby, C.[32] 2021, Danmark	At beskrive ældre patienter samt plejehjemsbeboeres holdninger til seponering.	Interview baseret spørgeskema undersøgelse .	87% af deltagerne var villige til at seponere et lægemiddel efter lægens råd og 71% ville gerne være involveret i beslutningsprocessen angående deres medicin. Der var desuden 84% af deltagerne, der var tilfredse med deres nuværende medicinering.
Schiøtz, M. L.[28] 2018, Danmark	At undersøge holdninger til medicineringer og potentielle seponeringer i en gruppe af ambulante polyfarmaci-patienter.	Struktureret spørgeskema undersøgelse .	85% af deltagerne var villige til at seponere et lægemiddel, hvis lægen foreslog det og 92% svarede, at de ønskede opfølgning, hvis et lægemiddel skulle seponeres.
Reeve, E. [29] 2019, Australien	At undersøge patienter og plejeres holdninger til seponering samt at undersøge om specifikke karakterer medfører en forudtaget holdning.	Befolkningsbaseret spørgeskema undersøgelse .	88% af patienterne og 84% af plejerne var villige til at seponere et lægemiddel, hvis lægen foreslog det. Studiet viste, at mange patienter synes medicinen er en byrde, men samtidig en nødvendighed, som de er bange for at stoppe med. Studiet viste, at jo mere patienterne involverede sig i behandlingen, jo mere var de villig til at seponere.

Reeve, E.[30] 2018, USA	At beskrive ældres holdning til seponering.	Spørgeskema undersøgelse .	92% af deltagerne var villige til at seponere et eller flere lægemidler, hvis lægen foreslog det. 67% af deltagerne ville gerne reducere antallet af ordinerede lægemidler. Studiet viste, at de deltagere der tog 6 eller flere forskellige lægemidler, var mere villige til at seponere, end de deltagere, der tog færre.
Kua, C. [31] 2019, Singapore	At undersøge ældre og plejeres holdninger til seponering i en asiatisk population.	En cross-sectional spørgeskema undersøgelse .	83% af de ældre og 87% af plejerne svarede, at de var villige til at seponere et eller flere lægemidler, hvis lægen foreslog det. Studiet viste, at patienter rekrutteret fra skadestuen (85%) var mere villige til at seponere, end patienter rekrutteret fra apoteker (74%). Patienter der fik mere end 5 forskellige lægemidler, samt patienter med højere uddannelser, var mere villig til at seponere.

Tillid til lægen

Litteraturstudiet viste en generel tillid fra patienterne til lægen og den igangværende medicinske behandling. Flere studier viste dog, at patienterne ikke selv er bekendt med, hvilke lægemidler de får, eller om de specifikke lægemidler er nødvendige for dem. Ofte vidste patienterne desuden ikke, hvor længe behandlingen med specifikke lægemidler havde varet [24, 25]. Patienterne havde en forventning om, at lægemidlerne måtte være nødvendige, da der var en kendt årsdag, da disse blev ordineret[23, 24].

Seponering

Patienterne i litteraturstudiet viste generelt en positiv tilgang til seponering. Samtlige 10 inkluderede studier konkluderede, at patienterne var villige til at seponere, hvis lægen foreslog dette som en mulighed[23-32]. Patienterne havde ikke selv tænkt på seponering som en mulighed, selvom nogle patienter kunne berette om tidligere seponeringer med positive resultater[23, 24].

Fire af de inkluderede kvantitative spørgeskemaundersøgelser brugte Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) spørgeskema i deres undersøgelse af ældre patients holdning til seponering[28-30, 32]. De fire studier vidste at over 80% af de ældre patienter var villige til at seponere et eller flere lægemidler, hvis lægen foreslog det. De kvalitative studier viste desuden, at jo mere patienterne involverede sig i behandlingen, jo mere villig var de til at seponere, samt at patienter, der fik mere end 5 forskellige lægemidler, var mere villig til at seponere et lægemiddel, end de patienter, der havde færre ordinerede lægemidler[28-32].

Seponeringsprocessen

Der var i litteraturstudiet forskelligartede svar på spørgsmålet om, hvorvidt patienterne ønskede at deltage i seponeringsprocessen eller ej. Nogle patienter havde svært ved at forestille sig, hvordan de kunne deltage i en diskussion om mulig seponering og ønskede, at sundhedspersonalet med

eventuel inddragelse af pårørende afgjorde dette[24]. Andre patienter var ikke interesseret i at deltage i beslutningen om, hvorvidt en seponering skulle igangsættes eller ej, men var derimod interesseret i at blive informeret undervejs i processen[23]. Et fåtal af patienter nævnte desuden, at de gerne ville kende grunden til ændringer i medicinen, selvom de ikke kendte grunden til at det specifikke lægemiddel var ordineret[23]. Flere studier viste, at information og opfølgning om eventuelle seponeringer var vigtige for patienter, og 92% af patienterne i et studie svarede, at de ønskede opfølgning[25, 28]. I litteraturstudiet sås også patienter, som gerne ville involveres i en eventuel seponering. 80% af patienterne i en interviewbaseret spørgeskemaundersøgelse svarede, at de gerne vil vide så meget som muligt om deres medicin, og 71% af patienterne vil gerne være involveret i beslutningsprocessen[32].

Et studie beskriver, hvordan lægerne bruger patienterne som informationskilde og dermed inddrager patienterne i behandlingen, men beskriver samtidig hvordan patienter oplever ikke at blive hørt, i tilfælde hvor patienten har mistet overblikket over behandlingen[25].

Patienttyper

Et af de inkluderede studier i litteraturstudiet identificerede og beskrev tre typer af patienter på baggrund af deres tilgang til polyfarmaci og beslutningstagen angående deres medicin[26]. De 3 patienttyper er beskrevet i tabel 6.

Tabel 6. Tre identificerede patienttyper samt eksempler fra litteraturstudiet på de tre patienttyper[26]

Type	Holdning til medicin	Villighed til at seponering	Præference til beslutningstagen	Litteraturstudie
1	Medicin er essentielt og livsnødvendigt.	Frygten for negative konsekvenser ved at stoppe, fyldte mere end frygten for at tage unødvendig eller skadelig medicin.	Vil gerne bidrage til beslutningen, men overordnet tillid til lægen, som ved bedst og kan tage enhver beslutning om behandling.	Graabæk T. Et al.[23]
2	Medicin har både positive og negative sider.	Sammenligner positive og negative effekter, og kan derfor i nogle tilfælde være villig til at seponere.	Opsøger selv information og vil gerne deltage i beslutninger.	Lundby C. Et al.[32] Reeve E. Et al. [29] Schjøtz M. Et al.[28] Farrell B. Et al.[25]
3	Uinteresset i medicin, men tager det fordi	Villig til at seponere, hvis	Ved ikke nok om medicinen til at kunne deltage i	Thompson W. Et al.[24]

	lægen anbefaler det.	lægen foreslår det.	beslutningen, som derfor er lægens alene.	
--	----------------------	---------------------	---	--

De tre patienttyper er ikke hinanden gensidigt udelukkende og patienter kan svæve mellem to typer eller indeholde dele fra en eller flere typer. I tabel 6 er nogle af studierne fra litteraturstudiet indsat ved den respektive type, som studiets resultat overordnet afspejler. Enkelte kvalitative studier er ikke indsat i tabellen, da svarene fra spørgeskemaerne ikke gør det muligt at definere en patienttype. Resultatet af spørgeskemaundersøgelserne viser dog, at stigende alder, antal lægemidler samt ofte besøg på medicinske klinikker er nogle af de faktorer, som har indflydelse på, hvor villige til at seponere patienterne er[27, 30, 31].

Problemstilling 4 og problemstilling 5

- 4) Hvad er det vigtigste for patienterne i forbindelse med seponeringsprocessen?
- 5) Hvordan ser patienterne apoteket have en rolle i seponeringsprocessen?

Vignetteinterview

Der blev udført 7 individuelle vignetteinterviews med 7 forskellige deltagere. Længden af interviewene varede fra 25 minutter til 45 minutter. Deltagernes alder varierede fra 23 år til 62 år og inkluderede 5 kvinder og 2 mænd. Alle deltagere havde fået ordineret et eller flere lægemidler med stabil daglig dosis. Der var ikke sammenhæng mellem de lægemidler, patienterne havde ordineret. En oversigt med alias på de 7 deltagere ses i tabel 7.

Tabel 7. Oversigt over interviewdeltagere til patientinterviews

Alias	Alder	Landsdel	Lægemiddel
Katrine	23	Region Hovedstaden	Xarelto, Ritalin
Cana	26	Region Hovedstaden	Euthyrox (levothyroxine)
Mads	33	Region Hovedstaden	Fexofenadin, Giona (budesonid)
Simone	27	Region Midtjylland (Øst)	Sertralin
Jane	27	Region Midtjylland (Øst)	Valaciclovir, P-piller, Sertralin
Kalle	62	Region Midtjylland (Vest)	Atorvastatin, Ramipril, Xarelto, Flecainid, Digoxin, Lercanidolol
Sanne	55	Region Midtjylland (Vest)	Enalapril, Amlodipin, Centyl, Airomir (salbutamol)

Resultatet af patientinterviewene kan opdeles i 3 overordnede grupper; hos lægen, på apoteket samt hjemme hos patienten.

Hos Lægen

Kommunikation ved konsultation

Deltagerne oplever, at det er lægen, der tager ordet ved en konsultation med udgangspunkt i årlig kontrol af sygdom og medicin, og at deltageren til sidst bliver spurgt om eventuelle indvendinger.

Dette kan give anledning til frustrationer hos patienter, som ikke føler sig inddraget nok i konsultationen og beslutningerne om det videre forløb.

"Jeg oplever at det er lægen der tager ordet og styrer slagets gang. Det går sådan og sådan, så vi fortsætter. Og så når lægen er færdig, så til sidst hører hun måske lige mig om jeg er enig. Men det er meget lægen der nærmest tager beslutningen, og så skal jeg lige bekræfte." (Jane, citat 9)

"Jeg føler at man ikke bliver taget nok med. Der kunne godt være noget mere kommunikation." (Kalle, citat 13)

Reaktion på mulig seponering

Der er forskellige reaktioner blandt deltagerne, når de af lægen for første gang hører, at et af deres lægemidler muligvis skal seponeres. De fleste deltagere reagerede på en måde, som viste, at de var overraskede over forslaget. En sådan reaktion er ikke usandsynlig. Patienterne har været vant til at tage et lægemiddel mod en sygdom, og det er derfor ikke overraskende, at patienterne bliver utrygge, når lægen foreslår at seponere lægemidlet. Som flere deltagere nævnte, afhænger reaktionen af typen af lægemiddel, men den umiddelbare reaktion på seponering fra patienterne var med en hvis forbehold. Årsagen til dette kan være, at de færreste patienter kender til seponering og endnu færre har oplevet det selv. Få deltagere reagerede med en umiddelbar tillid til lægen, mens de fleste deltagere havde brug for mere information, inden de kunne danne sig en egen mening. En deltager nævnte desuden, at hun ville opsøge en anden læge for at høre dennes vurdering. Denne reaktion udtrykte hun, inden hun supplerede med et behov for at høre lægens årsag til seponeringsforslaget. Eksemplet illustrerer den utryghed, der kan være forbundet med seponering.

En anden deltager tror, at han ville reagere mere spørgende ved et livsvigtigt lægemiddel, end han ville med de lægemidler han selv fik.

"Jeg vil da helst have så lidt som muligt [medicin]. Men ellers tænker jeg, altså under kontrollerede forhold, så tænker jeg da at det er fint. Så sjovt er det heller ikke spise. Der er jo bivirkninger ved det hele. Men det kan der jo også være ved at stoppe på det. Og det har jeg da tænkt over, for jeg tør jo ikke lade være med at tage noget af det." (Kalle, citat 47)

"Det ville jeg havde det skidt med, og det ville nok faktisk gøre, at jeg ville gå til en anden læge, for at få en second opinion. Det er helt 100." (Cana, citat 37)

"Det kunne godt være, hvis det var noget mere kritisk eller livsvigtigt medicin. Så ville jeg måske have en anden og måske mere spørgende vinkel end jeg har nu. Måske nogle mere kritiske øjne. Men igen, man skal stole på den lægefaglige person. Det er jo det, de er uddannet i." (Mads, citat 40)

Hvordan deltagerne ønsker at blive inddraget i beslutningen og forløbet omkring en eventuel seponering varierer på baggrund af flere faktorer, heriblandt kendskab til lægen, hvilket

lægemiddel der er tale om samt tidspunktet for ændringen i behandlingen. De fleste deltagere er dog enige om, at de gerne vil inddrages i forløbet i nogen grad. En patient udtrykker et behov for at være medbestemmende til timingen om, hvornår en eventuel seponering skulle igangsættes. Patienten har en relevant pointe i, at patientens privatliv spiller en rolle i, hvor stort et overskud patienten måtte have til forandringer og en eventuel overgangsperiode med nye symptomer

"Jeg tror igen det ville komme an på, hvilket lægemiddel det er og hvor godt jeg kender det lægemiddel i forvejen. Hvis det er noget jeg ikke har forstand på, så ville jeg helt klart lade det være op til lægen. Hvis det var smertestillende eller sådan noget, så ville jeg nok godt selv inddrages. Også i forhold til hvilke smerter jeg så ville have og sådan noget." (Cana, citat 54)

"Det kan også bare være, at der var et eller andet, og jeg ville tænke "åh det passer dårligt at skulle til at rode i det lige nu" eller sådan noget." (Simone, citat 58)

Information giver tryghed

Alle deltagere var enige om, at det var vigtigt for dem at føle sig trygge i processen. De fleste deltagere mente, at information og vished om, hvad der skulle ske, var med til at give tryghed. Det var desuden vigtigt for patienterne, at der efterfølgende blev fulgt op på seponeringen. En patient udtrykker, at opfølgningen er det vigtigste. Patienten sammenligner dette behov med, at når patienten starter på et lægemiddel, bliver der fulgt op på dette med kontrolsamtaler hos lægen. Patienten ønsker, at der er samme opfølgning på seponeringen, således der også forekommer kontrolsamtaler hos lægen herefter. Et ønske som patienten formentlig ikke er ene om at have. Patienten har taget lægemidlet som behandling til et symptom eller en sygdom, og det er derfor relevant at undersøge, hvordan symptomet eller sygdommen forholder sig efter seponeringen.

"For mig er de nødt til at forklare hvorfor og hvad det er de gør, de piller. Og hvordan seponeringen så skal udføres. Hvordan fungerer det? Hvad vil man opleve? Eventuel hvad skulle der gøres i stedet for?" (Katrine, citat 35)

"Jeg tror jeg ville blive lidt usikker. Hvis jeg nu selv havde fornemmelsen af at jeg havde det godt og at det fungerede, så ville jeg blive sådan lidt "men hvad så? Hvorfor skal jeg stoppe? Hvad sker der så?" Jeg ville nok med det samme blive bekymret for, om jeg ville få det værre igen" (Jane, citat 44)

"Så længe der bare bliver fulgt op på det. Det er næsten det vigtigste for mig. En ting er hvordan man stopper med medicinen, men ligesom med en kontrolsamtale med medicinen, så ville jeg også gerne vide hvornår jeg skulle til næste kontrolsamtale uden medicinen." (Simone, citat 60)

Det, der gik forud for seponeringens start, var for patienterne mindst ligeså vigtigt, som vejledning undervejs i processen. Patienterne kunne føle sig tryk og forberedt, hvis de på forhånd var informeret om, hvad de kunne forvente. Behovet for at vide, hvad der skulle ske,

kan tolkes som en frygt eller utryghed for det ukendte. En patient beskrev det som, at hun ikke ville bryde sig om at blive overrasket. Det kunne eksempelvis være et symptom, der kunne opstå i forbindelse med seponeringen, der kunne overraske. Hvis patienterne blev gjort opmærksomme på, at et symptom kunne opstå, ville patienten formentlig ikke blive ligeså utryg ved symptomet, som hvis symptomet kom som en overraskelse.

På apoteket

Kommunikation i skranken

På apoteket oplever de fleste deltagere at blive taget godt imod i skranken. Deltagerne oplever, at apotekspersonalet spørger ind til det relevante lægemiddel, og de fleste deltagere oplever, at de kan få mere information om lægemidlet, hvis de spørger apotekspersonalet. En patient oplever at apotekspersonalets spørgsmål nogle gange kan tolkes som mistillid til patienten. Patienten føler sig talt ned til, når apotekspersonalet ikke anerender patientens svar og insisterende gentager spørgsmålene. Eksemplet er et eksempel på en kommunikation, der er gået galt, og hverken er til fordel for apotekspersonalet eller patienten. Ingen af de involverede parter får noget positivt ud af en sådan kommunikation.

”Det virker som om, at de er gode til at læse folk. Så hvis jeg siger at det ved jeg godt og jeg har fået det gennem lang tid og tak for hjælpen, jamen så er det bare i orden, siger hun. Jeg føler egentlig at de kan læse en, altså at de har forståelse for at det har jeg styr på.” (Sanne, citat 33)

”De møder mig og det er en god kommunikation. De vil gerne fortælle om det, mere end jeg egentlig behøver. Og det er jo egentligt rar nok.” (Kalle, citat 32)

”Men nogle gange kan jeg godt få sådan en lidt mistroisk, som om ”er du nu også sikker på at du har styr på det og ikke oplever det her?”. Og så tænker jeg sådan at, jeg kom altså bare for at købe det her. Det er fint du spørger, og det er jeg da også glad for, men ... I må også gerne anerkende mit svar. Jeg føler mig ikke rigtig hørt. Jeg føler mig sådan lidt talt ned til, og jeg bliver sådan lidt” (Simone, citat 24)

En anden patient fortæller hvordan hun oplever, at hun på byapoteket i storbyen blot føler sig som endnu en kunde, og hvordan hun føler, at apotekspersonalet gennemgår et manuskript i ekspeditionen og dermed ikke henvender sig personligt til patienten. Eksemplet understreger vigtigheden af apotekspersonalets imødekommenhed og kommunikation med patienterne på apoteket.

”I storbyen føler jeg mig bare som endnu en der går igennem, fordi de ser flere tusinde mennesker hele tiden [på apoteket]” (Katrine, citat 20)

”Når det gælder om det der ”er du vandt til at tage det”, så føler jeg ikke engang at det er speciel meget kommunikation. Det er lidt mere bare et manuskript de går igennem.” (Katrine, citat 21)

Seponering som mulighed

I vignetten hvor apoteksfarmaceuten nævner seponering som en mulighed og opfordrer patienten til at tale med egen læge om dette, er reaktionerne fra deltagerne forskellige. Nogle deltagere reagerer med usikkerhed mens andre deltagere ikke mener, at apoteksfarmaceuten skal blande sig. De fleste deltagere vil gerne høre årsagen til apoteksfarmaceutens opfordring, som skal være begrundet og relevant før deltagerne vil handle på den.

"Hvis hun har en begrundet årsag til at sige det hun gør, vil jeg selvfølgelig lytte på hende. ... I mit hoved, med mindre de har en begrundet årsag, så kunne de ligeså godt være en tilfældig person på gaden som siger "tager du noget medicin, det skal du lade være med". Så ville jeg være sådan "de skal du ikke bestemme, random person i Netto.""
(Katrine, citat 72)

"Jeg tror også jeg ville blive ramt af usikkerhed. "Er der noget lægen ikke har fortalt mig eller været opmærksom på?"." (Jane, citat 87)

"Inde i mit hoved ville jeg nok tænke "det er da sødt nok af dig at sige det, men det skal du egentlig ikke blande dig i"." (Simone, citat 82)

Andre deltagere reagerer på apoteksfarmaceutens opfordring og vil kontakte lægen som anbefalet.

"Jamen det ville jeg tage til efterretning og snakke med lægen om. Fordi det kan jo være alle mulige nye præparater og ny viden. Der sker jo stadigvæk en masse. Jeg ville ikke som sådan blive bekymret, jeg ville måske mere se det som en mulighed. Jeg tror på at de alle sammen gør det bedste de kan, med den viden de har. Der er jo ny viden hele tiden."
(Kalle, citat 89)

"Jamen igen, så er jeg jo så autoritetstro, at jeg tænker at det må de jo vide. Så jeg ville da ringe til lægen og sige at apotekeren har sagt sådan og sådan." (Sanne, citat 90)

Seponeringssamtale på apoteket

Patienterne havde en positiv reaktion på muligheden for en seponeringssamtale med en farmaceut på apoteket. For at deltagerne ville tage imod tilbuddet om samtalen, skulle farmaceuten klart og tydeligt formulere, hvorfor en sådan samtale ville være relevant for netop denne patient. Behovet for dette kan komme af, at mange patienter kun tager på apoteket for at hente medicinen og ikke har en forventning om, at en samtale er nødvendig. Hvis apoteksfarmaceuten kunne kommunikere hvorfor en samtale kunne være relevant, var patienterne positive overfor denne mulighed og ville gerne tage imod samtalen. Det var dog vigtigt for patienterne at få bekræftet, at farmaceuten ikke kunne seponere et lægemiddel uden lægen blev inddraget i beslutningen. Et behov der understreger, at patienternes tillid i forhold til behandlingen ikke overraskende ligger hos lægen.

"Det ændrer helt sikkert noget for mig. Så vil trygheden måske komme lidt tilbage, og jeg ville være mere sikker på, at det ikke bare er noget hun slynger ud. Altså, der ligger noget

bag og det har jeg mulighed for at få uddybet. Det tænker jeg, der ville være tryk på en anden måde.” (Jane, citat 109)

”Altså, det kommer måske an på situationen og hvor travlt jeg har. Men jeg vil da gerne lytte på, hvad farmaceuten siger. Men jeg tror stadig at min tillid ligger... eller, måske ikke tillid sådan, men jeg tror stadig at jeg ville involvere min egen læge. Spørgsmålet er så, om det er farmaceuten der skal viderebringe hendes synspunkt til min læge. Så der var kommunikation mellem apoteket og lægen.” (Mads, citat 99)

En sådan seponeringssamtale ville samtlige deltagere tage imod, hvis apoteksfarmaceuten kunne kommunikere klart og tydeligt hvorfor det ville være relevant for netop deltageren. Derudover var det vigtigt for deltagerne, hvordan apoteksfarmaceuten henvendte sig til deltageren i skranken.

”Jeg tror det handler meget om hvordan de møder mig. Føler jeg mig mødt af hende fra start, og hvordan hun får sagt det første gang. Sådan at det ikke bliver sådan ”nu skal du da også til at stoppe”. Sådan at jeg føler mig imødegået og giver mig en følelse af, at hun gør det her for at hjælpe mig.” (Jane, citat 110)

Apoteket som sundhedshus

For alle deltagere var det at bruge apoteket og apoteksfarmaceuten til samtale i enrum ukendt. Flere patienter udtrykte, at muligheden for en enesamtale med apoteksfarmaceuten, som seponeringssamtalen, ville øge deres generelle tillid til apoteket. Der var ingen af patienterne der kendte til apotekets nuværende sundhedsydelser som medicinsamtale eller ”tjek på inhalation”, og der var derfor nyt for patienterne, at skulle bruge apoteket på denne måde. Patienterne var dog positive overfor muligheden og mente, at flere burde kende til apotekets sundhedsydelser.

”Jeg tænker at det er jo egentlig virkelig smart, at man kan bruge apoteket på den måde. Der står jo en masse viden derinde, så det er da lidt dumt at man ikke bruger det mere” (Simone, citat 105)

”Jeg kan godt føle at apoteket bare er sådan; ind og trække et nummer, vente i kø, købe medicinen og ud igen. Men det ville jo ændre det til, at det også blev et trygt rum, hvor man også kunne tale om de udfordringer der kan være forbundet med at tage et lægemiddel. Den der information, hvad gør det ved dig, at du tager det her lægemiddel, og hvordan kan vi hjælpe dig bedst. Det kan man jo ikke rigtig få et andet sted. Så hvis det ligesom blev mere tydeligt, eller hvis det blev mere klart for mig, at jeg kunne få det rum på apoteket, så ville det da helt klart øge min tryghed og også lysten til at komme på apoteket” (Jane, citat 111)

Patienterne sammenlignede apoteket med enhver anden butik, når de skulle hente medicin. En patient beskrev, hvordan hun oplever, at apotekspersonalet prøver at sælge hende midler mod symptomer, som hun end ikke har. Til det bliver hun irriteret, og et sådant eksempel kan bidrage til synet på apoteket, som enhver anden butik. Dog udtrykte flere patienter, hvordan de samtidig brugte apoteket som et sundhedshus i situationer, når der opstod små ting, som de skulle have

hjælp til, eller når de skulle have hjælp til at håndtere en bivirkning. Ingen af deltagerne nævnte apoteket som et sted at søge rådgivning til en igangværende behandling.

”Det er nok først og fremmest som en butik. Også nogle gange når man bliver spurgt ind til symptomer og jeg egentlig siger nej til dem, så er det lige før at de prøver at sælge mig det ene og det andet mod de her symptomer, som jeg jo så ikke har. Det bliver lidt for meget og det bliver lidt irriterende faktisk” (Simone, citat 107)

Hjemme hos patienten

Planlægning før seponeringsstart

Når et lægemiddel skulle seponeres var det vigtigt for deltagerne, at de var forberedte på hvordan det skulle ske, samt hvilke symptomer seponeringen kunne medføre. Det var vigtigt for deltagerne, at de følte sig trygge i processen. Dette kunne opnås ved, at der blev kommunikeret og informeret under hele forløbet, og der skulle være rum til, at deltagerne kunne få svar på de spørgsmål, som de måtte have.

”Jeg tror igen at det, der går forud for det, er meget vigtigt. Så jeg føler, at jeg er blevet inddraget godt i processen og ved hvordan jeg kan reagere og hvad kan der ske kropsligt. Sådan at jeg ikke bliver overrasket med noget. Så ja, jeg tænker det der går forud for seponeringens start, det er meget meget vigtigt. En god proces hvor jeg har følt mig inddraget.” (Jane, citat 129)

”Det ville være at der havde været en god kommunikation og at man ligesom er blevet taget med ind i de steps der er. At man ikke bare nærmest skal lave en kold tyrker uden at være forberedt” (Simone, citat 126)

En deltager italesatte desuden, at kroppen skulle vænne sig til at tage medicinen og på samme måde vænne sig til ikke at tage den. Dette indebar både det fysiske aspekt med eventuelle bivirkninger og symptomer, men også det psykiske aspekt i at skulle tage et specifikt lægemiddel hver dag og det, ikke at skulle tage det mere.

”Men ens krop skal jo også vænne sig til at tage alt det. Der går lang tid inden man egentlig har det godt med. Og det er både fysisk men også psykisk.” (Kalle, citat 133)

Behov for vejledning undervejs i processen

Mange af deltagerne udtrykte et behov for at kunne række ud til en fagperson, hvis der i processen opstod noget uventet eller bekymrende. For de fleste deltagere handlede det om at få bekræftet, at det de oplevede, var en forventet reaktion på seponeringen.

”Hvis man havde en livline, som man kunne række ud til, når der sker noget med kroppen eller hvis noget blev ubehageligt. Sådan, ”er det her normalt?”. Det ville give en kæmpe tryghed at vide, at man kunne række ud og få be- eller afkræftet nogle af de tanker der fylder i hovedet.” (Jane, citat 130)

Forslaget om et møde med en apoteksfarmaceut undervejs i processen blev, i vignetten, modtaget positivt af deltagerne. Deltagerne så det som en god mulighed til at få svar på de spørgsmål, der måtte komme undervejs. En deltager ville gerne kombinere den fastlagt aftale med muligheden for, at kunne kontakte farmaceuten, hvis der skulle opstå et behov for det. Flere af deltagerne nævnte desuden, at muligheden for en samtale eller at kunne kontakte en farmaceut ved behov, ville give deltagerne tryghed, selvom det ikke blev relevant for dem at benytte sig af muligheden.

”Ja det tror jeg, at der var en god idé. Så ved man at man ligesom kan gå og samle op. Og man får jo helt sikkert nogle spørgsmål løbende. Og de fleste spørgsmål er jo egentlig grundløse, det er jo bare en selv der er over-opmærksom. Så det ville være rart, hvis man kunne få svar på dem der dumme spørgsmål.” (Kalle, citat 134)

”Det ville være rigtig fint at have en aftale. Og hvis man kunne kombinere det med endnu en sikkerhedsline, som sagde, at hvis der skete et eller andet eller man blev utryk, så kunne man kontakte et nummer eller noget. Bare så man vidste muligheden var der. Det er ikke sikkert at jeg ville bruge det, slet ikke hvis vi havde aftalt et møde om 14 dage, men nogle gange kan visheden om at det er en mulighed være nok til at skabe tryghed.” (Jane, citat 131)

En af deltagerne foreslog desuden at lægen henviste til samtalen på apoteket, som et fagligt samarbejde mellem læge og apotek med det formål, at udfylde patientens behov bedst muligt. På denne måde ville deltageren være forberedt på, at apotekspersonalet spurgte ind til seponeringen samt en eventuel samtale, og deltageren ville have mulighed for at forberede eller samle eventuelle spørgsmål.

”Hvis det f.eks. stod på recepten at jeg skulle seponeres eller hvis jeg fik en mindre pakke, så kunne det jo være relevant at apoteket gjorde noget. Det kunne jo også være, at lægen faktisk kunne henvise til den samtale på apoteket, så det ligesom hang sammen og ikke kom ud af det blå. Så ville man inden man kom ned på apoteket vide, at det var en mulighed, og så behøvede man ikke stå i skranken og vurderer om man er interesseret eller ej. Nogle gange kan man godt blive taget lidt med bukserne nede, og måske har man lige lidt travlt den dag, så kan det være at når man kommer hjem og får tænkt over det, at så ville man måske egentlig gerne. Men der kræver det alligevel noget selv at henvende sig og sige, at man alligevel er interesseret.” (Simone, citat 127)

Diskussion

I følgende afsnit vil specialeprojektets resultater, samt de hertil anvendte metoder, diskuteres. Derudover indeholder afsnittet en perspektivering til videre arbejde med emnet og de anvendte metoder.

Diskussion af resultater

Diskussionen af projektets resultater vil tage udgangspunkt i litteraturstudiets resultater samt patientinterviewenes resultater om apotekets rolle i seponeringsprocessen.

Patienternes tillid til lægen

Resultatet af litteraturstudiet viste, at patienter generelt har tillid til både lægen og den igangværende behandling. I studierne var tilliden til lægen både ubetinget af hvilke lægemidler, der indgik i behandling, og hvor længe patienterne havde fået lægemidlerne[23-25]. Tilliden kan være et udtryk for, at patienterne har tillid til lægens faglighed og stoler på, at den igangværende behandling er den rigtige behandling. Den ubetingede tillid kan dog også tolkes, som en måde, for patienterne, at acceptere de ofte lange medicinlister, som kan være både uoverskuelige og komplicerede. Det kan være svært at holde styr på alle lægemidlerne, hvilket kan være årsag til, at nogle patienter opgiver at prøve. Når patienterne overlader behandlingen til lægen med tillid som begrundelse, behøver de ikke selv forholde sig til hvilke, samt hvor mange, lægemidler, der er på medicinlisten.

At det er uoverskuelige og komplicerede medicinlister, der er årsagen til, at patienter på denne måde overlader behandlingen til lægen, og at det dermed ikke er manglende interesse for behandlingen, der er årsagen, er interessant at dykke ned i. I litteraturstudiet viste det sig, at patienterne ikke blot ville lytte til lægen, hvis denne foreslog en seponering af et eller flere lægemidler, men at flere af patienterne gerne ville inddrages i seponeringsprocessen [28-30, 32]. Patienterne havde dermed en interesse for behandlingen. Studierne viste desuden, at det var forskelligt, hvordan patienterne foretrak at blive inddraget i processen, hvilket igen understreger, at patienterne er interesseret og har en holdning til, hvordan de ønsker processen skal være[28-30, 32].

Resultatet af specialeprojektets patientinterviews viste, at kun få af deltagerne havde en umiddelbar tillid til lægen, når det kom til seponeringen. De fleste deltagere havde brug for mere information, inden de kunne danne sig en mening. At dette resultat fra patientinterviewene ikke stemmer overens med litteraturstudiet, kan skyldes, at målgruppen ikke er den samme. I litteraturstudiet er målgruppen ældre patienter, som ofte er kendte med lange medicinlister. Patienterne i patientinterviewene har ikke lange medicinlister, som de ældre ofte er kendte med. Når der er færre lægemidler på medicinlisten, kan behandlingen være lettere at overskue, og det kan derfor være lettere for patienten, at tage del i beslutningsprocessen angående seponering.

Involveres eller informeres

Ifølge litteraturstudiets resultater var det ikke alle patienter, der ønskede at blive involveret i beslutningsprocessen. De fleste patienter ville dog alligevel gerne informeres om forløbet

undervejs[28]. Dette kan igen tolkes som en tillid til lægens faglighed, men på den anden side kan det være svært for patienterne pludselig, at skulle involveres i en behandling, som måske er kompliceret og indebærer flere lægemidler. At patienten gerne vil informeres om forløbet viser dog, at patienterne ikke er uinteresserede i behandlingen.

Nogle patienterne udtrykte, at de havde svært ved at forestille sig, hvordan de kunne deltage i en diskussion med lægen om behandlingen og en mulig seponering[23]. Dette kan skyldes, at patienterne har overladt behandlingen til lægen, og dermed ikke har været involveret i behandlingen i en periode. Når patienten alligevel gerne vil informeres undervejs ved en seponering, kan det være særligt vigtigt med en god og forstående kommunikation, således patienten kan følge med og måske, hvis patienten ønsker det, vinde overblikket over behandlingen tilbage.

Både patienterne i litteraturstudiet samt patienterne i patientinterviewene ville gerne informeres tilstrækkeligt om seponeringsforløbet. At patienterne gerne vil informeres om forløbet er dermed ikke afhængig af, om der er tale om ældre patienter med lav forventet levetid, eller patienter, hvor det ikke er relevant at tale om forventet levetid. Desuden viser resultatet, at det ej heller er afgørende for ønsket om at blive tilstrækkeligt informeret, hvor mange lægemidler, patienten er i behandling med.

Farrell B. et al. beskrev, hvordan lægerne bruger patienterne som informationskilde, og dermed gerne vil inddrage patienterne i behandlingen. Samtidig viser litteraturstudiet, at patienterne gerne vil inddrages i behandlingen [25]. Lægerne vil altså gerne inddrage patienterne, og patienterne vil gerne inddrages. Man kan undres over, at når begge parter gerne vil bruge hinanden, at der så ikke er fundet en metode hertil. Løsningen er formentlig ikke så simpel, at der blot kan udarbejdes en skabelon for samarbejdet. Et sådant samarbejde kan afhænge af flere faktorer, heriblandt patientens medicinforståelse. En del af løsningen kan dog forventes at være et kommunikationsspørgsmål, således patient og læge bruger et fælles sprog, hvorpå de forstår hinanden.

Patienter er positive overfor seponering

Patienterne var villige til at seponere, hvis lægen foreslog dette. Det er overraskende, at patienterne generelt er så villige til at seponere, når seponering ikke nødvendigvis er en ting, de er kendte med, eller måske endda er blevet præsenteret for før. At patienterne alligevel har denne villighed, kan tolkes som en stigende interesse for medicin og sundhed, samt at information herom er blevet lettere tilgængeligt. Litteraturstudiet afspejler hovedsageligt ældre patienter, som ofte er kendte med lange medicinlister, og den store interesse kan derfor også tolkes som om, at patienterne gennem længere tid har indtaget en stor mængde lægemidler, hvilket de muligvis finder generende, og derfor gerne vil indtage færre lægemidler. Når samtlige studier viser, at patienterne gerne vil seponere et eller flere lægemidler, kan man undres over, hvorfor muligheden for seponering ikke er undersøgt før.

Tre patienttyper

Weir K. et al. beskrev tre patienttyper med hensyn til patienternes holdning til medicin, villighed til at seponere samt patienternes præference til beslutningsprocessen[26]. De tre patienttyper kan give en forståelse for, at patienterne ikke er ens, samt hvad der ligger bag patienternes forståelse og præferencer i forhold til behandlingen. De tre patienttyper viser desuden, at der ikke blot kan laves én skabelon for samarbejdet mellem læge og patient.

Patienttype 1

Den første patienttype har stor tillid til medicin og har svært ved at skulle seponere et lægemiddel. Frygten for negative konsekvenser ved at stoppe, fylder mere end frygten for at tage unødvendig eller skadelig medicin. Denne patienttype vil gerne bidrage til beslutningen, men har en overordnet tillid til lægen, som kan tage enhver beslutning om behandlingen.

Patienter, der tilhører patienttype 1, har en stærk tillid til lægen og til behandlingen. Dette kan skyldes, at patienterne ikke har overblik over eller er involveret i behandlingen, eksempelvis fordi patienten er ældre, og lægemidlerne er mange. Graabæk T. et al. studie af ældre patienter med begrænset forventet levetid beskriver denne patienttype[23]. Studiet beskriver hvordan de ældre plejehjemsbeboere har tillid til, at hvis lægen mener, der skal seponeres, vil de gerne seponere lægemidlet. Samtidig beskriver studiet, at flere undersøgelser om seponering blandt ældre, ville øge patienternes villighed til at seponere.

Patienttype 2

Denne patienttype er opmærksom på og sammenligner de positive og negative effekter ved medicinen og vil derfor være villig til at seponere i situationer, hvor dette er hensigtsmæssigt. Patienttypen er opsøgende overfor information og vil gerne deltage i afgørende beslutninger i forhold til behandlingen. Et eksempel på patienttype 2 ses hos Lundby C. et al.[32]. I studiet forholder patienterne sig til, om de finder medicinen i deres nuværende behandling "passende" samt til deres "bekymring for at stoppe" et eller flere lægemidler. I studiet finder de, at et højere antal lægemidler fører til, at patienternes "bekymring for at stoppe" bliver højere og jo lavere rangerer de behandlingen som "passende". At antallet af lægemidler er afgørende for, hvordan patienterne forholder sig til behandlingen, viser at patienterne er opmærksomme på og gør sig tanker om medicinen. Studiet viser at hele 87% af patienterne er villige til at seponere et lægemiddel efter lægens råd, samt at 71% af patienterne gerne vil involveres i beslutningsprocessen. Patienterne i studiet kan beskrives som patienttype 2, fordi patienterne forholder sig til hvordan behandlingen er for netop dem, og fordi patienterne samtidig gerne vil oplyses om medicinen samt deltage i beslutningsprocessen.

Patienttype 3

Den tredje patienttype beskriver patienter, som tager medicin, fordi lægen har anbefalet det. Denne type overlader alle beslutninger angående medicin til lægen. Dette kan skyldes en manglende interesse for medicinen, eller det kan skyldes, at patienten ikke føler, at denne ved nok om medicinen, til at kunne deltage i beslutninger herom.

Thompson W. et al. beskriver patienter af denne type[24]. I studiet beskriver patienterne, at de har svært ved at forestille sig, hvordan de skulle kunne deltage i en diskussion med lægen om medicinen, som de ikke ved nok om. Patienterne havde tillid til lægen og var villige til at seponere

et lægemiddel, hvis lægen anbefalede det, men det var ikke noget, patienterne vidste, var en mulighed for dem. Patienterne var af den tro, at behandlingen var passende, da det måtte antages, at der var en årsag til behandlingens start.

I det ovenstående er eksempler på de tre patienttyper fundet fra de inkluderede studier i litteraturstudiet. At formode alle patienter i et studie tilhøre samme patienttype er ikke sandsynligt, men studiet er placeret ved den patienttype, som det samlede resultat viste.

Patienttyperne er ikke fuldkomne, hvorfor en patient kan tilhøre én patienttype og samtidig indeholde træk fra en anden patienttype. En patient kan derudover tilhøre én patienttype i én behandling samt en anden patienttype i en anden behandling. Et eksempel herpå kunne være en patient, som har været i behandling for en sygdom gennem flere år og kender medicinen og behandlingen godt. Patienten vil derfor gerne være med i beslutningsprocessen angående den videre behandling. Selv samme patient har derefter fået en ny diagnose på en ny sygdom. Her kender patienten ikke til medicinen eller behandlingen, og patienten foretrækker derfor, at lægen alene træffer beslutningerne. I dette eksempel tilhører patienten patienttype 2 i forhold til den første behandling, men patienten tilhører samtidig patienttype 3 i forhold til den anden behandling. På denne måde kan én patient tilhøre flere patienttyper.

Apotekets rolle

Resultatet af patientinterviewene viste, at patienterne ser muligheder i, at apoteket kan have en rolle i seponeringsprocessen. Muligheden kom sig af, at patienterne gerne vil have mere information både før, under og efter seponeringen, og her kunne apoteket være en mulighed.

Patienterne, som igennem flere år var kommet på apoteket efter sin medicin, kendte ikke til apotekets muligheder og flere havde svært ved at forestille sig, hvordan apoteket kunne have en aktiv rolle i patientens behandlingsforløb. At patienterne har svært ved at forestille sig, hvordan en farmaceut kan have en aktiv rolle i behandlingsforløbet, bevidner om, at patienterne ikke har forstået, hvilke fagpersoner, der er at finde på apoteket. Det er ikke patienternes skyld, at de ikke kender til den faglighed, der er på apotekerne. Det kan endvidere diskuteres, om der skal placeres skyld, men årsagen kommer formentlig af den måde, vi bruger og har brugt apotekerne på. Hvis vi gerne vil bruge apotekernes fagpersoner fremadrettet i behandlingsforløbet, som specialeprojektet lægger op til, viser resultat, at det kræver en ændring på den måde, patienterne forstår apotekerne.

I litteraturstudiet var der ingen studier, der inkluderede apoteket og dennes rolle i seponeringen. Selvom der i litteratursøgningen specifikt blev søgt på litteratur, som inkluderede apoteket, kom der ingen resultater. Dette kan skyldes at målgruppen for seponeringsstudier oftest er ældre, som får hjælp til medicin håndteringen af plejepersonale. Men patienterne i litteraturstudiet ville, ligesom patienterne i patientinterviewene, gerne have information om seponeringens forløb af fagpersoner. Det kunne derfor være relevant at undersøge, om apoteket alligevel kunne have en rolle for denne målgruppe.

Diskussion af metoder

Diskussionen af projektets metoder er opdelt for hver af de anvendte metoder.

Stakeholder Map

Stakeholderkortet resulterede i apotekspersonalet som relevante fagpersoner i seponeringsprocessen og oplagte deltagere til metoden Empaty Map. Apotekspersonalet er oplagt som deltager, da disse for det første oplever og taler med patienter hver dag og dermed har en forståelse for, hvordan patienter tænker og føler i medicinsituationer. For det andet har apotekspersonalet ofte en forståelse for, hvordan processen foregår under en seponering. Patienten, lægen og apoteket udgør i stakeholderkortet en trekant, som tilsammen udgør de involverede relevante stakeholdere i specialeprojektet.

Metoden Stakeholder Map gav overblik over involverede stakeholdere og gjorde det muligt, at gruppere stakeholderne efter relevans. Metoden opfyldte således formålet om, at finde relevante fagpersoner i seponeringsprocessen samt at definere hvilken deltagergruppe, der skulle rekrutteres til metoden Empathy Map.

Empathy Map

Metoden Empathy Map var i specialeprojektet det forberedende arbejde til patientinterviews. Metoden skulle give en forståelse for hvilke mulige udfordringer, patienterne har i seponeringssituationen, samt hvilke følelser og tanker situationen kunne medføre.

Metoden skulle udføres som en workshop med 2 til 5 deltagere. Workshoppene udføres med flere deltagere ad gangen med det formål, at deltagerne har mulighed for at inspirere hinanden undervejs. Når deltagerne under workshoppene arbejder individuelt og ser, hvad de andre deltagere skriver, kan der opstå nye tanker og idéer. At der er flere deltagere i workshoppene skal dermed forstås som en hjælp til deltagerne.

Til workshoppene med empatikortene i specialeprojektet var der kun 2 deltagere. Derudover foregik workshoppene online, hvorfor nogle af deltagerne ikke havde mulighed for selv at udfylde empatikortet. Kompromiset blev derfor, at workshoppene blev lavet mundtlig. Deltagerne brainstormede således mundtlig og kunne følge med på skærmen, hvor forfatteren udfyldte empatikortet med de tanker og forslag, deltagerne delte. At deltagerne ikke selv kunne skrive gjorde, at der var risiko for, at det, der blev skrevet, ikke var det, deltageren mente. For at undgå det scenarie, blev de skrevne ord bekræftet af deltageren. En anden udfordring ved dette kompromis var, at det var mere tidskrævende. Deltagerne måtte give plads og taletid til hinanden, hvilket gjorde, at der var risiko for, at nogle af deltagerne ikke fik sagt alle tanker, de måtte have, højt. Der kunne være en følelse af ikke at ville tage mere tid fra den anden deltager, eller der kunne være tilfælde, hvor en opstået tanke blev glemt igen, da der ikke var mulighed for at sige den højt.

Tidskrævende proces

At rekruttere apotekspersonale til workshoppene var tids- og ressourcekrævende. Et opslag blev delt i "Netværket for udvikling i apotekerpraksis", og en mail blev sendt direkte til medlemmerne. Foruden medlemmerne i netværket blev der kontaktet apoteker i hele landet via e-mail samt telefonopkald, ligesom der blev besøgt enkelte apoteker i hovedstadsområdet. Alt sammen med det formål at rekruttere apotekspersonale til workshoppene.

Responserne fra både medlemmer og apotekere var positiv og anerkendende, men svaret var det samme på de fleste apoteker; de havde ikke personale til at hjælpe med workshoppene, som

situationen var på nuværende tidspunkt. Responsen gav en oplevelse af, at apotekerne var pressede både i forhold til bemanning og arbejdsopgaver ovenpå Covid-19 situationen, og at de derfor ikke kunne tage flere arbejdsopgaver ind end højest nødvendigt. Specialeprojektet blev derfor fravalgt.

Der var dog få apoteksansatte, som gerne ville hjælpe specialeprojektet og deltage i en workshop. Nogle ansatte kunne kun deltage på fridage, nogle kun om morgenen og andre igen kunne kun deltage efter fyraften om aftenen. Når der i forvejen var få interesserede apoteksansatte, og de samtidig havde så få tidsmæssige muligheder for at deltage, var det svært at koordinere en gruppe, som kunne deltage sammen. Koordineringen betød at der måtte kommunikeres en del for at finde frem til mulige tidspunkter. Under kommunikationen faldt flere deltagere fra, hvilket kan antages at skyldes, at processen blev mere tidskrævende og besværlig, end den ansatte havde forventet.

Konsekvensen af problemerne med koordineringen samt deltagere, der fortrød og faldt fra, betød, at der kun blev udført to workshops. Det var langt færre, end hvad der var forventet af metoden, som skulle udgøre det forberedende arbejde til patientinterviewene.

Både rekrutteringen samt kommunikationen med de rekrutterede deltagere var lang og tidskrævende, og når arbejdet ved denne proces sammenlignes med, hvad der kom ud af arbejdet, er der ikke balance. Der blev brugt meget tid på et arbejde, som ikke førte nogle steder.

Litteraturstudie

Litteraturstudiets eksklusionskriterier skulle sikre, at de studier, der blev inkluderet i litteraturstudiet, ikke blot indeholdte patienters perspektiv på seponering, men også patienters perspektiv på processen omkring seponering. Det var dermed ikke nok for studierne, at patienterne i dem forholdte sig til at få seponeret et lægemiddel. Studierne i litteraturstudiet skulle indeholde patienter, der forholdte sig til processen før, under og/eller efter seponeringen. Dette kriterie blev lavet for at indskrænke studierne og holde fokus på, at det er seponeringsprocessen, der er i fokus. Eksklusionskriteriet begrænsede søgningen, idet flere seponeringsstudier fokuserer på patienters holdninger om og villighed til at seponere.

Litteratursøgningen var ikke begrænset af specialeprojektets målgruppe. Dette var et bevidst valg i søgningen, da mange seponeringsstudier er lavet med ældre patienter som målgruppe. I specialeprojektets litteraturstudie har 9 ud af de 10 inkluderede studier ældre patienter som målgruppe, hvilket illustrerer pointen. At mange seponeringsstudier er lavet med ældre patienter som målgruppe, er ikke overraskende. Mange ældre patienter er kendte med lange medicinlister, hvorfor det her kan være relevant at undersøge mulighed for seponering[4].

Vignette interview

Patientinterviewene i specialeprojektet blev udført med metoden vignetteinterview. Denne metode blev valgt, da patienterne blev interviewet om et emne, som de ikke nødvendigvis selv havde erfaring med. Det var et bevidst valg, at interviewpersonerne ikke nødvendigvis havde erfaring med seponering, da interviewet ikke skulle tage udgangspunkt i tidligere oplevelser, men derimod fremtidige ønsker for seponeringsprocessen.

En anden begrundelse for, at interviewdeltagerne ikke nødvendigvis skulle have erfaring med seponering var, at dette kriterie ville indskrænke antallet af interviewdeltagere betydeligt. I så fald skulle det være patienter som enten for nylig havde fået seponeret et lægemiddel, eller patienter,

som kunne huske, hvordan processen havde været. Selv hvis denne gruppe af patienter blev fundet, var det ikke sikkert, at patienterne havde gjort sig tanker eller overvejelser om seponeringsprocessen. Det blev derfor vurderet, at det kunne være relevant at inkludere patienter, som ikke havde erfaring med seponering.

Vignette metoden gav mulighed for at lade patienterne spille sig selv i et fiktivt scenarie. Når patienterne på denne måde bliver introduceret for et scenarie, som de ved ikke er virkeligt, er patienten ikke begrænset af, hvad de tænker som sandsynlig i deres egen situation. Metoden giver desuden mulighed for, at patienterne kan distancere scenariet fra deres egen behandling, hvilket kan være en fordel for de patienter, der har svært ved at tale om sin egen medicinhistorie, som for nogle kan være grænseoverskridende.

Interviewdeltagerne med forskellige baggrunde

Specialeprojektets patientinterview tager blot udgangspunkt i 7 patienter. Der blev forsøgt at indhente flere patienter til flere interviews, men rekrutteringen var tidskrævende og svær. Den oprindelige plan for rekrutteringen gik gennem apotekspersonalet, som skulle hjælpe med at identificere mulige patienter. Der var hertil indgået et samarbejde med et apotek, som apoteket desværre måtte aflyse på grund af lav bemanning i sommerperioden. Rekrutteringen foregik derfor ved snowball sampling blandt andet på det sociale medie Facebook, hvor opslaget blev delt mere end tyve gange. Desværre kom der blot to interviewdeltagere ud af denne rekrutteringsstreng. De restende patienter blev indsamlet i et netværk igennem bekendte relationer samt deres bekendte.

Patienterne i interviewene var forskellige både med hensyn til alder, bopæl samt ordinerede lægemidler. Det var et bevidst valg, at interviewdeltagerne skulle være et tilfældig udsnit af specialeprojektets målgruppe. Årsagen til det tilfældige udsnit var et ønske om at undersøge det generelle perspektiv på seponeringsprocessen, med det formål at undersøge overordnede ønsker til processen. Når patienterne havde forskellige lægemidler ordineret, havde de forskellige referencer og baggrunde, og på den måde blev svarene i vignetterne forskellige.

Resultatet af patientinterviewene viste, at patienterne havde nogle overordnede ønsker til processen, som ikke afhang af hvilke lægemidler der var tale om. Der var en udbredt enighed mellem patienterne om, at der var behov for endnu mere kontrol og sikkerhed ved livsvigtig medicin. Men de overordnede ønsker om at blive inddraget i processen, at blive forberedt på eventuelle symptomer samt ønsker om mulighed for rådgivning var uafhængig af, hvilke lægemidler der var tale om.

Designtænkning

I specialeprojektet var designtænkning[14, 15] tiltænkt som overordnet model og skabelon for det praktiske arbejde med metoderne. Designtænkningens cykliske design blev fundet oplagt at benytte, da denne ville give mulighed for integrere den undervejs tillærte viden i specialeprojektets metoder.

Specialeprojektets baggrundsafsnit samt metoden Stakeholder Map var begge en del af designtænkningens første fase *empathize*. Her blev den egentlig problematik om seponeringsprocessen samt de involverede parter undersøgt og afgrænset. I designtænkningens næste

fase *define* blev de første empatikort udført i metoden Empathy Map. Her blev der indsamlet viden og konkrete problematikker om manglende information samt kommunikationsproblemer blev defineret, hvilket førte til de første idéer til en interviewguide til specialeprojektets patientinterview, som var en del af designtænkningens næste fase *ideate*. Inden arbejdede med interviewguiden fortsatte, startede en ny cyklus fra designtænkningens *define* fase, hvor der blev udført flere empatikort. Foruden flere empatikort blev der lavet et litteraturstudie, som skulle supplere det begrænsede antal empatikort.

Efter at have arbejdet med metoden Empathy Map samt med litteraturstudiet, fortsatte arbejdet igen ind i fasen *ideate*, og interviewguiden blev færdiggjort. Interviewguiden udgjorde nu en *prototype*, som i næste fase kunne testes på patienter i metoden vignetteinterview.

Arbejdet med designtænkning kom ikke til at få samme betydning for specialeprojektet, som det på forhånd var forventet. Forventningen var, at interviewguiden kunne revurderes efter et antal patientinterviews, hvilket kunne give anledning til at starte en ny cyklus i designtænkningen, som eventuel ville starte i fasen *ideate* og give anledning til nye vignetter på baggrund af den tillærte viden. På grund af det tidsmæssige perspektiv var dette ikke muligt.

Perspektivering

Perspektiveringen til et videre arbejde med hver af metoderne er beskrevet i det følgende afsnit.

Empathy Map

Til det videre arbejde med metoden Empathy Map, i forhold til patientperspektivet på seponeringsprocessen, vil det være relevant at lave større workshops med flere deltagere. Det kunne derudover være relevant at undersøge om empatikort med andre stakeholdere end apoteksansatte ville give et andet billede af patienter i seponeringssituationen. Her kunne det blandt andet være relevant at fjerne kriteriet om, at de involverede parter; lægen og patienten, ikke måtte deltage. Det kunne være relevant at undersøge, om der var overlap i de tre stakeholderes formodning om patienternes oplevelse af seponeringssituationen.

Ønskescenariet for deltagerrekrutteringen til workshopkene i specialeprojektet ville have være, at der var nok mulige deltagere til, at der kunne skemalægges et antal workshop på forskellige tider, hvortil de ansatte kunne tilmelde sig den workshop, der passede den enkelte bedst. Processen ville da være simpel og ikke yderligere tidskrævende, hvilket formentlig ville føre til flere deltagende apoteksansatte.

Litteraturstudie

Litteraturstudiet inkluderede i alt 10 studier, hvoraf 4 studier var kvalitative interviewundersøgelser. Dette betød, at de kvantitative studier var i overtal, hvilket gjorde resultatet præget af procenttal. I de kvantitative studier svarede patienterne på definerede spørgsmål, hvilket gav en forståelse for patienternes holdninger. I de kvalitative interviewstudier havde patienterne mulighed for at fortælle netop hvordan deres oplevelse og ønsker var. Det ville have været relevant for studiet at inkludere flere af denne slags studier, da det muligvis ville give

flere patientberetninger om, hvordan seponeringsprocessen opleves, samt hvilke fordele og ulemper patienter har stødt på undervejs.

For at indfri dette ønske om flere kvalitative interviewundersøgelser, kunne det være relevant at ændre eksklusionskriterierne i et næste litteraturstudie. Det kunne muligvis være relevant at ændre eksklusionskriteriet om, at studiet skulle fokusere på processen omkring seponeringen, da studierne muligvis alligevel ville indeholde dele af processen, som kunne bruges til sammenligning.

Vignetteinterview

Det ville have været relevant at gøre interviewundersøgelsen i specialeprojektet større, og på denne måde at få flere perspektiver på processen. Dette var i et tidsmæssigt perspektiv ikke mulig for specialeprojektet. Meget af den udgivne litteratur om seponering tager udgangspunkt i ældre patienter med begrænset forventet levetid, men specialeprojektets resultater viser, at det også er relevant at undersøge seponering i andre aldersgrupper. Det kan derfor være relevant at arbejde videre med denne målgruppe i forsøget på at undgå de lange komplicerede medicinlister.

I forhold til seponeringsprocessen, som specialeprojektet fokuserede på, kunne det være relevant i et større studie at undersøge, om der var særlige ønsker til processen ved specifikke lægemidler. Dette kunne undersøges ved at interviewe flere patienter med samme lægemiddel ordineret.

Konklusion

Nærværende specialeprojekt viste, at patienterne har specifikke ønsker til, hvordan de mener seponeringsprocessen skal foregå. Disse ønsker har til formål at skabe tryghed i processen, hvilket patienterne giver udtryk for, er det vigtigste i processen.

Til at skabe tryghed i seponeringsprocessen har patienterne et ønske om, at blive inddraget i processen. Ikke alle patienter ønsker at deltage i beslutningstagen, men alle patienter ønsker at blive inddraget i planlægningen. Det er desuden et stort og vigtigt ønske for patienterne, at de bliver forberedt på eventuelle symptomer, inden seponeringen af lægemidlet igangsættes. Undervejs i seponeringsprocessen har patienterne et ønske om mulighed for hjælp til rådgivning samt håndtering af eventuelle bivirkninger undervejs.

Resultatet af specialeprojektet viser endvidere, at patienterne ser muligheder i, at apoteket kan have en rolle i seponeringsprocessen. Patients ønske om hjælp til rådgivning og håndtering er ikke begrænset af en faggruppe og kan opfyldes af blandt andet apoteksfarmaceuten.

Konklusionen af specialeprojektet lyder derfor, at de overordnede ønsker af patienterne for seponeringsprocessen er at blive inddraget i processen, at blive forberedt på eventuelle symptomer samt at have mulighed for rådgivning undervejs.

Referenceliste

1. Sundhedsstyrelsen, Indsatser for Rationel Farmakoterapi(IRF). Seponeringslisten 2021. Region Sjælland: Sundhedsstyrelsen; 2020. p. 6.
2. Lundby C, Graabæk T, Ryg J, Søndergaard J, Pottegård A, Nielsen DS. "... Above All, It's a Matter of This Person's Quality of Life": Health Care Professionals' Perspectives on Deprescribing in Older Patients With Limited Life Expectancy. *Gerontologist*. 2020;60(3):439-49.
3. Hoel RW, Giddings Connolly RM, Takahashi PY. Polypharmacy Management in Older Patients. *Mayo Clin Proc*. 2021;96(1):242-56.
4. Barse M. Ældre på plejehjem får så meget medicin, at de kalder det 'morgenmad' 2020 Jul 14 [cited 2020 Feb 15]. Available from: <https://videnskab.dk/krop-sundhed/aeldre-paa-plejehjem-faar-saa-meget-medicin-at-de-kalder-det-morgenmad>.
5. Lundby C, Jensen J, Larsen SP, Hoffmann H, Pottegård A, Reilev M. Use of medication among nursing home residents: a Danish drug utilisation study. *Age Ageing*. 2020;49(5):814-20.
6. Reilev M, Lundby C, Jensen J, Larsen SP, Hoffmann H, Pottegård A. Morbidity and mortality among older people admitted to nursing home. *Age Ageing*. 2019;49(1):67-73.
7. Cristensen MB. Polyfarmaci København: Dansk Lægemiddel Information A/S; 2017 Nov 15 [cited 2021 Feb 24]. Available from: <https://pro.medicin.dk/specielleemner/emner/318739>.
8. Garin N, Sole N, Lucas B, Matas L, Moras D, Rodrigo-Troyano A, et al. Drug related problems in clinical practice: a cross-sectional study on their prevalence, risk factors and associated pharmaceutical interventions. *Sci Rep*. 2021;11(1):883.
9. Chau SH, Jansen AP, van de Ven PM, Hoogland P, Elders PJ, Hugtenburg JG. Clinical medication reviews in elderly patients with polypharmacy: a cross-sectional study on drug-related problems in the Netherlands. *Int J Clin Pharm*. 2016;38(1):46-53.
10. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005;294(6):716-24.
11. Lundby C, Graabæk T, Ryg J, Søndergaard J, Pottegård A, Nielsen DS. Health care professionals' attitudes towards deprescribing in older patients with limited life expectancy: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2019;85(5):868-92.
12. Babar Z-U-D. *Pharmacy Practice Research Methods*. 1st ed. 2015. ed. Cham: Springer International Publishing; 2015.
13. Katapult, TEACH. Værktøjskassen [Web page, toolbox]. innovation.sites.ku.dk: Københavns Universitet; 2013 [updated 2018]. Available from: <https://innovation.sites.ku.dk/model/design-thinking/>.
14. Altman M, Huang TTK, Breland JY. Design Thinking in Health Care. *Prev Chronic Dis*. 2018;15:E117.
15. An introduction to Design Thinking: Process Guide. Stanford University: Hasso Plattner Institute of Design; 2010.
16. Rezaei Aghdam A, Watson J, Cliff C, Miah SJ. Improving the Theoretical Understanding Toward Patient-Driven Health Care Innovation Through Online Value Cocreation: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2020;22(4):e16324-e.
17. Roberts JP, Fisher TR, Trowbridge MJ, Bent C. A design thinking framework for healthcare management and innovation. *Healthc (Amst)*. 2016;4(1):11-4.
18. Hsieh H-F, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qual Health Res*. 2005;15(9):1277-88.

19. Consumer mapping. Kickstart your idea with Health Innovators. <https://copenhagenhealthinnovation.dk>: Copenhagen Health Innovators. p. 22-5.
20. Osterwalder A, Pigneur Y. Business model generation : a handbook for visionaries, game changers, and challengers. Hoboken, N.J: Wiley-Blackwell; 2011.
21. Gray D. Empathy Map [Webpage]. GameStorming.com: GameStorming; 2017 [updated 2017 Jul 14. Gamestorming is a set of co-creation tools used by innovators around the world.]. Available from: <https://gamestorming.com/empathy-mapping/>.
22. Bradbury-Jones C, Taylor J, Herber OR. Vignette development and administration: A framework for protecting research participants. Taylor & Francis; 2014. p. 427-40.
23. Graabæk T, Lundby C, Ryg J, Søndergaard J, Pottegård A, Nielsen DS. "I simply don't know, because I don't know which drugs I get": Perspectives on deprescribing among older adults with limited life expectancy and their relatives. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2021;128(1):115-27.
24. Thompson W, Jacobsen IT, Jarbøl DE, Haastrup P, Nielsen JB, Lundby C. Nursing Home Residents' Thoughts on Discussing Deprescribing of Preventive Medications. *Drugs Aging*. 2020;37(3):187-92.
25. Farrell BJ, Jeffs L, Irving H, McCarthy LM. Patient and provider perspectives on the development and resolution of prescribing cascades: a qualitative study. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):368.
26. Weir K, Nickel B, Naganathan V, Bonner C, McCaffery K, Carter SM, et al. Decision-Making Preferences and Deprescribing: Perspectives of Older Adults and Companions About Their Medicines. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2018;73(7):e98-e107.
27. Aoki T, Yamamoto Y, Ikenoue T, Fukuhara S. Factors associated with patient preferences towards deprescribing: a survey of adult patients on prescribed medications. *Int J Clin Pharm*. 2019;41(2):531-7.
28. Schiøtz ML, Frølich A, Jensen AK, Reuther L, Perrild H, Petersen TS, et al. Polypharmacy and medication deprescribing: A survey among multimorbid older adults in Denmark. *Pharmacol Res Perspect*. 2018;6(6):e00431.
29. Reeve E, Low LF, Hilmer SN. Attitudes of Older Adults and Caregivers in Australia toward Deprescribing. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(6):1204-10.
30. Reeve E, Wolff JL, Skehan M, Bayliss EA, Hilmer SN, Boyd CM. Assessment of Attitudes Toward Deprescribing in Older Medicare Beneficiaries in the United States. *JAMA Internal Medicine*. 2018;178(12):1673-80.
31. Kua CH, Reeve E, Tan DSY, Koh T, Soong JL, Sim MJL, et al. Patients' and Caregivers' Attitudes Toward Deprescribing in Singapore. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2021;76(6):1053-60.
32. Lundby C, Glans P, Simonsen T, Søndergaard J, Ryg J, Lauridsen HH, et al. Attitudes towards deprescribing: The perspectives of geriatric patients and nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. 2021;69(6):1508-18.

Bilag

Bilag 1

Litteratursøgning 1: Pubmed

	Aspekt 1	Aspekt 2	Aspekt 3
Emne	Seponering (Deprescribing)	Patientperspektiv	Apotek
Kontrollerede emneord/ MeSH søgeord	- Deprescriptions - Drug prescriptions - Drug substitution - Potentially Inappropriate Medication List - Medication Reconciliation	- Patient safety - Patient Satisfaction - Patient Preference - Medication Adherence - Patient Medication Knowledge	- Pharmacists - Community Pharmacy Services - Pharmacies - Consumer Health Information - Health Literacy
Fritekst søgeord	- Deprescribing process - Drug tapering - Deprescrib* [title/Abstract]	- Patient perspective - Treatment understanding - Patient [title] - Patient care	- Pharmacy [title] - Pharmacies [title] - Pharmacist* [title/abstract] - Prescription* [title/abstract]
Antal hits	37.788	113.772	66.503
Antal hits i kombineret søgning: 210			
Sorteret efter sprog (dan, eng, sve, nsk): 196			

Litteratursøgning 2: Embase

	Aspekt 1	Aspekt 2	Aspekt 3
Emne	Seponering (Deprescribing)	Patientperspektiv	Apotek
Kontrollerede emneord/ Map term søgeord	- Deprescription - Potentially Inappropriate Medication	- Patient Satisfaction - Patient Preference	- Pharmacists - Pharmacy (shop)
Fritekst søgeord	- Deprescribing - Deprescribing process - Drug tapering - Deprescrib* [title]	- Patient Perspective - Patient* [title]	- Pharmacy [title] - Pharmacies [title] - Pharmacist* [abstract]
Antal hits	3.020	164.047	124.455
Antal hits i kombineret søgning: 19			
Sorteret efter sprog (dan, eng, sve, nsk): 19			

Litteratursøgning 3: Pubmed

	Aspekt 1	Aspekt 2
Emne	Seponering (Deprescribing)	Patientperspektiv
Kontrollerede emneord/ MeSH søgeord	- Deprescriptions	- Patient Preference
Fritekst søgeord	- Deprescrib* [ti- tle/Abstract]	- Patient perspective [title/Abstract]
Antal hits	1.053	11.553
Antal hits i kombineret søgning: 15		
Sorteret efter sprog (dan, eng, sve, nsk): 15		

Litteratursøgning 4: Pubmed

	Aspekt 1	Aspekt 2
Emne	Seponering (Deprescribing)	Seponering (Deprescribing)
Kontrollerede emneord/ MeSH søgeord	- Deprescriptions	- Potentially Inappro- priate Medication - Medication Reconcil- iation - Patient Preference - Life Expectancy
Fritekst søgeord	- Deprescrib* [ti- tle/Abstract]	
Antal hits	1.053	28.577
Antal hits i kombineret søgning: 100		
Sorteret efter sprog (dan, eng, sve, nsk): 95		

Bilag 2

Interviewguide

Forud for interviewet

Interviewdeltageren bliver gjort opmærksom på, at interviewet tager udgangspunkt i vignetter, som er fiktivt opdigtede. Interviewdeltageren skal prøve at forholde sig til det, der bliver beskrevet i vignetterne, men interviewdeltageren må gerne inddrage personlige erfaringer, hvis interviewdeltageren finder det relevant i svarene.

Interviewdeltageren bliver desuden gjort opmærksom på interviewets opbygning: Efter en kort introduktion, bliver den første vignette beskrevet. Vignetten bliver afsluttet af et eller flere åbne spørgsmål, som relaterer sig til vignetten, og interviewdeltageren svarer på vignettens spørgsmål. Interviewdeltageren kan rette svaret i den retning, der måtte føles naturlig. Intervieweren kan komme med opfølgende spørgsmål, hvis det findes relevant for forståelsen af interviewdeltagerens svar.

Introduktion

Interviewdeltageren indtager en rollen i vignetten som en patient, der får et eller flere lægemidler ordineret med en stabil daglig dosis. Patienten administrer selv sin medicin både med hensyn til genbestilling hos lægen, afhentning på apoteket samt daglig dosering af medicinen. Patienten har fået lægemidlet fast i over et år og har til vane, at indtage lægemidlet i forbindelse med morgenmaden hver dag. Patienten har ingen problemer med at indtage lægemidlet, og patienten har ikke bemærket nye symptomer og føler et godt helbred, som den nuværende situation er.

Hos lægen

Vignette 1

Du er til konsultation hos lægen, som har indkaldt dig til årlig kontrol. Du har forinden konsultationen fået taget relevante prøver, som I sammen gennemgår. Prøverne er fine, og du har heller ikke mærket andre eller nye symptomer siden. Kan du prøve at sætte lidt ord på, hvordan kommunikationen er under konsultationen, og hvordan du oplever at blive talt til eller taget med på råd? Hvilke tanker og følelser du gør dig undervejs i konsultationen?

På apoteket

Vignette 2

Du henter din medicin på dit lokale apotek, som du har gjort mange gange før. Du skal hente det samme lægemiddel, som har været uændret i en lang periode. Den apoteksansatte spørger alligevel ind til, om du kender medicinen. Kan du også her prøve at sætte lidt ord på, hvordan kommunikationen er under ekspeditionen, og hvilke tanker og følelser du gør dig undervejs i ekspeditionen?

Du bestemmer nu, hvilket lægemiddel vi skal gå videre med. Det er ikke afgørende for interviewet og du må gerne skifte undervejs, men det kan måske hjælpe i nogle vignetter at tænke på en specifik gruppe af lægemidler. Er der en gruppe af lægemidler, du tænker på?

Første møde med seponering

Vignette 3

Du er nu til en anden konsultation hos lægen, også en årlig kontrol. Forinden konsultationen har du fået taget relevante prøver. På baggrund af prøvesvar, og din efterfølgende samtale med lægen, vurderer lægen, at det kan være relevant at tale om en mulig seponering af lægemidlet. Hvordan er din umiddelbare reaktion på en mulig seponering? Og er din reaktion forskellig afhængig af hvilket lægemiddel, der er tale om?

Vignette 4

Du er til den samme konsultation, som beskrevet tidligere. Lægens ord har overbevist dig om, at der er anledning til at seponere det førnævnte lægemiddel. Hvordan vil du gerne inddrages i processen? Foretrækker du en 2-vejs kommunikation, hvor du bliver inddraget i beslutninger, eller foretrækker du en mere 1-vejs kommunikation fra lægen, hvor du bliver informeret om det videre forløb? Kan du sætte lidt ord på, hvordan du ønsker kommunikationen i situationen skal være og hvorfor?

Apotekets rolle

Vignette 5

Du besøger dit lokale apotek for at hente din medicin, som du plejer. Du har fået medicinen i lang tid, og du kender alt til, hvordan du skal administrere det. Apoteksfarmaceuten, som ekspederer dig, spørger ind til indikationen (grunden til) til din medicin og til dit generelle helbred. Farmaceuten foreslår nu, at du taler med din egen læge om en mulig seponering. Det er første gang, du hører det. Hvordan forholder du dig til det, farmaceuten fortæller dig i skranken på apoteket?

Forholder du dig anderledes til det, end du ville gøre, hvis det var en læge, der foreslog at undersøge muligheden – og hvordan?

Vignette 6

Du er i skranken på apoteket, i samme ekspedition som tidligere beskrevet. Nu foreslår farmaceuten i stedet, at I sammen sætter Jer i enerum og taler om muligheden for seponering. Farmaceuten fortæller, at det tager ca. 15 minutter, og at hun vil fortælle om, hvad det har af betydning for dit helbred. Farmaceuten fortæller desuden, at hun ikke kan seponere lægemidlet – det er lægens bord – men hun kan oplyse om og forberede på, både før seponeringen og undervejs i processen. Ændrer denne mulighed på, hvordan du forholder dig til det, farmaceuten fortæller dig? Hvad skulle der i situationen til, før at du ville takke ja til denne samtale?

Patientens behov i processen

Vignette 7

Du er kommet hjem, og der er lavet en plan for seponeringen, som allerede igangsættes den efterfølgende dag. Du er optimistisk omkring seponeringsplanen, og du glæder dig til at komme i gang med den, men du er alligevel en lille smule nervøs for det. Hvad skulle der til, før at du var helt tryk i processen? Hvilke fagpersoner kunne hjælpe dig, og hvordan kunne de hjælpe dig?

Hvordan ville det være for dig, at der ved starten af seponeringsprocessen blev planlagt et møde/telefonopkald om eks. 14 dage med en apoteksfarmaceut, som ville kontakte dig og følge op på seponeringen?

Bilag 3

Interviewcitater

Vignette 1

Alias	Citat-nummer	Citat
Katrine	1	"Hvordan man bliver talt til, føler jeg er ret vigtigt"
	2	"Og det er ret vigtigt at man kommunikerer, både hvad der gør hvad men også hvorfor at det kan det, uden at gå alt for meget i dybden med det. Også at man ligesom får med, at det er det her vi holder øje med på grund af det her."
	3	"Fordi man føler sig talt ned til og man føler at de er bedøvende ligeglade med en."
Cana	4	"Det er meget stille og roligt. Det er en meget direkte måde vi taler til hinanden på. Hun er meget kort, hun går ikke uddybende til værks, hvis jeg kan sige det sådan. Det er korte spørgsmål og ja og nej, og så er det videre."
Mads	5	"Kommunikationen er meget god. Den er forstående for begge parter. Vi snakker på samme niveau, der er ikke sådan lægefaglig sprog, som jeg ikke forstår. Det er meget godt forklaret, så man ligger på samme niveau."
	6	"Det er fint, at det bare er lægen der taler. Det er ligesom også den person, der har styr på tingene."
Simone	7	"Ja det vil jeg sige, det er meget en 2-vejs dialog, vi har gang i."
	8	"Ja, det er nemlig noget af det, jeg synes er ret rart. At hun ligesom får det ned på et niveau, hvor jeg kan være med."
Jane	9	"Jeg oplever at det er lægen der tager ordet og styrer slagets gang. Det går sådan og sådan, så vi fortsætter. Og så når lægen er færdig, så til sidst hører hun måske lige mig om jeg er enig. Men det er meget lægen der nærmest tager beslutningen, og så skal jeg lige bekræfte."
	10	"Men jeg kan også godt mærke, at det måske egentlig kunne være rart nogle gange at hører om, hvad er alternativet og ér det egentlig det bedste at jeg bare fortsætter? Altså, fortsætter jeg fordi det er det bedste, eller fordi at det ser fint nok ud, så vi behøver ikke lave noget om?"
	11	"Det kan godt være lidt svært, det er lidt en balance synes jeg. For jeg vil jo heller ikke stille spørgsmålstejn ved det lægen siger, men stadig har jeg lidt en underen over om jeg så bare skal fortsætte for evigt på den her medicin. Sådan nogle overvejelser kan jeg godt sidde med."
	12	"Jeg ville nok have det lidt svært ved at sige det højt, netop på grund af at jeg så stiller spørgsmålstejn ved hendes vurdering. Hvad ville hun så synes om det?"

Kalle	13	"Jeg føler at man ikke bliver taget nok med. Der kunne godt være noget mere kommunikation."
	14	"Jeg føler at vi, i hvert fald os herude på landet, vi når aldrig ind til lægen. Det er altid en sygeplejerske. Og det kan også være godt nok. Men det er bare ikke altid lige tryk nok."
	15	"Det er en 2-vejs kommunikation. Men jeg føler bare ikke, at de ved så meget om lige mit problem. Jeg får bare at vide, at det ikke er farligt. Og så er det jo sådan... Det kan godt være lidt frustrerende."
	16	"Nej jeg synes det er generelt, når man er til lægen. De tager meget let på det, og somme tider tænker jeg da også, at jeg ligeså godt kunne have ladet være med at køre derned."
Sanne	17	"Altså, en konsultation hos lægen, det får man jo sjældent. Det er næsten altid hos en sygeplejerske, efterhånden. Og sygeplejerskerne har jo dårligt tid."
	18	"Jeg tror at jeg når at tænke "Hvad skulle jeg herved for? Det kunne vi ligeså godt have taget over telefonen?". Det føles overflødigt, altså spild af tid. Altså, når man ikke i øvrigt fejler noget og ikke har nogle symptomer ud over, så ... Hvis jeg skal til lægen, så skal jeg jo tage fri i 2 timer for at få det til at kunne lade sig gøre."
	19	"Det er næsten kun 1-vejs kommunikation synes jeg."

Vignette 2

Alias	Citat-nummer	Citat
Katrine	20	"I storbyen føler jeg mig bare som endnu en der går igennem, fordi de ser flere tusinde mennesker hele tiden"
	21	"Når det gælder om det der "er du vandt til at tage det", så føler jeg ikke engang at det er speciel meget kommunikation. Det er lidt mere bare et manuskript de går igennem."
Cana	22	"Jeg gør mig faktisk ikke de store tanker, fordi det er den samme dosis og det samme lægemiddel som før. Jeg bekræfter at jeg har prøvet det før, og så stopper de faktisk ofte med at give nogen forklaring. Så betaler jeg for medicinen og så er det slut."
Mads	23	"Hun kan høre at jeg har styr på det. Personen er forstående."
Simone	24	"Men nogle gange kan jeg godt få sådan en lidt mistroisk, som om "er du nu også sikker på at du har styr på det og ikke oplever det her?". Og så tænker jeg sådan at, jeg kom altså bare for at købe det her. Det er fint du spørger, og det er jeg da også glad for, men ... I må også gerne anerkende mit svar. Jeg føler mig ikke rigtig hørt. Jeg føler mig sådan lidt talt ned til, og jeg bliver sådan lidt"
	25	"Nu lyder det også som om, at jeg tager det meget personligt. Det gør jeg egentlig ikke, men man bliver da lidt irriteret, når de ligesom

		ikke tror på det jeg siger, altså at jeg kender det og ikke har problemer.”
	26	”Det bliver meget procedure i skranken, tænker jeg. De spørger om det de skal spørge om, men ikke nødvendigvis ind til <i>mig</i> . Men der burde bare være en eller anden måde, hvorpå jeg kunne sige at jeg er bekendt og egentlig bare gerne vil have min medicin.”
Jane	27	”Jeg tror også det er fordi, altså det der med at stå nede på apoteket og der kan godt være andre mennesker. Det er måske ikke lige der, hvis jeg har nogle spørgsmål. Det kan godt være lidt svært og grænseoverskridende at skulle stå og få uddybet en masse der. Det tror jeg måske jeg ville have det lidt svært ved, også selvom der måske endda var nogle ting, som jeg var lidt usikre på. Så tror jeg faktisk jeg ville have det svært ved at stå nede på apoteket og spørge ind til det.”
	28	”Jeg oplever egentlig at de stoler på mig.”
	29	”Men jeg synes også det er en balancegang, fordi på den ene side kan jeg have det sådan at nu skal du ikke stå og spørge ind til alt muligt, som jeg har udtrykt ikke er rart, men på den anden side kan der måske ligesom blive lukket op for den her usikkerhed og utryghed, hvis hun spurgte lidt mere ind.”
	30	”Jeg tror det kommer an på flere ting. F.eks. hvis der var mange mennesker. Så tror jeg ikke jeg ville synes at det var så trygt at stå og snakke om det. Men hvis jeg følte at jeg kunne stå sådan lidt mere privat med den ansatte, så tror jeg egentlig at det kunne være meget rart.”
Kalle	31	”Jeg føler i hvert fald at hvis jeg vil have en dybere forklaring, så kan jeg få det. Så når man skal hente noget og hvis man er lidt usikker, så kan man altid spørge.”
	32	”De møder mig og det er en god kommunikation. De vil gerne fortælle om det, mere end jeg egentlig behøver. Og det er jo egentligt rar nok.”
Sanne	33	”Det virker som om, at de er gode til at læse folk. Så hvis jeg siger at det ved jeg godt og jeg har fået det gennem lang tid og tak for hjælpen, jamen så er det bare i orden, siger hun. Jeg føler egentlig at de kan læse en, altså at de har forståelse for at det har jeg styr på.”

Vignette 3

Alias	Citat-nummer	Citat
Katri ne	34	”Ja, min reaktion er forskellig alt efter hvilket lægemiddel. Jeg ville forvente at de ret klart og tydelig fortalte mig hvorfor.”

	35	"For mig er de nødt til at forklare hvorfor og hvad det er de gør, de piller. Og hvordan seponeringen så skal udføres. Hvordan fungerer det? Hvad vil man opleve? Eventuel hvad skulle der gøres i stedet for?"
Cana	36	"Jeg ville have det ret skidt med det, fordi jeg ved hvordan jeg bliver uden min medicin."
	37	"Det ville jeg havde det skidt med, og det ville nok faktisk gøre, at jeg ville gå til en anden læge, for at få en second opinion. Det er helt 100."
Mads	38	"Det tænker jeg vel er positivt. Det er et positivt svar på de test jeg har fået taget. At jeg måske ikke behøver at tage medicinen dagligt. Det er selvfølgelig indstillet på at prøve, så må vi se om det er positivt eller negativt. Det er ikke fordi jeg vil stride imod hvad lægen siger, man må lade prøverne svare for sig selv."
	39	"Det negative er, at man skal finde en ny rytme at tage medicinen på. Og det kan jo måske godt være, at man glemmer det til at starte med. Det er ligesom man skal finde balancen igen. Men det er ikke fordi at jeg vil gå mine egne veje. Altså jeg stoler på lægen."
	40	"Det kunne godt være, hvis det var noget mere kritisk eller livsvigtigt medicin. Så ville jeg måske have en anden og måske mere spørgende vinkel end jeg har nu. Måske nogle mere kritiske øjne. Men igen, man skal stole på den lægefaglige person. Det er jo det, de er uddannet i."
Simone	41	"Jeg tænker at lægen siger det af en grund. De må jo kunne vurdere, at det problem man løser med medicinen, at det problem ikke er der længere."
	42	"Men det kommer også meget an på om man er på lige fod med, hvor man synes problemet er henne."
	43	"Men det er måske også fordi at jeg har haft den samme læge længe, og er tryk ved hende. Hvis jeg kom ind til en helt ny læge, som bare var sådan "nu stopper vi det her lægemiddel", så tror jeg at jeg ville synes det var utrygt."
Jane	44	"Jeg tror jeg ville blive lidt usikker. Hvis jeg nu selv havde fornemmelsen af at jeg havde det godt og at det fungerede, så ville jeg blive sådan lidt "men hvad så? Hvorfor skal jeg stoppe? Hvad sker der så?" Jeg ville nok med det samme blive bekymret for, om jeg ville få det værre igen"
	45	"Da jeg selv skulle stoppe på eksempelvis p-piller, så var det vigtigt for mig at vide, hvad kommer der til at ske med min krop og hvad kan jeg forvente. Det er jo noget jeg har taget hver dag nærmest siden jeg var teenager. Det er måske ikke farligt, men det er jo noget jeg hver dag har proppet ind i min krop, som påvirker min krop, så jeg ville være usikker på og have behov for at vide, hvad der så kommer til at ske."

	46	"Så ja, jeg tænker at hvis det var noget hvor jeg tænkte at det her lægemiddel gør, at jeg føler mig sund og rask. Så ville jeg føle det angstprovokerende, sådan "hvad sker der med mig nu?"
Kalle	47	"Jeg vil da helst have så lidt [medicin] som muligt. Men ellers tænker jeg, altså under kontrollerede forhold, så tænker jeg da at det er fint. Så sjovt er det heller ikke spise. Der er jo bivirkninger ved det hele. Men det kan der jo også være ved at stoppe på det. Og det har jeg da tænkt over, for jeg tør jo ikke lade være med at tage noget af det."
	48	"For noget af det ville jeg være skeptisk. Måske bekymret. Alt afhængig af typen af medicin."
	49	"Jamen hvis jeg skulle det, så ville jeg til hjertelægen. Det tør jeg ikke lade min egen læge gøre. Det ville jeg sige nej til. Jeg føler ikke de har viden nok indenfor det område til det. Det ville jeg ikke turde."
Sanne	50	"Jeg er meget tro mod lægen. Jeg tror på det lægen siger. Det har jeg ingen baggrund for ikke at gøre. Så min umiddelbare reaktion er, at så må det jo være sådan."

Vignette 4

Alias	Citat-nummer	Citat
Katri ne	51	"Jeg ønsker 100% at der er en 2-vejs kommunikation."
	52	"Der er også vigtig for mig, at det er 2-vejs. Sådan at jeg ville kunne stille spørgsmål og spørge ind til baggrunden. Også at kunne få ordentlig svar på det. Det er ret vigtigt for mig."
	53	"Det er sådan jeg er tryk i situationen. Det er en kontrolting."
Cana	54	"Jeg tror igen det ville komme an på, hvilket lægemiddel det er og hvor godt jeg kender det lægemiddel i forvejen. Hvis det er noget jeg ikke har forstand på, så ville jeg helt klart lade det være op til lægen. Hvis det var smertestillende eller sådan noget, så ville jeg nok godt selv inddrages. Også i forhold til hvilke smerter jeg så ville have og sådan noget."
Mads	55	"Jeg skal bare have at vide, hvordan det forløber. Jeg skal bare have faste rammer. Det er bedre end at jeg selv skal tage stilling til det ene og det andet."
	56	"Jeg ved det om medicinen, som jeg har fået at vide hos lægen. Og så tænker jeg at lægen har styr på resten. Det er ikke fordi jeg er uvidende omkring det medicin jeg tager, men det er ikke noget der sådan interesserer mig. Jeg har ikke brug for at diskutere noget, som jeg ikke ved særlig meget om. Så er det selvfølgelig at man lægger sin tillid på nogle andre, men igen; det er jo lægefaglig personale."

Simone	57	"Jeg tror stadig at jeg godt kan lide en 2-vejs kommunikation. Det der med at vi kan tale om det, og at vi kan gøre det eksempelvis den her måde – og hvordan har du det med det?"
	58	"Det kan også bare være, at der var et eller andet, og jeg ville tænke "åh det passer dårligt at skulle til at rode i det lige nu" eller sådan noget."
	59	"Men egentlig, så kan jeg jo egentlig også godt lide at få nogle lidt specifikke retningslinjer. Og på den måde ville det jo være meget fint, hvis lægen ligesom besluttede at "nu gør vi sådan her", og så var der ligesom en plan."
	60	"Så længe der bare bliver fulgt op på det. Det er næsten det vigtigste for mig. En ting er hvordan man stopper med medicinen, men ligesom med en kontrolsamtale med medicinen, så ville jeg også gerne vide hvornår jeg skulle til næste kontrolsamtale uden medicinen."
	61	"Altså jeg er virkelig tryk ved min læge, og det er jo det der gør det. Det er jo virkelig det, kommunikationen har gjort. At den har været så god, har jo gjort mig helt vild tryk."
Jane	62	"Jeg vil helt sikkert foretrække en 2-vejs kommunikation, hvor jeg selv inddrages mest muligt. Jeg vil gerne føle at der var plads til mig og til at jeg kunne sætte ord på de tanker og følelser jeg har om det, og at der var rum til at jeg kunne få svar på alle de spørgsmål jeg måtte sidde med"
	63	"Jeg tror det ville kunne gøre mig mindre usikker, at jeg ville føle at jeg var en del af processen og ikke bare lægen der proppede noget ned over hovedet på mig. Jeg ville føle at jeg selv var en del af det."
Kalle	64	"Jeg vil helst have at lægen informerer. Jeg føler at de ved det bare – hvad det gør ud over og hvad de forskellige konsekvenser kan være. Det ved man jo ikke selv, det har man jo ingen mulighed for selv at vide."
	65	"Det har de ikke tid til på hospitalet, det går alt for stærkt. Jeg har det også sådan, man bliver lidt bekymret, fordi når man skal indlægges mens det bliver kørt ind og sådan – så må det jo også være fordi, at der kan ske noget utilsigtet ved det."
	66	"Jamen det tror jeg også på, at det har lægen styr på. Men jeg ved ikke helt med de lokale læger, altså. Specialisterne, dem tror jeg på."
Sanne	67	"Jeg ville gerne involveres lidt. Så vi kan snakke lidt om det, men stadigvæk med hovedvægt på lægens ord. Det er jo lægen som ved det."

Vignette 5

Alias	Citat-nummer	Citat
Katri	68	"Jeg vil være mere skeptisk der må jeg indrømme."
	69	"Hvis hun har en begrundet årsag til at sige det hun gør, vil jeg selvfølgelig lytte på hende."

	70	"Men en tilfældig farmaceut, som egentlig kun lige spørger "hvordan går det, hvorfor får du det her, hvordan har du det", og så derefter siger "det burde du stoppe med". Så ville jeg rulle øjne af hende og sige "ja okay, det siger vi bare". Fordi der mener jeg personlig at de ikke kender nok til, til at kunne sige sådan ud af det blå."
	71	"Igen, det kommer rigtig meget an på hvordan personen har sagt det. Fordi hvis de bare siger sådan "det burde du snakke med din læge om at trappe ud af", så bliver jeg sådan "øh, okay. Hvorfor det? Gider du gå væk? Det skal du ikke bestemme". Men hvis de siger at hun kan se at jeg får to ting, som de har erfaring med er kontraindikerede at det burde lægen have set, så ville jeg sige "Nå okay, gør de det? Kan du fortælle lidt mere". Så ville jeg tage det mere seriøst og spørge min egen læge om det."
	72	"I mit hoved, med mindre de har en begrundet årsag, så kunne de ligeså godt være en tilfældig person på gaden som siger "tager du noget medicin, det skal du lade være med". Så ville jeg være sådan "de skal du ikke bestemme, random person i Netto.""
	73	"Men stadig ville jeg nok være biased til et eller andet sted at stole mere på lægen."
Cana	74	"Jeg ville være meget kritisk. Jeg ville nok tage fat i min egen læge og tage snakken med hende i stedet for personen på apoteket."
	75	"Altså, hvis jeg lige havde taget blodprøver og alt var fint, så ville jeg være meget kritisk. Hvis det har været lige tæt op til årlig kontrol, så kan det måske godt være at jeg ville gå direkte til lægen. Så det kommer også lidt an på hvornår på året det er og i forhold til min sygdomshistorie."
	76	"Så [hvis det kom fra en anden læge] ville jeg være meget i tvivl. Jeg ville høre om hvorfor og begrundelsen, og så ville jeg faktisk også her tage over til min egen læge for at tale med hende omkring det."
	77	"Jeg ville stole på at lægen vidste mere om sygdommen end farmaceuten ville. Og så ville jeg stole mere på farmaceuten hvad angår symptomer eller bivirkninger i forhold til medicinen."
Mads	78	"Det kan da godt få mig til at tænke lidt over det. Jeg kunne da måske godt finde på at lave en e-konsultation med min læge, og stille spørgsmål til det jeg har hørt på apoteket."
	79	"Det er jo lægen der skal ordinere medicinen og ikke personalet på apoteket."
Simo ne	80	"Hvis jeg tager lægemidler, hvor der ville være en eller anden negativ effekt af dem sammen, så er det jo super smart at de siger det. Men ellers så tror jeg faktisk også lidt at jeg ville tænke, at jeg ville tage det med til næste kontrol. Men jeg tror ikke at jeg ville skynde mig at få en ny konsultation."

	81	"Men hvis alt ligesom var i orden, så ville jeg altså ikke tage en konsultation mere for det."
	82	"Inde i mit hoved ville jeg nok tænke "det er da sødt nok af dig at sige det, men det skal du egentlig ikke blande dig i"."
	83	"Jeg tror det ville være anderledes, hvis jeg fik noget medicin med nogle trælse bivirkninger eller hvis det at tage medicinen var forbundet med noget ubehag. Så ville jeg da nok være mere modtagelig overfor den slags, hvis det ville gøre noget bedre."
Jane	84	"Jeg tror jeg ville blive lidt overrasket. Jeg ville nok tænke at det var en læges kald, at skulle foreslå det."
	85	"Altså er det "bare" fordi hun lige synes jeg tager meget medicin, eller er der egentlig en reel grund?"
	86	"Når man kommer ned på apoteket, det er sjældent en man har et forhold til, man møder. Det føler jeg trods alt man har til sin læge."
	87	"Jeg tror også jeg ville blive ramt af usikkerhed. "Er der noget lægen ikke har fortalt mig eller været opmærksom på?"."
	88	"Det handler egentlig ikke om, om det er en læge eller en farmaceut, det er mere det, at det er en der ikke kender mig."
Kalle	89	"Jamen det ville jeg tage til efterretning og snakke med lægen om. Fordi det kan jo være alle mulige nye præparater og ny viden. Der sker jo stadigvæk en masse. Jeg ville ikke som sådan blive bekymret, jeg ville måske mere se det som en mulighed. Jeg tror på at de alle sammen gør det bedste de kan, med den viden de har. Der er jo ny viden hele tiden."
Sanne	90	"Jamen igen, så er jeg jo så autoritetstro, at jeg tænker at det må de jo vide. Så jeg ville da ringe til lægen og sige at apotekeren har sagt sådan og sådan."
	91	"I forhold til at det er lægen, der ordinerer det. Så tænker jeg at det gør lægen på baggrund af mig og kendskab til mig. Apotekeren og en fremmed læge vil gøre det på baggrund af det der står, den medicin det er."

Vignette 6

Alias	Citat-nummer	Citat
Katri ne	92	"Ja det ville ændre en hel del for mig. Og det tror jeg nok er en hel del på grund af, at når man står i skranken, så står man som kunde. Og så er man et helt andet sted, også i hovedet, end når du sidder som patient. Jeg tror, for at jeg ville takke ja til det, så ville det skulle kommunikeres ret klart og tydeligt hvorfor at personen mener, at man skulle gå af lægemidlet."
	93	"Ja, det [at farmaceuten bærer informationen til lægen] ville ændre en hel del. For så er det ligesom to fagpersoner, der vurderer min situation,

		i stedet for at jeg selv skal præsentere lægen for farmaceutens ord, som jeg ligesom skal forsøge at overbevise ham om.”
	94	”Jeg tror egentlig at jeg har fint tillid til apoteket. Men ja, det ville det [øge tilliden til apoteket] nok egentlig.”
	95	”Hvis man får lov til at snakke med farmaceuten på den måde, så bliver man lidt mere overbevist om, at det ikke bare er et sted med 20-årige piger der står og skal sælge dig et produkt. Så er det mere en professionel, der har brugt rigtig mange år på at lære det her fag, som siger noget til mig, som jeg måske bør høre efter.”
	96	”Det ville øge min tillid til apoteket, hvis jeg fik lov at have en dybere samtale med en farmaceut der.”
Cana	97	”Jeg ville have min læge skulle godkende det, inden der skulle ske noget. Så ville jeg gerne tale med farmaceuten.”
Mads	98	”Jeg var slet ikke klar over, at man kunne få sådan noget vejledning på apoteket.”
	99	”Altså, det kommer måske an på situationen og hvor travlt jeg har. Men jeg vil da gerne lytte på, hvad farmaceuten siger. Men jeg tror stadig at min tillid ligger... eller, måske ikke tillid sådan, men jeg tror stadig at jeg ville involvere min egen læge. Spørgsmålet er så, om det er farmaceuten der skal viderebringe hendes synspunkt til min læge. Så der var kommunikation mellem apoteket og lægen.”
	100	”Så skulle det måske være fordi at hun spurgte ind til nogle bivirkninger, som jeg ikke var klar over at jeg havde, men jeg faktisk havde. Og det så kunne være at man kunne komme væk fra de bivirkninger ved seponering eller anderledes medicinering.”
	101	”Jeg var ikke klar over, at man kunne få sådan noget vejledning af farmaceuten, men måske hvis det sådan var mere udbredt – at der måske var noget kampagne eller reklame om det, at man også kan bruge apoteket til vejledning. For mit vedkommende, så ser jeg det egentlig bare som om, at jeg går ned og køber medicinen i en slags kiosk, som lige giver lidt hurtig vejledning med. Hvis det var mere kendt, at man kunne bruge apoteket til lidt dybere vejledning, så tror jeg måske man ville være mere åben for det.”
Simo ne	102	”Altså så ville man da få lidt mere info om, hvad der helt konkret ville ske ved det. Og på den måde ville det jo være rigtig fint. Altså sådan fremadrettet. Men jeg synes også det er lidt, for farmaceuten kender jo ikke forhistorien. Så jeg ville gerne høre om hvordan det skulle fungere og hvad der er af muligheder. Og det ville jeg så tage med mig, til når jeg igen er ved lægen, og vi så kan tage en eventuel beslutning omkring det.”
	103	”Man kan sige, et kvarters samtale, jeg ville jo ikke kunne få det hele med i konsultationen hos lægen, hvor jeg også kun har et kvarter.”

	104	"Jeg tænker at man er vel interesseret i det, hvis man allerede er i overvejelsesfasen af at nu skal jeg snart ud af det her. Så tror jeg at jeg ville være meget nem at overtale, hvis jeg selv havde gået og leget med tanken om, at der skulle ske noget."
	105	"Jeg tænker at det er jo egentlig virkelig smart, at man kan bruge apoteket på den måde. Der står jo en masse viden derinde, så det er da lidt dumt at man ikke bruger det mere"
	106	"Men jeg må også helt ærlig tilstå, at jeg tænker, at så har man et sted mere, hvor man skal begynde at få lavet aftaler. Det er et rigtigt fint tilbud og det er rart at den er der, men hvor meget jeg selv ville bruge det."
	107	"Det er nok først og fremmest som en butik. Også nogle gange når man bliver spurgt ind til symptomer og jeg egentlig siger nej til dem, så er det lige før at de prøver at sælge mig det ene og det andet mod de her symptomer, som jeg jo så ikke har. Det bliver lidt for meget og det bliver lidt irriterende faktisk"
	108	"På det punkt er det jo også lidt et sundhedshus, for man får jo hjælp til en masse ting, som man ikke selv ved hvad man skal gøre ved."
Jane	109	"Det ændrer helt sikkert noget for mig. Så vil trygheden måske komme lidt tilbage, og jeg ville være mere sikker på, at det ikke bare er noget hun slynger ud. Altså, der ligger noget bag og det har jeg mulighed for at få uddybet. Det tænker jeg, der ville være tryk på en anden måde."
	110	"Jeg tror det handler meget om hvordan de møder mig. Føler jeg mig mødt af hende fra start, og hvordan hun får sagt det første gang. Sådan at det ikke bliver sådan "nu skal du da også til at stoppe". Sådan at jeg føler mig imødegået og giver mig en følelse af, at hun gør det her for at hjælpe mig."
	111	"Jeg kan godt føle at apoteket bare er sådan; ind og trække et nummer, vente i kø, købe medicinen og ud igen. Men det ville jo ændre det til, at det også blev et trygt rum, hvor man også kunne tale om de udfordringer der kan være forbundet med at tage et lægemiddel. Den der information, hvad gør det ved dig, at du tager det her lægemiddel, og hvordan kan vi hjælpe dig bedst. Det kan man jo ikke rigtig få et andet sted. Så hvis det ligesom blev mere tydeligt, eller hvis det blev mere klart for mig, at jeg kunne få det rum på apoteket, så ville det da helt klart øge min tryghed og også lysten til at komme på apoteket"
Kalle	112	"Jamen det er jo fordi, at jeg har jo godt nok fået at vide, hvad de gør de der piller. Men det er jo svært at huske. Og der er jo også bivirkninger. Og hvis man nu kunne slippe for nogle af dem, ved at tage et andet lægemiddel. Hvis hun havde en bedre løsning, der gav samme resultat. Man ved det jo ikke."

	113	”Jeg tror såmænd ikke hun behøver at overbevise mig. Jeg ville tage imod, hvis det var muligt. For ændringen skal jo alligevel ske ved lægen, så var der jo lige mulighed for at kunne gå og tænke over det.”
	114	”Jamen det ville det jo nok egentlig [ændre det hvis farmaceuten bærer informationen til lægen]. For man hører jo tit det, man gerne vil høre. Jeg tror de er bedre til at kunne overlevere den besked. Det ville da også være nemmere, men jeg ville også gerne selv kontakte min læge. Men det kan jo være lidt svært, selv at skulle referere. Så kunne det være man fik en seddel med eller noget.”
	115	”Jeg føler nok mest, at det er en butik. Altså, det er jo et sted, jeg går ned og får det lægen har skrevet ud. Men så alligevel, hvis du så får et eller andet – en vorte måske, så kan man gå derind og spørge. Og på det led, så er det jo altså også et sundhedshus. Hvis man får en eller anden mærkelig ting, så går vi jo derind og får en creme eller noget. De ved jo noget om nogle ting. Det føler jeg da er god vejledning.”
Sanne	116	”Det lyder lidt dum, men hvis jeg havde tid.”
	117	”Jamen så skulle det måske aftales på forhånd. Altså det ville være fint for mig, at hun siger, at hun har et forslag og at vi kunne sætte os ned og snakke om det – på et tidspunkt. Det er egentlig tiden, der er afgørende.”

Vignette 7

Alias	Citat-nummer	Citat
Katri ne	118	”For at være tryk i sådan noget, så både tænker jeg og har oplevet, at det kræver en virkelig godt udlagt plan. Det er vigtigt at der er fokus på hvad man vil opleve. Om det er lægen eller farmaceuten, der har lavet den, det betyder faktisk ikke så meget.”
	119	”Og jeg tror også at hvis man oplever nogle lidt underlige bivirkninger, så tror jeg også at jeg ville gå ned til farmaceuten eller på apoteket og fortælle hvad jeg oplever og spørge om de kan hjælpe mig igennem det. Og så tror jeg at jeg ville stole lidt mere på dem, i det scenarie. Men det handler rigtig meget om den gode kommunikation, hvor der bliver lagt klart ud hvad sker der, og hvorfor gør der det og hvordan kommer det til at forløbe.”
	120	”Det ville hjælpe koloenormt meget [at få hjælp undervejs]. Hele det der med at have en god kommunikation om, hvad der er forventeligt, f.eks. med bivirkninger. At kunne gå ned på sit apotek og sige, at ”jeg er ved at blive seponeret fra det her. Kan I ikke hjælpe mig, for jeg er ved at flippe lidt ud?”. Det ville gøre utrolig meget. At have nogle at gå til.”

	121	"Jeg tror for mig personligt at det [planlagt opfølgning] ville være meget rart at få den mulighed. Selv hvis ikke jeg ville bruge muligheden, så er det rart at vide, at det er en mulighed."
	122	"Jeg ville måske gøre det med min egen læge også, hvis der var noget, men jeg tror det ville være meget behageligt for mig at tale med en farmaceut om det. Om ikke andet, så også. Fordi det ofte er dem der ved lidt mere om hvad de gør og hvorfor, hvor lægen er lidt mere bare sådan; det er det her vi er vandt til at give."
Cana	123	"Jeg ville vide meget omkring bivirkninger, hvordan jeg får det og det ene og det andet. Det ville jeg tale med farmaceuten om. Hvordan reagerer jeg? Fordi det ville være det vigtigste for mig. Hvad der kommer til at ske og hvad kan jeg forvente? Det skal være helt klart på plads."
	124	"Helt 100. Løbende kontakt ville være det optimale, helt sikkert. Jeg ville foretrække at der var nogen, der henvendte sig til mig. Det er fordi at hvis jeg selv skal henvende mig, så kan der godt gå en uge eller to før jeg henvender mig. Så er det bedre at der er en fast aftale og så ringer de på et tidspunkt vi har aftalt."
Mads	125	"Det kunne jeg godt forestille mig ville være fint med sådan en status. Det er ikke ensbetydende med at det skal fortsætte, men det ville være en meget fin idé efter sådan 14 dage eller noget, som sådan en engangsting. Og det behøver jo ikke være lægen, der gør det. Det kan jo sagtens være en farmaceut. Og hvis man så snakker sammen og bliver enige om, at der er noget der skal snakkes videre om, at man så tager fat i egen læge."
Simone	126	"Det ville være at der havde været en god kommunikation og at man ligesom er blevet taget med ind i de steps der er. At man ikke bare nærmest skal lave en kold tyrker uden at være forberedt"
	127	"Hvis det f.eks. stod på recepten at jeg skulle seponeres eller hvis jeg fik en mindre pakke, så kunne det jo være relevant at apoteket gjorde noget. Det kunne jo også være, at lægen faktisk kunne henvise til den samtale på apoteket, så det ligesom hang sammen og ikke kom ud af det blå. Så ville man inden man kom ned på apoteket at det var en mulighed, og så behøvede man ikke stå i skranken og vurderer om man er interesseret eller ej. Nogle gange kan man godt blive taget lidt med bukserne nede, og måske har man lige lidt travlt den dag, så kan det være at når man kommer hjem og får tænkt over det, at så ville man måske egentlig gerne. Men der kræver det alligevel noget selv at henvende sig og sige, at man alligevel er interesseret."
	128	"De her samtaler, det anede jeg ikke at de gjorde sig i. Det giver jo super god mening, at der er den mulighed for at bruge apotekets viden og kunnen. Og komme lidt tættere på sin medicin. En ting er jo at stå i skranken, men medicin er jo en privat ting, så jeg kan da godt forstå at

		nogle – inklusiv mig selv – ikke har lyst til at have lange dybe samtaler i skranken. Og så er det helt klart nemmest, hvis der var nogen der rakte ud til mig med muligheden, frem for at jeg selv skulle opsøge den.”
Jane	129	”Jeg tror igen at det, der går forud for det, er meget vigtigt. Så jeg føler, at jeg er blevet inddraget godt i processen og ved hvordan jeg kan reagere og hvad kan der ske kropsligt. Sådan at jeg ikke bliver overrasket med noget. Så ja, jeg tænker det der går forud for seponeringens start, det er meget meget vigtigt. En god proces hvor jeg har følt mig inddraget.”
	130	”Hvis man havde en livline, som man kunne række ud til, når der sker noget med kroppen eller hvis noget blev ubehageligt. Sådan, ”er det her normalt?”. Det ville give en kæmpe tryghed at vide, at man kunne række ud og få be- eller afkræftet nogle af de tanker der fylder i hovedet.”
	131	”Det ville være rigtig fint at have en aftale. Og hvis man kunne kombinere det med endnu en sikkerhedslinje, som sagde, at hvis der skete et eller andet eller man blev utryg, så kunne man kontakte et nummer eller noget. Bare så man vidste muligheden var der. Det er ikke sikkert at jeg ville bruge det, slet ikke hvis vi havde aftalt et møde om 14 dage, men nogle gange kan visheden om at det er en mulighed være nok til at skabe tryghed.”
Kalle	132	”Det er nok for om jeg får nogle andre bivirkninger. Og om det gør nogen negative ting ved mit helbred. Jeg ville nok blive lidt ekstra opmærksom, og somme tider kan man altså godt blive for opmærksom.”
	133	”Men ens krop skal jo også vænne sig til at tage alt det. Der går lang tid inden man egentlig har det godt med. Og det er både fysisk men også psykisk.”
	134	”Ja det tror jeg, at der var en god idé. Så ved man at man ligesom kan gå og samle op. Og man får jo helt sikkert nogle spørgsmål løbende. Og de fleste spørgsmål er jo egentlig grundløse, det er jo bare en selv der er over-opmærksom. Så det ville være rart, hvis man kunne få svar på dem der dumme spørgsmål.”
	135	”Jeg ville synes det var rart med et nummer, man bare kunne henvende sig på. Som ikke bare var ned på apotekets almindelige travle telefon. Og ellers ville jeg nok foretrække, at der var en der rakte ud efter mig.”
Sanne	136	”Hvis vi havde aftalt det på forhånd med apotekeren og lægen, så ville jeg være ret tryk ved det. Det ville jeg ikke føle utryghed ved. Måske ville jeg være lidt mere obs på nogle symptomer i en periode, men hvis der ikke var nogle symptomer i en periode, så ville jeg ikke tænke at det var noget der gav anledning til bekymring.”

Bilag 4

Interviewanalyse i codes

Hos Lægen

Vignette 1

Codes	Citatnummer
Kommunikation	<i>Citat 4:</i> "Det er meget stille og roligt..." (Cana)
	<i>Citat 6:</i> "Det er fint, at det bare er lægen der taler..." (Mads)
	<i>Citat 7:</i> "Ja det vil jeg sige, det er meget en 2-vejs dialog..." (Simone)
	<i>Citat 9:</i> "Jeg oplever at det er lægen der tager ordet..." (Jane)
	<i>Citat 13:</i> "Jeg føler at man ikke bliver taget nok med..." (Kalle)
	<i>Citat 15:</i> "Det er en 2-vejs kommunikation..." (Kalle)
	<i>Citat 18:</i> "Jeg tror at jeg når at tænke..." (Sanne)
	<i>Citat 19:</i> "Det er næsten kun 1-vejs kommunikation synes jeg." (Sanne)
Tillid	<i>Citat 14:</i> "Jeg føler at vi, i hvert fald os herude på landet..." (Kalle)
	<i>Citat 17:</i> "Altså, en konsultation hos lægen..." (Sanne)
Sprogligt	<i>Citat 5:</i> "Kommunikationen er meget god..." (Mads)
	<i>Citat 8:</i> "Ja, det er nemlig noget af det, jeg synes er ret rart..." (Simone)
Respekt	<i>Citat 1:</i> "Hvordan man bliver talt til, føler jeg er ret vigtigt" (Katrine)
	<i>Citat 3:</i> "Fordi man føler sig talt ned til og man føler..." (Katrine)
	<i>Citat 12:</i> "Jeg ville nok have det lidt svært ved at sige det højt..." (Jane)
	<i>Citat 16:</i> "Nej jeg synes det er generelt, når man er til lægen..." (Kalle)
Information	<i>Citat 2:</i> "Og det er ret vigtigt at man kommunikerer..." (Katrine)
	<i>Citat 10:</i> "Men jeg kan også godt mærke, at det måske..." (Jane)
	<i>Citat 11:</i> "Det kan godt være lidt svært, det er lidt en balance..." (Jane)

Vignette 3

Codes	Citatnummer
Information	<i>Citat 35:</i> "For mig er de nødt til at forklare hvorfor..." (Katrine)
	<i>Citat 45:</i> "Da jeg selv skulle stoppe på eksempelvis p-piller..." (Jane)
Følelser	<i>Citat 42:</i> "Men det kommer også meget an på..." (Simone)
	<i>Citat 44:</i> "Jeg tror jeg ville blive lidt usikker..." (Jane)
	<i>Citat 46:</i> "Så ja, jeg tænker at hvis det var noget..." (Jane)
	<i>Citat 48:</i> "For noget af det ville jeg være skeptisk..." (Kalle)
Reaktion	<i>Citat 34:</i> "Ja, min reaktion er forskellig alt efter hvilket..." (Katrine)

	<i>Citat 36:</i> "Jeg ville have det ret skidt med det, fordi jeg ved..." (Cana)
	<i>Citat 38:</i> "Det tænker jeg vel er positivt. Det er et positivt svar..." (Mads)
	<i>Citat 47:</i> "Jeg vil da helst have så lidt [medicin] som muligt..." (Kalle)
Tillid	<i>Citat 37:</i> "Det ville jeg havde det skidt med..." (Cana)
	<i>Citat 39:</i> "Det negative er, at man skal finde en ny rytme..." (Mads)
	<i>Citat 40:</i> "Det kunne godt være, hvis det var noget mere kritisk..." (Mads)
	<i>Citat 41:</i> "Jeg tænker at lægen siger det af en grund..." (Simone)
	<i>Citat 43:</i> "Men det er måske også fordi at jeg har haft den..." (Simone)
	<i>Citat 49:</i> "Jamen hvis jeg skulle det, så ville jeg til hjertelægen..." (Kalle)
	<i>Citat 50:</i> "Jeg er meget tro mod lægen. Jeg tror på det lægen..." (Sanne)

Vignette 4

Codes	Citatnummer
Information	<i>Citat 55:</i> "Jeg skal bare have at vide, hvordan det forløber..." (Mads)
	<i>Citat 64:</i> "Jeg vil helst have at lægen informerer..." (Kalle)
Kommunikation	<i>Citat 51:</i> "Jeg ønsker 100% at der er en 2-vejs kommunikation." (Katrine)
	<i>Citat 52:</i> "Der er også vigtig for mig, at det er 2-vejs..." (Katrine)
	<i>Citat 57:</i> "Jeg tror stadig at jeg godt kan lide en 2-vej..." (Simone)
Inddragelse	<i>Citat 54:</i> "Jeg tror igen det ville komme an på..." (Cana)
	<i>Citat 59:</i> "Men egentlig, så kan jeg jo egentlig også godt lide..." (Simone)
	<i>Citat 62:</i> "Jeg vil helt sikkert foretrække en 2-vejs..." (Jane)
	<i>Citat 67:</i> "Jeg ville gerne involveres lidt. Så vi kan snakke..." (Sanne)
Tryghed	<i>Citat 53:</i> "Det er sådan jeg er tryk i situationen..." (Katrine)
	<i>Citat 61:</i> "Altså jeg er virkelig tryk ved min læge..." (Simone)
	<i>Citat 63:</i> "Jeg tror det ville kunne gøre mig mindre usikker..." (Jane)
	<i>Citat 60:</i> "Så længe der bare bliver fulgt op på det..." (Simone)
Følelser	<i>Citat 58:</i> "Det kan også bare være, at der var et eller andet..." (Simone)
	<i>Citat 65:</i> "Det har de ikke tid til på hospitalet, det går alt..." (Kalle)
Tillid	<i>Citat 56:</i> "Jeg ved det om medicinen, som jeg har fået at vide..." (Mads)
	<i>Citat 66:</i> "Jamen det tror jeg også på, at det har lægen styr på..." (Kalle)

På apoteket

Vignette 2

Codes	Citatnummer
-------	-------------

Kommunikation	<i>Citat 21:</i> "Når det gælder om det der "er du vandt til at tage..." (Katrine)
	<i>Citat 26:</i> "Det bliver meget procedure i skranken, tænker jeg..." (Simone)
	<i>Citat 32:</i> "De møder mig og det er en god kommunikation..." (Kalle)
Forståelse	<i>Citat 23:</i> "Hun kan høre at jeg har styr på det..." (Mads)
	<i>Citat 28:</i> "Jeg oplever egentlig at de stoler på mig." (Jane)
Information	<i>Citat 29:</i> "Men jeg synes også det er en balancegang..."(Jane)
	<i>Citat 31:</i> "Jeg føler i hvert fald at hvis jeg vil have..." (Kalle)
Følelser	<i>Citat 24:</i> "Men nogle gange kan jeg godt få sådan en lidt..." (Simone)
	<i>Citat 30:</i> "Jeg tror det kommer an på flere ting..."(Jane)
	<i>Citat 25:</i> "Nu lyder det også som om, at jeg tager det meget..."(Simone)
Oplevelse	<i>Citat 20:</i> "I storbyen føler jeg mig bare som endnu en..." (Katrine)
	<i>Citat 22:</i> "Jeg gør mig faktisk ikke de store tanker..."(Cana)
	<i>Citat 27:</i> "Jeg tror også det er fordi, altså det der med at stå nede..." (Jane)
	<i>Citat 33:</i> "Det virker som om, at de er gode til at læse folk..."(Sanne)

Vignette 5

Codes	Citatnummer
Reaktion	<i>Citat 69:</i> "Hvis hun har en begrundet årsag til at sige det..." (Katrine)
	<i>Citat 71:</i> "Igen, det kommer rigtig meget an på hvordan..." (Katrine)
	<i>Citat 75:</i> "Altså, hvis jeg lige havde taget blodprøver og alt..." (Cana)
	<i>Citat 78:</i> "Det kan da godt få mig til at tænke lidt over det..." (Mads)
	<i>Citat 80:</i> "Hvis jeg tager lægemidler, hvor der ville være en..." (Simone)
	<i>Citat 81:</i> "Men hvis alt ligesom var i orden, så ville jeg altså..." (Simone)
	<i>Citat 83:</i> "Jeg tror det ville være anderledes, hvis jeg fik noget..." (Simone)
	<i>Citat 89:</i> "Jamen det ville jeg tage til efterretning og snakke..." (Kalle)
Tillid	<i>Citat 77:</i> "Jeg ville stole på at lægen vidste mere om sygdommen..." (Cana)
	<i>Citat 90:</i> "Jamen igen, så er jeg jo så autoritetstro, at jeg..." (Sanne)
Relation	<i>Citat 72:</i> "I mit hoved, med mindre de har en begrundet årsag..." (Katrine)
	<i>Citat 86:</i> "Når man kommer ned på apoteket, det er sjældent en..." (Jane)
	<i>Citat 88:</i> "Det handler egentlig ikke om, om det er en læge..." (Jane)
	<i>Citat 91:</i> "I forhold til at det er lægen, der ordinerer det..." (Sanne)
Information	<i>Citat 85:</i> "Altså er det "bare" fordi hun lige synes jeg tager meget..." (Jane)
	<i>Citat 87:</i> "Jeg tror også jeg ville blive ramt af usikkerhed..." (Jane)
Følelser	<i>Citat 73:</i> "Men stadig ville jeg nok være biased..." (Katrine)

Skepsis	<i>Citat 82:</i> "Inde i mit hoved ville jeg nok tænke "det er da sødt..." (Simone)
	<i>Citat 84:</i> "Jeg tror jeg ville blive lidt overrasket. Jeg ville nok..."(Jane)
	<i>Citat 68:</i> "Jeg vil være mere skeptisk der må jeg indrømme." (Katrine)
	<i>Citat 70:</i> "Men en tilfældig farmaceut, som egentlig kun lige..." (Katrine)
	<i>Citat 74:</i> "Jeg ville være meget kritisk. Jeg ville nok tage fat i..." (Cana)
	<i>Citat 76:</i> "Så [hvis det kom fra en anden læge] ville jeg være..." (Cana)
	<i>Citat 79:</i> "Det er jo lægen der skal ordinere medicinen og ikke..."(Mads)

Vignette 6

Codes	Citatnummer	
Kommunikation	Citat 92: ”Ja det ville ændre en hel del for mig. Og det tror jeg...”(Katrine)	
	Citat 103: ”Man kan sige, et kvarters samtale, jeg ville jo ikke...”(Simone)	
	Citat 110: ”Jeg tror det handler meget om hvordan de møder mig...” (Jane)	
	Citat 114: ”Jamen det ville det jo nok egentlig...” (Kalle)	
Sikkerhed	Citat 93: ”Ja, det [at farmaceuten bærer informationen til...” (Katrine)	
	Citat 97: ”Jeg ville have min læge skulle godkende det, inden der...” (Cana)	
Tillid	Citat 94: ”Jeg tror egentlig at jeg har fint tillid til apoteket...” (Katrine)	
	Citat 96: ”Det ville øge min tillid til apoteket, hvis jeg fik lov...” (Katrine)	
Apoteket	Vejledning	Citat 98: ”Jeg var slet ikke klar over, at man kunne...” (Mads)
		Citat 105: ”Jeg tænker at det er jo egentlig...” (Simone)
		Citat 108: ”På det punkt er det jo også lidt et...” (Simone)
	Generel brug	Citat 95: ”Hvis man får lov til at snakke med...” (Katrine)
		Citat 101: ”Jeg var ikke klar over, at man kunne...” (Mads)
		Citat 106: ”Men jeg må også helt ærlig tilstå...” (Simone)
		Citat 107: ”Det er nok først og fremmest som en...” (Simone)
		Citat 111: ”Jeg kan godt føle at apoteket bare sådan...” (Jane)
	Citat 115: ”Jeg føler nok mest, at det er en butik...” (Kalle)	
Information	Citat 100: ”Så skulle det måske være fordi at hun spurgte ind...” (Mads)	
	Citat 109: ”Det ændrer helt sikkert noget for mig. Så vil trygheden...” (Jane)	
	Citat 112: ”Jamen det er jo fordi, at jeg har jo godt nok fået...” (Kalle)	
	Citat 104: ”Jeg tænker at man er vel interesseret i det, hvis man...” (Simone)	

Reaktion	<i>Citat 99:</i> "Altså, det kommer måske an på situationen og hvor..."(Mads)
	<i>Citat 102:</i> "Altså så ville man da få lidt mere info om, hvad der..." (Simone)
	<i>Citat 113:</i> "Jeg tror såmænd ikke hun behøver at overbevise mig..." (Kalle)
	<i>Citat 116:</i> "Det lyder lidt dum, men hvis jeg havde tid." (Sanne)
	<i>Citat 117:</i> "Jamen så skulle det måske aftales på forhånd..." (Sanne)

Hjemme hos patienten

Vignette 7

Codes	Citater
Planlægning	<i>Citat 118:</i> "For at være tryk i sådan noget, så både tænker jeg..." (Katrine)
	<i>Citat 129:</i> "Jeg tror igen at det, der går forud for det..." (Jane)
Kommunikation	<i>Citat 126:</i> "Det ville være at der havde været en god..." (Simone)
Information	<i>Citat 119:</i> "Og jeg tror også at hvis man oplever nogle..." (Katrine)
	<i>Citat 123:</i> "Jeg ville vide meget omkring bivirkninger..." (Cana)
	<i>Citat 132:</i> "Det er nok for om jeg får nogle andre bivirkninger..." (Kalle)
Tryghed	<i>Citat 122:</i> "Jeg ville måske gøre det med min egen læge også..." (Katrine)
	<i>Citat 133:</i> "Men ens krop skal jo også vænne sig til at tage alt..."(Kalle)
Hjælp	<i>Citat 120:</i> "Det ville hjælpe koloenormt meget..." (Katrine)
	<i>Citat 130:</i> "Hvis man havde en livline, som man kunne række..." (Jane)
	<i>Citat 135:</i> "Jeg ville synes det var rart med et nummer, man..."(Kalle)
Aftale	<i>Citat 121:</i> "Jeg tror for mig personligt at det..." (Katrine)
	<i>Citat 124:</i> "Helt 100. Løbende kontakt ville være det optimale..." (Cana)
	<i>Citat 125:</i> "Det kunne jeg godt forestille mig ville være fint..." (Mads)
	<i>Citat 131:</i> "Det ville være rigtig fint at have en aftale..." (Jane)
	<i>Citat 134:</i> "Ja det tror jeg, at der var en god idé. Så ved man at..." (Kalle)
	<i>Citat 136:</i> "Hvis vi havde aftalt det på forhånd med..." (Sanne)
Apoteket	<i>Citat 127:</i> "Hvis det f.eks. stod på recepten at jeg skulle..." (Simone)
	<i>Citat 128:</i> "De her samtaler, det anede jeg ikke at de gjorde..." (Simone)

Bilag 5

Opslag til rekruttering

Empathy Map

Hjælp mig med at forstå patienter i seponeringssituationer

Vil du hjælpe mig med at komme med dit bud på, hvordan patienter oplever specifikke seponeringssituationer? Det kommer til at foregå i en kort workshop af 45-60 minutter, hvor vi arbejder med brainstorming.

Deltagelse er anonymt og forudsætter ikke egne erfaringer på området.

Farmakonomer, elever, farmaceuter og farmaceutstuderende kan deltage.

Mit navn er Camilla, og jeg er farmaceutstuderende på Københavns Universitet. Jeg er lige nu i gang med mit specialeprojekt, som har til formål at undersøge patientperspektivet på lægemiddelseponeringsprocessen.

Resultaterne af workshoppen skal hjælpe mig med at definere eventuelle følelser og tanker hos patienten i processen. Resultatet skal desuden danne basis for mit videre arbejde med interview af patienter i seponeringssituationer.

Workshoppene udføres i grupper af 3-6 personer og kommer til at foregå online. Hvis der er flere fra dit apotek, der har lyst til at deltage, vil jeg meget gerne komme på besøg og udføre workshoppen direkte på apoteket.

Har du lyst til at hjælpe, eller vil du gerne høre mere om projektet forinden, så tøv ikke med at kontakte mig:

Mail: xwc189@alumni.ku.dk

Tlf: 22 16 77 89

Jeg glæder mig til at høre fra dig.

Venlig hilsen

Camilla i Dali Poulsen

For mere information om projektet, se opslag i Netværket for Udvikling i Apotekerpraksis:

<https://www.pharmakon.dk/forskning/apoteksnetvaerk/patientperspektivet-paa-seponeringsprocessen/>

Patientinterview

Hjælp mig med at forstå patienter i seponeringssituationer

Tager du selv et eller flere lægemidler fast – og vil du hjælpe mig med at komme med dit bud på, hvordan patienter oplever specifikke seponeringssituationer? Det kommer til at foregå i et online interview, som varer ca. 30-45 minutter. Interviewet tager udgangspunkt i fiktive scenarier, og du behøver derfor ikke selv have erfaring med seponering. Alt deltagelse er anonymt.

Jeg har brug for hjælp fra Jer, som har fast ordineret et eller flere lægemidler, og som selv administrerer medicinen. Du behøver ikke vide en masse om din medicin, bare du selv står for genbestilling, afhentning på apotek og den daglige dosering.

Mit navn er Camilla, og jeg er farmaceutstuderende på Københavns Universitet. Jeg er lige nu i gang med mit specialeprojekt, som har til formål at undersøge patientperspektivet på lægemiddelseponeringsprocessen. Resultaterne af interviewene skal hjælpe mig med at forstå hvilke behov patienter kan have i en seponeringsproces, således vi kan hjælpe patienter til en bedst mulig oplevelse med processen.

Har du lyst til at hjælpe, eller vil du gerne høre mere om projektet forinden, så tøv ikke med at kontakte mig enten her på Facebook eller på en af følgende:

Mail: xwc189@alumni.ku.dk

Tlf: 22 16 77 89

Jeg glæder mig til at høre fra dig.

Venlig hilsen

Camilla i Dali Poulsen

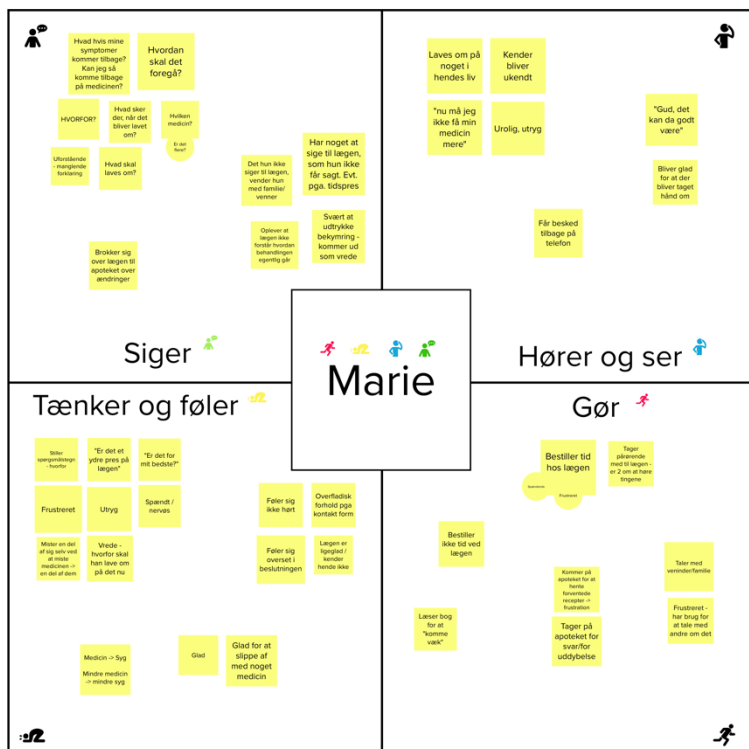
For mere information om projektet, se opslag i Netværket for Udvikling i Apotekerpraksis:

<https://www.pharmakon.dk/forskning/apoteksnetvaerk/patientperspektivet-paa-seponeringsprocessen/>

Bilag 6

Empathy Maps

Empathy Map 1



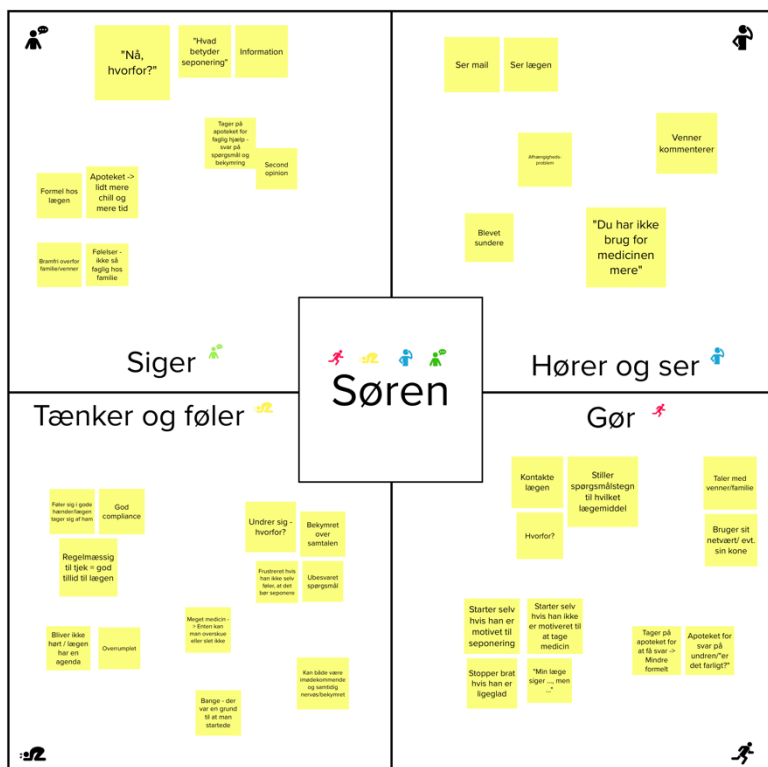
Patient

Marie er en 55-årig kvinde. Marie går på arbejde hver dag, og i sin fritid kan hun godt lide at læse bøger.

Marie får flere forskellige slags medicin hver dag. Hun har en god kontakt til lægen, som primært foregår pr. telefon og mail, og handler mest om fornyelse af Maries recepter, når disse udløber. Marie henter altid sin medicin på det lokale apotek.

Nu har Maries læge foreslået, at de ved næste møde skal tale om mulig seponering af et eller flere af Maries nuværende lægemidler. Det er første gang lægen nævner dette.

Empathy Map 2



Patient

Søren er en 60-årig mand. Søren går på arbejde hver dag, og i sin fritid går han på jagt.

Søren får flere forskellige slags medicin hver dag, og han går til regelmæssig kontrol hos lægen, som han har en god dialog med. Søren henter altid sin medicin på det lokale apotek.

Nu har Søren's læge foreslået, at de ved næste møde skal tale om mulig seponering af et eller flere af Søren's nuværende lægemidler. Det er første gang lægen nævner dette."

Bilag 7

Studiedetaljer

Studie detaljer	Formål	Metoder	Deltagere og opsætning	Resultater
Graabæk T.[23] 2021, Danmark	At undersøge perspektivet på seponering hos ældre med begrænset forventet levetid samt hos pårørende.	Kvalitative semistrukturerede interviews, som analyseres ved systematisk tekstkondensering.	20 plejehjemsbeboere samt 12 pårørende. Interview udføres på plejehjem eller hos pårørende.	De fleste deltagere havde ikke tænkt seponering som en mulighed, men både deltagere og pårørende var åbne for seponering, hvis denne var foreslået af sundhedsprofessionelle. Deltagerne havde tillid til sundhedspersonalet, på trods af begrænset kontakt.
Thompson W.[24] 2020, Danmark	At undersøge hvordan plejehjemsbeboere ønsker at drøfte seponering med lægen.	Kvalitative semistrukturerede ansigt-til-ansigt interviews, som analyseres ved systematisk tekstkondensering.	9 plejehjemsbeboere. Deltagerne blev identificeret på plejehjem (Region Syd) af plejepersonalet.	Deltagerne var kendt med antallet af deres lægemidler, men ikke kendt med hvilke og hvorfor. Deltagerne havde tillid til lægen og til den medicin, de fik. Deltagerne var åbne for seponering, hvis lægen foreslog det, men de havde svært ved at forestille sig at være involveret i drøftelse herom.

Farrell, B.[25] 2020, Canada	At forstå hvordan ordinerede medicinkaskader opstår og udvikler sig, samt at undersøge strategier for forebyggelse og håndtering af disse.	Semi-strukturerede kvalitative interviews, som analyseres ved en induktiv content analyse.	8 ambulante geriatriske patienter > 65 år, 1 pleje-personale, 1 farmaceut og 4 læger. Patienterne deltog i halve dage, 2 gange om ugen, over en 8-10 ugers periode	Medicinkaskaderne opstod af flere årsager; herunder at medicinen ikke løbende blev vurderet, samt at der ikke var direkte tilknyttet indikation på de enkelte lægemidler. Seponering var en del af løsningen. Patienterne kunne ofte ikke selv identificere årsager samt tidspunkter for ordinationens start.
Weir, K. 2017,[26] Australien	At undersøge patient præferencer med formålet om at identificere hvilke overvejelser, der bør være, for læge og patient, i forbindelse med beslutninger om polyfarmaci.	Kvalitative semistruktureret ansigt-til-ansigt interview.	30 ældre patienter i alderen ≥ 75 . Interviewene blev foretaget i patienternes hjem i perioden sep 14-nov 15.	Tre typer patienter identificeret: Type 1 værdsatte deres behandlingen og tvivlede ikke på denne. Disse foretrak at lægen træf beslutninger vedrørende medicinen. Type 2 var opmærksomme på fordele og ulemper relateret til medicinen. Disse foretrak at have en aktiv rolle sammen med lægen i beslutninger vedrørende medicin. Type 3 synes at være uinteresset i deres medicin og medicinhåndteringen. De følte mangelfuld viden om deres medicin, og kunne derfor ikke deltage i beslutninger vedrørende medicinen, og de henviste derfor til lægen.
Aoki, T.[27] 2019, Japan	At undersøge hvilke faktorer der påvirker patientperspektivet på seponering.	Landsdækkende cross-sectional spørgeskema, med stikprøveudtagelse til at repræsentere	Data indsamlet fra The Norm Study, 2016. 3307 deltagere blev i studiet reduceret til 1483 spørge-skemadeltagere	68% af deltagerne var villig til at seponere et lægemiddel, hvis lægen informerede dem om, at det var muligt. Stigende alder, polyfarmaci, multimorbiditet og ofte besøg på

		den generelle japanske population.	med kriterierne: ≥ 18 år samt et eller flere ordinerede lægemidler.	medicinske klinikker var blandt de faktorer, som påvirkede patienternes vilje til seponering af lægemidler.
Lundby, C.[32] 2021, Danmark	At beskrive ældre patienter samt plejehjemsbeboeres holdninger til seponering.	Interview baseret spørgeskemaundersøgelse baseret på Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) spørgeskema.	300 deltagere: 44 indlagte geriatriske patienter (OUH), 94 ambulante geriatriske patienter (OUH), 162 plejehjemsbeboere (Region Syd).	87% af deltagerne var villige til at seponere et lægemiddel efter lægens råd og 71% ville gerne være involveret i beslutningsprocessen angående deres medicin. Der var desuden 84% af deltagerne, der var tilfredse med deres nuværende medicinering.
Schiøtz, M. L.[28] 2018, Danmark	At undersøge holdninger til medicineringer og potentielle seponeringer i en gruppe af ambulante polyfarmaci-patienter.	Struktureret spørgeskemaundersøgelse baseret på Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) spørgeskema.	100 deltagere med kriterierne: ≥ 65 år samt ≥ 10 ordinerede lægemidler. Deltagerne var ambulante patienter fra Endokrinologisk Afdeling samt Lungemedicinsk Afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.	85% af deltagerne var villige til at seponere et lægemiddel, hvis lægen foreslog det og 92% svarede, at de ønskede opfølgning, hvis et lægemiddel skulle seponeres.

Reeve, E. [29] 2019, Australien	At undersøge patienter og plejeres holdninger til seponering samt at undersøge om specifikke karakterer medfører en forudan taget holdning.	Befolkningsbaseret spørgeskemaundersøgelse baseret på Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) spørgeskema.	386 ældre patienter (≥ 65 år), som har et eller flere fast ordinerede lægemidler, samt 205 plejere (pårørende eller privat ansat plejere). Alle deltagere kunne selv udfylde et skrifteligt spørgeskema.	88% af patienterne og 84% af plejerne var villige til at seponere et lægemiddel, hvis lægen foreslog det. Studiet viste, at mange patienter synes medicinen er en byrde, men samtidig en nødvendighed, som de er bange for at stoppe med. Studiet viste, at jo mere patienterne involverede sig i behandlingen, jo mere var de villig til at seponere.
Reeve, E.[30] 2018, USA	At beskrive ældres holdning til seponering.	Spørgeskemaundersøgelse baseret på Patients' Attitudes Towards Deprescribing (rPATD) spørgeskema.	Data indsamlet fra National Health and Aging Trends Study (NHATS), et nationalt studie med medicin modtagere i alderen ≥ 65 år. En tilfældig udvælgelse af en tredjedel af deltagerne (n=2124) blev inkluderet i studiet.	92% af deltagerne var villige til at seponere et eller flere lægemidler, hvis lægen foreslog det. 67% af deltagerne ville gerne reducere antallet af ordinerede lægemidler. Studiet viste, at de deltagere der tog 6 eller flere forskellige lægemidler, var mere villige til at seponere, end de deltagere, der tog færre.
Kua, C. [31] 2019, Singapore	At undersøge ældre og plejeres holdninger til seponering i en asiatisk population.	En cross-sectional spørgeskemaundersøgelse.	615 ældre patienter (≥ 65 år), som har et eller flere fast ordinerede lægemidler, samt 442 plejere (involveret i en patients sundhed eller medicin). Deltagerne i de to grupper havde ikke relation til hinanden.	83% af de ældre og 87% af plejerne svarede, at de var villige til at seponere et eller flere lægemidler, hvis lægen foreslog det. Studiet viste, at patienter rekrutteret fra skadestuen (85%) var mere villige til at seponere, end patienter rekrutteret fra apoteker (74%). Patienter der fik mere end 5 forskellige lægemidler, samt patienter med højere

				uddannelser, var mere villig til at seponere.
--	--	--	--	---