

Öppna frågor öppnar hjärtat

Hur öka patientens adherence till läkemedelsbehandlingen vid Åbolands sjukhus öppna vård

Cederberg Alexandra

Ivars Cajsa

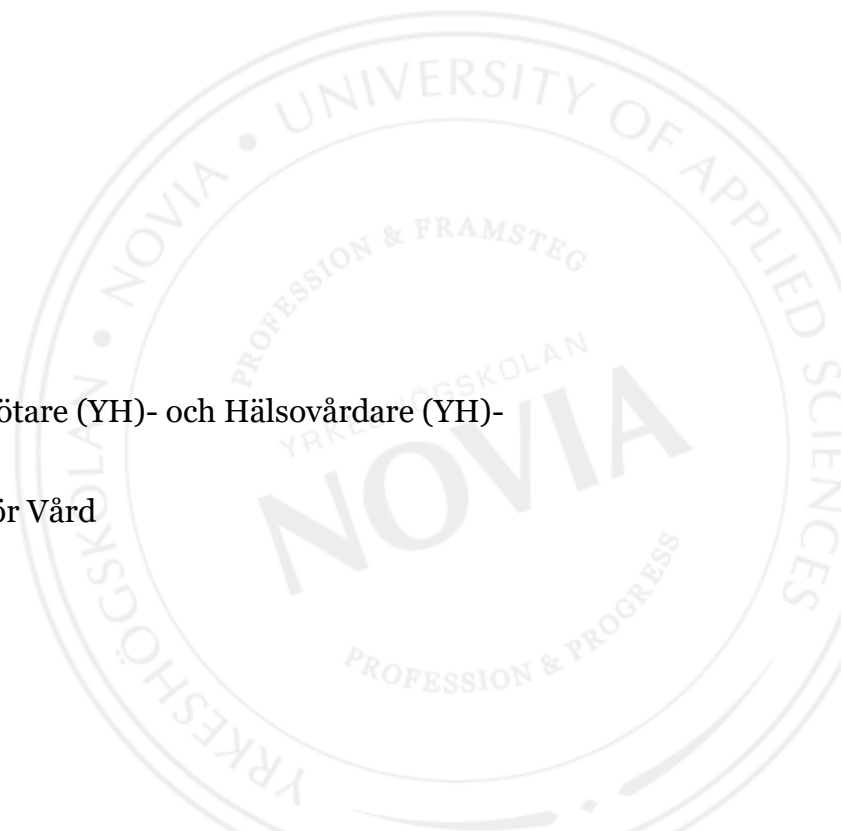
Malmén Martina

Meyer Sujeong

Examensarbete för Sjukskötare (YH)- och Hälsovårdare (YH)-
examen

Utbildningsprogrammet för Vård

Åbo 2017



EXAMENSARBETE

Författare: Alexandra Cederberg, Cajsa Ivars, Martina Malmén och Sujeong Meyer

Utbildningsprogram och ort: Utbildning till sjukskötare och Utbildning till hälsovårdare, Åbo

Inriktning/alternativ/Fördjupning:

Handledare: Michaela Jalava och Minna Syrjäläinen-Lindberg

Titel: Öppna frågor öppnar hjärtat – Hur öka patientens adherence till läkemedelsbehandlingen vid Åbolands sjukhus öppna vård

Datum 05/2017

Sidantal 35

Bilagor 3

Abstrakt

Detta examensarbete ingår i projektet We can-We care vid Yrkeshögskolan Novia i Åbo. Examensarbetet är ett samarbete mellan Yrkeshögskolan Novia och Åbolands sjukhus. Beställningen är ett verktyg för sjukskötaren att utforska och främja patientens läkemedelsadherence och riktar sig till vuxna med kroniska sjukdomar som vårdas på Åbolands sjukhus öppna vård.

Syftet är att stöda sjukskötaren att främja patientens förbindelse till läkemedelsbehandlingen. Arbetets frågeställningar är: Vad ökar adherence (förbindelse) till läkemedelsbehandlingen? Vad motverkar nämnda adherence? och Hur kan sjukskötaren utforska och därmed främja patientens förbindelse till läkemedelsbehandlingen?

Metoderna är diskussion med sjukskötare på Åbolands sjukhus, allmän litteraturöversikt, innehållsanalys och funktionellt arbete. Innehållsanalysen har gett resultat i form av olika faktorer som påverkar läkemedelsadherence samt hur handledningsmetoden kan användas.

Resultatet av innehållsanalysen är en produkt med öppna frågor, i form av en A4, som sjukskötaren kan använda i handledningen av patienten. Handledningsverktyget med öppna frågor baserar sig på motiverande samtal och olika faktorer som påverkar läkemedelsadherence.

Språk: Svenska Nyckelord: läkemedelsadherence, förbindelse till läkemedelsbehandling, patient, faktor, vårdpersonal, kronisk sjukdom, motiverande samtal

BACHELOR'S THESIS

Authors: Alexandra Cederberg, Cajsa Ivars, Martina Malmén and Sujeong Meyer

Degree Programme: Nursing, Turku

Specialization:

Supervisors: Michaela Jalava and Minna Syrjäläinen-Lindberg

Title: Open questions open the heart – How to increase the patient's medication adherence at Åbolands sjukhus outpatient care

Date 05/2017

Number of pages 35

Appendices 3

Abstract

This thesis is part of the We can-We care project at Novia University of Applied Sciences in Turku, Finland. The thesis is a collaborative work between Novia and Åbolands hospital. The order is a tool for nurses to explore and promote patient medication adherence and is aimed at adults with chronic illnesses being treated at Åbolands sjukhus outpatient clinic.

The purpose is to support nurses in promoting patients' adherence to medication treatment. The thesis questions are: What increases adherence to medication treatment? What counteracts the aforementioned adherence? And how can nurses explore and thereby promote patient adherence to medication treatment?

The methods are discussions with nurses at Åbolands hospital, a general literature review, content analysis and functional work. The content analysis has provided results in the form of various factors that affect medication adherence and how the interventive tool can be used.

The result of the content analysis is a product with open questions, presented in A4 format, which nurses can use in guiding patients. This interventive tool with open questions bases itself on motivational interviewing and different factors that affect medication adherence.

Language: Swedish

Key words: medication adherence, patient, factor, healthcare staff, chronic illness, motivational interview

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
1.1	Bakgrund.....	1
1.2	Syfte och frågeställningar	3
1.3	Målgrupp och avgränsning	4
2	Läkemedelsadherence.....	4
2.1	Faktorer som påverkar patientens läkemedelsadherence	5
2.1.1	Patientrelaterade faktorer.....	5
2.1.2	Sociala och ekonomiska faktorer.....	6
2.1.3	Vårdteam- och systemrelaterade faktorer.....	7
2.1.4	Hälsotillstånds- och behandlingsrelaterade faktorer.....	8
2.2	Personcentrering	10
2.2.1	Patientens identitet, uppfattningar och motivation	11
2.2.2	Kunskap och information	13
2.2.3	Vårdrelationen	14
3	Motiverande samtal	16
3.1	Motiverande samtal som handledningsmetod.....	17
3.1.1	Kommunikation med patienten	18
3.1.2	Ambivalens.....	18
3.1.3	Steg till förändring.....	19
3.2	Motiverande samtalets inverkan på läkemedelsadherence	20
4	Metodologiska utgångspunkter.....	23
4.1	Litteraturoversikt	23
4.2	Innehållsanalys.....	24
5	Produktutveckling.....	28
5.1	Produkten	29
5.2	Produktdesign	29
6	Etik och tillförlitlighet	31
7	Diskussion	33
	Källförteckning.....	36

Bilageförteckning

Bilaga 1. Sökhistorik

Bilaga 2. Artikelöversikt

Bilaga 3. Öppna frågor öppnar hjärtat

Figurförteckning

Figur 1 Artikelanalys 25

Tabellförteckning

Tabell 1. Sökstrategi 24

1 Inledning

Detta examensarbete är en del av projektet We can-We care på Yrkeshögskolan Novia i Åbo. Projektet startade år 2016 och fortsätter år 2017. Arbetets beställare är Åbolands sjukhus öppna vård. I fokus för detta arbete är den vuxna, kroniskt sjuka patientens motivation att förbinda sig till läkemedelsbehandlingen (eng. *medication adherence*). Skribenterna är sjukskötar- och hälsovårdarstuderande vid Yrkeshögskolan Novia.

Forskningsmetoderna är allmän litteraturöversikt, innehållsanalys och diskussion med sjukskötare på Åbolands sjukhus. Examensarbetet är ett funktionellt arbete i och med att slutresultatet är ett konkret verktyg.

Adherence är ett allmänt vedertaget begrepp i det svenska språket. Begreppet kan översättas till "följsamhet" eller "förbindelse till vården" men ordet adherence används också som sådant eftersom det kan anses vara mera övergripande och svårt att översätta. På Åbolands sjukhus är det ett välbekant begrepp. För variationens skull används i detta arbete både begreppet adherence och förbindelse då adherence till läkemedel behandlas (se adherence kap. 2). Dessutom används läkemedelsbehandling och medicinering synonymt i texten.

1.1 Bakgrund

Bristande förbindelse till vård (inkl. läkemedelsvård) bland kroniskt sjuka patienter är ett stort världsomfattande problem enligt Världshälsoorganisationen. I utvecklade länder är nämnda adherence i genomsnitt 50 % och i utvecklingsländer ännu lägre. År 2020 har man beräknat att icke-smittsamma sjukdomar, mentala störningar, HIV, aids och tuberkulos utgör över 65 % av den världsomfattande sjukdomsördan. Konsekvenserna av bristande förbindelse till vård är dåliga hälsoresultat för individen och befolkningar samt ökade hälsovårdskostnader för samhället. Förebyggande vård spelar en viktig roll för att minska dessa konsekvenser. För att klara av att förbinda sig till vården behöver patienterna adekvat stöd från hälso- och sjukvårdssystemet, till exempel stöd för livsstilsförändringar och hantering av sjukdomen. Det innebär att det finns behov för medvetenhet om och forskning i patientens förbindelse och de faktorer som påverkar den. Fastän den biomedicinska teknologin ständigt går framåt räcker det inte för att kontrollera de kroniska sjukdomarna om man inte samtidigt förmår stöda eller motivera patienten att förbinda sig till sin vård. (Sabaté 2003, 13). Bristande förbindelse förekommer inte bara i relation till långvariga

medicinkurer utan också till kortvariga till exempel antibiotika där det kan leda till utebliven effekt och antibiotikaresistens (Aarnio & Martikainen 2016, 48-49).

Hälso- och sjukvårdssystemet bör utvecklas för att kunna svara på behoven hos patienter med kroniska sjukdomar, som ökat mycket i antal de senaste 50 åren. Vårdgivare behöver utbildning i vårdförbindelse, kunskap om vad det innebär och hur det kan undersökas och åtgärdas. Patientens förmåga att förbinda sig till vården äventyras oftast av flera än en faktor (se kap 2.1) som bör utredas och lösas. Det finns än så länge inte en enda metod för att öka adherence som skulle vara effektiv på alla patienter och omständigheter. Därför måste varje åtgärd vara skraddarsydd för sjukdomsrelaterade krav hos den enskilda patienten. Det förutsätter att hälso- och sjukvårdssystemet samt vårdpersonal utvecklar sätt att noggrant utvärdera både adherence och de faktorer som påverkar den. (Sabaté 2003, 13-14).

Förbindelse till vård är en dynamisk process och kräver därför kontinuerlig uppföljning för att förbättras. Patienter är vid olika tidpunkter olika beredda att ta emot information och att göra förändringar i sina liv. Vårdgivare bör kunna utvärdera patientens beredskap för förändring och följsamhet till behandling, ge råd hur hen ska gå tillväga samt följa upp patientens framsteg vid varje besökstid. (Sabaté 2003, 14).

Familj, samhälle och patientorganisationer spelar också en viktig roll för att stödja patientens följsamhet till vården. Det behövs dessutom ett starkare tvärvetenskapligt engagemang och samarbete mellan sjukvårdspersonal, forskare, hälsoplanerare och beslutsfattare. (Sabaté 2003, 14).

En gruppdiskussion hölls 24.01.2017 med sjukskötare på Åbolands sjukhus om bland annat handledning, patientens motivation och adherence, samt sjuksköternas framtida behov. Sjuksköterna arbetar på gastro-, hjärt-, barn-, lung- och reumapolikliniken. I gruppen diskuterades olika utmaningar i patienthandledningen. Sjuksköterna var av den åsikten att patientmotivationen ofta är utmanande. Dessutom nämndes olika faktorer som enligt sjuksköternas erfarenhet ofta försvårar förbindelsen till vården såsom ung ålder, manligt kön, främmande kultur, psykiskt illamående och besvär inom familjen. Det framkom även att många patienter slarvar med vårdrekommendationerna när de känner sig friska och välmående. De är således ofta svårare att motivera att förbinda sig till vården än akut sjuka patienter. (Personlig kommunikation med Tanja Kemppi, Kristina Lindholm, Miia Niutanen, Pia Rajamäki & Nellie Rantia 24.01.2017).

På frågan vad sjukskötarna anser är viktigt i handledningen nämndes bland annat kunskap om patientens bakgrund, diagnos och ålder som viktiga för att kunna handleda patienten individuellt. Det är också viktigt att dela upp informationen på olika tillfällen och att fråga patienten vad hen önskar och förväntar sig av mötena. (Personlig kommunikation med Kemppe, Lindholm, Niutanen, Rajamäki & Rantia 24.01.2017).

Härefter följde en diskussion om adherence. Sjukskötarna anser att vissa faktorer är extra viktiga för att öka adherence. Dessa är delmål, kontinuerlig feedback och att patienten känner sig delaktig i sin egen vård. Det framkom också att sjukskötarna utgår från ett patientcentrerat sätt i handledningen. De poängterade betydelsen av att ställa öppna frågor och att lyssna på vad patienten egentligen säger eller vill säga. (Personlig kommunikation med Kemppe, Lindholm, Niutanen, Rajamäki & Rantia 24.01.2017).

Slutligen diskuterades framtida behov och det framkom bl.a. att samtliga närvarande sjukskötare saknar ett frågeformulär som patienten kan fylla i före mötet med sjukskötaren. I formuläret skulle ingå bland annat frågor om patientens livsstil, önskemål och funderingar. En annan för poliklinikerna gemensam utmaning i handledningen är att motivera patienten att förbinda sig till läkemedelsbehandlingen. Vi kom tillsammans med sjukskötarna och beställaren överens om att fokusera på patientens förbindelse till läkemedel. De har ett behov av en konkret produkt eller sammanställning baserad på färsk forskning om hur man kan öka adherence till läkemedelsbehandling. (Personlig kommunikation med Kemppe, Lindholm, Niutanen, Rajamäki & Rantia 24.01.2017).

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet och frågeställningarna uppkom under en diskussion med sjukskötare på Åbolands sjukhus. Syftet med examensarbetet är att stöda sjukskötaren att främja patientens adherence till läkemedelsbehandlingen. Frågeställningarna är som följer:

- Vad ökar adherence (förbindelse) till läkemedelsbehandlingen? Vad motverkar nämnda adherence?
- Hur kan sjukskötaren utforska och därmed främja patientens förbindelse till läkemedelsbehandlingen?

Vi hoppas få våra frågeställningar besvarade och att genom dem kunna utveckla en produkt enligt beställarens behov. Läkemedelsadherence är också globalt en viktig fråga och därför anser vi att våra frågeställningar och syftet med arbetet är relevanta.

1.3 Målgrupp och avgränsning

Målgruppen i detta arbete är sjukskötaren. Sjukskötaren ska använda den slutliga produkten (se kap. 5) för att undersöka och främja patientens förbindelse till läkemedelsbehandlingen. Eftersom sjukskötaren ska använda produkten i handledningen av patienterna blir även patienterna indirekt en del av målgruppen.

I Åbolands sjukhus polikliniska verksamhet vårdas patienter med många olika kroniska sjukdomar, exempelvis diabetes, astma och tarmsjukdomar. De flesta patienter är vuxna. (Diskussion med Ann-Maj Johansson 16.1.2017). Under diskussionen med sjukskötare på Åbolands sjukhus (se kap. 1.1) framkom det att patientens förbindelse till läkemedelsbehandling är en utmaning på samtliga polikliniker. Patientgruppen har avgränsats till kroniskt sjuka vuxna som tar ett eller flera läkemedel. För att ytterligare avgränsa arbetet och öka möjligheterna att skapa ett fungerande tillförlitligt verktyg har vissa patientgrupper valts bort, såsom barn, minnessjuka och patienter med svåra psykiska sjukdomar, till exempel schizofreni. Vi anser att dessa är för stora och sinsemellan olika patientgrupper med olika förutsättningar och påverkande faktorer i vård och förbindelse till läkemedel för att rymmas i ett enda examensarbete. I undantagsfall inkluderas studier vars patientgrupp avviker från den tänkta patientgruppen för att stärka slutsatser och lyfta fram mångsidigheten och användbarheten i en särskild metod.

2 Läkemedelsadherence

Med adherence menas patientens förbindelse till vården. Den mest använda definitionen är *"i vilken utsträckning en persons beteende – att ta medicin, följa en diet och/eller verkställa livsstilsförändringar - överenskommer med rekommendationer från en vårdgivare"* (fritt översatt från engelska). Innan begreppet adherence utvecklades användes ofta begreppet *compliance*, men det uppfattas i dag mera negativt eftersom patienten sågs som en passiv mottagare av instruktioner. Idag används hellre ordet adherence vars utgångspunkt är att patient och vårdare är ense om rekommendationerna samt kommunicerar och fungerar som aktiva partners i vården av patienten. (Sabaté 2003, 18-19). Bristande läkemedelsadherence kan vara avsiktlig eller oavsiktlig vilket betyder att patienten gör ett medvetet val att inte ta

sin medicin respektive har för avsikt att ta medicinen men har något hinder för det till exempel minnesproblem. Patienten kan välja att inte ta sin medicin till följd av till exempel tvivel och osäkerhet gällande biverkningar och beroende. Patienten kan också bli påmind om sin sjukdom eller känna sig stigmatiserad av att ta vissa läkemedel och därför välja att inte ta dem. (Hugtenburg, Timmers, Elders & van Dijk 2013, 677).

2.1 Faktorer som påverkar patientens läkemedelsadherence

Enligt WHO är läkemedelsförbindelse ett flerdimensionellt fenomen som påverkas av fem övergripande faktorgrupper: patientrelaterade faktorer, sociala och ekonomiska faktorer, vårdteam- och systemrelaterade faktorer samt hälsotillstånds- och behandlingsrelaterade faktorer. Det är avgörande att vårdgivaren känner till vilka faktorer som gör att patienten inte tar sina mediciner för att vårdgivaren ska kunna välja en effektiv metod för att öka patientens läkemedelsförbindelse. (Sabaté 2003, 41, 45). Vi har valt att fördjupa oss i ovannämnda faktorer för att få en större förståelse för patientens bakomliggande orsaker att inte ta sina mediciner. Det hjälper oss att se helhetsbilden och att välja en handledningsmetod som passar och stöder individen. Nedan följer en definition av samtliga faktorer samt hur de påverkar förbindelsen till läkemedel enligt olika studier. Hälsotillståndsrelaterade faktorer och behandlingsrelaterade faktorer anser vi att går in i varandra och således behandlas de i samma grupp.

2.1.1 Patientrelaterade faktorer

Patientrelaterade faktorer omfattar resurser, kunskap, attityder, övertygelser, uppfattningar och förväntningar hos patienten (Sabaté 2003, 30). I flera studier kommer det fram att patientens kunskap, uppfattningar, attityder, motivation och intresse för egen hälsa och medicinering påverkar läkemedelsadherence. Förbindelsen till läkemedel påverkas också av patientens minne. Studiernas resultat presenteras nedan.

Patientens åsikter, kunskaper och uppfattningar om läkemedel och den egna sjukdomen inverkar på läkemedelsadherence. Nämda adherence stiger med ökad kunskap och information. Adherence kan även vara ett personligt beslut och en fråga om attityd som kan ändras med ökad kunskap om konsekvenser av att inte ta mediciner. (Holt, Rung, Leon, Firestein & Krousel-Wood 2014, 203). Otillräcklig kunskap om hur medicinerna fungerar och vad som sker i kroppen vid användning av dem leder också till lägre förbindelse. Adherence kan minska då patienten inte vet att fördelarna med medicineringen kan vara

större än nackdelarna. Förutom kunskap och hur patienten uppfattar läkemedlen och sjukdomen påverkas adherence även av hur individen uppfattar sin egen hälsa och hur motiverad hen är att ta hand om sig själv. (Henriques, Costa & Cabrita 2012, 3099-3101).

Patientens motivation att ta läkemedel påverkas av hens kunskaper om mediciner samt av hens intresse att ta hand om sin egen hälsa. När patienterna tar sina mediciner enligt ordination upplever de att de har kontroll över sin hälsa. Positiva resultat av behandlingen kan förstärka patientens förmåga att ta hand om sig själv. Dessutom hjälper patientens positiva attityd vid komplexa medicineringar medan känslor av hjälplöshet kan förekomma då patienten känner att målet med medicineringen är svår att uppnå. Viljan att ta reda på och söka information om sin medicinering är också avgörande för läkmedelsadherence. (Williams & Manias 2012, 474-478).

Glömska kan också påverka patientens läkemedelsadherence. Det förekommer att medicinerna inte tas överhuvudtaget eller att de tas vid en annan tidpunkt än överenskommet. Det verkar vara vissa läkemedel som inte är direkt nödvändiga för patientens välmående som lätt glöms bort, t.ex. statiner, vitaminer och aspirin. (Williams & Manias 2012, 478). Olika strategier kan stöda patienten att minnas att ta sina mediciner. Patienten kan t.ex. organisera sina tabletter i dosett eller ta medicinerna varje dag vid samma tidpunkt. (Holt, et al. 2014, 202).

2.1.2 Sociala och ekonomiska faktorer

Vissa sociala och ekonomiska faktorer har visat sig ha betydelse för adherence. Dålig socioekonomisk status och arbetslöshet är några exempel. Andra faktorer är låg utbildningsnivå, brist på sociala nätverk, kultur och tro kring sjukdom, samt höga kostnader för mediciner. En del studier säger att sociodemografiska faktorer inte är lika betydelsefulla som organisatoriska faktorer vad gäller påverkan på adherence. Det vill säga att kontinuitet i vården, tid hos läkaren samt kommunikation och interpersonellt läkare-patientförhållande, är mer betydelsefulla faktorer än ålder, kön, utbildningsnivå och hälsotillstånd vad gäller påverkan på adherence. (Sabaté 2003, 28-29).

Sociala kontakter och stöd av familj och vänner påverkar läkemedelsadherence. Det är speciellt viktigt för personer som bor ensamma. Sociala kontakter hjälper också att komma ihåg att ta mediciner. (Holt, et al. 2014, 205). Då sjukdomen framskrider är stöd och hjälp

av anhöriga i läkemedelshanteringen allt viktigare (Summer Meranius & Marmstål Hammar 2016, 96). I Williams och Manias (2012, 475-476) forskning nämns också att stöd från familjen är viktig och att det påverkar individens förmåga och motivation att ta medicinerna. En del av forskningsdeltagarna ansåg att olika familjefrågor försvårade självförvaltning (self-management) av mediciner och sjukdom. I vissa fall föll ansvaret för vården på familjemedlemmar eller så uppstod det konflikter i relationerna. I undersökningen framkom det även att kvinnorna i familjen är mera benägna att tala om psykosociala orsaker som försvårar medicineringen. Skilsmässa eller partners död kan vara en risk för låg läkemedelsadherence. (Freccero, Sundquist, Sundquist & Ji 2015, 83-88).

Förhållandet och interaktionen mellan patienterna och vårdpersonalen är viktig för patientens läkemedelsadherence (Holt, et al. 2014, 205). En varm och vänlig relation där kommunikationen fungerar och vårdaren visar intresse för patienten är viktig för patienten. Genom handledningen av patienten kan sjukskötaren hjälpa patienten att förstå sin medicinering och olika aspekter av den. (Henriques, Costa & Cabrita 2012, 3101-3103). I Williams och Manias (2012, 476) forskning framkommer det att ett bra, jämbördigt förhållande och god kommunikation med sjukskötaren ökar patientens motivation och förtroende att ta läkemedlen. Dålig kommunikation och bristfälligt förhållande med vårdpersonalen kan leda till att patienten väljer att ignorera hälsoråd eller till och med producerar felaktiga testresultat till uppföljningar.

Patientens kulturella bakgrund har inflytande på förbindelsen till läkemedel. I en studie gjord bland spansktalande i USA kom forskarna fram till att kostnader, låg utbildning och låg läskunnighet sänkte läkemedelsadherensen. (Alton, March, Mallary & Fiandt 2015, 437-440). I en svensk studie framkom det skillnader i förbindelsen till antidepressiva mellan infödda och invandrare från Mellanöstern och länder utanför Europa. De infödda svenskarna var mera adherenta. Forskarna antar att detta beror på bland annat språkbarriärer, kulturella skillnader och att invandrare har lågt förtroende för svensk hälso- och sjukvård. (Freccero, Sundquist, Sundquist & Ji 2016, 437-440).

2.1.3 Vårdteam- och systemrelaterade faktorer

Vårdteam- och systemrelaterade faktorer som kan påverka adherence negativt är brist på kunskap och utbildning hos respektive av vårdare, exempelvis om kroniska sjukdomar, adherence och metoder för att öka adherence. Brister i systemet är exempelvis bristande

kapacitet att utbilda patienter och erbjuda dem uppföljning samt bristande samhällsstöd. Korta konsultationer kan också påverka adherence negativt. (Sabaté 2003, 29).

I en vårdvetenskaplig studie gjord i Sverige intervjuade forskare tjugo äldre, hemmaboende multisjuka personer om deras självförvaltning av läkemedel och hur den påverkas av vårdsystemet. I studien framkom att organiseringen av hälso- och sjukvården i Sverige ofta är ett hinder för patientens självförvaltning av sina läkemedel. Korta besökstider motverkar patientens önskan att diskutera helheten av sina problem. Istället är patienten tvungen att besöka flera olika specialister som var för sig ordinerar olika läkemedel, ibland utan att konsultera varandra. Det sistnämnda hade för vissa patienter lett till ordination av olämpliga läkemedel eller läkemedelskombinationer. Det blev för vissa patienter också oklart vilka läkare som ansvarade för vilka läkemedel och vem de skulle kontakta om de fick läkemedelsbiverkningar. Dessa brister kan orsaka oro och osäkerhet hos patienten som därför kan börja ta risker med sina läkemedel. (Summer Meranius & Marmstål Hammar 2016, 92 -95).

I studien framkom också att eget deltagande i vården är viktig för patienterna. Kommunikation, information och diskussion om läkemedelseffekter gör att patienterna känner sig delaktiga och minskar risken för missförstånd. Brister i kommunikationen gjorde tvärtom att patienterna kände rädsla och avstod från mediciner eller själv ändrade doseringar. Brist på information om skälet för att ta läkemedel gjorde också att vissa patienter trodde att läkemedlen inte var så viktiga, med följden att de inte tog dem. Det framkom i studien att brister i kommunikationen kan orsakas exempelvis av att patienterna träffar många olika läkare eller att läkarna har annat modersmål. (Summer Meranius & Marmstål Hammar 2016, 93).

2.1.4 Hälsotillstånds- och behandlingsrelaterade faktorer

Symtomens svårighetsgrad, graden av funktionshinder (fysiska, psykologiska, sociala och yrkesmässiga), hur snabbt sjukdomen framskrider och sjukdomens svårighetsgrad samt tillgång på effektiv behandling, har ett starkt samband med adherence. Deras inverkan beror på hur de påverkar patientens riskmedvetenhet samt uppfattning om behandlingens betydelse och vikten av att förbinda sig till vården. Parallella sjukdomar, såsom depression och diabetes, eller alkohol- och drogmissbruk påverkar också förbindelsen till vården. (Sabaté 2003, 30).

Behandlingsrelaterade faktorer som anses påverka adherence är behandlingstid, hur komplex läkemedelsbehandlingen är, tidigare misslyckade behandlingar, frekventa biverkningar och tillgång på medicinskt stöd för att hantera dessa, samt hur fort patienten känner av positiva effekter av behandlingen. (Sabaté 2003, 30).

Tidigare upplevelser av sjukdom och behandling påverkar patientens motivation och förtroende att ta läkemedel. För patienten kan de negativa aspekterna med att ta läkemedlen väga mera än fördelarna med att ta läkemedlen. (Williams & Manias 2012, 476). I Henriques et al. (2012, 3100) studie påverkas också adherence av tidigare upplevelser av sjukdom och speciellt av hur mycket sjukdomen påverkar vardagen.

Patientens läkemedelsadherence påverkas också av hur hen upplever sjukdomen vid diagnos. Smärta och fysiska svårigheter gör att patienten vill ha medicinering. Patientens uppfattningar och tankar gällande medicineringen kan förändras med tiden då hen upplever att medicineringen har verkan. Då patientens tillstånd förbättras anser hen att medicineringen är effektiv. Dock kan patienten uppleva känslor av ambivalens och ifrågasätta ifall det verkligen är medicineringen som förbättrar hens mående. (Hayden, Neame & Tarrant 2015, 3-5).

I Williams & Manias (2012, 477) undersökning framkom det att patienterna gör prioriteringar i medicinplanen och tar de mediciner de anser vara de viktigaste. Medveten försummelse förekommer också vid t.ex. komplex medicinering. I Henriques et al. (2012, 3100) studie påverkas adherensen av tidigare sjukdomsupplevelser. Medveten justering av mediciner förekommer även i denna studie och i Pasina et al. (2014, 286) studie. Patienten gör förändringar i doseringen på grund av rädslan för biverkningar. Då patienten upplever att medicinen är onödig leder det till att hen inte tar medicinen. (Pasina, et al. 2014, 286).

Om patienten upplever biverkningar av medicinen hämmas läkemedelsförbindelsen. Negativa förväntningar om biverkningar bör bedömas då medicinen föreskrivs. Slutsatsen i denna studie är att icke-adherence inte är specifikt bundet till en patient eller ett visst läkemedel utan till patientens negativa upplevelser och biverkningar av läkemedlen. (Glombiewski, Nestoriuc, Rief, Glaesmer & Braehler 2012, 5). Biverkningar kan även leda till att patienten medvetet inte tar läkemedlet eller själv justerar intaget. När patienten blir medveten om och känner av biverkningarna från medicineringen minskar adherensen till

läkemedelsbehandlingen. Patienten kan även vara rädd för att läkemedlet är skadligt eller beroendeframkallande. (Holt, et al. 2014, 204).

Glombiewski et al. (2012, 4) refererar Jackson att patienter som tar medicin långsiktigt t.ex. mot förhöjt blodtryck har högre benägenhet att ta sina mediciner enligt ordination. Patienter som ordineras en kortvarig kur så som antibiotika har större benägenhet att ignorera läkarens råd samt olika informationsblad.

Förbindelsen till medicinintaget kan även påverkas av att det direkt mekaniskt kan vara svårt att svälja en tablett eller av att läkemedlet försvårar det dagliga livet. Konsekvenser av läkemedelsbehandlingen inverkar också på förbindelsen. Ifall det inte uppstår direkta konsekvenser av ett uteblivet medicinintag påverkas adherensen negativt. (Holt, et al. 2014, 203-204).

Mängden mediciner, medicineringens komplexitet och förändringar i ordinationen utgör ett hinder för motivationen att ta ordinerade läkemedel. Det förekommer att patienten inte berättar om alla sina symtom för att hen vill begränsa antalet mediciner som ordineras. Även när patienten inte upplever några symtom från sin sjukdom kan motivationen att ta läkemedel minska. (Williams & Manias 2012, 477). Henriques et al. (2012, 3100) studie understöder att medicinering med flera olika läkemedel har en negativ inverkan på förbindelsen till läkemedlen medan förståelse och acceptans av behandlingen ökar förbindelsen. Även i Pasinas et al. (2014, 286) studie kom forskarna fram till att ett högt antal mediciner och patientens oförståelse för medicinerna leder till låg adherence.

2.2 Personcentrering

I detta arbete vill vi lyfta fram begreppet personcentrering som en essentiell del av patienthandledningen och patientkontakten. Vi tolkar att personcentrering omfattar flera delar bl.a. patientens identitet, uppfattningar, motivation, kunskap och vårdrelationen. I detta kapitel går vi djupare in på dessa faktorer som enligt litteratur påverkar patientens läkemedelsadherence.

Enligt Ekman (2014, 39-42) är strävan med personcentrering att vårdpersonal och patient ska bli mer likvärdiga. Detta kräver ett förändrat förhållningssätt. Fokus ska vara mer på *vem* patienten är istället för *vad* patienten är. Patient är den roll patienten får på grund av sin

sjukdom och sitt behov av behandling men hen är samtidigt alltid en unik individ med en egen levnadshistoria. Om man utgår från personen ser man individen med livskraft och erfarenhet, inte bara som ett objekt. Patienten vill bli bemött som en likvärdig individ och bli tagen på allvar, fast hen i och med sin roll som patient är lite i underläge. Begreppet personcentrerad tar hänsyn till individen vilket det patientcentrerade synsättet inte alltid gör. Man kan ändå inte bortse från att använda begreppet patient inom hälso- och sjukvård eftersom det ger ett visst integritetsskydd, juridiskt skydd och rättigheter bland annat till korrekt och rättvis vård.

Ekman (2014, 42-43) har definierat en modell för att systematiskt säkerställa personcentrerad vård. Första steget är att utgå från patientens personliga berättelse om sin sjukdom och livssituation. Andra kriteriet är partnerskap och delat beslutfattande. När vårdaren och patienten lyssnar respektive berättar föds en gemensam förståelse för patientens sjukdom och erfarenheter. Partnerskap inom vård innebär att dela information och samtal. Delaktigheten kan inberäkna närstående och familj.

Personcentrering innebär också att personen har självbestämmanderätt, självvärde, handlingsförmåga samt förmåga att själv bära ansvar. Att ha självbestämmanderätt innebär också att man har rätt att fatta beslut och ha kontroll över sitt liv. Den rättigheten gäller också när man tar fel beslut. För att patienten ska agera autonomt måste hen ha kapacitet att hantera information och att fatta beslut utgående från det. Personcentrerad vård innebär möjlighet för patienten att uttrycka sig och dela sina synpunkter. (Ekman 2014, 247-248).

2.2.1 Patientens identitet, uppfattningar och motivation

Läkemedelsbehandlingen kan vara väldigt personlig och påverka patientens identitet. Den påminner även om sjukdomen, att kroppen inte fungerar helt vanligt, samt om patientens dödlighet. Individer reagerar olika på denna insikt. Vissa patienter känner sig oförmögna att hantera situationen medan andra använder inre resurser för att klara av olika känslor relaterade till behandlingen. (Vandermause, et al. 2016, 538). Det finns flera känslor som patienten kan gå igenom vid en medicinering, som både kan främja och hindra adherence. Känslor som sorg och ilska kan förekomma och är ett hinder för läkemedelsförbindelsen. Patienten kan även uppleva att det blir svårare för hen att uppnå olika målsättningar i livet eller att olika sociala aktiviteter förhindras pga. medicineringen. Känslor av ambivalens kan uppstå t.ex. vid olika högtider då patienten inte följer vardagsrutinerna och det kan då bli

svårt att följa medicineringen. (Voshaar, Vriezekolk, van Dulmen, van den Bemt & van de Laar 2016, 8).

Patienten kan uppleva en stark känsla av att vilja vara normal och leva så normalt som möjligt. Medicineringen, även t.ex. antibiotika, kan påverka patientens bild av sig själv, hens funktionsförmåga och att kroppen inte fungerar som den ska. Den påverkar även hur patienten upplever att hen kan fungera i sociala kontexter som med vänner och familj. Patienter vill uppleva att hen kan vara aktiv och fungera i vardagen. (Vandermause, et al. 2016, 538).

Patientens identitet påverkas av olika svårigheter med medicineringen. Det kan vara fråga om biverkningar eller att hen inte har tillgång till mediciner. Medicineringen kan även ha en stark inverkan på patientens egenvärde och även hens upplevelse av välmående. De som förbinder sig till medicineringen upplever att de kan kompromissa och acceptera den och att den är som en rutin. (Vandermause, et al. 2016, 538). De patienter som har högre adherence ser även det som viktigt att hålla fast vid medicineringen, att utstå den (Chambers, et al. 2011, 605).

Patienter upplever att adherence främjas av acceptans och av utveckling av olika sätt att hantera medicineringen. Dessutom hjälper det att förstå medicineringen och att kunna kommunicera med läkaren. (Voshaar, et al. 2016, 6).

Rutiner är även viktiga för patienten för att kunna förbinda sig till medicineringen och patienter som uppvisar högre adherence har ofta ett sätt som passar dem. Det har också visat sig vara viktigt med rutin för dem som har lägre adherence men den skiljer sig lite från dem med högre adherence. De som har högre adherence har ofta olika strategier för att hantera medicineringen, olika sätt att minnas den och gör medicineringen som en del av dagliga rutiner. De som uppvisar mindre förbindelse har inga fasta rutiner eller sätt att minnas att ta läkemedlen. (Chambers, et al. 2011, 601). Olika sätt att förbinda sig till medicineringen kan vara t.ex. att ta medicinerna vid måltider, ha dem med sig, ha alarm eller planera dagen kring den (Vandermause, et al. 2016, 538).

Patientens tilltro till läkemedlet och till att hen kan leva ett socialt liv främjar adherence. Rädsla, osäkerhet kring konsekvenser av läkemedlet och önskan att vara fri från medicineringen kan uppstå som hinder för läkemedelsadherence. (Voshaar, et al. 2016, 8). De patienter som påvisar högre adherence tenderar att lita på läkaren och vara övertygade

att läkemedlet är bra för dem, även om de upplever biverkningar. De med lägre adherence ifrågasätter medicinen och sjukdomen. (Chambers, et al. 2011, 603).

Patienter med hög adherence ser på konsekvenserna av att inte ta medicineringsen som allvarliga och anser att det finns flera risker med uteblivna läkemedel. Tankar om konsekvenser kan motivera patienten att fortsätta medicineringsen. Tanken om de möjliga riskerna kan även göra det lättare för dessa patienter att utstå biverkningar. Konsekvenserna och en hög tilltro till läkaren och medicinen motiverar patienten och stärker adherence. (Chambers, et al. 2011, 604).

Motivation kan ses som något individen kan bestämma sig för och förändra, t.ex. genom att sätta upp mål. Andra teorier menar att motivation inte är medfött utan något man lär sig av sina egna erfarenheter genom att man inser vilka konsekvenser som olika handlingar får. Motivation är i den meningen formbar och föränderlig. Vissa teorier betonar att individen har möjlighet att utveckla sig själv och bli motiverad. Motivationen kan också påverkas av prestation samt feedback från omgivningen. Positiv feedback förmedlar en känsla av uppskattning, medan negativ feedback kan stämpla individen som icke behövd. (Hedegaard 2012, 15-16).

Patienten motiveras och adherence främjas även av goda resultat av medicineringsen och av att hen kan leva ett fullbordat liv med känsla av autonomi. Även ett förväntat längre liv främjar adherence. (Voshaar, et al. 2016, 8).

2.2.2 Kunskap och information

Patientens kunskaper kan både främja och förhindra adherence till läkemedel. Adherence främjas då patienten vet varför hen tar läkemedlet, hur det administreras och då hen får information om alternativa medicineringsen. Ett hinder för adherence kan vara kunskap om t.ex. biverkningar eller funderingar över hur medicinen egentligen påverkar kroppen. (Voshaar, et al. 2016, 6). Patientens förståelse för sjukdomen visar sig även öka patientens benägenhet att ta sina mediciner. Patientens kunskaper om läkemedlet kan även klarlägga fördelarna med medicineringsen vilket i sin tur kan stilla eventuell oro. (Chambers, et al. 2011, 605).

I en studie av Hayden et al. (2014, 5) om adherence till metotrexat framkom det att patienten har ett behov att söka information om sin sjukdom och medicineringsen och dess betydelse för att kunna hantera oro och osäkerhet gällande medicineringsen. Vissa patienter undviker

information eftersom den kan upplevas endast förvirrande och öka osäkerheten gällande läkemedlen.

Patienten kan uppleva att läkaren inte ger tillräcklig information om medicineringen utan fokuserar mera på sjukdomen och då vänder sig patienten till andra källor. Inofficiella källor som internet och andra patienters upplevelser används ofta som källa och stöd men patienten upplever att internet ofta väcker fler frågor. (Hayden, et al. 2014, 5-6). Det förekommer även att de som uppvisar högre adherence ofta vågar vända sig till vårdpersonalen för stöd och hjälp samt även litar på informationen som läkarna ger. Hos de patienter som uppvisar lägre adherence kan det förekomma misstrogenhet till läkarens instruktioner samt upplevelser att de inte får tillräcklig information av läkaren. Dessa patienter är även mindre benägna att vända sig till läkaren för information eller stöd. Detta i sin tur kan leda till att patienten slutar ta sin medicinering utan att konsultera läkaren om det. Patientens upplevelse av att inte få stöd och tillräcklig information kan m.a.o. leda till lägre läkemedelsadherence. (Chambers, et al. 2011, 601-602).

2.2.3 Vårdrelationen

Vårdförhållandet är betydelsefullt för patienten och kan utvecklas till en essentiell del av patientens liv (Vandermause, et al. 2016, 539). Den främjar läkemedelsadherence och patientens besluttagningsförmåga. Det är även viktigt att patienten upplever att hen har tillgång till sin läkare och som tidigare nämnts även informationen hen ger är viktig för patienten och främjar adherence. (Voshaar, et al. 2011, 7). Som tidigare nämnts är det av betydelse för läkemedelsförbindelsen hur patienten följer läkarens instruktioner, den upplevda informationsmängden och tilliten patienten känner för läkaren. (Chambers, et al. 2011, 601- 602).

Förhållandet mellan patient och vårdare utgör grunden för vårdprocessen. Förhållandet syftar till att vara tryggt och jämställt samt ömsesidigt. Utgångspunkten är både vårdarens och patientens behov. (Eriksson 2014, 55-56). Enligt Kasén (2002, 113-115) kännetecknas en vårdande relation av att patienten får en känsla av att vara viktig och betydelsefull. Patienter känner att hen är i fokus och upplever att hens behov tas i beaktande. För att en vårdande relation ska kunna bli bättre är patientens egna krafter viktiga.

En vårdrelation kan inte påskyndas. Vårdförhållandets ändamål är att stöda patienten i hans hälsoutveckling. Interaktionen i vårdförhållandet sker genom att patienten får uttrycka sig och vårdaren ger kunskap och stöd. (Eriksson 2014, 55-56). För en fungerande relation krävs

ömsesidigt deltagande från båda parterna och kommunikation förväntas ske som en dialog. Kontinuitet i vården är viktig för att patientens hälsoutveckling kan framskrida. (Kasén 2002, 130-132).

Grunden för vårdrelationen läggs vid ankomsten. Vårdaren ska förmedla en känsla av att hen vill vårda och bygga upp en personlig kontakt med patienten. Genom att ge tid och lyssna på patienten kan vårdaren vinna patientens tilltro och förtroende. För patienten kan det vara lättare att anförtro sig för en sjukskötare som hen känner förtroende till. (Kasén 2002, 120).

Bridges menar (enligt Wiechula, et al. 2016, 732) att patientens förtroende för vårdaren ökar då vårdaren känner till patientens sjukdom, behov, sjukdomsstrategi och relationer. Både sjukskötare och patient anser att nära relationer kan förbättra kommunikationen. Patienten vill känna sig trygg i relationen. Patienter med kroniska sjukdomar går igenom stressiga situationer med osäkerhet och en fungerande relation med vårdaren är viktig. Sjukskötare kan känna sig belönad när en bra fungerande relation etableras med patienten men en icke fungerande relation kan framkalla känslor av misslyckande och frustration för vårdaren. Papastavrou anser (enligt Wiechula, et al. 2016, 731) att sjukskötarens kliniska kunnande inverkar på patientens tillit till vårdaren och känsla av trygghet i relationen. Om vårdaren har ett stödjande handledningssätt utvecklar det ett förtroendefullt förhållande.

Det är viktigt för vårdrelationen att vårdaren är delaktig i patientens liv, både i positiva och negativa omständigheter. Delaktigheten i vården kan också förmedla hopp till patienter som befinner sig i en svår ställning. Om vårdaren personligen är öppen och tillgänglig är det enklare för patienterna att öppna sig och få tillit till vårdaren. (Kasén 2002, 122-133).

Wiechula et al. (2016, 731) refererar Tay att om vårdaren har en rutinmässig attityd och endast fokuserar på att klara av jobbet kan det hindra kommunikationen och patienten känner sig mindre värd. Det är därför viktigt att vårdaren är medveten om sin attityd i handledningen och hur det kan påverka patientens förväntningar i relationen. En positiv attityd hos vårdaren och ett bra bemötande vid ankomsten leder till att patienten känner ett värde i relationen, vilket kan leda till bättre kommunikation mellan patienten och vårdaren.

Vi har valt att fördjupa oss i vårdrelationen eftersom det är en betydande faktor som påverkar patientens läkemedelsadherence. Kasén nämner flera aspekter som uppkommer i tidigare

nämnda forskningarna i detta arbete. Dessa är bl.a. delaktighet, kommunikation, kontinuitet samt patientens förtroende. Även i motiverande samtal tolkar vi att vårdrelationen framkommer som en väsentlig del.

3 Motiverande samtal

Enligt WHO bör interventioner som syftar till att öka patientens förbindelse till vården (inklusive läkemedelsvården) beakta samtliga dimensioner av påverkande faktorer (se kap 2.1). Vårdare bör systematiskt utreda faktorerna och eventuella hinder för adherence hos den enskilda patienten. Åtgärderna bör anpassas till patientens behov för att fungera optimalt. (Sabaté 2003, 31).

Flera olika metoder har visat sig ha positiv inverkan på adherence, bland annat undervisning i self-management (självförvaltning eller egenvård), rådgivning, beteendebaserade interventioner, uppföljning och påminnelser. De mest effektiva metoderna är däremot de som behandlar flera faktorer genom en kombination av flera olika åtgärder. (Sabaté 2003, 31). Van Camp, Huybrechts, Van Rompaey & Elseviers (2012) och Jorge de Sousa Oliveira, José & Caldas (2017) nämner också att det krävs en kombination av flera metoder för att kunna uppnå optimal förbindelse till läkemedel.

I flera forskningsprojekt har man undersökt och lyft fram olika metoder som kan vara till stöd för att öka patientens läkemedelsförbindelse. Dessa är bland annat action and coping planning (handlings- och copingplanering) (Bacelar de Araujo, et al. 2014), IMB (Alexander, et al. 2017), undervisning (Hyrkas & Wiggins 2014), handledning (Thom, et al. 2015) och smarttelefonapplikationer (Major & Das 2016) samt motiverande samtal (Lavoie, et al. 2014; McKenzie & Chang 2013; Hyrkas & Chang 2013). I enlighet med vad WHO och olika studier konstaterat ovan vore det ideala att produkten i detta arbete baserades på en kombinationsmetod, t.ex. IMB (eng. *Information Motivation Behavioural*). Det finns dock inom ramen för detta examensarbete inte utrymme för fördjupning i flera vetenskapsområden. Arbetets kvalitet skulle bli lidande om vi fokuserade på flera områden. Därmed ligger fokus på *en* handledningsmetod. Handledningsmetoden motiverande samtal har dykt upp flera gånger under sökningarna efter relevanta och effektiva handledningsmetoder och har fått bra feedback. Det är en patientcentrerad metod som tar hänsyn till faktorer som tidigare i arbetet konstaterats vara viktiga för att öka läkemedelsadherence. Patientens adherence till läkemedel påverkas t.ex. av hans kunskaper, attityder och rädslor samt intresse för sin hälsa. I motiverande samtal är det just dessa

faktorer som patienten uppmuntras att utforska och berätta om för att kunna starta en förändringsprocess och därmed uppnå adherence.

Vi tolkar att patientens åsikter, uppfattningar och motivation, samt personcentreringen och vårdrelationen är centrala i handledningsmetoden motiverande samtal (MI). Dessa begrepp är även essentiella för patientens läkemedelsförbindelse och därför har vi valt att fördjupa oss i dem. Nedan presenteras forskning om MI och hur handledningsmetoden fungerar i praktiken med tanke på att öka patientens förbindelse till läkemedel. Handledningsmetoden används i det slutliga verktyget.

3.1 Motiverande samtal som handledningsmetod

Motiverande samtal (MI) är en ”empatisk, förändringsinriktad, patientcentrerad rådgivningsmetod” som bl.a. bygger på ett visst förhållnings- och kommunikationssätt. (Fossum 2013, 223). Dess syfte är att stöda patienten till förändring. Det sker som ett samarbete mellan patient och vårdare där patientens vilja, styrka och motivation ska frammanas. Varje person har egna tankar och mål samt saker de eftersträvar. Det är vårdpersonalens uppgift att utifrån dessa hjälpa patienten att finna sin motivation och skapa ett förändringsbeteende. (Rollnick, Miller& Butler 2010, 29-30).

MI lämpar sig bra för att väcka intresse för livsstilsförändring hos personer som ännu inte är riktigt motiverade för förändring. Det används på många områden bl.a. för att stöda egenvård och förbindelse till behandling. För att metoden ska vara framgångsrik behövs minst 10-15 minuters tid för samtalet. (Fossum 2013, 223-224, 250).

Det finns fyra riktgivande linjer som betecknar motiverande samtal. I dessa behandlas vikten av att lyssna till patienten, förstå och undersöka patientens motivation, förstärka patientens förtroende för sina kompetenser samt att som handledare inte rätta till och styra patienten. (Rollnick, et al. 2010, 31). Vårdgivarens förhållningssätt ska vara accepterande samt patientcentrerat och hen ska framhäva patientens självbestämmande (Fossum 2013, 223).

Motiverande samtal strävar till att skapa beteendeförändring. Handledarens uppgift är att lyssna till patienten, patienten har ofta svaren redan inom sig. Genom att undersöka och visa intresse för patientens uppfattningar och motivation kan en beteendeförändringsprocess påbörjas. Patienter ska uppmuntras till att berätta varför och hur en förändring ska ske. Förändring kräver att patienten känner tilltro till sina förmågor. Känslan att ha makt över sitt eget liv leder till att patienten utvecklas. Ifall man som handledare försöker styra över

patienten kan det leda till motsatt effekt dvs. motstånd från patientens sida. Det är patienten själv som ska lägga fram sina skäl för att ändras. (Rollnick, et al. 2010, 31-35).

3.1.1 Kommunikation med patienten

Det finns tre olika stilar att kommunicera med patienten. Dessa är styra, följa och vägleda. I den styrande stilen tar ofta handledaren den ledande rollen, detta kan leda till en ojämn relation mellan handledare och patient. Det kan finnas behov av den styrande handledningen vid oväntade lägen. I dessa situationer kan det kräva att handledaren tar besluten för patienten. Den följande stilen handlar om att lyssna. Patienten får oavbrutet berätta om sig själv utan att handledaren försöker styra, förmana eller inflika med egna kommentarer. I den vägledande rollen fungerar handledaren som vägvisare och stöder patienten att göra egna val. (Rollnick, et al. 2010, 37-42).

Det finns tre huvudsakliga kommunikationssätt inom motiverande samtal; informera, fråga och lyssna. Genom att informera tillför man patienten kunskap. Med frågor kan man skapa en bild av patientens situation. Genom att lyssna tar man reda på om man förstått vad patienten avser. Dessa sätt används i samband med de olika ovannämnda kommunikationsstilarna. (Rollnick, et al. 2010, 47-48).

Vid motiverande samtal är öppna frågor ett bra sätt att ge patienten utrymme att fritt uttrycka sina tankar och känslor samt aktivt vilja berätta. Slutna frågor leder ofta till enkla svar och ger patienten en mera passiv roll. Det kräver även att handledaren lyssnar och reflekterar vad patienten förmedlar. Handledaren påvisar med reflektion att hen förstår vad patienten försöker uttrycka och vad hen känner och tänker. Reflektioner återspeglar det sagda och kan få patienten att undersöka sina känslor mera på djupet. Ifall handledaren missförstått patienten kan patienten förklara närmare. (Klang Söderkvist 2013, 213-215).

För att ge information ska handledaren känna efter patientens behov för det och utifrån hans tidigare kunskaper och önskningar erbjuder handledaren information. Genom att bekräfta patienten skapas en handledningsmiljö av trygghet och motivation, till exempel genom ett leende eller genom att lyfta fram patientens styrkor. (Klang Söderkvist 2013, 213-215).

3.1.2 Ambivalens

Tvekan eller ambivalens är en vanligt uppkommande känsla då en förändring ska ske. Ofta är patienten medveten om vad som egentligen är bäst för hen men en förändring kan vara

svår att utföra. Det kan vara svårt att tillämpa nya rutiner eller införa ett nytt hälsobeteende som kan vara obekvämt, till exempel utstå biverkningar även om behandlingen är nödvändig. Det kan uppstå en konflikt mellan vad patienten vet vad hen borde göra och i det bekväma i hens nuvarande tillstånd. (Rollnick, et al. 2010, 63-65).

Då patienten upplever ambivalens kan handledaren reagera med att använda "rättningsreflexen" vilket dock leder till motstånd hos patienten och hen hamnar längre bort från förändringen. Handledarens uppgift är den motsatta, det vill säga att hjälpa patienten att frammana förändring. (Rollnick, et al. 2010, 64-65). När patienten är ambivalent bör sjukskötaren och patienten tillsammans diskutera fördelar och nackdelar med förändringen. Sjukskötaren bör försöka få patienten att överväga fördelarna och nackdelarna så att hen blir intresserad och slutligen beredd att förändras. (Fossum 2013, 228).

Ambivalensen kan utforskas stegvis med fyra frågor till patienten. Första frågan är vad patienten upplever som positivt med beteendet. Här ska sjukskötaren vara försiktig så att fördelarna med beteendet inte förstärks. Andra frågan gäller sedan nackdelarna, d.v.s. vad är mindre bra med beteendet. Om patienten på det här viset först får prata om det hen upplever som positivt är det lättare för vårdaren att presentera de negativa hälsoaspekterna. Tredje frågan är om patienten ser hinder eller nackdelar med att sluta. Fjärde frågan är vad vinsterna vore om patienten förändrar beteendet. Frågorna bör avslutas med en sammanfattning av patientens tankar och vad hen tänker göra härnäst. Om patienter uppvisar vilja till förändring behöver patienten sjukskötarens stöd för att göra en konkret plan för hur hen ska förändra sitt beteende. Planen ska innehålla ett mål eller delmål. Ifall patienten fortfarande är motvillig för förändringen bör sjukskötaren diskutera frågan igen vid nästa besök. (Fossum 2013, 239-241).

3.1.3 Steg till förändring

För att kunna hjälpa patienten att frammana förändring ska handledaren känna igen tecken på att patienten är redo för en förändring. Dessa tecken eller ämnen är att patienten uttrycker vilja för förändring, att hen kan och ger orsaker för förändring, uttrycker ett behov av förändring och ger ett löfte om förändring samt att hen uppvisar steg mot förändring. Vilja, kunnande, behov och att patienten ger anledning till förändring är inledande steg mot förändring. Löften och konkreta steg mot förändring leder till bestående beteendeförändring. (Rollnick, et al. 2010, 66-71).

Att frammana en förändring behöver inte nödvändigtvis ta länge och ibland har man flera konsultationstillfällen. En bestående förändring utvecklas successivt genom stöd och uppmuntran av handledaren. (Rollnick, et al. 2010, 73-74).

Ambivalensen löser sig då patienten ser fördelarna över nackdelarna med t.ex. behandlingen. Ifall patienten endast försöker göra en förändring för att undvika det negativa blir förändringen inte varaktig. Ifall patienten fokuserar på det positiva blir förändringen bestående. (Klang Söderkvist 2013, 222).

Det är viktigt att vårdgivaren möter patienten på det stadium hen befinner sig och anpassar de motiverande strategierna därefter. Olika patienter befinner sig olika länge på de olika stadierna. Vissa når tredje stadiet fort, för andra går det långsammare och en del pendlar länge fram och tillbaka. (Fossum 2013, 234).

3.2 Motiverande samtalets inverkan på läkemedelsadherence

I en kanadensisk, randomiserad kontrollerad pilotstudie av Lavoie et al. (2014, 1555-1557) undersöktes huruvida motiverande samtal ökar astmapatientens förbindelse till att ta sina inhalationskortikosteroider, vilka är viktiga läkemedel för kontrollen av astma. Deltagarna bestod av 54 vuxna astmatiker med låg adherence till nämnda läkemedel det senaste året. Deltagarna delades i två grupper varav den ena fick motiverande samtal i 3 omgångar á 30 minuter under en period på 6 veckor. Den andra gruppen, kontrollgruppen, fick vanlig vård. Adherencen mättes 6 månader och 12 månader efter testet.

Studiens resultat är att en kortvarig (sammanlagt 90 minuter) åtgärd med motiverande samtal kan öka betydligt astmapatientens förbindelse till inhalationskortikosteroider i åtminstone ett års tid. Dessutom förbättrades astmakontrollen och patientens förtroende för att kunna hantera sjukdomen. Patienterna gav positiv respons på metoden, såsom användbar, relevant, genomförbar och sannolik att påverka adherence. Den inre motivationen och självförmågan kan förbättras vid motiverande samtal. Detta kan ge förbättrad läkemedelsadherence och bättre framgång med sjukdomen. I studien gavs motiverande samtal av en psykolog med erfarenhet av metoden. (Lavoie, et al. 2014, 1562-1564). Vi har valt att ändå ta med artikeln för att den också betonar vikten av att det är en erfaren person som utför metoden motiverande samtal. Andra artiklar som nämns nedan visar att också en sjukskötare kan utföra metoden med gott resultat, förutsatt att hen är insatt i metoden.

I en undersökning av McKenzie & Chang (2013, 37-38) har de studerat effekten av motiverande samtal på medicin adherence för patienter som lider av bipolär sjukdom.Handledningen som skedde i form av motiverande samtal bestod av ett möte och två telefonsamtal under en tid på tre veckor. Mötet varade 45-60 minuter enligt deltagarnas individuella behov. Under mötet introducerades deltagarna till motiverande samtal och en behandlande relation etablerades. Dessutom gick de igenom deltagarnas förhållande och attityd gentemot läkemedel samt hur säkra och beredda de var för en beteendeförändring. Deltagarna fick en dagbok där de kunde anteckna sina funderingar kring läkemedel, biverkningar och missade doser.

Uppföljning gjordes med två telefonsamtal som var placerade en vecka isär och de varade i genomsnitt 20 minuter. Under telefonkontakten användes en plan och deltagarna uppmuntrades att ställa frågor, överväga fördelar och nackdelar angående läkemedelsföljsamhet och om det fanns behov gavs handledning. De mål de hade uppsatt under första mötet sågs över och beteendeförändring diskuterades. (McKenzie & Chang 2013, 37-38).

Genom att diskutera negativa erfarenheter och biverkningar kan patienterna förstå sin osäkerhet kring läkemedel. Alla patienter är individer och påverkas av olika faktorer och detta måste man ta hänsyn till i motiverande samtal. Några deltagare blev bättre på att diskutera oklarheter med sin vårdpersonal och andra fann olika sätt att bemästra sin medicinering. Patienterna var nöjda med handledningen vilket påvisar att motiverande samtal är effektivt och leder till att de själva kan ta hand om sin medicinering. Deltagarnas förtroende till läkemedelsbehandlingen och deras motivation förbättrades över tid. (McKenzie & Chang 2013, 42).

Syftet i Hyrkas & Wiggins studie (2014, 352-353) är att jämföra skillnaderna i läkemedelsadherence hos patienter som fick vanlig vård och de som fick patientcentrerad handledning. De deltagare som fick patientcentrerad vård fick antingen ”teach-back” (patienten återberättar vad som sagts) och dosetter eller motiverande samtal.

I kontrollgruppen frågade sjukskötaren patienterna om de förstod sin nuvarande medicinering och berättade om syftet och biverkningar av nya mediciner. För att försäkra att patienten har förstått det som ordinerats kan man som sjukskötare fråga vad patienten redan vet om medicinen, därefter tillhandahålla information. (Hyrkas & Wiggins 2014, 353).

Sjuksköterna använde SMSS (Self-reported Medication Screening Scale) för att fråga patienterna hur viktigt de anser att det är att ta medicinerna och förtroendet för att ta mediciner som ordinerats. Patienter i testgruppen som påvisade förtroende och högre adherence fick handledning med ”teach-back” metoden. Patienter som fick lägre poäng på Medication Screening Scale, hade psykosociala svårigheter och komplex medicinering fick delta i motiverande samtal med sjukskötare som fått träning i metoden. (Hyrkas & Wiggins 2014, 354).

Vid utskrivningen hade bägge grupperna mindre förtroende för medicineringen jämfört med 2-3 dygn senare samt 30 dagar senare. I vardera gruppen ansåg deltagarna att det är viktigt att ta medicinerna men den faktiska tilltron att ta dem var låg efter utskrivning. Efter utskrivning och 2-3 dygn hade den patientcentrerade gruppen högre förtroende till adherence jämfört med de som fick motiverande samtal. 30 dagar senare hade båda grupper hög adherence och ökat förtroende för medicineringen. Studien kom fram till att patienter som har psykosociala svårigheter och komplex medicinering kan gagnas av motiverande samtal. Motiverande samtal kan också förebygga återinskrivning på sjukhus. (Hyrkas & Wiggins 2014, 359-360).

I en studie av Drevenhorn et al. (2014, 35-37) undersöktes effekten av patientcentrerad vård på hypertensiva patienters tillfredsställelse med läkemedelsinformationen. Sjuksköterna undervisades i motiverande samtal och förändringsprocessen (stages of change-modellen) med simulerade patienter i 3 dagar. Sjuksköterna fick information om blodtrycksmediciner och träning i att motivera patienterna hantera samt förbinda sig till livsstilsförändringar och sina mediciner.

Två år efter interventionen upplevde undersökningsgruppen större tillfredsställelse med informationen de fått om bruket av medicinerna och deras verkan samt eventuella problem de kan orsaka. Det sistnämnda upplevde också kontrollgruppen. Undersökningsgruppen var nöjd med informationen och tyckte att informationen de fått av sjukskötare, läkare och farmaceuter var speciellt nyttig. De förhöll sig mer kritiska till information de fått från andra källor, t.ex. personer med samma sjukdom, familj och vänner, organisationer och böcker. Kontrollgruppen upplevde däremot de sistnämnda källorna som mer nyttiga. Forskarna antar att patienterna i undersökningsgruppen inte hade ett behov av information från andra källor i och med att de blev mera säkra och självständiga i sin medicinering. (Drevenhorn, et al. 2014, 38-40).

Äldre studier visar också att motiverande samtal är en effektiv metod dels för att öka läkemedelsadherence, dels för att påverka attityder kring att ta läkemedel. T.ex. i en studie gjord av DiIorio et al. (2008, 276-278) visar resultatet att motiverande samtal ökar läkemedelsadherence hos patienter med HIV. Patienterna gavs fem individuella sessioner i motiverande samtal av legitimerade sjukskötare. Sjukskötarna fick utbildning i motiverande samtal före.

4 Metodologiska utgångspunkter

I detta examensarbete används forskningsmetoderna allmän litteraturöversikt som datainsamlingsmetod och tillämpad innehållsanalys som dataanalysmetod. Det slutliga verktyget utgår dels från relevanta och evidensbaserade artiklar, dels från böcker. De flesta artiklarna är empiriska studier. Dessutom har det fyllts på med litteratur ur böcker för att öppna vissa begrepp och ge ämnet mera djup.

Allmän litteraturöversikt är en lämplig metod i detta arbete eftersom avsikten är att utreda redan befintlig kunskap. Efter en bred sökning av existerande handledningsmetoder för att öka läkemedelsadherence väljs, i överensstämmelse med beställarens önskan, en välmotiverad och effektiv handledningsmetod för att skapa det slutliga verktyget.

4.1 Litteraturöversikt

I en litteraturstudie eller litteraturöversikt sammanställer man relevant vetenskaplig kunskap. I litteraturstudien går man igenom litteratur inom det område man vill undersöka och sedan sammanställer och analyserar man det till ett resultat som besvarar en forskningsfråga. En litteraturstudie kan göras då man exempelvis vill besvara en viss fråga, öppna och förklara ett begrepp eller fördjupa sig i ett redan forskat område. (Kristensson 2014, 151).

Det finns två olika sätt att göra en litteraturstudie: en allmän och en systematisk. I den allmänna litteraturöversikten analyserar man insamlade artiklar men utan tydlig specificering av varför eller hur artiklarna valts. Den systematiska litteraturöversikten görs systematiskt utgående från primärkällor med tydlig definition och avgränsning av området. (Granskär & Höglund-Nielsen 2015, 203). I vårt examensarbete har vi valt att göra en allmän litteraturöversikt eftersom vi hade mindre tid till förfogande än vad en systematisk litteraturöversikt skulle kräva.

I tabell 1 finns vår sökstrategi för arbetet dvs. använda sökord, databaser och avgränsningar. Sökorden är relevanta för arbetet och forskningsfrågorna. Vissa sökord har inte inkluderats t.ex. *children* och *cancer*, eftersom de inte representerar målgruppen. Se noggrannare sökhistorik i bilagan (Bilaga 2).

Tabell 1. Sökstrategi

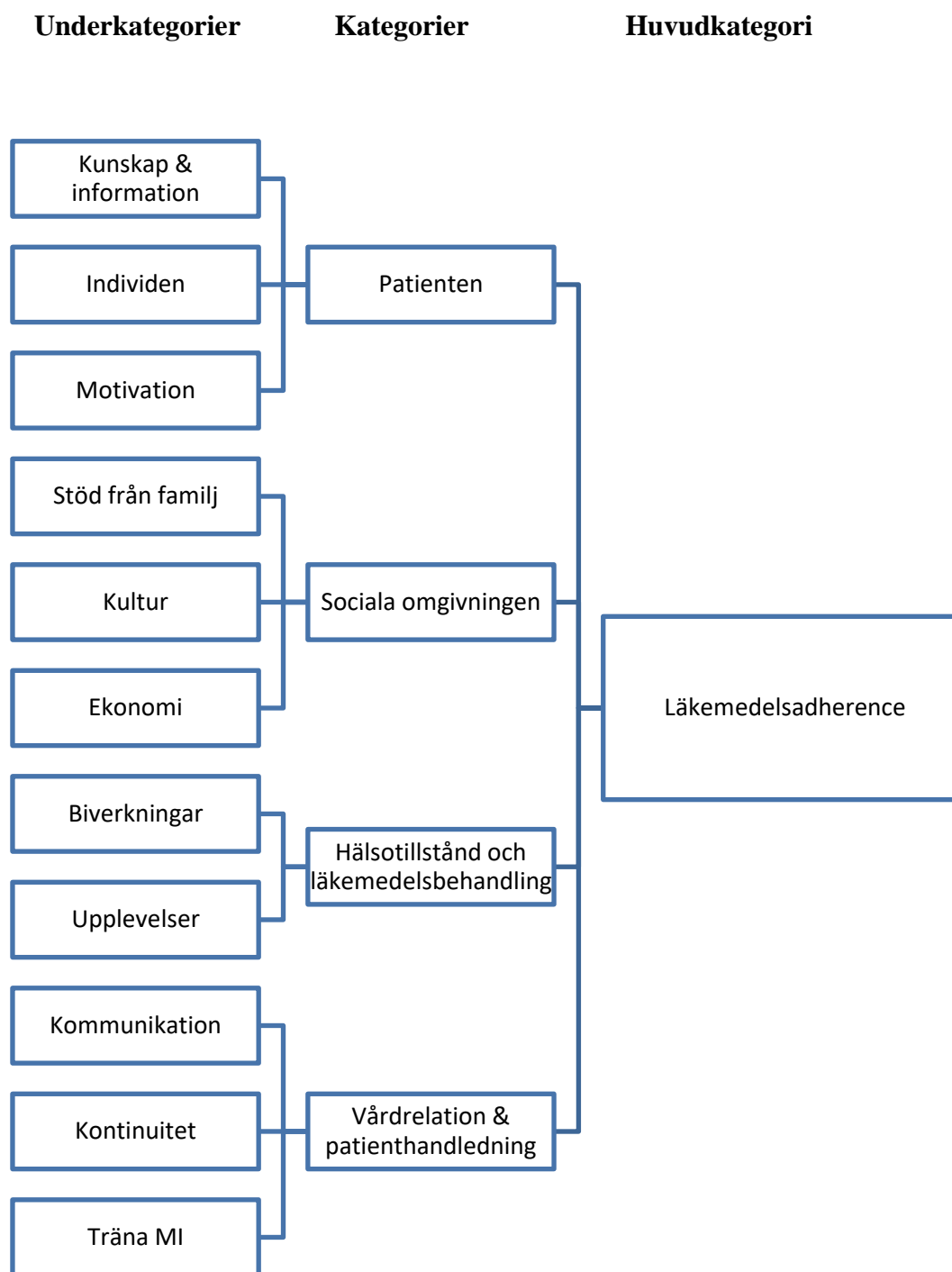
Sökord	motivational interviewing, motivation, adherence, medication adherence, drugs, drug-use, medication, medicine, treatment, chronic disease, chronic illness, patients, clients, attitude, non-adherence, counseling, problems, challenges, method, intervention, relationship, communication, factors, knowledge, elderly patient, healthcare, nurse, nursing, metaanalysis, prescribed, beliefs, information, socioeconomic status, journal article, clinical trial, practice guideline, randomized controlled trial, review, systematic, adult.
Databaser	EBSCO Academic Search Elite, SweMed+, PubMed Health, Google Scholar
Avgränsningar	Avgränsning på artiklar: 2011-2017, full text, peer reviewed (på EBSCO)

4.2 Innehållsanalys

Genom innehållsanalys kan man analysera vetenskaplig litteratur och tal. Innehållsanalysen kan vara kvalitativ eller kvantitativ, samt manifest eller latent. Den manifesta innehållsanalysen fokuserar på det uppenbara i en text medan den latent ser på det underliggande i texten. (Olsson & Sörensen 2011, 209-210). Då man gör en kvalitativ innehållsanalys ser man på skillnader och likheter i texten samt undersöker det manifesta

och latent. Analysen uppdelas sedan i olika kategorier och underkategorier för att analyseras och tolkas på olika djup. (Kristensson 2014, 142).

Figur 2 är en innehållsanalys av det insamlade materialet, dvs. artiklarna om motiverande samtal och faktorer som påverkar läkemedelsadherence. Innehållsanalysen beskrivs därefter i text.



Figur 1 Artikelanalys

En kategorisering av 21 artiklar har gjorts för att se skillnader och likheter i läkemedelsadherence. Elva stycken underkategorier har framkommit ur artikelanalysen.

Utav dessa elva underkategorier har det uppkommit fyra stycken kategorier. Med hjälp av artikelanalysen och till en del WHO:s gruppering av faktorer har kategorierna fått sina rubriker. Från artiklarna har likheter i faktorer hittats som kan förbättra läkemedelsadherence, Huvudkategorin framkom ur artikelanalysen, där det uppkom faktorer som både främjar och förhindrar läkemedelsadherence, därav huvudkategorins titel (se figur 2).

En av kategorierna är **patienten**. Patientens kunskaper och information har stor betydelse i adherensen till läkemedel (Chambers, et al. 2011, 605-606; Henriques, et al. 2012, 3099; William & Manias 2013, 476; Hayden, et al. 2014, 5-6; Holt, et al. 2014, 203-204; Voshaar, et al. 2016, 6).

Patienten vill ha tillräcklig information om läkemedel. Brist på information kan minska patientens läkemedelsadherence och patienten kan själv börja söka information om sjukdom och behandling för att själv kunna ta beslut om sin medicinering. (William & Manias 2013, 476; Hayden, et al. 2014, 5-6). Enligt Chambers et al. (2011, 602) och Henriques et al. (2012, 3099) kan brist på kunskap och förståelse samt att patienten inte känner av fördelarna med medicinen leda till bristfällig adherence. Individens minne, uppfattningar, känslor och attityd kan påverka hens läkemedelsadherence. (Chambers, et al. 2011, 600-605; Holt, et al. 2014, 202-203; Voshaar, et al. 2016, 6-8). McKenzie et al. (2013, 42) har nämnt att patienter är olika och att detta ska tas i beaktande vid motiverande samtal. Att diskutera negativa erfarenheter om läkemedel kan hjälpa patienten att få förståelse för medicinerna. Motiverande samtal kan öka patientens motivation att prata med sin vårdare. Chambers et al. (2011, 604) menar att patientens tro och uppfattningar av mediciner kan påverka motivationen att ta medicinerna.

Den andra kategorin är den **sociala omgivningen**. Stöd från familj och vänner har betydelse för läkemedelsadherence. (Henriques, et al. 2012, 3100; Holt, et al. 2014, 205). Kulturskillnader, språkskillnader samt osäkerhet på andra ländes vårdssystem har en inverkan på läkemedeladherence (Freccero, et al. 2016, 85-86). Låg inkomst och låg utbildning kan enligt Alton et al. (2015, 438) leda till låg läkemedelsadherence.

Den tredje kategorin är **hälsotillstånd och behandling**. Patientens tidigare negativa upplevelser och rädslor för bieffekter påverkar läkemedelsadherensen. (Glombiewski, et al. 2012, 5; Henriques, et al. 2012, 3100; William & Manias 2012, 476–477; Holt, et al. 2014, 204; Pasina, et al. 2014, 286). Om patienten inte märker symptom på sjukdomen eller om de måste ta ett högt antal tabletter kan det leda till lägre adherence till läkemedel (William & Manias 2012, 477).

Den sista kategorin är **vårdrelation och patienthandledning**. Öppen kommunikation och tid tillsammans med vårdare är en betydande faktor för läkemedelsadherence. (William & Manias 2013, 476; Holt, et al. 2014, 205). Holt et al. (2014, 205-206) menar att då patienten träffar samma vårdare regelbundet känner patienten ett ansvar över sina läkemedel. Då patienten känner att hen har bra relation med vårdaren kan patienten öppna upp och kommunikationen blir bättre. William & Manias (2013, 476) menar också att om träffarna med vårdarna inte är kontinuerliga påverkar det kommunikationen. Positiv feedback och vårdarens positiva bemötande kan leda till bättre läkemedelsadherence. Summer Meranius & Marmstål Hammar (2015, 94-95) betonar att brist på tid tillsammans med vårdaren samt att patienten har flera olika vårdare som hen träffar kan leda till försämrad läkemedelsadherence. Vandermause et al. (2016, 539) framhåller också att vårdförhållandet har stor betydelse för patienten.

Enligt några studier användes MI intervention av sjukskötare som informerar och undervisar patienter, det har stor betydelse i läkemedelsadherensen. Att sjukskötaren ger information och leder konversationen är viktigt i motiverande samtal. (Lavoie, et al. 2014, 1558; Drevenhorn, et al. 2014, 38). I studien av Drevenhorn et al. (2014, 38) fick patienterna i interventionsgruppen motiverande samtal och information av sjukskötare och resultatet visade att de patienterna var mer nöjda än patienterna som fick vanlig vård. För att genomföra motiverande samtal har man i två studier (DiIorio, et al. 2008, 279-281; McKenzie, et al. 2014, 353) gett undervisning till sjukskötare att förbättra kompetenser vid samtal med patienter genom att uppmuntra, stöda och aktivera patienten i deras läkemedelsbehandling.

Som tidigare nämnts har litteratur sökts som besvarar frågeställningarna och stöder utvecklingen av produkten. Sökningen har resulterat i artiklar om faktorer som påverkar läkemedelsadherence samt artiklar om handledningsmetoden motiverande samtal. Genom innehållsanalysen av artiklar som behandlar läkemedelsförbindelse har det uppkommit faktorer som påverkar denna förbindelse. Genom dessa har vi svarat på den första

frågeställningen, t.ex. genom kunskap och en god vårdrelation kan adherence till läkemedel öka. Adherence motverkas av bl.a. upplevda biverkningar och otillräckliga kunskaper om läkemedlet.

På beställarens önskan och för att kunna besvara vår andra frågeställning har vi sökt artiklar om olika handledningsmetoder som lämpar sig för att öka läkemedelsförbindelse. Enligt litteraturen är motiverande samtal en sådan metod. Artiklarna om motiverande samtal som har samlats in har också analyserats i innehållsanalysen. Egentligen är det genom produkten som den andra frågeställningen besvaras eftersom sjukskötaren med hjälp av den kan utforska och främja patientens förbindelse till läkemedelsbehandlingen.

5 Produktutveckling

Detta examensarbete är ett funktionellt arbete. Det är lämpligt eftersom målet är att skapa en konkret produkt som är både kommunikativ och visuell. Produkten görs för en bestämd målgrupp, nämligen sjukskötarna på Åbolands sjukhus. I skapandet av produkten har vi försökt ta hänsyn till de punkter som framkommer i litteraturen här nedan, bl.a. utseendet, färg och logon.

I det funktionella arbetet är den slutliga produkten alltid en konkret produkt, exempelvis en bok, instruktioner, infopaketer, portfolio eller ett evenemang. Produkten skapas med olika kommunikativa och visuella metoder. Vid val av metod för förverkligande bör man tänka på i vilken form idén bäst förverkligas så att den tjänar målgruppen på bästa sätt. Den slutliga produkten ska vara unik och ha ett personligt utseende. Andra kriterier är att produkten är användbar, attraktiv, informativ, klar och konsistent. (Vilkka & Airaksinen 2003, 51-53).

När man gör ett funktionellt arbete ska man beakta bland annat målgruppen, vilka budskap man vill förmedla med produkten, storleken på produkten, bokstavsstorleken, papprets kvalitet och om produkten framkallas i färg eller i svartvitt. Man ska ta i beaktande hur dessa val påverkar kostnaderna för produkten. Beställarens önskemål gällande typografi så som färger och företagets logo på produkten bör diskuteras i tid och redogöras för i rapporten. (Vilkka & Airaksinen 2003, 52-53).

När man gör ett funktionellt examensarbete bör man kartlägga tidsmässiga och ekonomiska resurser och eget kunnande. Den slutliga produkten blir en kompromiss av egna resurser, produktbeställarens önskemål, målgruppens behov och läroanstaltens krav gällande slutarbetet. (Vilkka & Airaksinen 2003, 56-57).

5.1 Produkten

Produkten är ett verktyg med vilket sjukskötaren kan utforska och främja patientens läkemedelsadherence. Innehållet består av öppna frågor som sjukskötaren kan rikta till patienten samt reflektera över tillsammans med patienten. Diskussionen ska utgå från principerna för motiverande samtal: öppna frågor, respektfullt bemötande, patientens beredskap för förändring, självbestämmanderätt osv.

Under examensarbetsprocessen har produktens format ändrats några gånger, vilket också har tagit sin tid och ställt ett visst krav. Vi har funderat mycket på hur vi ska utveckla och utforma ett verktyg som är så användbart som möjligt för sjukskötaren och som täcker alla aspekter i läkemedelsadherence och handledningen av patienten angående den. Verktuget ska kunna användas av sjukskötaren då hen handleder patienten för att utforska eller främja patientens adherence till läkemedelsbehandling. Från beställarens sida kom en önskan om ett behändigt verktyg i form av en A4. Meningen är att skapa en prototyp som sedan ska tillämpas och vidareutvecklas av Åbolands sjukhus till elektroniskt format. Patienten kommer även att få frågorna direkt hemskickade före mottagningstid. Patienten kan på detta sätt i lugn och ro fylla i frågorna och ta med till besöket. Där kan patienten och sjukskötaren gå igenom frågorna tillsammans. Vi anser att det underlättar handledningen för sjukskötaren och att patienten har tid att noga gå igenom frågorna.

Frågorna täcker olika aspekter som påverkar patientens läkemedelsadherence. De är utformade så att de uppmuntrar patienten att reflektera över och berätta vad hen kan, funderar på, vill uppnå och vad som motiverar hen. Det är även meningen att sjukskötaren kan tillämpa frågorna enligt behov, t.ex. beroende på hur mycket handledning patienten behöver. Eftersom en diskussion är levande ska sjukskötaren kunna välja ut de frågor som passar situationen.

5.2 Produktdesign

Produkten är en A4 och består av tre textlådor med frågor. Lådorna uppställs horisontellt under varandra. Frågorna är indelade i tre lådor eftersom vi tycker själva att det underlättar läsandet och väcker intresse. I framtiden kommer produkten ändras till elektronisk format av beställarna.

Textlådorna har tre olika nyanser av grön färg eftersom det kan tolkas att symbolisera livet och ungdomen. Den gröna färgen ska både informera samt dra till sig blickarna. Med hjälp

av den gröna färgen på vit bakgrund struktureras vårt material. (Bergström, Lundgren & Flessa 2008, 160-161, 193).

I produkten används textformen "Open Sans" med svart färg eftersom det ger bra läsbarhet. Den svarta färgen syns bra mot grön bakgrund. Yrkeshögskolan Novias och Åbolands sjukhus logo finns med på verktyget. Målet är att produkten är tilltalande och användbar.

I produkten finns tre olika bilder från internet Bing Search. Dessa bilder kan tolkas representera patientens intresse för läkemedelsadherence. Den första bilden är ett frö som symboliserar att patienten har resurs att växa till ett skott. Andra bilden av skottet symboliseras av patientens växande intresse. Blomman representerar en blomstrande adherence. Vi anser att bilderna passar in och ger ett harmoniskt intryck.

Rubriken är ofta det första man ser och för att urskilja den från annan text kan man ha större textstorlek i rubriken (Bergström, et al. 2008, 68). Rubriken på denna produkt är "Öppna frågor öppnar hjärtat", vilket är samma som titeln på examensarbetet. Syftet är att rubriken ska dra uppmärksamhet och göra läsaren nyfiken på produkten.

Frågorna är formade utgående från innehållsanalysen och vi har beaktat alla aspekter i läkemedelsadherencen, bl.a. vårdrelationen och patientens upplevelser av sin medicinering och hälsa. I första textlådan finns frågor om patientens upplevelser, kunskaper, information, förväntningar och attityd gällande medicineringen. Tanken med frågorna är att vårdaren ska lära känna patienten och hans uppfattningar m.m. gällande medicineringen. Som konstateras i kapitlet om motiverande samtal så är det viktigt att visa intresse för patienten och utforska hans tankar för att kunna stöda en förändringsprocess.

I andra textlådan finns frågor om faktorer i patientens omgivning som kan påverka hans läkemedelsadherence samt vårdrelationen och patientens delaktighet i vården. Dessa aspekter är som tidigare konstaterats viktiga för patientens förbindelse till läkemedelsbehandlingen.

Frågorna i tredje textlådan handlar om effekter av läkemedelsbehandlingen och hur den påverkar patienten. Tanken är att patienten ska börja reflektera bl.a. på framtiden och hur hälsan påverkas av att ta respektive inte ta läkemedlen. Här kan sjukskötaren ta reda på patientens mål och stöda patienten hitta sin motivation att förbinda sig till medicineringen.

6 Etik och tillförlitlighet

Etik, tillförlitlighet och trovärdighet är viktiga inom vetenskaplig forskning. Dessa kan tryggas i forskningen genom att följa god vetenskaplig praxis. God vetenskaplig praxis innebär att noggrannhet beaktas genom hela forskningsprocessen samt att det finns en öppenhet i publiceringen av forskningsresultaten. Undersöknings- och datainsamlingsmetoderna ska vara etiskt hållbara. Forskarna ska respektera andra forskares undersökningar och resultat och göra korrekta hänvisningar till dessa. Planering, utförande och rapportering av forskningsresultat ska presenteras som vetenskaplig fakta är menat. Före forskningen påbörjas gör alla involverade ett avtal och kommer överens om gemensamma spelregler och ansvar i arbetet. (Varantola, Launis, Helin, Spoof & Jäppinen 2012). Nämnade aspekter har tagits noga hänsyn till för att öka tillförlitligheten i arbetet.

I kvalitativa studier används begreppet trovärdighet för att bedöma kvalitet. Trovärdighetsbegreppet inrymmer fyra dimensioner: tillförlitlighet, överförbarhet, verifierbarhet och giltighet. (Kristensson 2014, 124-126).

Tillförlitlighet står för sanningshalten i resultaten samt att forskarens tolkningar utgår från materialet och inte från hans förutfattade meningar eller idéer. Tillförlitligheten kan ökas på flera sätt. Ett sätt att undvika att resultatet påverkas av en persons förförståelse är att två eller flera personer granskar och tolkar materialet. Tillförlitligheten kan också ökas genom att forskaren samlar ihop ett djupt och omfattande datamaterial. Ytterligare ett sätt att öka tillförlitligheten är att göra analysprocessen så genomskinlig som möjligt, dvs. öppen för läsaren. Analysen kan antingen dokumenteras noggrant i texten eller så kan en del av analysen belysas i en tabell. (Kristensson 2014, 125).

Vi har strävat efter att vara så objektiva som möjligt i våra tolkningar av materialet. Granskningen har gjorts i grupp så att ingen ensam tolkat materialet. Datamaterialet är relativt omfattande men har kanske på vissa håll sina brister. Slutligen har vi varit måna om att analysprocessen ska vara tydlig för läsaren, dvs. med en figur och förklarande text.

Överförbarheten när det gäller kvalitativa studier handlar om att läsaren bedömer huruvida det är rimligt att resultatet kan vara giltigt också i andra sammanhang än i det sammanhang som studien innefattar. Forskaren kan underlätta detta för läsaren genom att noga beskriva deltagarna och studiekontexten. (Kristensson 2014, 125). I artikelöversikten redogör vi enskilt för urvalet och studiekontexten i varje studie. Åldersgruppen är vuxna men i övrigt väldigt varierande gällande t.ex. typ av kronisk sjukdom och mediciner.

Verifierbarhet handlar om att ”tolkningen är baserad på ett hållbart insamlat datamaterial”. Tolkningar och resultat ska m.a.o. utgå från datamaterialet och de ska kunna bestyrkas av läsaren. Läsaren ska kunna göra en egen bedömning av materialet och även kunna komma fram till andra slutsatser. (Kristensson 2014, 126). Vi anser oss ha uppnått kraven på verifierbarhet. Med hjälp av källförteckningen och källhänvisningarna samt artikelöversikten kan läsaren göra en egen bedömning av materialet.

Giltighet handlar om att datamaterialet och resultatet är giltigt samt stabilt över tid. Giltigheten kan påvisas genom att forskaren noggrant beskriver när materialet samlades in. (Kristensson 2014, 126). Vi har i bilaga 1 Sökhistorik redogjort för när vi samlat in materialet.

Frågeställningarna i detta arbete är noga övervägda och artiklarna är valda utgående från deras relevans för arbetet och forskningsfrågorna. Vi har valt att ta med både vårdvetenskapliga och medicinska artiklar eller studier för att få ökad bredd i ämnet. Fokus har legat på att analysera kvalitativa studier men översikter har inkluderats för att kontrollera och jämföra egna resultat med andras resultat. Sökningarna efter studier har gett begränsade resultat vilket kan bero på att vi inte har tillgång till alla databaser och deras artiklar samt att vi till stor del begränsat sökningen till de senaste fem åren (i enlighet med beställarens önskan). Dock har vi tagit med en artikel från 2008 för stöd och för att påvisa att handledningsmetoden forskats i tidigare. Arbetet har begränsats geografiskt till Europa, Australien och Nordamerika för att undvika starka kulturella skillnader. De flesta studierna behandlar kroniska sjukdomar eftersom Åbolands sjukhus poliklinik har många kroniskt sjuka patienter. Av de sistnämnda är de flesta vuxna eller äldre och därför inkluderas endast studier var målgruppen är minst 18 år gamla.

Vid val av handledningsmetod och artiklar om motiverande samtal har vi fokuserat mera på de positiva aspekterna i motiverande samtal även om det kan finnas brister i handledningsmetoden. Här borde vi ha sökt ännu grundligare efter studier var motiverande samtal inte lyckats öka läkemedelsadherence. I våra sökningar har vi dock inte stött på dylika studier.

I en av artiklarna ges motiverande samtal till patienter med bipolär sjukdom och vi är medvetna om att detta är en specifik patientgrupp som möjligen skiljer sig från patientgrupper som kommer till Åbolands sjukhus. Vi vill inkludera denna studie eftersom den visar att motiverande samtal kan vara en effektiv handledningsmetod också för patienter

med nämnda psykiska sjukdom. Det tror vi kan betyda att vissa aspekter i en effektiv handledning är grundläggande oavsett patientens sjukdom, t.ex. respekt för individen och individens självbestämmanderätt, vänligt bemötande, öppna frågor och en bra vårdarpatientrelation.

7 Diskussion

Under en diskussion med sjukskötare vid Åbolands sjukhus framkom det att det är en utmaning att få patienter att förbinda sig till läkemedelsbehandling och att det finns ett behov för att få patienten att uppnå adherence. Här uppstod ämnet för vårt examensarbete.

Vi har under arbetets gång märkt att läkemedelsadherence påverkas av många olika faktorer och att det är en aktuell utmaning i hälso- och sjukvården. Som tidigare konstaterats har läkemedelsadherensen stor betydelse på individ- och samhällsnivå genom att den styr patientens hälsa och bl.a. samhällskostnader. Medvetenhet om påverkande faktorer och tillämpning av metoder att öka läkemedelsadherence är därför viktigt både ur en individ- och ett samhällsperspektiv.

Eftersom läkemedelsadherensen påverkas av många olika faktorer så som patientens motivation, kunskap, vårdrelationen och socioekonomiska aspekter så är det en utmaning för sjukskötaren att utforska och ta reda på vilka faktorer som påverkar just individen. Vår produkt är ämnad att stöda sjukskötaren i denna inledningsfas.

Genom metoderna allmän litteraturstudie och tillämpad innehållsanalys av artiklar som behandlar motiverande samtal samt faktorer som påverkar läkemedelsadherence har vi skapat vår produkt. Genom analysen har vi också besvarat våra frågeställningar ”Vad ökar adherence (förbindelse) till läkemedelsbehandlingen? Vad motverkar nämnda adherence?” och ”Hur kan sjukskötaren utforska och därmed främja patientens förbindelse till läkemedelsbehandlingen?”. Vi anser att frågeställningarna är relevanta och att de överensstämmer med uppdragsgivarens beställning. Under arbetets gång har frågeställningarna besvarats.

Arbetet är även ett funktionellt arbete eftersom vi skapar en konkret produkt. Produkten innehåller öppna frågor som sjukskötaren kan tillämpa i sitt arbete för att utforska och därmed också främja patientens läkemedelsadherence. Frågorna berör de olika aspekter i läkemedelsadherence som uppkommit i innehållsanalysen.

Det framkommer i litteraturen att motiverande samtal har potential att öppna upp för en beteendeförändring, t.ex. att ta läkemedel. Motiverande samtal riktar sig överlag mest till de patienter som upplever motivationssvårigheter (kap. 3.1) eller ambivalens (kap. 3.1.2) gällande behandlingen, i detta fall medicineringen. Det är kanske inte den ultimata metoden för dem som redan är motiverade men som upplever andra utmaningar med förbindelsen till läkemedel, t.ex. praktiska svårigheter.

I produktutvecklingen har vi funderat över hur motiverande samtal ska synas i produkten. Kopplingen mellan handledningsmetoden och produkten har varit en utmaning. Det största inslaget från motiverande samtal i produkten är öppna frågor. I övrigt blev kopplingen inte så tydlig som vi hade velat. Om tid funnits hade vi gärna gjort en plansch eller ett verktyg som innefattar delarna i motiverande samtal.

I framtiden kunde produkten utvärderas av sjukskötaren och patienten t.ex. gällande användbarhet och effektivitet. Frågor kan tilläggas enligt behov i ett senare skede. Produkten kan även vidareutvecklas utifrån någon form av intervju eller enkät. Vi tycker att vår produkt kan hjälpa sjukskötare att kartlägga vilka behov patienten har gällande medicineringen och vad som påverkar hans adherence. Åbolands sjukhus kommer i framtiden att tillämpa produkten och vidareutveckla den till elektroniskt format. Frågorna kommer även att skickas hem till patienten innan hen kommer till mottagningen.

I framtiden kommer individens självbestämmande vara en ännu viktigare fråga. En stor del av vården och patienthandledningen kommer att ske elektroniskt och genom sociala plattformar. (Koponen, et al. 2016, 16). Patienthandledningen kommer antagligen ske alltmer på distans och patientens självbestämmande kommer att öka. Vi tror att det då kommer att finnas behov för en produkt som vår i elektroniskt format. Elektronisk handledning kan öka tillgänglighet samt möjligen ge patienten mera tid att öppna sig och reflektera över frågorna liksom ta emot handledningen.

Examensarbetet har varit en utmaning och har väckt många känslor. Det har varit en intensiv process med många nya insikter. Gruppmedlemmarna har alla hämtat olika kunskaper och förmågor. Vi har främst arbetat ihop och diskuterat genom hela arbetsprocessen. Själva ämnet för examensarbetet har varit krävande eftersom det är svårt att påverka individens beteende och i detta fall patientens adherence till läkemedel. Det finns många faktorer som påverkar patientens läkemedelsadherence. Det har även varit en utmaning att hitta en

handledningsmetod att tillämpa i vårt arbete. Efter datainsamlingen och innehållsanalysen kunde vi besvara våra frågeställningar och skapa produkten.

Examensarbetet har varit lärorikt och gett oss nya kunskaper och synvinklar i vårarbetet. Vi anser att detta ämne d.v.s. läkemedelsadherence är väsentligt och en utmaning i vårarbetet. I våra framtida yrken som sjukskötare och hälsovårdare kommer vi med största sannolikhet att stöta på denna utmaning och använda oss av de kunskaper vi fått under arbetets gång.

Källförteckning

Aarnio, E. & Martikainen, J., 2016. Lääkehoitoon sitoutumisella on merkittäviä yhteiskunnallisia vaikutuksia. *Sic!*, Volym 1, s. 48-49.

Alexander, D. S. o.a., 2017. Examining whether the information–motivation–behavioral skills model predicts medication adherence for patients with a rare disease. *Patient Preference and Adherence*, Volym 11, s. 75-83.

Alton, S., March, A. L., Mallary, L. & Fiandt, K., 2015. Medication adherence in a nurse practitioner managed clinic for indigent patients. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(8), s. 433-440.

Bacelar de Araujo Lourenco, L. o.a., 2014. A randomized controlled trial of the effectiveness of planning strategies in the adherence to medication for coronary artery disease. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), s. 1616-1628.

Bergström, B., Lundgren, P. & Flessa, G., 2008. *Grafisk kommunikation*. Malmö: Liber .

Chambers, J. A. o.a., 2011. Adherence to medication in stroke survivors: A qualitative comparison of low and high adherers. *British Journal of Health Psychology*, Volym 16, s. 592-609.

DiIorio, C. o.a., 2008. Using motivational interviewing to promote adherence to antiretroviral medications: A randomized controlled study. *AIDS Care*, 20(3), s. 273-283.

Drevenhorn, E., Bengtson, A., Nyberg, P. & Kjellgren, K. I., 2014. Effects on hypertensive patients' satisfaction with information about their medication after nurses' consultation training. *Pragmatic and observational research*, Dovepress, s. 35-41.

Ekman, I., red., 2014. *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber.

Eriksson, K., 2014. *Vårdprocessen*. 5 red. Stockholm: Liber.

Fossum, B., red., 2013. *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. 2 red. Lund: Studentlitteratur.

Freccero, C., Sundquist, K., Sundquist, J. & Ji, J., 2016. Primary adherence to antidepressant prescriptions in primary health care: a population-based study in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(1), s. 83-88.

Glombiewski, J. A. o.a., 2012. Medication Adherence in the General Population. *PLoS one*, 7(12), s. 1-6.

Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B., 2015. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Hayden, C., Neame, R. & Tarrant, C., 2015. Patients' adherence-related beliefs about methotrexate: a qualitative study of the role of written patient information. *BMJ Open*, 5(5), s. 1-8.

Hedegaard Hein, H., 2012. *Motivation: Motivationsteorier & praktisk tillämpning*. Malmö: Liber.

- Henriques, A. M., Costa, A. M. & Cabrita, J., 2012. Adherence and medication management by the elderly. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21-22), s. 3096-3105.
- Holt, W. E. o.a., 2014. Medication Adherence in Older Adults: A Qualitative Study. *Educational Gerontology*, 40(3), s. 198-211.
- Hugtenburg, J., Timmers, L., Elders, P. J. & van Dijk, L., 2013. Definitions, variants, and causes of nonadherence with medication: A challenge for tailored interventions. *Patient Preference and Adherence*, Volym 7, s. 675-682.
- Hyrkas, K. & Wiggins, M., 2014. A comparison of usual care, a patient-centred education intervention and motivational interviewing to improve medication adherence and readmissions of adults in an acute-care setting. *Journal of Nursing Management*, 22(3), s. 350-361.
- Jorge de Sousa Oliveira, C., Jose, H. & Castro Caldas, A., 2017. Interventions to improve medication adherence in aged people with chronic disease- systematic review. *Universal journal of public health*, Volym 5, s. 25-31.
- Kasén, A., 2002. *Den vårdande relationen*. Åbo: Åbo Akademis förlag.
- Klang Söderkvist, B., 2013. *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.
- Koponen, J. o.a., 2016. *Demoshelsinki*. [Online]
Available at: <http://www.demoshelsinki.fi/en/julkaisut/health-2050/>
[Använd 6 5 2017].
- Kristensson, J., 2014. *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Lavoie, K. L. o.a., 2014. Efficacy of brief motivational interviewing to improve adherence to inhaled corticosteroids among adult asthmatics: results from a randomized controlled pilot feasibility trial. *Patient Preference and Adherence*, Volym 8, s. 1555-1569.
- Major, A. L. S. & Das, A., 2016. Smarttelefonapplikasjoner som hjelpemiddel til håndtering av egne legemidler – opplevd nytteverdi og behov knyttet til brukskvalitet. *NORSK FARMACEUTISK TIDSSKRIFT*, 124(6), s. 34-37.
- McKenzie, K. & Chang, Y.-P., 2013. The effect of nurse-led motivational interviewing on medication adherence in patients with bipolar disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(1), s. 36-44.
- Olsson, H. & Sörensen, S., 2011. *Forskningsprocessen. kvalitative og kvantitative perspektiv*. Stockholm: Liber Ab.
- Pasina, L. o.a., 2014. Medication Non-Adherence Among Elderly Patients Newly Discharged and Receiving Polypharmacy. *Drugs Aging*, Volym 31, s. 283-289.
- Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler, C. C., 2010. *Motiverande samtal i hälso- och sjukvård - Att hjälpa människor att ändra beteende*. Lund: Studentlitteratur.
- Sabaté, E., 2003. *Adherence to Long-term Therapies : Evidence for Action*, Geneva: World Health Organization.

Summer Meranius, M. & Marmstål Hammar, L., 2016. How does the healthcare system affect medication self-management among older adults with multimorbidity?. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(1), s. 91-98.

Thom, D. H. o.a., 2015. The impact of health coaching on medication adherence in patients with poorly controlled diabetes, hypertension, and/or hyperlipidemia: a randomized controlled trial.. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 28(1), s. 38-45.

Timmerman, L., Stronks, D. L., Groeneweg, G. & Huygen, F. J., 2016. The Value of Medication-Specific Education on Medication Adherence and Treatment Outcome in Patients with Chronic Pain: A Randomized Clinical Trial. *Pain Medicine*, 17(10), s. 1829-1837.

Van Camp, Y. P., Huybrechts, S. A., Van Rompey, B. & Elseviers, M. M., 2012. Nurse-led education and counselling to enhance adherence to phosphate binders. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9-10), s. 1304-1313.

Vandermause, R. o.a., 2016. Preserving self: Medication-taking practices and preferences of older adults with multiple chronic medical conditions. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(6), s. 533-542.

Varantola, K. o.a., 2012. *Forskningsetiska delegationen*. [Online]
Available at: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
[Använd 3 mars 2017].

Wiechula, R. o.a., 2016. Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a nurse and patient?. *Journal of Advanced Nursing*, 72(4), s. 723-734.

Vilkka, H. & Airaksinen, T., 2003. *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Williams, A. & Manias, E., 2014. Exploring motivation and confidence in taking prescribed medicines in coexisting diseases: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3-4), s. 471-481.

Voshaar, M. o.a., 2016. Barriers and facilitators to disease-modifying antirheumatic drug use in patients with inflammatory rheumatic diseases: a qualitative theory-based study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 17(442), s. 1-12.

Sökhistorik

Databas	Avgränsningar	Sökord	Träffar/ valda artiklar	Datum	Artikel
EBSCO Academic search elite	Full text, 2011- 2017, scholarly reviewed	Drugs AND adherence AND nursing NOT children	308/1	26.1.2017	<i>Adherence and medication management by the elderly</i>
EBSCO Academic search elite	Full text, 2011- 2017, scholarly reviewed	Motivation AND medicine AND prescribed	29/1	1.2.2017	<i>Exploring motivation and confidence in taking prescribed medicines in coexisting diseases: a qualitative study</i>
EBSCO Academic Search Elite	Full text, 2011- 2017, scholarly reviewed	Medication adherence AND adults	205/1	2.2.2017	<i>Medication adherence in older adults. A qualitative study.</i>
EBSCO Academic Search Elite	2013-2017	drug OR medication OR medicine AND adherence OR compliance AND method OR strategy	110 287/ 1	20.2.2017	<i>Hypertensive patients' experience with adherence therapy for enhancing medication compliance: a qualitative exploration.</i>
SweMed+	Engelska, peer reviewed, fulltext, läs online	Adherence	96/1	26.1.2017	<i>How does the healthcare system affect medication self-management among older adults with multimorbidity?</i>
SweMed+	Läs online	Adherence	306/1	20.2.2017	<i>Smarttelefon- applikationer som</i>

					<i>hjelpemiddel til håndtering av egne legemidler – opplevd nytteverdi og behov knyttet til brukskvalitet</i>
Google Scholar	2016-	Medicine adherence interventions	44 900/2	7.3.2017	<i>Examining whether the information–motivation–behavioral skills model predicts medication adherence for patients with a rare disease.</i> OCH <i>The Value of Medication-Specific Education on Medication Adherence and Treatment Outcome in Patients with Chronic Pain: A Randomized Clinical Trial.</i>
Google Scholar		Motivational interviewing medication adherence	35600/1	15.3.2017	<i>Telephone-based motivational interviewing for medication adherence: a systematic review.</i>
Google Scholar	2013-	Motivational interviewing medication	16 700/1	19.3.2017	<i>A Randomized Controlled Pilot Study of Motivational Interviewing to Change Attitudes about</i>

					<i>Adherence to Medications for Asthma</i>
PubMed Health	Has abstract, full text, 2012/01/29-2017/01/26, five years, adult: 19-44 years, engelska /svenska	adherence AND drug NOT hiv AND Meta-Analysis OR Journal Article OR Clinical Trial OR Practice Guideline OR Randomized Controlled Trial OR Review OR systematic AND Adult	317/1	26.1.2017	<i>The impact of health coaching on medication adherence in patients with poorly controlled diabetes, hypertension, and/or hyperlipidemia: a randomized controlled trial.</i>
EBSCO Academic Search Elite	Full text, 2011-2017, scholarly reviewed	Adherence AND healthcare	1721/1	21.3.2017	<i>Primary Adherence to antidepressant prescriptions in primary health care: a population-based study in Sweden.</i>
EBSCO Academic Search Elite	Full text, 2011-2017, scholarly reviewed	Medication AND adherence AND nurse	105/1	21.2.2017	<i>A comparison of usual care, a patient-centred education intervention and motivational interviewing to improve medication adherence and readmission of adults in an acute-care setting.</i>

EBSCO Academic Search Elite	Full text, 2011- 2017, scholarly reviewed	Medication adherence AND Motivational Interviewing	22/1	14.3.2017	<i>The effect of nurse-led motivation interviewing on medication adherence in patients with bipolar disorder.</i>
EBSCO Academic Search Elite	Full text, 2012- 2017, peer reviewed	Socioeconomic status AND Adherence to medication	14/1	2.2.2017	<i>Medication adherence in the general population</i>
EBSCO Academic Search Elite	Full text, 2011- 2017, peer reviewed	Relationship AND Nurse AND Medicine	6837/1	5.4.2017	<i>Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a nurse and patient?</i>
EBSCO Academic Search Elite	Full text, 2011- 2017, peer reviewed	Nurse and patient relationship	2078/1	12.4.2017	<i>Using humour to enhance the nurse- patient relationship</i>
EBSCO Academic Search Elite	Full text, 2011- 2017, peer reviewed	Non-Adherence AND Elderly patients	3/1	2.5.2017	<i>Medication Non- Adherence Among Elderly Patients Newly Discharged and Receiving Polypharmacy</i>
EBSCO Academic Search Elite	Full text, 2011- 2017, peer reviewed	Medication AND patient AND adherence AND knowledge	172/2	24.4.2017	<i>Barriers and facilitators to disease-modifying antirheumatic drug use in patients with inflammatory rheumatic diseases: a qualitative theory-based study.</i> OCH

					<i>Adherence to medication in stroke survivors: A qualitative comparison of low and high adherers</i>
PubMed	Open access, 5 years	Patient AND adherence AND beliefs AND information	13653/1	4.5.2017	<i>Patients' adherence-related beliefs about methotrexate: a qualitative study of the role of written patient information</i>

Artikelöversikt

Författare	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat
År Land					
Alton Suzanne, March Alice L., Mallary Laura, Fiandt Kathryn 2015 USA	Medication adherence in a nurse practitioner managed clinic for indigent patients	Undersöka läkemedelsadherence hos fattiga patienter som får primärvård på en hälsoklinik.	Enkäter	Bekvämlighets urval. 119 oförsäkrade, låginkomsttagare, engelsk- eller spansktalande	Barriärer för läkemedelsadherence som framkom mest: svårigheter att betala för läkemedlen och svårigheter att läsa och förstå skriftliga ordinationer.
Chambers Julie A., O'Carroll Ronan E., Hamilton Barbara, Whittaker Jennifer, Johnston Marie, Sudlow Cathie, Dennis Martin 2011 Skottland	Adherence to medication in stroke survivors: A qualitative comparison of low and high adherers	Undersöka faktorer som kan ligga bakom skillnader i läkemedelsadherence hos strokepatienter	Semi-strukturerade kvalitativa intervjuer	13 patienter som av sammanlagt 180 strokepatienter själva rapporterat lägst läkemedelsadherence. Dessa patienter jämfördes med 13 patienter som rapporterat högst läkemedelsadherence.	<p>Två huvudteman framkom: betydelsen av rutiner för att ta läkemedel och övertygelser om vård och läkemedel.</p> <p>De patienter som hade hög adherence rapporterade att de kom ihåg sina mediciner och att de sökte stöd från familj och vårdpersonal. De hade också en realistisk förståelse av konsekvenserna att inte ta läkemedel och trodde på att läkemedlen var till större nytta än skada.</p> <p>Låg adherence berodde dels på glömska, dels på avsiktlig försummelse. Patienterna fick lite stöd av vårdpersonalen. De ogillade att ta läkemedlen, hade begränsad</p>

					kunskap om grunden och avsikten med läkemedlen och ifrågasatte ofta deras nytta.
<p>DiIorio C., McCarty F., Resnicow K., McDonnell Holstad M., Soet J., Yeager K., Sharma S. M., Morisky D. E., Lundberg B.</p> <p>2008</p> <p>USA</p>	Using motivational interviewing to promote adherence to antiretroviral medications: A randomized controlled study	Testa en intervention för att understöda adherence till antivirala läkemedel hos låginkomsttagare med HIV.	<p>Randomiserad kontrollerad studie var deltagarna randomiserades till en grupp som fick motiverande samtal, respektive en kontrollgrupp.</p> <p>Motiverande samtal gavs i fem individuella sessioner av legitimerade sjukskötare. Deltagarna fick betalt för varje session.</p> <p>Läkemedelsadherensen mättes med Medication Event Monitoring System (MEMS) vid start och ca 12 månader senare.</p>	<p>Patienterna rekryterades från en HIV/AIDS klinik i Atlanta, Georgia, USA. Patienterna hade nyss påbörjat antiviral medicinering eller ordinerats ny medicinkur. Sammanlagt deltog 125 patienter i interventionsgruppen respektive 122 i kontrollgruppen.</p>	<p>Patienterna som deltog i motiverande samtal hade i medeltal högre läkemedelsadherence och tog oftare sina mediciner enligt tidsschemat, än patienterna som fick vanlig vård (kontrollgruppen).</p>
<p>Drevenhorn, Eva, Bengtson Ann, Nyberg Per, Kjellgren, Karin I.</p> <p>2014</p> <p>Sverige</p>	Effects on hypertensive patients' satisfaction with information about their medication after nurses' consultation training	Utforska hypertensiva patientens tillfredsställelse med information om patientens läkemedel vid sjukskötares patientcentrerade handledning.	<p>Sjukskötare tränades i motiverande samtal och stages of change-modellen i 3 dagar med simulerade patienter.</p> <p>Patienternas tillfredsställelse mättes med <i>Satisfaction with Information about Meidicine Scale</i> vid utgångsläget och två år efter interventionen.</p>	<p>Studiegruppen: 19 utbildade sjukskötare och 137 patienter. Kontrollgruppen (normal vård): 16 sjukskötare och 51 patienter.</p>	<p>Patienterna i interventionsgruppen var mer tillfredsställda med informationen de fått om bruket av läkemedel, läkemedlens verkan och ev. problem de kan orsaka. De blev mer säkra och självständiga i sin medicinering.</p> <p>Nämnda patienter hade mindre behov av information från andra källor än läkare, sjukskötare och farmaceuter, t.ex. familj och vänner, böcker och andra</p>

					personer med samma sjukdom.
<p>Freccero, Carl & Sunquist, Kristina</p> <p>2016</p> <p>Sverige</p>	<p>Primary adherence to anti-depressant prescriptions in primary health care: a population-based study in Sweden</p>	<p>Utvärdera primär medicinsk adherence (hämtar ut läkemedel) hos patienter som ordinerats sina första antidepressiva, samt att identifiera särdrag som påverkar patientens benägenhet att hämta ut ordinationer.</p>	<p>En observationsstudie av data från bl.a. svenska läkemedelsregistret över svenska patienter som ordinerats antidepressiva läkemedel.</p> <p>Man undersöker skillnader i om patienterna hämtar ut sina läkemedel inom 30 dygn.</p>	<p>Åren 2005-2007. 116 42 deltagare med depression, panikstörning, generaliserat ångest-syndrom eller ospecifikt ångest-syndrom.</p>	<p>85.1% hämtade ut sina mediciner inom 30 dygn. För 5.2% dröjde det 31-365 dagar innan de hämtade ut sina mediciner. 9.7% hämtade inte alls ut medicinerna under forskningsperioden.</p> <p>Immigranter från Mellan Östern och andra utom-europeiska länder, samt yngre patienter (25-44 år) och patienter som gjort skilsmässa, har lägre primär adherence än den svenska och europeiska befolkningen.</p>
<p>Glombiewski, Julia A., Nestoriuc Yvonne, Rief Winfried, Glaesmer Heide, Braehler Elmar</p> <p>2012</p> <p>Tyskland</p>	<p>Medication adherence in the general population</p>	<p>Utreda icke-adherence och adherence till läkemedel i allmänhet i den tyska befolkningen.</p>	<p>Insamling av data av den allmänna befolkningen.</p> <p>Förbindelsen till läkemedel mäts med Rief Adherence Index.</p>	<p>2512 tyskar över 13 år som använder någon form av läkemedel.</p>	<p>En fullständig förbindelse är ovanligt. Icke-adherence är inte nödvändigtvis bundet till en specifik medicin, befolknings-grupp eller pengar utan beror mera på individen.</p> <p>Bristande förbindelse till läkemedel är vanligare bland yngre patienter med högre socioekonomisk status som tar kortvariga medicinkurer, än bland äldre patienter med kroniska sjukdomar.</p> <p>Erfarenhet av biverkningar är det största orsaken till</p>

					bristande förbindelse i gruppen.
Hayden, Charlotte, Neame, Rebecca & Tarrant, Carolyn 2015 England	Patients' adherence-related beliefs about methotrexate: a qualitative study of the role of written patient information	Undersöka i patientens uppfattningar angående hur nödvändig medicineringen är samt hur patienter använder information för att hantera oro.	Intervjuer som i medeltal tog 1 h på sjukhus eller hemma hos deltagarna. Deltagarna uppmuntrades att diskutera djupare frågor som var viktiga för dem	15 deltagare, 11 kvinnor och 4 män med inflammatorisk artrit. Metotrexat som medicinering.	Patientens uppfattningar om medicinen och tidigare upplevelser av sjukdom förändrades under medicineringen. Ambivalens är vanligt förekommande. Patienter hanterar oro över medicineringen genom att antingen själv söka information eller genom att fullständigt försöka undvika information. Patienter får information från läkaren men då den inte upplevs som tillräcklig vänder sig patienten till inofficiella källor som internet.
Henriques Maria A., Costa Maria A. & Cabrita Jose 2012 Portugal	Adherence and medication management by the elderly	Äldre vuxnas strategier att behärska medicinering och adherence	Diskussioner i två fokusgrupper	18 deltagare i ålder 65 uppåt med kroniska sjukdomar	Faktorer som påverkar adherence. Dessa är t.ex. kunskap om läkemedel, leva med medicinering, biverkningar och relation med vårdpersonalen.
Holt Elisabeth W., Rung Ariane L., Leon Kyla A., Firestein Catherine, Krousel-Wood Marie 2014 USA	Medication adherence in older adults: a qualitative study	Undersöka faktorer som påverkar adherence till läkemedel och förbättra kardiovaskulär hälsa	Fokusgrupp, kohortstudie. Strukturerad intervju-guide med öppna frågor	Patienter i åldern 65 uppåt, hypertension. 39 deltagare	Faktorer som inverkar på läkemedels-adherence är bl.a. kunskaper, attityd, livsstil, biverkningar och vårdpersonal.
Hyrkas Kristiina & Wiggins Marjorie 2014	A comparison of usual care, a patient-centered	Jämföra patienter som får vanlig vård med patienter som får patient-centrerad	Kontroll-gruppen fick sedvanlig vård medan interventions-	303 patienter som är inlagda på sjukhus. 98 deltagare får	Ingen märkbar skillnad i läkemedels-adherence mellan

USA	education intervention and motivational interviewing to improve medication adherence and readmissions of adults in an acute-care setting.	undervisning och patienter som får motiverande samtal. Utreda vilken av de tre metoderna som ger bäst läkemedelsadherens i akuta vårdförhållanden.	gruppen fick patient-centrerad vård. En grupp i interventionsgruppen fick "teach-back" och medicinska verktyg så som dosetter medan den andra gruppen fick motiverande samtal. Data samlades in vid utskrivning, 2-3 dygn senare och en månad senare.	vanlig vård, 137 får medicinska verktyg och 68 får motiverande samtal.	de olika grupperna. Båda grupperna hade ökat förtroende och ökad läkemedelsadherens. Patient-centrerade metoder så som motiverande samtal kan öka förbindelsen till läkemedel hos patienter som saknar förtroende för att hantera sina mediciner. Motiverande samtal minskade återintagning på sjukhus.
Lavoie Kim L, Moullec Gregory, Lemiere Catherine, Blais Lucie, Labrecque Manon, Beauchesne Marie-France, Pepin Veronique, Cartier André, and Bacon Simon L 2014 Canada	Efficacy of brief motivational interviewing to improve adherence to inhaled corticosteroids among adult asthmatics: results from a randomized controlled pilot feasibility trial	Testa hur metoden motiverande samtal påverkar daglig adherence gällande inhalations-kortikosteroider och kontroll av astma hos vuxna astmatiker.	Deltagarna randomiserades till antingen motiverande samtal eller vanlig vård. Testgruppen fick motiverande samtal i tre omgångar i 30 minuter under en period på 6 veckor. Förbindelsen till läkemedlen och graden av astmakontroll mättes alldeles i början, samt 6 respektive 12 månader efter testet.	54 vuxna astmatiker som i ringa grad tar sina inhalationsmediciner och vars astma är dåligt kontrollerad. Deltagarna rekryterades från en astmapoliklinik i ett universitetsanslutet sjukhus.	Gruppen med motiverande samtal visade bättre förbindelse till läkemedlen, kontroll över astman och tro på sin förmåga att hantera sjukdomen, än gruppen som fick vanlig vård. Artikeln är publicerad i den referegranskade tidningen Patient Preference and Adherence.
McKenzie Kristin & Chang Yu-Ping 2013 USA	The effect of nurse-led motivational interviewing on medication adherence in patients with bipolar disorder	Förbättra läkemedelsadherens hos patienter med bipolär sjukdom genom motiverande samtal.	Ett möte med motiverande samtal och två telefonsamtal under tre veckor.	14 deltagare i åldern 23-57 år som lider av bipolär sjukdom deltog i studien.	Deltagarnas självförmåga, adherence och motivation förbättrades. Några deltagare blev bättre på att diskutera oklarheter med sin vårdpersonal och andra fann olika sätt att bemästra sin medicinering
Pasina L., Brucato A. L., Falcone C., Cucchi E., Bresciani	Medication Non-Adherence Among Elderly	Redogöra för adherence till läkemedelsordinationer	Uppföljning med telefonsamtal 15-30 dagar samt 3	100 patienter som var 65 år eller äldre och	Av de 100 patienterna var 51 adherenta vid

<p>A., Sottocorno M., Taddei G. C., Casati M., Franchi C., Djade C. D., Nobili A.</p> <p>2014</p> <p>Italien</p>	<p>Patients Newly Discharged and Receiving Polypharmacy</p>	<p>r hos äldre patienter med polyfarmaci.</p>	<p>månader efter utskrivning</p>	<p>varit inskriva på sjukhus samt intog åtminstone fyra läkemedel deltog i studien.</p>	<p>första uppföljningen, 45 patienter vid andra uppföljningen. Den största orsaken till non-adherence var att patienterna själva ändrade i doseringen eller att de lät bli att ta dem. 25 patienter vid första uppföljningen förstod syftet med medicineringen, vid andra uppföljningen var antalet 20.</p>
<p>Summer Meranius, Martina & Marmstål Hammar Lena</p> <p>2016</p> <p>Sverige</p>	<p>How does the healthcare system affect medication self-management among older adults with multimorbidity?</p>	<p>Få en djupare förståelse för hur multisjuka äldre vuxna upplever den egna medicinhanteringen och hur nämnda hanteringsförmåga påverkas av vårdsystemet</p>	<p>Fördjupade intervjuer som analyserades hermeneutiskt</p>	<p>20 äldre (11 män, 9 kvinnor) över 75 år, hemmaboende, med minst 3 diagnoser enligt ICD-10-SE och som varit in på sjukhus tre eller flera gånger de senaste 12 månaderna. Deltagarna hade i medeltal 10.5 mediciner på sin medicinlista. Deltagarna rekryterades från ett mellanstort stadsområde i Sverige.</p>	<p>Brist på delaktighet i kommunikationen med vårdaren leder till minskad läkemedelsadherence och säkerhet.</p> <p>Att känna sig utelämnad till egenvård gör att patienten tar mera hälsorisker.</p> <p>Hälso- och sjukvårdsorganisationen är ett hinder för läkemedelsadherence (t.ex. korta besökstider, flera läkare) och behöver utvecklas med bl.a. mera stöd från sjukskötare.</p>
<p>Vandermause R, Neumiller JJ, Gates BJ, David P, Altman M, Healey DJ, Benson P, Sunwold D, Burton G, Tuttle KR, Corbett CF</p> <p>2016</p> <p>USA</p>	<p>Preserving Self: Medication-Taking Practices and Preferences of Older Adults With Multiple Chronic Medical Conditions</p>	<p>Att undersöka äldre kroniskt sjuka patienters upplevelser av att ett nytt läkemedel läggs till i medicineringen.</p>	<p>Hermeneutisk djupintervju (2 per 15 patienter). Självutvärderingsdagböcker på surfplatta (dagligen per 30 deltagare).</p>	<p>30 patienter som är 60 år fyllda, med minst tre kroniska diagnoser och minst 5 mediciner vid utgångsläget och som ordinerats ett till läkemedel.</p>	<p>Orsaker att inte ta läkemedel var tolerans, transport, tillgång till läkemedlen och glömska.</p> <p>Patienterna upplevde svårigheter att</p>

				Patienterna deltar hemifrån.	bevara sin självuppfattning.
<p>Voshaar Marieke, Vriezolk Johanna, van Dulmen Sandra, van den Bemt Bart, van de Laar Mart</p> <p>2016</p> <p>Nederländerna</p>	<p>Barriers and facilitators to disease-modifying antirheumatic drug use in patients with inflammatory rheumatic diseases: a qualitative theory-based study</p>	<p>Undersöka vad som främjar respektive hindrar adherence till sjukdomsmodifierande antireumatiska läkemedel.</p>	<p>Frågeformulär fylldes i av 120 patienter, varav 21 deltog i fokusgrupper.</p> <p>Tre forskare kodade självständigt informationen i olika teman. Detta följdes av en kategorisering.</p>	<p>120 patienter registrerade i ett öppna vårdens apotek i Nijmegen, Nederländerna, fick inbjudan per post att delta i undersökningen.</p> <p>Inklusionskriterierna var: >18år, inflammatorisk artrit, sjukdomsmodifierande antireumatiska läkemedel, kan skriva och läsa på nederländska.</p>	<p>Läkemedelsadherensen påverkas bl.a. av patientens kunskap, känslor, motivation, mål, uppmärksamhet och minne, färdigheter, tro på sin förmåga och antagande om konsekvenser.</p> <p>Adherensen påverkas också att sociala och miljömässiga omgivningen och resurser samt av målkonflikter.</p>
<p>Wiechula R, Conroy T, Kitson AL, Marshall RJ, Whitaker N, Rasmussen P.</p> <p>2015</p> <p>Australien</p>	<p>Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a nurse and patient?</p>	<p>Beskriva patient-sjukskötarförhållandet.</p> <p>Forska vilka faktorer som påverkar förhållandet mellan patient och sjukskötare.</p>	<p>Umbrella review, systematisk genomgång</p>	<p>Analys av 12 forskningsöversikter.</p> <p>Inklusionskriterier: publicerat inom år 2000-2014.</p> <p>Nyckelord: nurse, patient, relationship.</p> <p>Databaser: PsychInfo, Pubmed, CINAHL, Scopus, WoS, Embase search</p>	<p>Sjukskötare bör vara uppmärksamma på att deras beteenden och attityder behöver anpassas till vad patienterna värderar i förhållandet.</p>
<p>Williams, Allison & Manias, Elisabeth</p> <p>2012</p> <p>Australien</p>	<p>Exploring motivation and confidence in taking prescribed medicines in coexisting diseases: a qualitative study</p>	<p>Utforska motivation och förtroende att ta mediciner vid samexisterande sjukdomar.</p>	<p>Motiverande samtal för att finna faktorer som inverkar i testgruppen</p>	<p>39 deltagare</p>	<p>Motivation och förtroende påverkas av komplex medicinering.</p> <p>Nackdelar med att ta medicinen överväger fördelar med att ta den.</p>

Öppna frågor öppnar hjärtat



- Hur upplever du din hälsa och din läkemedelsbehandling?
- Vad är dina tidigare upplevelser av läkemedelsbehandling?
 - Ifall du upplever biverkningar, kan du beskriva dem?
 - Hur viktigt är det för dig att ta dina läkemedel?
- Vad har du för förväntningar gällande din läkemedelsbehandling?
 - Vad vet du om dina läkemedel?
- Var får du information gällande dina läkemedel?

- Vad/vilka i din omgivning stöder din läkemedelsbehandling?
(Familj, vänner, socialt stöd, personlig ekonomi, kultur)
- På vilket sätt får du vara med och påverka din läkemedelsbehandling?
 - Hur ofta har du möjlighet att träffa samma vårdare/läkare?
 - Hur är din relation till vårdaren/läkaren?



- Hur har du kunnat följa dina läkemedelsordinationer?
 - Hur kan läkemedlen förbättra din hälsa?
- Hur tror du det påverkar din hälsa om du väljer att inte ta läkemedlen?
 - Hur ser du din framtid om 1 år, 3 år (med läkemedel)?
- Har du något annat som du vill lyfta fram gällande dina läkemedel?

