

Manglende etterlevelse – også en bevisst handling

Ved bevisst manglende etterlevelse bestemmer pasienten seg for ikke å ta legemidlene som forskrevet. Pasientens oppfatninger om helse og legemidler kan i mange tilfeller være årsaken til bevisst manglende etterlevelse. Farmasøyter kan derfor ikke ta for gitt at alle pasienter ønsker å etterleve legemiddelbehandlingen.

Hege Therese Bell^{1,2}, Hege Sletvold¹ og Linda Amundstuen Reppe^{1,3}

1) Farmasiutdanningen, Nord universitet, Namsos

2) Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim

3) Institutt for laboratoriemedisin barne- og kvinnesykdommer, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim

E-post: hegetheresebell@gmail.com

HOVEDBUDSKAP

Alle pasienter har ulike oppfatninger av sykdom og legemidler.

Pasienter veier gjerne nytten av legemiddelbehandlingen mot ulempene, og dette kommuniseres ikke alltid med helsepersonell.

Tro på egen mestring av legemiddelregimet påvirker etterlevelse.

Apotekpersonalet må ta hensyn til pasientenes oppfatninger om legemidler for å gi individuelt tilpasset informasjon og rådgivning, for dermed å sikre etterlevelse av legemiddelbehandlingen.

BAKGRUNN OG PROBLEMSTILLING

Legemiddelmeldingen *Riktig bruk – bedre helse* (1) har det siste året bidratt til økt fokus på etterlevelse av legemiddelbehandling. Begrepet *etterlevelse* blir brukt for å beskrive om pasienten tar legemiddelet til riktig tid, i riktig dose og fullfører behandlingen (2). I tillegg er det å ta legemidlene på riktig måte, for eksempel ved å bruke riktig inhalasjonsteknikk ved bruk av inhalasjonspreparater, en del av det å etterleve en legemiddelbehandling. Manglende etterlevelse av legemiddelbehandling kan være en *bevisst* eller en *ubevisst* handling fra pasientens side. Ved *bevisst* manglende etterlevelse bestemmer pasienten seg for ikke å ta legemidlene slik de er forskrevet. Ved *ubevisst* manglende etterlevelse mener pasienten å ta legemidlene riktig, men blir forhindret – for eksempel ved å glemme enkelt doser, eller praktiske hindringer kommer i veien (3).

Grad av etterlevelse kan beskrives ved å angi hvor mange prosent av legemiddeldosene som er inntatt (fra 0 % til mer enn 100 %). En vanlig måte å definere *høy* etterlevelse på, er inntak av 80 % av legemiddeldosene. Det er kjent at etterlevelsen varierer mye. En norsk oversiktsartikkel fra 2012 med fokus på sentrale legemiddelgrupper viste at andelen pasienter med høy etterlevelse varierte fra 30–60 % ved symptomfrie tilstander, og 60–90 % ved tilstander som ga symptomer (2). Mer enn 200 variabler er studert med hensyn til påvirkning av etterlevelse (4), hvilket illustrerer hvor sammensatt temaet er. Suboptimal legemiddelbehandling som følge av lav etterlevelse kan ha konsekvenser både på pasient- og samfunnsnivå. En nylig publisert oversiktsartikkel konkluderer for eksempel med at manglende etterlevelse av antidepressiva øker risikoen for blant annet terapivikt, forverring av sykdom, økt antall besøk på legevakt og sykehusinnleggelse. Manglende etterlevelse resulterte også i økt behov for helsetjenester og kostnader for den enkelte (5). Verdens helseorganisasjon (WHO) vektlegger i en rapport fra 2003 de sosiale og samfunnsøkonomiske konsekvensene lav etterlevelse kan ha ved bruk av legemidler mot blant annet diabetes, hypertensjon og astma. Eksempelvis anslås de direkte kostnadene av å behandle komplikasjonene hos en pasient med dårlig kontrollert diabetes type 2 å være tre til fire ganger høyere enn behandling av komplikasjonene hos en pasient med god kontroll på sin diabetes (6).

Vår oppfatning er at det tradisjonelt i apotek har vært mye fokus på hvordan farmasøyter kan bidra til at den ubevisste manglende etterlevelsen reduseres – for eksempel ved å anbefale bruk av dosett, multidose og alarmer eller liknende for påminnelse. Tjenesten *Inhalasjonsveiledning* med en tilhørende bransjestandard for tjenesten (7),

er et relativt nytt og godt eksempel på hvordan apotekene kan jobbe systematisk med etterlevelse generelt. Det er imidlertid viktig å ta inn over seg at det er mange som *helt bevisst* har manglende eller lav etterlevelse. *Hensikten med denne artikkelen er å belyse ulike årsaker til at pasienter bevisst ikke etterlever legemiddelbehandling, og sette fokus på temaet for farmasøyter i apotek.*

BEGREPSAVKLARING

Det norske begrepet etterlevelse er ment å dekke begge de engelske uttrykkene *compliance* og *adherence*. *Compliance* viser til at pasienten er lydlig, og følger forskriverens ordre. Begrepet har imidlertid blitt kritisert, fordi det antyder at pasienten ikke kan/skal «tenke selv», og gjør noe galt hvis han ikke gjør som forskriveren sier. Begrepet *adherence* brukes alternativt, for å signalisere at pasienten selv bestemmer om han skal følge legens anbefalinger. På engelsk finnes også et tredje begrep, *concordance*, som i motsetning til de to første begrepene ikke handler om at pasienten etterlever behandlingen, men viser til at pasient og forskriver sammen har diskutert seg frem til og blitt enige om behandlingen (3). Selv om farmasøyter i apotek vil diskutere valg av behandling med reseptfrie legemidler med pasienter, velger vi å se bort fra *concordance*-begrepet i denne artikkelen.

ÅRSAKER TIL MANGLENDE ETTERLEVELSE

Flere faktorer påvirker både den bevisste og ubevisste etterlevelsen av legemidler; type sykdom og legemiddelgruppe, antall legemidler, forekomst av symptomer, antall doseringer per dag, hvordan de administreres og behandlingstid (2). Helsevesenets organisering (6) og helsepersonell som er i kontakt med pasienten (4) påvirker også etterlevelsen. I tillegg kan både sosiale,

økonomiske, kulturelle og pasientrelaterte faktorer påvirke etterlevelsen (6). Manglende etterlevelse kan også handle om at behandlingen passer dårlig inn i dagliglivet, og pasientenes argumentasjon for ikke å ta legemiddelet handler dermed ikke nødvendigvis bare om helse- og legemiddelrelaterte utfordringer (8).

En oppsummering av sentrale faktorer som påvirker etterlevelse og hvordan de kan påvirke hverandre er visualisert i figur 1. En slik figur vil likevel ikke fullstendig illustrere kompleksiteten i årsaker til manglende etterlevelse. Videre i artikkelen vil vi hovedsakelig fokusere på pasientfaktorer som oppfatninger av sykdom og legemidler som årsaker til bevisst manglende etterlevelse. Å vite noe om pasientens oppfatning av sykdom og legemidler er viktig for at apotekfarmasøyten bedre kan tilpasse informasjon til hver enkelt pasient.

Oppfatninger om sykdom og legemidler

En viktig medvirkende faktor til bevisst manglende etterlevelse, er pasientenes forståelse av og kunnskap om egen sykdom og legemidler. Flere oversiktsartikler (8–10) har konkludert med at betenkeligheter knyttet til selve legemiddelet er en av de viktigste årsakene til pasienters bevisste manglende etterlevelse av legemiddelbehandlingen. Pound et al. (8) argumenterer for at helsepersonell i større grad må ta til etterretning at pasienter ikke nødvendigvis deler deres oppfatning av legemidler som noe ensidig positivt. Det er derfor viktig at apotekfarmasøyten utforsker hvilken oppfatning legemiddelbrukeren har av sykdommen som skal behandles og hva de mener legemidler er og gjør. Slik kan informasjon og råd tilpasses den enkelte og forhåpentligvis bidra til økt etterlevelse.

Sammenheng mellom oppfatninger om legemidler og etterlevelse

En vanlig måte å vurdere om man skal ta legemidler, er å prøve dem ut og deretter veie nytten av å ta dem opp mot ulempene. Å

stoppe inntaket av legemidler for å se hva som skjer, forekommer blant kronikere (8). Pasienter kan forhøre seg med andre pasienter (8), venner, familie og helsepersonell (9) om deres erfaringer med legemiddelet for deretter å modifisere inntaket. Bekymringer for avhengighet og toleranseutvikling ved langtidsbruk påvirker etterlevelsen. Det er også funnet at pasienter som skjuler sykdom av redsel for stigmatisering har lav etterlevelse av legemidler (8). Ønsket om å overleve kan også påvirke etterlevelsen (9).

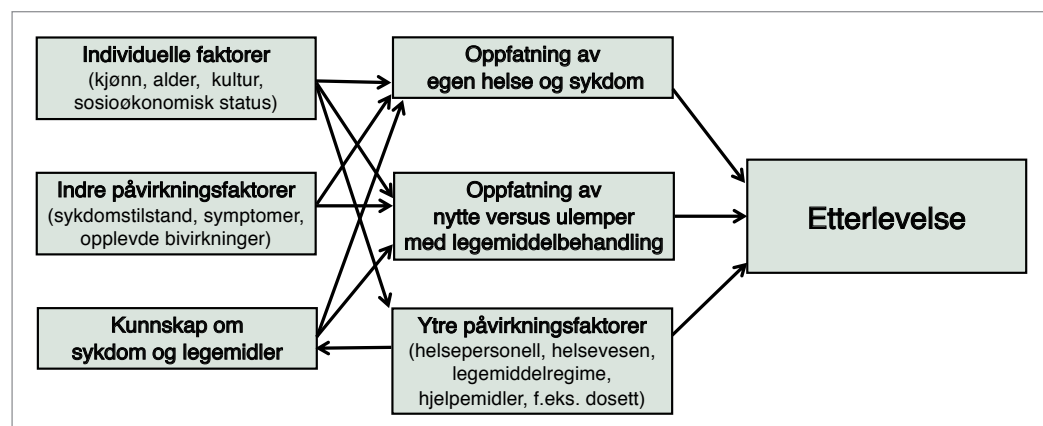
I en amerikansk spørreundersøkelse blant 250 pasienter som brukte legemidler fast, fant man en sammenheng mellom pasientenes oppfatning om legemidler og manglende etterlevelse. Pasienter som uttrykte bekymringer i forbindelse med kronisk legemiddelbehandling og oppfattet legemidler generelt som skadelige, hadde i større grad manglende etterlevelse enn de som ikke hadde slike oppfatninger. Pasientenes oppfatninger om legemidler forklarte en langt større andel av variasjonen i manglende etterlevelse (22 %) sammenliknet med faktorer som alder, antall sykdommer og antall legemidler (5 %) (11). I en systematisk oversiktsartikkel fra 2012 ble 59 artikler basert på 53 kvalitative studier av pasienters oppfatning av hypertensjon og etterlevelse av antihypertensiva gjennomgått (10). Funnene viste at mangel på etterlevelse av antihypertensiva kunne relateres til blant annet pasientenes oppfatninger om hypertensjon; spesielt kom det frem at pasientene baserte seg på at stress eller symptomer som hodepine, svimmelhet og svetting var tegn på at blodtrykket var for høyt, og at etterlevelsen ble høyere hvis de opplevde slike symptomer. I mange tilfeller tok pasientene legemidlene kun når de hadde slike symptomer. Pasienter rapporterte også at de selv justerte dosene på legemidlene for å unngå bivirkninger eller når de hadde oppfatninger om at blodtrykket var under kontroll. Disse studiene understreker viktigheten av at helsepersonell er kjent med

at pasienters sykdomsforståelse varierer. Pasientene kan velge å justere legemiddelbehandlingen på eget initiativ, også uten at dette kommuniseres til farmasøyt eller lege.

Apotekpersonalet og deres påvirkning på bevisst manglende etterlevelse

Helsepersonell som er i kontakt med pasienten kan påvirke etterlevelsen (6). En finsk studie har vist at farmasøyter mener etterlevelse er et viktig tema i pasientsamtaler, men ikke alltid er klar over betydningen av egne oppfatninger om legemidler i kommunikasjon med pasienten (12). I en svensk studie undersøkte man forskjeller mellom pasientenes og farmasøyters oppfatning av legemidler. Funnene viste at pasienter generelt oppfattet legemidler mer negativt enn farmasøyter. Farmasøytene uttrykte større tro på legemidlenes potensielle fordeler, men hadde også større bekymringer i forhold til overforbruk av legemidler sammenliknet med pasientene (13). Det har blitt argumentert at legers personlige oppfatning av legemidler påvirker pasientenes oppfatning og dermed etterlevelse, og at dette derfor også kan gjelde annet helsepersonell slik som farmasøyter (14). Farmasøyter og andre apotekansatte bør derfor være bevisst sine egne oppfatninger av legemidler, og være klar over at pasientenes oppfatninger ikke nødvendigvis er sammenfallende med disse.

En studie utført ved utvalgte apotek i Sverige viste at de apotekansatte generelt hadde en gunstig oppfatning av legemidler. De med lang arbeidserfaring fra apotek og egen legemiddelbruk hadde en mer positiv oppfatning av legemidler enn de som ikke hadde det, og farmasøyter var mer positive enn apotekteknikere (14). En positiv holdning til legemidlers effekter blant farmasøyter er positivt sett i lys av å påvirke legemiddelbrukerens etterlevelse. Siden pasienter regelmessig må innom et apotek for å hente sine legemidler, har farmasøyter en unik mulighet til blant annet å vurdere lege-



Figur 1. Et utvalg sentrale faktorer som kan påvirke etterlevelse og hvordan de kan påvirke hverandre. Figuren er laget med utgangspunkt i referansene 3–6 og 8–10.

middelebruken, avdekke legemiddelrelaterte problemer, gi legemiddelinformasjon og ha kontinuerlig fokus på etterlevelse. Hvorvidt farmasøyter stiller spørsmål om etterlevelse generelt, og bevisst manglende etterlevelse spesielt, er interessant i denne sammenhengen. Etterlevelse er vist å være i fokus ved omtrent halvparten av alle ekspederinger på primærapotek i Australia. Å informere og gi råd rundt ulike administrasjonsmåter og doser (for eksempel å anbefale dosett) var vanlig, mens det i liten grad ble fokusert på årsaker til bevisst manglende etterlevelse (15). I en observasjonsstudie gjennomført ved primærapotek i Sveits fant man at råd til apotek kunder ble gitt i 54,1 % (799 av 1476) av ekspedisjonene, der de vanligste rådene omhandlet administrasjon, dose og effekt. I kun 6,7 % (99 av 1476) av de observerte ekspedisjonene fokuserte de apotekansatte på råd som omhandlet etterlevelse. Disse rådene berørte både bevisst og ubevisst manglende etterlevelse. Farmasøytene stilte blant annet spørsmål om pasientene husket å ta legemiddelet, om psykologiske barrierer som eventuell frykt for bivirkninger og stilte spørsmål rundt motivasjon for å etterleve legemiddelbehandlingen. Polyfarmasi, eldre legemiddelbrukere og nedsatt kognitiv funksjon hos pasienten ble av farmasøytene oppgitt som de viktigste triggerne for å stille spørsmål om pasientenes etterlevelse. Barrierer for å gi råd om etterlevelse ble i størst grad knyttet til farmasøytens opplevelse av at pasienten ikke hadde tid eller ønske om å motta informasjon, samt farmasøytens tidspress (16).

I en gitt situasjon trenger ikke pasienter og farmasøyter nødvendigvis å ha samme oppfatning av om informasjon og råd er gitt eller spørsmål er stilt. I en studie fra 2011 (17) sammenliknet man hvordan farmasøyter og pasienter i en og samme kundesituasjon i apoteket vurderte hva som ble gitt av informasjon og hvilke spørsmål som ble stilt. Det var overensstemmelse om hvilken informasjon som ble gitt, men bruken av standardiserte spørsmål, som for eksempel «Har du noen spørsmål?», ble ikke alltid oppfattet som reelle spørsmål av pasientene. Slike spørsmål ble ikke oppfattet som en invitasjon til å dele bekymringer om legemiddelbruken. Dette viser at man i kundemøter i apotek kan ha nytte av å formulere spørsmålene på en annen måte slik at pasientene i større grad vil dele sine egne oppfatninger av sykdom og legemidler. Det vil kunne hjelpe farmasøyten å tilpasse informasjonen, og med det ha mulighet for å påvirke etterlevelsen eller finne andre løsninger for pasienten.

Å bruke mer spesifikke spørsmål når man ønsker å spørre om pasientens kunnskap eller bekymringer kan være hensiktsmessig, slik som det for eksempel gjøres i Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) (18). Omformulering av påstander fra Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) (19) kan

også være en mulighet. MMAS benyttes til indirekte og subjektivt å måle eller vurdere etterlevelse av legemiddelbehandling ved bruk av pasient-selvrapporteringskjema, og kan brukes i klinisk praksis for å identifisere og monitorere pasienter som har problemer med etterlevelse. Skjemaet inneholder spørsmål som vurderer både pasientens bevisste og ubevisste manglende etterlevelse (18). BMQ vurderer pasienters oppfatning av legemidler generelt, og pasientens egne legemidler spesielt (19). Farmasøyter kan ha nytte av å anvende og individuelt tilpasse spørsmål og påstander fra MMAS og BMQ; for eksempel «Slutter du av og til å ta dine forebyggende medisiner mot astma når du føler deg bedre?» (20) eller «Bekymrer du deg over å måtte ta medisiner?» (21, *vår omformulering*). Hvordan slike verktøy på beste måte kan anvendes i hverdagen av farmasøyter ute i apotek, er et interessant tema for videre forskning.

OPPSUMMERING OG PRAKTISKE RÅD

Farmasøyter i apotek bør være oppmerksomme på at pasientenes oppfatning av sykdom og legemidler varierer. Oppfatningen kan skille seg fra deres egen og påvirker etterlevelsen av legemiddelregimet. For å øke etterlevelsen eller finne et annet regime som passer, kan det være nødvendig å kartlegge

- pasientens egen vurdering av symptomene eller sykdommens alvorlighet og potensielle konsekvenser.
- pasientens oppfatning av de aktuelle legemidlene og eventuelle bekymringer for blant annet bivirkninger og avhengighet. Hva er pasientens forventninger til tid før effekt og varighet av behandling?
- hvor nødvendig pasienten synes legemiddelbehandlingen er. Hva mener pasienten er legemiddelbehandlingens fordeler og ulemper?
- pasientenes tro på egen mestring av behandlingen.

I korte kundemøter i apotek vil dette klart være utfordrende, men gjennom å fokusere på individualisert tilpassede spørsmål og utveksling av informasjon mellom farmasøyt og pasient om forståelse av sykdom og holdning til legemidler, tror vi man også kan ta tak i pasientenes *bevisste* manglende etterlevelse.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

REFERANSER

1. Meld. St. 28 (2014–2015) Legemiddelmeldingen. Riktig bruk – bedre helse.
2. Hov I, Bjartnes M, Slørdal L et al. Tas legemidler som forskrevet? Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 418–22.
3. Horne R. Compliance, adherence and concordance. I: Harding G, Taylor K, ed. Pharmacy Practice. London and New York: Taylor and Francis; 2001: 166–82.
4. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P et al. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. J Clin Pharm

- Ther 2001; 26: 331–42.
5. Ho SC, Chong HY, Chaiyakunapruk N et al. Clinical and economic impact of non-adherence to antidepressants in major depressive disorder: A systematic review. J Aff Dis 2016 (193): 1–10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.029>
6. World Health Organization (WHO). E. Sabaté (Ed.). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, Switzerland, 2003. www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1
7. Apotekforeningen. Bransjestandard for apotek. Inhalasjonsveiledning. www.apotek.no/Files/Filer_2014/Apotekbransjen/Inhalasjonsveiledning/bransjestandard%20inhalasjonsveiledning.pdf (Vedtatt 22. januar 2016).
8. Pound P, Britten N, Morgan M et al. Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. Soc Sci Med 2005; 61: 133–55.
9. Rathbone AP, Todd A, Jamie K et al. A systematic review and thematic synthesis of patients' experience of medicine adherence. Res Soc Adm Pharm 2016; (Article in press). DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2016.06.004>
10. Marshall LJ, Wolfe CD, McKevitt C. Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research. BMJ 2012; 345: e3953. DOI: 10/1136/bmj.e3953
11. Phatak HM, Thomas J, 3rd. Relationships between beliefs about medications and nonadherence to prescribed chronic medications. Ann Pharmacother 2006; 40: 1737–42.
12. Kansanaho HM, Puumalainen, Il, Varunki MM et al. Attitudes of Finnish community pharmacists toward concordance. Ann Pharmacother 2004; 38: 1946–53.
13. Ramstrom H, Afandi S, Elofsson K et al. Differences in beliefs between patients and pharmaceutical specialists regarding medications. Pat Edu Counsel 2006; 62: 244–9.
14. Jorgensen TM, Andersson KA, Mardby AC. Beliefs about medicines among Swedish pharmacy employees. Pharm World Sci 2006; 28: 233–8.
15. Mansoor SM, Krass I, Costa DS et al. Factors influencing the provision of adherence support by community pharmacists: A structural equation modeling approach. Res Soc Adm Pharmacy 2015; 11: 769–83.
16. Boeni F, Arnet I, Hersberger KE. Adherence counseling during patient contacts in swiss community pharmacies. Pat Pref Adh 2015; 9: 597–605.
17. Shah BK, Chewing B. Concordance between observer reports and patient survey reports of pharmacists' communication behaviors. Res Soc Adm Pharm 2011; 7: 272–80.
18. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care 1986; 24: 67–74.
19. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. J Psychosom Res 1999; 47: 555–67.
20. Teittinen S. Hvordan påvirker apotekets veiledning etterlevelse av legemiddelbehandling og bruksmønstret av legemidler mot astma? En spørreundersøkelse blant astmakunder. Masteroppgave i farmasi, Umeå universitet, 2013.
21. Granas AG, Nørgaard LS, Sporrang SK. Lost in translation? Comparing three Scandinavian translations of the beliefs about medicines questionnaire. Pat Educ Counsel 2014; 96: 216–21.

Manuskriptet ble mottatt 8. juli 2016 og godkjent 1. november 2016.