

Compliance og medicin efterlevelse

Evidens, teori og praksis på apotek



Compliance og medicin efterlevelse

April 2021

© Pharmakon, Hillerød, 2021

ISBN 978-87-93769-01-4

Pharmakon

Milnersvej 42
DK-3400 Hillerød
Denmark

Tlf. +45 4820 6000
pharmakon.dk

Forord

En af de vigtigste opgaver vedrørende medicinsikkerhed er at sikre, at medicinbrugere modtager den rette behandling på rette tid. Denne støtte til implementering af behandling har der været forsket i igennem 60 år. Det er et essentielt område for al lægemiddelbehandling og et område, der igennem de seneste år er blevet omsat til konkrete tiltag i apotekspraksis til støtte for medicinbrugerne.

Der findes nationalt og internationalt ydelser, der støtter implementeringen af behandling, til nye medicinbrugere og til erfarne medicinbrugere, som kan opleve, at det er svært at implementere deres behandling. Der er korte forløb med enkelte samtaler og længere forløb, hvor medicinbrugerne følges løbende.

Formålet med dette hæfte er at formidle viden om apotekets sundhedsydelser, der støtter implementering af behandling, samt evidensen bag disse sundhedsydelser. Hæftet er skrevet på baggrund af international litteratur om compliance og bidrager med en gennemgang af den forskning, der ligger bag danske apotekers sundhedsydelser, der støtter compliance.

Hæftet beskriver begreberne compliance og medicin efterlevelse ud fra kendte teorier og modeller. I hæftet er der fokus på forholdet mellem borger og sundhedsprofessionel og på, hvordan vi som sundhedsprofessionelle kommunikerer med borgerne om medicinbrug og compliance, så de tager aktiv del i deres behandling på et velinformeret grundlag. Det er i sidste ende borgerne selv, der træffer beslutningen om, om de tager medicinen eller ej.

Hæftet er målrettet apotekspersonale og kan også bruges i undervisningen af farmakonomstuderende, farmaceutstuderende og andre med interesse for compliance. Hæftet kan læses i sin fulde længde eller bruges som opslagsværk.

Tak til de apoteksfarmakonomer, apoteksfarmaceuter og undervisere på Farmakonomskolen, der har bidraget med gennemlæsning, input og sparring omkring hæftet. Der skal også rettes en tak til Danmarks Apotekerforening for deling af udpluk af deres faglige materiale.

Charlotte Verner Rossing
Udviklingschef og forskningsleder
Pharmakon – Apotekernes Uddannelsescenter

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Indholdsfortegnelse.....	5
Figurfortegnelse	5
Ordforklaring	5
Introduktion	7
Praksis på apotek – apotekets rådgivning og sundhedsydelse, der støtter compliance.....	7
Hvad ved vi om compliance?	9
Hvorfor er det vigtigt at kigge på compliance?	9
International fokus på compliance	9
Sundhedssystem og sundhedsfagfolk.....	10
Sociale og økonomiske faktorer	10
Sygdomsrelaterede faktorer	10
Behandlingsrelaterede faktorer	10
Borgerrelaterede faktorer	11
Danske forskningserfaringer om apotekets sundhedsydelse, der støtter borgerens compliance ...	11
Compliance i et helhedsperspektiv.....	13
Manglende medicin efterlevelse – årsager	14
Manglende medicin efterlevelse – ressourcer til løsninger.....	16
Teorier og modeller for compliance og non-compliance	18
Non-compliance	18
Medicineringsprocessen.....	18
Tilsluttet og utilsigtet non-compliance	20
Nødvendighed/bekymring om medicin.....	21
Fælles beslutningstagning om behandling med medicin	22
Metoder til afdækning af compliance	24
Referencer	25

Figurfortegnelse

Figur 1: WHO, Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action, 2003 (17).....	9
Figur 2 Manglende medicin efterlevelse i et helhedsperspektiv (49)	13
Figur 3: Manglende medicin efterlevelse – årsager (49).....	14
Figur 4: Manglende medicin efterlevelse – løsninger (49)	16
Figur 5: De tre faser i forbindelse med compliance (4)	19
Figur 6: Typer af non-compliance (55)	20
Figur 7: Bekymring-nødvendighed model (58)	22
Tabel 1 Strategier, der fremmer fælles beslutningstagen (70, 71)	23

Ordforklaring

Borger: I dette hæfte bruges ordet "borger" og ikke "patient" om en person, der skal i gang eller allerede er i gang med en lægemiddelbehandling. Enkelte steder bruges "patient" i sammenhæng med begreber som patientuddannelse eller lignende. Andre steder står der "medicinbruger" for at specificere, at der er tale om borgere, der på den ene eller anden måde skal implementere en lægemiddelbehandling. Ellers er det bestræbt at bruge "borger" konsekvent for at lette læsningen.

Fælles beslutningstagning: En metode for borgeren og den sundhedsprofessionelle til etablering af et partnerskab mellem sundhedsprofessionel og borger.

Compliance: I international litteratur bruges begrebet "adherence", som defineres af WHO som: *"En persons adfærd i forhold til at tage sin medicin, følge en diæt, og/eller at gennemføre livsstilsændringer, der er samstemmende med anbefalinger fra en sundhedsprofessionel"* (1). I dette hæfte bruger vi ordet "compliance" og ikke "adherence", da compliance er det anerkendte ord at bruge i Danmark.

I vores arbejde med compliance arbejder vi ud fra, at alle aftaler indgås i samarbejde med borgerne, og derfor er tæt på nedenstående definition: *"En persons adfærd i forhold til at tage sin medicin, følge en diæt, og/eller at gennemføre livsstilsændringer, der er samstemmende med de aftalte anbefalinger indgået med en sundhedsprofessionel"* (2).

I materiale fra Danmarks Apotekerforening bruges "medicinerlevelse", hvilket er ensbetydende med compliance, som det er beskrevet ovenfor.

Pårørende: Den person, der drager omsorg for og yder støtte til borgerens behandling, herunder støtte i forbindelse med medicinbrug. Det kan være voksne børn, forældre, ægtefæller eller øvrige personer i borgerens netværk.

Introduktion

Der er forsket i compliance i de sidste 60 år. De første studier, der blev udført i 1960'erne, havde fokus på måling af compliance i forskellige patientgrupper. Compliance var i den tidlige forskning udtryk for, i hvilken grad borgere gjorde som lægen sagde.

I 1980'erne skete der et fokusskift, hvor studierne begyndte at handle mere om kommunikationsstrategier og patientuddannelse – borgeren kom i centrum, og en række interventioner til forbedring af compliance blev udviklet og afprøvet. Forskningen om compliance har de seneste år handlet om at identificere faktorer, der påvirker compliance hos bestemte patientgrupper, for derigennem at lave individuelt tilpassede initiativer til forbedring af compliance. Digital hjælp til at huske at tage medicin har de seneste år også udgjort en stor del af forskningen.

De danske og internationale studier viser, at apotekets fokus på compliance, fx gennem samtaler med borgeren og opfølgning, kan støtte borgerne i at komme godt i gang med medicinen, forebygge problemer med compliance og forbedre medicinefterlevelsen, hvor der allerede er et problem (referencer fra artikel om evidensgrundlag for medicin- og compliancesamtaler).

Compliance er et kendt begreb i Danmark. Begrebet er engelsk og er oprindeligt defineret som "graden af overensstemmelse mellem borgerens faktiske medicinindtagelse og den ordinerede behandling" (3, 4). Forholdet mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle har udviklet sig gennem årene, og det samme gør sig gældende for compliancebegrebet og hvad der ligger i det. I Danmark benyttes begrebet stadig, men forstås anderledes. I international litteratur benyttes begrebet "adherence".

I dag siger compliance (og medicinefterlevelse) noget om efterlevelsen af de aftaler, der indgås mellem borger og sundhedsprofessionel. Begrebet dækker over en tilgang til borgeren, som bygger på et samarbejde eller partnerskab mellem borger og sundhedsprofessionel, således at borgerens bekymringer, ønsker, motivation og forventninger til behandling tages med i betragtning.

Den nye definition af compliance (medicinefterlevelse) er således: "*En persons adfærd i forhold til at tage sin medicin, følge en diæt, og/eller at gennemføre livsstilsændringer, der er samstemmende med anbefalinger fra en sundhedsprofessionel*" (1).

I vores arbejde med compliance arbejder vi ud fra, at alle aftaler indgås i samarbejde med den enkelte borger, og derfor er tæt på nedenstående definition: "*En persons adfærd i forhold til at tage sin medicin, følge en diæt, og/eller at gennemføre livsstilsændringer, der er samstemmende med de aftalte anbefalinger indgået med en sundhedsprofessionel*" (2).

Praksis på apotek – apotekets rådgivning og sundhedsydelse, der støtter compliance

Sektorkrav for rådgivning er apotekssektorens overordnede ramme for apotekets rådgivning af borgerne. Ifølge sektorkravene skal borgere tilbydes rådgivning af høj faglig kvalitet. Rådgivningen skal tage udgangspunkt i borgerens behov. Hvis det fx viser sig, at borgeren har problemer med compliance, støtter apoteket borgeren i selv at finde løsninger med udgangspunkt i borgerens behov og ressourcer.

Apoteket kan endvidere tilbyde en række sundhedsydelser, som har til formål at sikre implementering af behandling hos borgerne.

Medicinsamtale: Nydiagnosticeret kronisk sygdom tilbydes borgere, som inden for de seneste seks måneder har fået ordineret medicin i forbindelse med diagnosticeringen af en kronisk sygdom.

Formålet med denne samtale er at forebygge problemer med compliance ved, med udgangspunkt i borgerens behov, at have en dialog om viden, vaner og vanskelige situationer og derved støtte borgeren til god compliance. Det skal sikre, at borgeren kommer godt i gang med behandling med medicinen og på sigt opnår effekt af behandlingen.

Medicinsamtale: Manglende medicin efterlevelse ved kronisk sygdom (compliancesamtale) tilbydes borgere, som har fået ordineret medicin i mindst 12 måneder for en kronisk sygdom og har problemer med compliance.

Formålet med denne samtale er at identificere årsager til og løse problemer med compliance ved bl.a. at have en dialog om viden, vaner og vanskelige situationer med udgangspunkt i borgerens behov og ressourcer. Samtalen skal sikre, at borgeren får god compliance og på sigt opnår effekt af lægemiddelbehandlingen.

Begge sundhedsydelse bygger på erfaring fra danske forskningsprojekter; *Sikker og effektiv medicinbrug samt Opstart af ny lægemiddelbehandling – hvordan sikres det, at medicinbrugeren kommer godt i gang?* (5, 6). Læs mere om evidensen bag apotekets sundhedsydelser på side 11.

Borgere, der er i behandling med inhalationsmedicin, kan tilbydes sundhedsydelsen *Tjek på inhalation*. Det gælder både nye brugere af inhalationsmedicin og erfarne brugere, der har problemer med deres inhalationsteknik. Formålet med ydelsen er at bidrage til at sikre, at brugere af inhalationsmedicin anvender deres inhalationsmedicin korrekt, så de får så effektiv en behandling som muligt, samt at forebygge og løse problemer med inhalationsmedicin, som skyldes forkert inhalationsteknik. Ydelsen omfatter, at apotekspersonale vurderer borgerens inhalationsteknik ved demonstration og feedback. Dermed støtter denne ydelse også op om implementering af behandling. Ydelsen er udviklet på baggrund af resultater fra flere danske forskningsprojekter (7-10).

Apotekets medicingennemgang til borgere i skranken er også en sundhedsydelse, som apoteket kan tilbyde. Den har til formål at afklare og løse borgerens lægemiddelrelaterede problemer og at styrke implementering af den relevante behandling. Apotekets medicingennemgang bygger på erfaringer fra tidligere forskningsprojekter (11-14).

Det er også muligt, inden for bestemte lægemiddelgrupper, for en *autoriseret behandlerfarmaceut* på apoteket at genordinere medicin i den mindst mulige pakning. Det sikrer kontinuitet i behandlingen og forebygger uønskede pauser med medicinen, som skyldes, at borgeren har glemt at forny recepten hos den ordinerende læge, eller at recepten ikke blev godkendt og sendt efter bestilling. Dette tiltag støtter borgernes compliance, så de kan fortsætte deres behandling uden afbrydelser. Det er også muligt for behandlerfarmaceuten at tilbyde ordination af dosispakket medicin med tilskud.

Apoteket kan tilbyde *dosispakket medicin*, ordineret af borgerens læge eller af en behandlerfarmaceut. Dosispakket medicin kan støtte borgeren selv eller en pårørende i at sikre, at den rette medicin tages på det rette tidspunkt. Dosispakket medicin kan være en hjælp for de borgere, der har svært ved at have overblik over medicinen, eller har svært ved at huske at tage deres medicin. Dette er med til at forebygge fejlmedicinering, og samtidig oplever borgeren fortsat at være selvhjulpne og involveret i behandlingen. Ordningen er evalueret i et tidligere dansk studie (15).

Hvad ved vi om compliance?

Hvorfor er det vigtigt at kigge på compliance?

Kun den medicin, der indtages, virker. Konsekvenserne af, at borgeren ikke tager sin medicin som aftalt er manglende effekt af medicinen, som kan føre til forværring af borgerens helbred og i nogle tilfælde indlæggelser.

Det gør problemer med compliance til et dyrt problem for samfundet. Det er estimeret, at omkring 50 % af borgere med kronisk sygdom har problemer med compliance. Borgere med kronisk sygdom er på grund af langvarige og komplekse behandlinger særligt udsatte for at opleve problemer med compliance. Et godt eksempel er borgere med type 2-diabetes, som på grund af de ofte komplekse behandlingsregimer har væsentlige problemer med at tage medicinen som aftalt. Borgere, der er i forebyggende behandling, kan også have problemer med compliance (16).

Borgere med flere kroniske lidelser samt det stigende antal af ældre gør, at der er et tiltagende pres på sundhedsvæsenet. Apoteket kan lette presset ved at bidrage til sikker og effektiv brug af medicin til gavn for borgernes helbred og for samfundet.

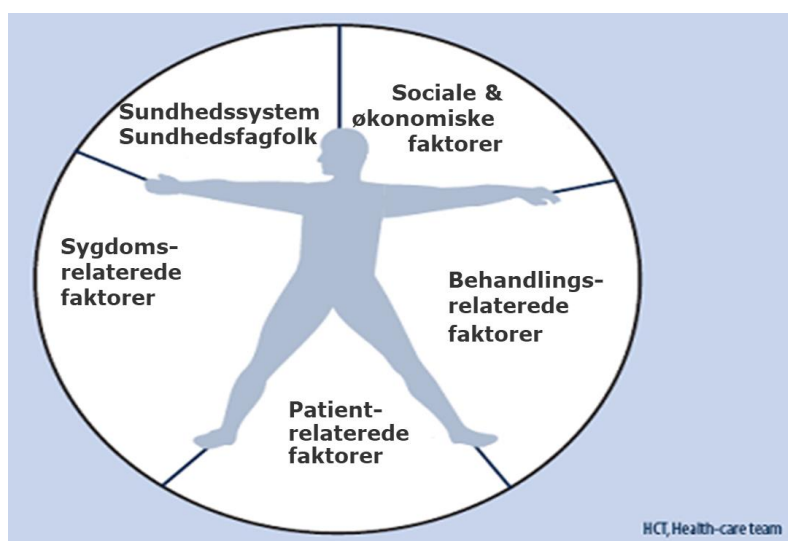
International fokus på compliance

Der har i mange år været international fokus på compliance. I 2003 udkom en rapport fra WHO, som samler viden på området og fremlægger en overordnet model, som beskriver compliance som et multidimensionelt fænomen, der er bestemt af et samspil mellem fem forskellige faktorer (17).

WHO's model for compliance er udarbejdet som en model, der, på et sundhedspolitisk og samfundsmæssigt niveau, kunne bruges til at analysere og organisere løsning af problemer med compliance i et bredere perspektiv. Selvom modellen er af ældre dato, skitserer den kompleksiteten omkring compliance godt.

De fem faktorer, der kan påvirke compliance, er illustreret i figur 1 (17) og er følgende:

- Sundhedssystem og sundhedsfagfolk
- Sociale og økonomiske faktorer
- Sygdomsrelaterede faktorer
- Behandlingsrelaterede faktorer
- Borgerrelaterede faktorer



Figur 1: WHO, Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action, 2003 (17)

Sundhedssystem og sundhedsfagfolk

Et godt forhold mellem borger og sundhedsprofessionel har vist sig at have en positiv effekt på, om borgeren vælger at tage sin medicin. En række faktorer ved sundhedsvæsenet og dets personale kan have en negativ effekt.

Det kan fx være: Mangel på viden og træning hos den sundhedsprofessionelle i forhold til håndtering af kroniske sygdomme, fortravlede sundhedsprofessionelle, manglende feedback på, hvordan det går med borgerens behandling, korte konsultationer, lille kapacitet i systemet til at uddanne borgere i egenomsorg samt manglende viden hos den sundhedsprofessionelle om problemer med compliance og hvordan de håndteres.

Generisk substitution af medicin anses også for at kunne påvirke compliance. I programmerne *Sikker og effektiv medicinbrug* angiver 42 % af 315 adspurgte borgere, at substitution giver dem problemer (18).

Sociale og økonomiske faktorer

Borgernes sociale baggrund kan have indflydelse på, om de tager deres medicin. Specielt økonomi kan have indflydelse. Dyr medicin kan blive helt eller delvist fravalgt, fordi borgeren ikke har råd. Og selv om der i Danmark er et væsentligt tilskud til medicin, så er der forsat borgere, der vælger deres behandling fra af økonomiske årsager.

Faktorer som lavt uddannelsesniveau, arbejdsløshed, mangel på socialt netværk, problemer i familie-, fritids- og arbejdsliv, læse-/skriveproblemer og kulturel baggrund har en betydning i forhold til borgerens forståelse for vigtigheden af at tage sin medicin.

De sociale faktorer er i sig selv komplekse at arbejde med som sundhedsprofessionel. Kendskab til de sociale faktorer er væsentligt, når der skal etableres et partnerskab med borgeren om behandlingen og fastsættes realistiske mål og planer for den videre behandling. Omvendt rummer de sociale faktorer muligheder for at finde ressourcer, som borgeren kan trække på i forhold til at ændre sin adfærd. For eksempel har flere undersøgelser vist, at støtte fra det sociale netværk kan være meget effektivt i forhold til at implementere adfærdsændringer (19, 20).

Sygdomsrelaterede faktorer

Hver sygdom har sine karakteristika, som kan have indflydelse på compliance. Det er især sygdommens alvor og graden af et evt. funktionstab relateret til sygdommen, der kan have betydning. Sygdommens indvirken på compliance er især afhængig af borgerens tanker om risiko for sygdomsforværring og vigtigheden af behandlingen.

Borgere, der samtidig lider af depression og/eller har misbrugsproblemer, har større risiko for problemer med compliance (21).

Behandlingsrelaterede faktorer

En af de væsentligste markører for manglende compliance er et komplekst medicineringsregime. Flere forskellige lægemidler samtidigt og flere doser fordelt over dagen er vanskeligt for mange borgere at håndtere. Men andre forhold omkring den medicinske behandling spiller også en rolle for, om behandlingen følges. Det drejer sig fx om varigheden af behandlingen, tidligere dårlige erfaringer med lignende behandling, hyppige skift i behandlingen, udeblivelse eller forsinket virkning af medicinen, bivirkninger og manglende muligheder for at søge professionel hjælp til at tackle de problemer, der opstår i forbindelse med behandlingen.

Borgerrelaterede faktorer

De faktorer, der påvirker compliance, og som er relateret til borgeren, er forankret i den enkelte borgers vilkår, ressourcer, vaner, erfaringer, viden, holdninger, overbevisninger, opfattelser og forventninger i forhold til sin sygdom og behandling.

Borgernes viden og overbevisninger i forhold til deres medicin og sygdom, motivation til at tage hånd om sygdommen, overbevisning om egne evner til at gennemføre en behandling (selvoplevet handlekompetence) og forventninger til udbyttet af behandlingen samt konsekvenserne af manglende compliance interagerer på en måde, som man i dag ikke er i stand til at redegøre fuldstændigt for.

Der er lavet en række undersøgelser af de faktorer hos borgeren, som har indflydelse på compliance-adfærd, men disse har ikke inddraget alle aspekter af det komplekse fænomen. Nogle af de borgerrelaterede faktorer, der er fundet at have betydning for den enkeltes compliance-adfærd, er:

- Glemsomhed
- Psykosocialt stress
- Angst for bivirkninger
- Lav motivation
- Utilstrækkelig viden om og færdigheder til at håndtere sygdommen
- Negative opfattelser af behandlingens effektivitet
- Mangel på selvopfattet behov for behandling
- Misforståelser i forhold til behandlingen
- Manglende accept af sygdommen eller direkte mistro over for diagnosen
- Mangel på forståelse af sygdommens alvorlighed og konsekvenser på længere sigt.

Danske forskningserfaringer om apotekets sundhedsydelse, der støtter borgerens compliance

I Danmark har vi tradition for forskning i apotekspraksis. Forskningen er bl.a. inspireret af introduktionen af "Farmaceutisk Omsorg" i 1990, som af Hepler and Strand defineres som "*Den ansvarlige tilvejebringelse af lægemiddelterapi med det formål at opnå bestemte resultater, som forbedrer patientens livskvalitet*" (22).

En vifte af sundhedsydelser på apotek blev udviklet, afprøvet og implementeret. Mange af disse sundhedsydelser har til formål at støtte borgeren i implementeringen af lægemiddelbehandlingen. Evidensen for disse sundhedsydelser gennemgås her.

Omdrejningspunktet for udviklingen af de første ydelser er *Sikker og effektiv medicinbrug-programmet*, som bl.a. tager udgangspunkt i WHO's model (figur 1), der er beskrevet i tidligere afsnit. Forskningen viser, at individuelt tilpassede multidimensionelle modeller som *Sikker og effektiv medicinbrug-programmet* viser størst effekt, og at der ikke er en "one-size-fits-all-ydelse". (23)

Sikker og effektiv medicinbrug er et apoteksleveret program, som støtter op om borgerens compliance. Programmet omfatter op til fire samtaler med apoteket samt en medicingennemgang som udgangspunkt for rådgivningen. I løbet af programmet identificeres potentielle problemer med lægemiddelbehandlingen, herunder compliance, og sammen med borgeren findes løsninger på problemerne.

Programmet blev afprøvet i forskellige forskningsprojekter målrettet patienter, der bruger blodtryksmedicin, patienter med type 2-diabetes og nydanskere med svag tilknytning til arbejdsmarkedet (11-14, 24-26). Nedenfor beskrives det specifikke program afprøvet i projekterne, samt evidensen for disse.

For borgere, der bruger blodtryksmedicin og medicin mod type 2-diabetes, bestod programmet af fire sessioner med borgerne over en periode på op til et år. Borgerne modtog enten en basisydelse eller en udvidet ydelse. Basisydelsen blev leveret af farmakonomer og omfattede ikke en medicingennemgang. Begge ydelser tog udgangspunkt i at identificere borgernes behov for støtte til at opnå forbedret compliance. Dette blev gjort ved at afdække, om der var udfordringer med borgernes viden, vaner, motivation og samlede medicinering. I begge ydelser blev der identificeret lægemiddelrelaterede problemer og fundet individuelle løsninger for borgerne (11, 13, 18).

I hypertensionsstudiet deltog 563 borgere, hvoraf 240 blev tilfældigt udvalgt til interventionsgruppen for basisydelse eller udvidet ydelse, og 323 blev tilfældigt udvalgt til kontrolgruppen. Resultaterne viste signifikante forbedringer af blodtrykket for borgerne i interventionsgruppen, både for basisydelse og udvidet ydelse. Det samme gjorde sig gældende for selvrapporeret compliance. Antallet af borgere med blodtryk, der oversteg den anbefalede værdi angivet i kliniske retningslinjer, blev samlet set reduceret med mere end 50 % (13).

I type 2-diabetesstudiet deltog 205, hvoraf 80 blev tilfældigt udvalgt til interventionsgruppen for basisydelse eller udvidet ydelse, og 125 blev tilfældigt udvalgt til kontrolgruppen. Ikke-signifikant forbedring sås for selvrapporeret compliance og helbredsstatus, men ikke for HbA1c og hospitalsindlæggelse. Resultaterne viste en signifikant forbedring af blodtrykket hos borgere, der fik udvidet ydelse (11, 18). Interventionsgruppen, der fik den udvidede ydelse, rapporterede også signifikant højere forbedringer for helbred, trivsel, viden og tilfredshed, både i hypertensions- og i type 2-diabetesstudiet (11, 13, 18).

Begge studier viste, at man gennem en individuel og målrettet rådgivning og støtte til implementering af lægemiddelbehandlinger og forbedret egenindsats kan opnå et forbedret resultat for borgeren (11, 13, 18).

Programmet *Sikker og effektiv medicinbrug for nydanskere* blev afprøvet hos i alt 82 borgere i et samarbejde med jobcentre i fire kommuner. Ydelsen omfattede op til fire tolkede samtaler med borgerne og viste signifikant positive effekter på individuelle målsætninger og compliance, større tryghed ved medicin samt mere viden om medicin og sygdom. Jobcentrenes vurdering af borgerens håndtering af den helbredsmæssige situation i forhold til arbejdsmarkedet viste signifikante forbedringer (26-28).

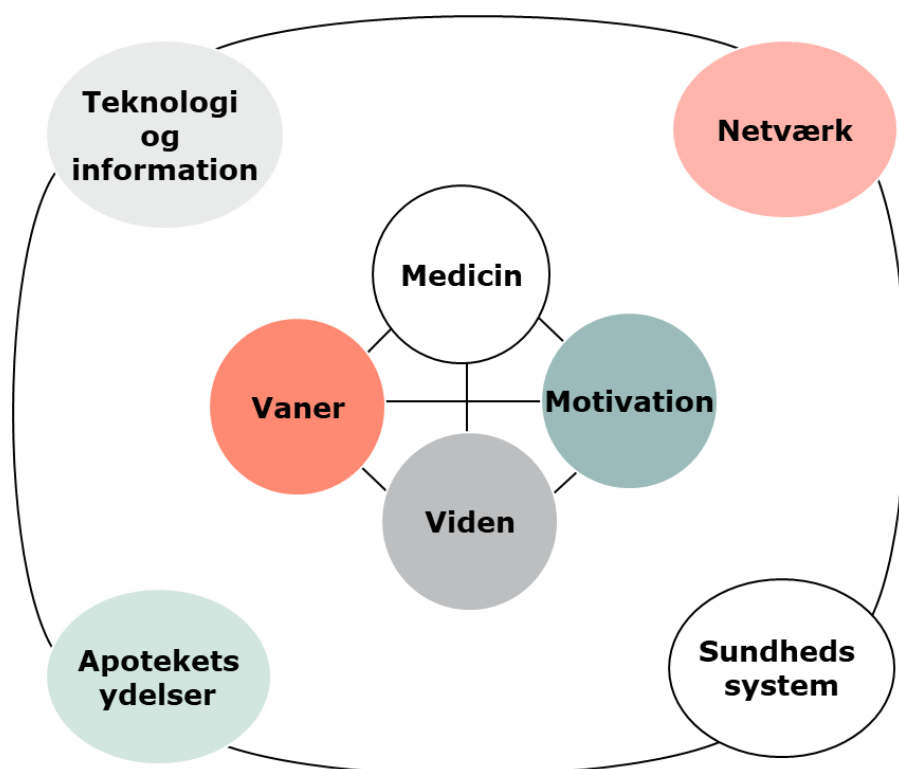
Apotekets medicingennemgang er en sundhedsydelse, der kan støtte borgerens compliance. Det er nemlig dokumenteret, at medicingennemgang leveret af apoteket kan medføre øget velvære, viden, tryghed og compliance hos borgeren (14, 18, 29-37). Der er også undersøgelser, der ikke har kunnet vise nogen forbedring af compliance (38, 39).

I relation til levering af sundhedsydelsen *Tjek på Inhalation* (TPI) fra danske apoteker viser et dansk studie baseret på interview af 12 apoteksansatte, at det er lettere at rekruttere nye brugere af inhalationsmedicin til sundhedsydelsen end erfarne brugere. Nye brugere er ofte mere åbne for rådgivning, mens erfarne brugere føler sig mere sikre på deres brug af inhalationsmedicin. Resultaterne viste dog, at apotekspersonalet oplevede, at erfarne brugere af inhalationsmedicinen også kunne have gavn af sundhedsydelsen TPI (40). Otte udenlandske studier inddrager tjek af borgernes inhalationsteknik som en del af en større undersøgelse af fx KOL eller astma. De undersøgelser viser, med undtagelse af ét studie, overordnet en forbedring af effekten af inhalationsmedicin hos de borgere, der får lavet TPI (7, 41-47).

Compliance i et helhedsperspektiv

Systemmodellen, som *Sikker og effektiv medicinbrug-programmet* er bygget op omkring, er siden indarbejdet i manual og støttemateriale for apotekernes sundhedsydelse *Medicinsamtaler: Manglende medicin efterlevelse ved kronisk sygdom*.

Systemmodellen, der er angivet nedenfor, er den samme som den, der er angivet i støttemateriale for *Medicinsamtaler: Manglende medicin efterlevelse ved kronisk sygdom* (48). I dette afsnit tages udgangspunkt i, at det er en farmaceut, der holder samtalen med borgeren, og "problemer med compliance" er betegnet som "manglende medicin efterlevelse", for at være tro mod, hvordan det står i støttematerialet. Men systemmodellen kan bruges i alle dialoger med borgeren om compliance.



Figur 2 Manglende medicin efterlevelse i et helhedsperspektiv (49)

Årsagerne til, at borgere ikke altid tager deres medicin, er individuelle. Derfor findes der ikke én løsning til at afhjælpe manglende medicin efterlevelse for alle. Indholdet kan således ikke fastsættes på forhånd, men skal i dialog med borgeren tilpasses borgerens behov og ressourcer.

Figur 2 viser manglende medicin efterlevelse i et helhedsperspektiv, hvad angår årsager og ressourcer til løsninger. Da samtalen med borgeren skal forebygge, identificere og løse problemer med medicin efterlevelse, er det vigtigt, at farmaceutens tilgang til borgeren afspejler dette helhedsperspektiv.

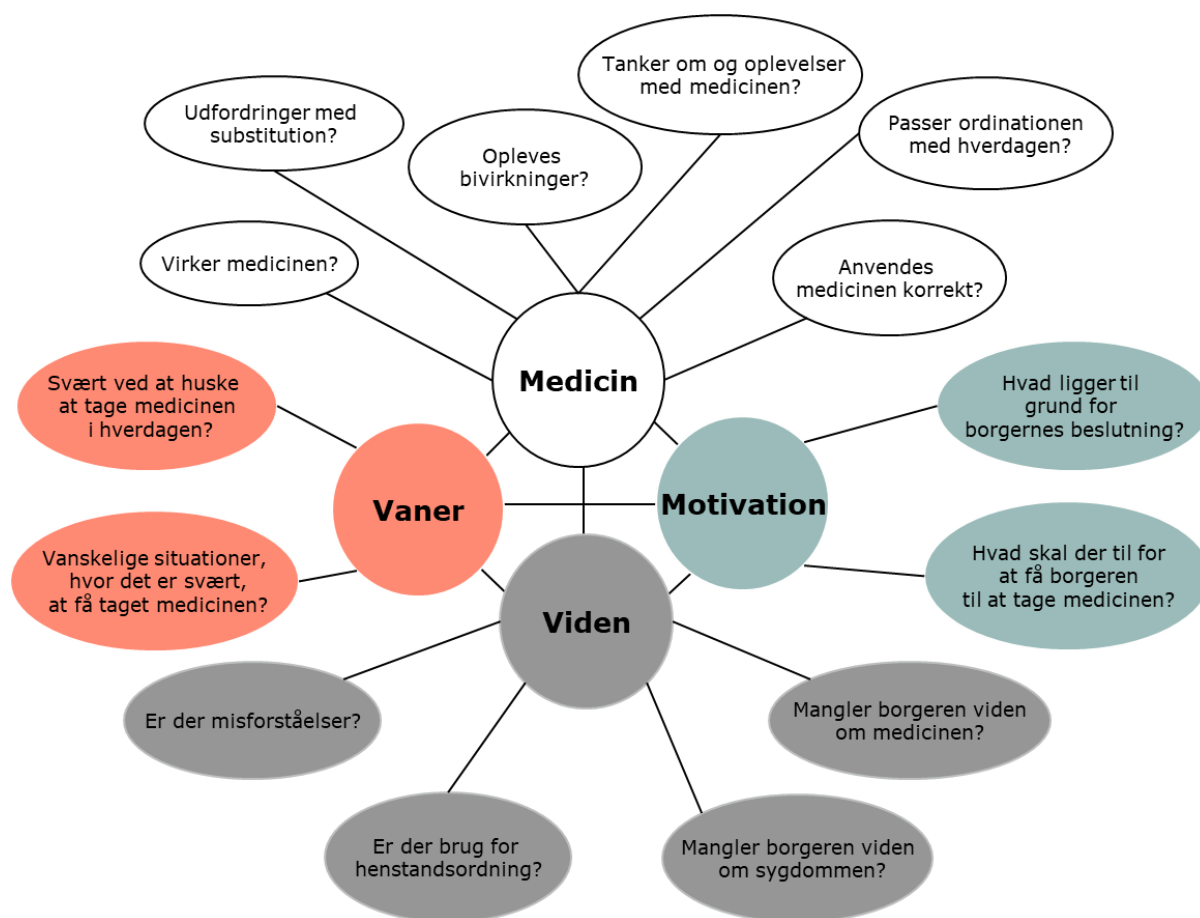
Figur 2 består af en inder- og en ydercirkel. Indercirklen kan støtte farmaceuten i, sammen med borgeren, at finde årsager til borgerens manglende medicin efterlevelse. Ydercirklen kan støtte farmaceuten i, sammen med borgeren, at finde borgerens ressourcer til løsninger. Inder- og ydercirklen er beskrevet nærmere i efterfølgende afsnit.

Det er ikke nødvendigt at gennemgå alle modellens elementer for hver eneste borger. Ved hjælp af spørgsmål og dialog med den enkelte borger afdækker farmaceuten, hvad årsagerne er til den manglende medicin efterlevelse, og hvilke løsninger borgeren selv ser, der kan fungere i hverdagen.

Når farmaceuten har en samtale, skal denne have tanke for, at:

- Borgeren bevidst kan have valgt at gøre noget andet end det, lægen har foreskrevet
- Den behandling, lægen har valgt, måske ikke kan fungere for borgeren.

Manglende medicin efterlevelse – årsager



Figur 3: Manglende medicin efterlevelse – årsager (49)

Figur 3 viser indercirklen, som under samtalen kan anvendes som støtte til, sammen med borgeren, at finde årsager til dennes manglende medicin efterlevelse. Figuren er til inspiration, og der kan være andre årsager, der ligger til grund for manglende medicin efterlevelse hos den enkelte borger. Elementerne i indercirklen er forbundet med hinanden. Det illustrerer, at elementerne skal ses som en helhed. Fx kan mere viden om fordelene ved behandlingen hos nogle borgere motivere til at tage medicinen – og det kan give anledning til, at borgeren finder nogle gode vaner, så det bliver gjort.

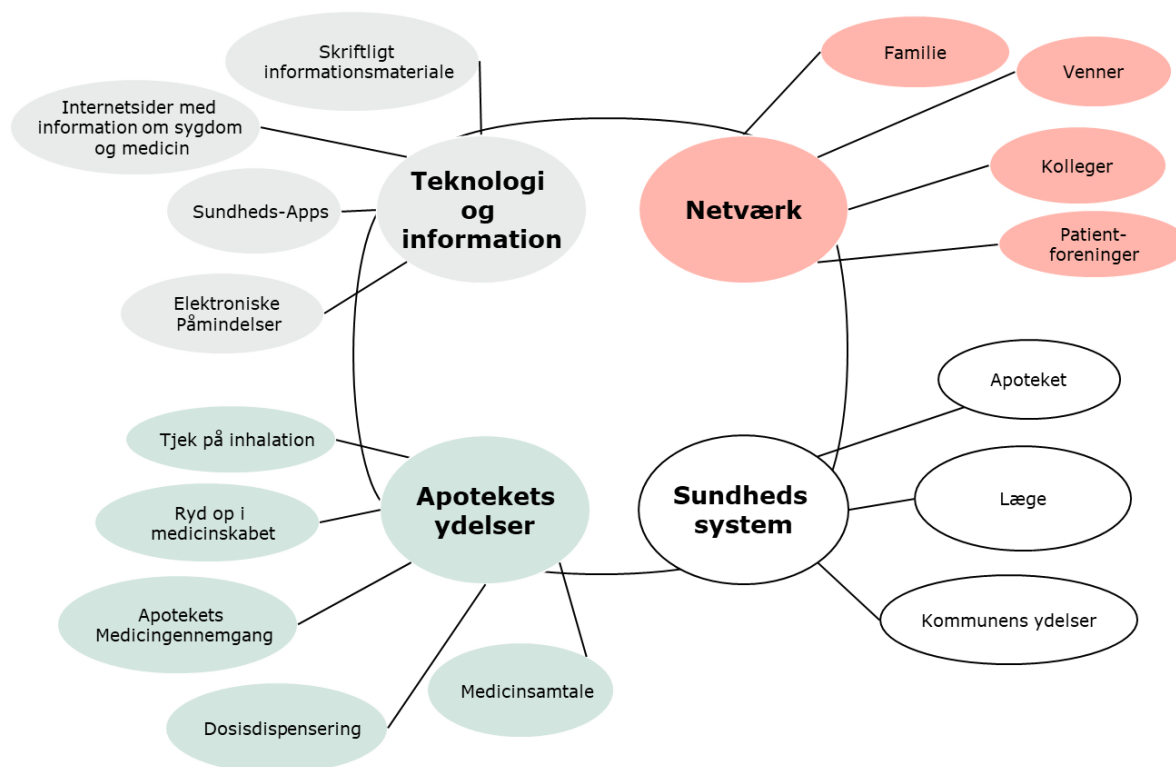
Start gerne samtalen med at spørge borgeren, hvad grunden er til, at han/hun ikke tager medicinen som foreskrevet.

Svaret kan give samtalen retning fra starten. Hvis den manglende medicin efterlevelse er en bevidst handling, fx at borgeren "sparer" på medicinen, fordi den er for dyr, eller ikke tager medicinen, fordi borgeren ikke føler sig syg, vil det være hensigtsmæssigt, at samtalen tager afsæt i, hvad der kan motivere borgeren til at tage medicinen. Hvis borgerens manglende medicin efterlevelse skyldes forglemmelser, skal samtalen dreje sig om, at borgeren fx finder individuelle huskereglere, som denne kan få til at fungere.

Indercirkelns elementer:

- Motivation – dækker borgerens motivation for at tage sin medicin, bevæggrunde for ikke at tage medicinen som foreskrevet, og hvad der skal til for at motivere borgeren til at tage sin medicin. Der kan være flere årsager til, at borgeren ikke er motiveret til at tage sin medicin. Det vil være et bevidst valg fra borgeren.
 - Eksempler:
 - Borgeren lider af forstørret prostata. Han har ikke lyst til, at kollegerne opdager det, så han undlader jævnligt at tage sin Alfuzocin-tablet til frokost, når han er på arbejde.
 - Borgeren er utryk ved at skulle tage den nye medicin mod leddegigt, fordi hun har læst om bivirkningerne. Derfor tager hun den kun i perioder, hvor hun har mest ondt.
- Viden – dækker viden om sygdom og behandling. Viden om medicinen kan være nødvendig for at kunne tage medicinen korrekt. Det gælder dosering, praktisk anvendelse og særlige forholdsregler ved medicinen, fx hvordan den skal tages i forhold til mad. I forhold til viden om fx hvordan medicinen virker og bivirkninger vil det være individuelt, hvad borgerne har brug for at vide for at være motiveret til at tage deres medicin.
 - Eksempler:
 - På doseringsetiketten på borgerens medicin mod smerter står 1 depottablet 2 gange dagligt. Hun tager medicinen om morgenen og til frokost.
 - Borgeren har grøn stær på venstre øje. Han drypper begge øjne med de øjendråber, øjenlægen har ordineret.
- Vaner – dækker vaner, der sikrer, at medicinen bliver taget i hverdagen, og i vanskelige situationer, hvor hverdagens rutiner bliver brudt af fx ferie eller ændret livssituation.
 - Eksempler:
 - Borgeren har mistet sin mand, der gennem flere år har lagt hendes medicin i doseringsæsker. Nu er hun usikker på, hvad hun skal gøre fremadrettet.
 - Borgeren tager flere forskellige slags medicin om morgenen, og det går fint. Simvastatin skal tages til natten, og det glipper jævnligt.
- Medicin – dækker borgerens oplevelser omkring fx dosering, virkning, bivirkninger, praktisk anvendelse og substitution. Desuden dækker det den samlede medicineringens betydning for medicin efterlevelsen, altså hvis borgeren fx får mange forskellige lægemidler på forskellige tidspunkter.
 - Eksempler:
 - Borgeren har Addisons sygdom og er begyndt at tage Hydrokortison tabletter i to styrker, hvor den ene tablet skal deles. Men tabletterne i de to styrker er helt ens at se på, og det gør ham usikker.
 - Borgeren har forhøjet blodtryk. Hun synes ikke, hun kan mærke, at blodtrykket er forhøjet, så derfor tager hun kun tabletterne hver anden dag.

Manglende medicin efterlevelse – ressourcer til løsninger



Figur 4: Manglende medicin efterlevelse – løsninger (49)

Figur 4 viser modellens ydercirkel, som under samtalen kan anvendes som støtte til at finde ressourcer til løsninger til manglende medicin efterlevelse. Udover dialog om ressourcer til løsninger vil samtalen også indeholde generel rådgivning om medicinen.

Figuren er til inspiration, og der kan være andre løsninger, der kan virke for den enkelte borger. Der kan også være brug for en kombination af løsninger, hvis borgeren kan rumme det.

Ressourcer til løsninger skal som udgangspunkt komme fra borgeren selv og tage udgangspunkt i de årsager til manglende medicin efterlevelse, der er afdækket under samtalen.

Ydercirkelns elementer:

- **Netværk** – dækker de personer eller grupper af personer, som kan støtte borgeren i at tage sin medicin hensigtsmæssigt. Netværk kan fx både bidrage til motivation, viden og vaner, alt efter hvad der er borgerens årsag til manglende medicin efterlevelse.
 - **Eksempler:**
 - Borgeren er ikke systematisk af natur, således heller ikke i forhold til at få taget sin medicin. På spørgsmålet om, hvem der eventuelt kan støtte ham i at få taget sin medicin mod Parkinsons sygdom, siger han, at det tror han, at hans søde kone kan.
 - Borgeren har haft type 2-diabetes i ca. et år, men har ikke taget fast medicin tidligere. Hun siger, at hun tænker over, hvad andre, der er i hendes situation, gør. Farmaceuten foreslår hende, at hun kontakter den lokale diabetesforening.

- Sundhedssystem – dækker de muligheder, der er til at få hjælp og støtte hos sundhedsprofessionelle. Sundhedssystemet kan bidrage til medicin, motivation, viden og vaner, alt efter hvad der er borgerens årsag til manglende medicin efterlevelse.
 - Eksempler:
 - Et stykke inde i samtalen bliver det tydeligt for borgeren, at den vigtigste grund til, at han ikke altid tager sin medicin er, at han er meget generet af de bivirkninger, medicinen giver. Farmaceuten spørger ham, om det kunne være en ide at kontakte lægen, som kunne se på, om behandlingen kan ændres, så han ikke er så generet af bivirkninger. Det synes han er en oplagt ide.
 - Borgeren har kroniske smerter. Hun kalder sig selv "autonom" i forhold til sin smertebehandling. Hun fortæller, at hun føler sig ensom og isoleret, og at hun er alt for optaget af sin medicin. Farmaceuten fortæller hende om det forløb, kommunen tilbyder, der hedder *Lær at tackle kroniske smerter*. Det vil hun overveje at deltage i.

- Apotekets ydelser – dækker de muligheder, der findes i form af apotekets sundhedsydelser, alt efter hvad der er borgerens årsag til manglende medicin efterlevelse. Det kan handle om medicin, motivation, viden og vaner.
 - Eksempler:
 - Borgeren får otte forskellige slags medicin. Det er hun rigtig ked af, og hun har svært ved at holde styr på al den medicin. Hun har også svært ved at vurdere, om det hele overhovedet er relevant. Farmaceuten fortæller om Apotekets medicingennemgang – og det bliver hun meget interesseret i.
 - Borgeren tager ikke "den brune" inhalator mod astma, og "den blå" er hun usikker på, om hun bruger helt rigtigt. Farmaceuten fortæller hende, at hun kan få tjekket sin inhalationsteknik, når samtalen er færdig. Det vil hun meget gerne.
 - Borgeren får fire forskellige lægemidler, som ikke altid tages som ordineret. En af grundene er, at borgeren løber tør for medicin med jævne mellemrum. Farmaceuten fortæller ham om muligheden for at få dosispakket medicinen mod et mindre gebyr. Det vil han gerne høre mere om.

- Teknologi og information – dækker de forskellige kilder, der er til skriftlig information, hvis der er behov for mere viden, samt teknologier til at støtte borgeren i at få taget sin medicin og få ændret sine vaner. Det kan også være teknologi eller information, som motiverer borgeren til at få taget sin medicin hensigtsmæssigt.
 - Eksempler:
 - Borgeren husker ikke så godt længere. Hun fortæller, at hendes nabo har en pilleæske med indbygget alarm, og tænker, at det kunne være en hjælp.
 - Borgeren er i behandling med medicin mod depression. Han ved, at medicinen kan give rejsningsproblemer. Han ønsker ikke at tale om det, men vil gerne have navnene på nogle lødige internetsider, hvor han selv kan læse om det.

Teorier og modeller for compliance og non-compliance

Non-compliance

Graden af compliance er forskellig ved forskellige sygdomme og i forskellige sygdomsstadier. Det mest brugte mål for en acceptabel grad af compliance er, at borgeren tager sin medicin som aftalt ved mindst 80 % af doseringerne (16, 50).

Visse typer medicin har et snævert terapeutisk vindue, hvor en lille dosisreduktion kan forårsage manglende effekt, og/eller en lille dosisøgning kan forårsage bivirkninger. Det kan nogle gange være sådan, at hvis blot en enkelt dosis bliver sprunget over, kan det medføre øget risiko for en akut hændelse eller forværring af borgerens symptomer. Hertil kommer, at hvis man springer en dosis over én gang, kan det være starten på en dårlig vane, hvor borgeren springer andre doser over, med den konsekvens, at behandlingens/medicinens effekt udebliver. Det kan fx være inhalationsmedicin for astma eller KOL. Den type medicin skal tages korrekt i forhold til dosis, tidspunkt og med den rette inhalationsteknik (23). Borgeren kan springe en dosis over som enten en tilsigtet eller utilsigtet handling (se side 20).

Ved andre typer medicin er det ikke så bekymrende, at en enkelt dosis bliver sprunget over. Men borgere, der er vant til at tage deres medicin som aftalt, kan blive bekymrede, når de opdager, at de har misset en dosis, og det vil være en god hjælp for borgerne at kunne søge rådgivning på apoteket eller hos den ordinerende læge. Ved sådanne anledninger kan borgeren blive støttet til bedre compliance (23).

Forskning viser, at op mod 50 % af borgerne ikke tager deres medicin som aftalt med lægen (23). Borgernes grad af compliance fordeler sig som en tommelfingerregel sådan, at en tredjedel af medicinbrugerne stort set efterlever behandlingen, en tredjedel af medicinbrugerne ligger i en mellemgruppe, og en tredjedel af medicinbrugerne har en lav grad af compliance, der medfører, at effekt af behandlingen ikke kan forventes.

Non-compliance har store kliniske og økonomiske konsekvenser. De kliniske konsekvenser afhænger af:

- Sygdommen, som borgeren tager medicin for
- Effekten af medicinen
- Graden af non-compliance
- Medicinens farmakologiske egenskaber (23).

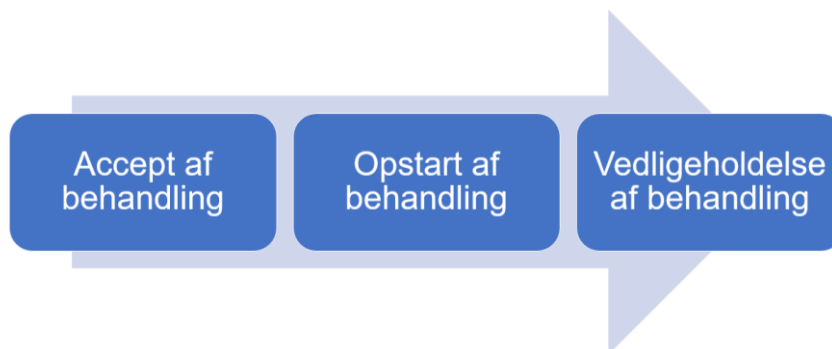
Non-compliance kan føre til forringet behandlingseffekt. Fx er compliancegraden hos borgere med type 2-diabetes 36-93 % (51, 52). Det er vist i flere studier, at non-compliance medfører, at flere borgere med type- 2-diabetes ikke når behandlingsmålene og dermed får ringere helbred (53, 54).

Der er bred enighed om, at de økonomiske konsekvenser af non-compliance er væsentlige. De er dog svære at gøre op, og der er derfor vidt forskellige bud på det præcise omfang. De økonomiske omkostninger afspejler sig i de problemer, som kunne have været forebygget med korrekt medicinbrug, fx kan non-compliance medføre ekstra henvendelser til sundhedsvæsenet og unødvendige indlæggelser. Hertil kommer medicinspild, hvor medicin, som er købt og dispenseret, ikke tages af borgeren (23).

Medicineringsprocessen

Borgerens beslutning om at følge en behandling kan opdeles i tre faser (figur 5). Det er væsentligt at finde ud af, i hvilken af de tre faser, der opstår problemer med compliance, for at der kan gives den støtte og rådgivning, som reelt har værdi for borgeren. Derfor er det vigtigt, at man som sundhedsprofessionel forstår de forskellige faser, borgeren gennemgår i beslutningen om at følge

en behandling (23). I dette afsnit beskrives disse faser: accept af behandling, opstart af behandling og vedligeholdelse af behandling (figur 5). Herudover beskrives de elementer, der ligger imellem disse faser.



Figur 5: De tre faser i forbindelse med compliance (4)

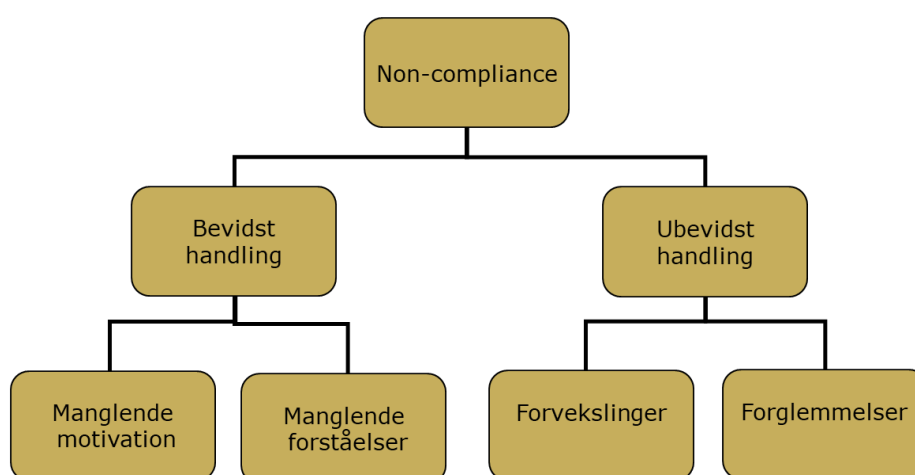
Der er flere beslutninger, borgeren skal tage, flere handlinger, der skal igangsættes, og flere interaktioner mellem flere aktører i løbet af medicineringsprocessen. Det gør medicineringsprocessen til en kompleks proces, hvor apoteket har en vigtig rolle. Medicineringsprocessen omfatter følgende (23):

- *Diagnose.* Borgeren får en diagnose, som kræver behandling. På basis af diagnosen og borgerens ønsker formuleres en behandlingsplan. Her er det den ordinerende læges opgave at diagnosticere og fastlægge en plan sammen med borgeren. Borgeren involveres i beslutninger om sin behandling.
- *Accept af behandling* eller beslutning om at handle på baggrund af diagnosen. Her er det borgernes beslutning, om de vil acceptere behandlingen. I nogle tilfælde spiller de pårørende og/eller plejepersonalet ind, fordi de har overtaget ansvaret for medicingivningen. Her er der flere faktorer, der kan spille ind, herunder borgerens egen og/eller den pårørendes ønsker og overbevisninger/holdninger, deres intellektuelle eller emotionelle engagement i sygdommen og deres motivation for at gøre noget ved den. En anden faktor er at huske at indløse recepter, samt borgerens økonomi og hvorvidt borgeren har råd til at følge behandlingen.
- *Forsyning og distribution af medicinen.* Medicinforsyningen afhænger af medicinproducenterne og importører/distributører af medicinen. Distributørerne opbevarer medicinen og afleverer den hos apotekerne eller andre medicinafhentningssteder, hvor der typisk er apotekspersonale.
- *Afhentning af medicinen på apotek.* Her kommer borgeren i kontakt med apotekspersonalet. Apoteket laver en farmakologisk kontrol af recepten, tjekker om medicinen er hjemme, henter medicinen og giver den til borgeren. Apotekets opgave i den forbindelse er også at behovsafdække og rådgive borgeren om fx korrekt brug af medicinen og compliance. Apotekspersonalet kan også anbefale ikke-receptpligtig medicin ved behov.
- *Opstart af behandling.* Borgeren, evt. med hjælp fra pårørende og/eller plejepersonale, påbegynder behandlingen. Påbegyndelsesfasen har en afgørende betydning for borgerens compliance. Hvis borgeren får en negativ oplevelse/opfattelse af medicinen (fx på grund af, at det er svært eller ubehageligt at følge den eller fordi det medfører bivirkninger at følge den), kan det betyde, at borgeren stopper behandlingen. Borgeren kan tage en mindre dosis end anbefalet for at vurdere medicinens effekt og bivirkninger, eller han/hun kan tage en højere dosis end anbefalet for at opnå en hurtigere eller større effekt. Begge dele er udtryk for problemer med compliance.
- *Vedligeholdelse af behandling.* Borgeren kan enten vedligeholde behandlingen ved at tage medicinen som aftalt (den rette dosis på det rette tidspunkt og på den rette måde), eller lade være. Her er der også mange faktorer, der spiller ind, herunder borgerens oplevelse af

påbegyndelsesfasen, borgerens og evt. pårørendes motivation, hvor let det er at følge behandlingen/tage medicinen, at medicinen stadig er tilgængelig, variation i medicinens pakning og udseende samt effekten af påmindelser (23).

De ovenfor nævnte elementer i medicineringsprocessen overlapper og påvirker hinanden i praksis. Fx kan den sundhedsprofessionelles kommunikation med borgeren om diagnose og aftale om behandlingen i det første trin påvirke det næste, hvor borgeren skal beslutte sig for, om han/hun vil handle på diagnosen og følge behandlingen som aftalt eller ej (23).

Tilsigtet og utilsigtet non-compliance



Figur 6: Typer af non-compliance (55)

Tilsigtet non-compliance vil sige, at borgeren har truffet en aktiv beslutning om ikke at gennemføre behandlingen som det er aftalt med lægen. Utilsigtet non-compliance vil sige, at borgeren gerne vil gennemføre behandlingen som den er aftalt med lægen, men af den ene eller anden grund ikke er i stand til det.

En undersøgelse af compliance hos borgere med forhøjet blodtryk viser, at 22,6 % af borgerne havde tilsigtet non-compliance, enten fordi de selv regulerede deres medicin eller på grund af bekymring for bivirkninger. Undersøgelsen viste, at 34,9 % havde utilsigtet non-compliance. Samlet set efterlevede 42 % af borgerne ikke deres behandling (56).

Uanset om non-compliance er tilsigtet eller utilsigtet, medfører det, at borgeren ikke følger behandlingen som aftalt (23).

Tilsigtet non-compliance er en bevidst beslutning om ikke at følge behandlingen som aftalt. Borgeren har taget en aktiv beslutning om at stoppe, springe en dosis over eller ændre i en aftalt behandling. Det er vigtigt at pointere, at i tilsigtet non-compliance ligger, at borgeren bevidst ikke ønsker at følge behandlingen som aftalt. Det kan fx skyldes:

- Manglende accept af sygdommen
- Mistro overfor diagnosen
- Manglende tillid til behandlingens effekt
- Manglende selvopfattet behov for behandlingen
- Økonomi
- Angst for bivirkninger.

Utilsigtet non-compliance er, når borgeren ikke følger behandlingen, af årsager, borgeren ikke selv er herre over. Det betyder, at borgeren ikke følger den aftalte behandlingsplan uden bevidst at have truffet beslutningen om at afvise den. Faktorerne, der kan medføre utilsigtet non-compliance, kan fx være, at medicinen ikke kan fås, at borgeren glemmer at tage sin medicin eller misforståelser.

Nogle nuancer er svære at kategorisere som tilsigtet eller utilsigtet non-compliance. Det kan være, at borgeren har et ønske om at tage medicinen som aftalt, men ikke kan på grund af, at medicinen er for dyr. I teorien er denne borger utilsigtet non-kompliant, men i praksis har borgeren truffet en aktiv beslutning om ikke at tage medicinen, og derfor kunne borgeren være tilsigtet non-kompliant (23).

I psykiatrien opdeles manglende compliance i to kategorier; hhv. opfattelses- og praktisk kategori. Opfattelseskategori dækker over borgerens opfattelse af risici ved sygdom samt borgerens opfattelse af medicinens effekt og bivirkninger. Den praktiske kategori dækker over, at borgeren egentlig er motiveret til at tage sin medicin, men ressourcerne, der er nødvendige for at borgeren tager sin medicin, mangler; det kan fx være kognitiv svækkelse eller manglende økonomisk formåen (57).

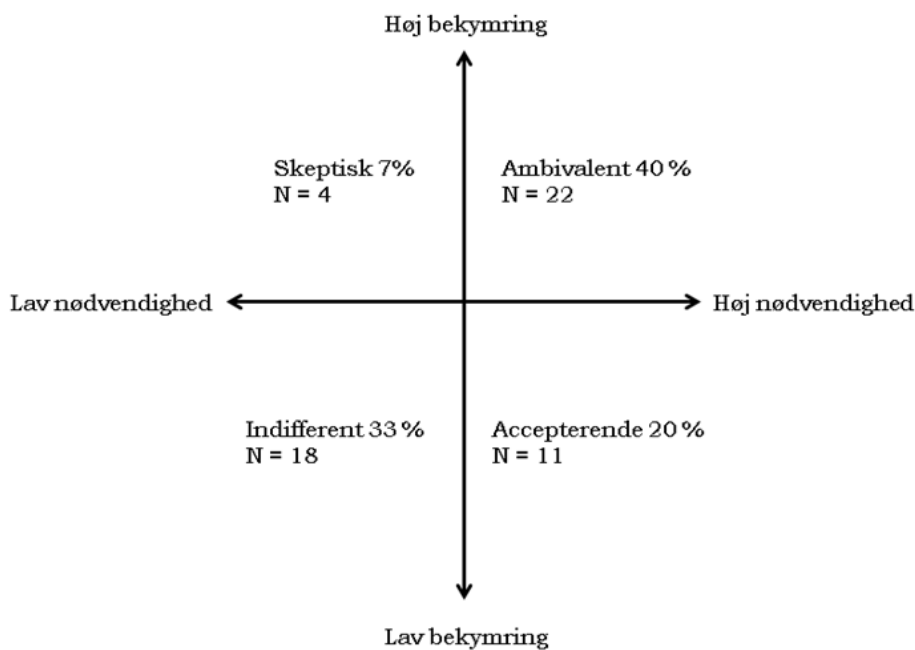
Nødvendighed/bekymring om medicin

Figur 7 viser, hvordan borgeren i sin beslutning om at handle eller ikke handle på en diagnose eller følge en behandlingsplan vurderer, om han/hun har behov for behandling/medicin (nødvendighedsopfattelse) og afvejer det mod de bekymringer om bivirkninger eller andre negative konsekvenser, der kan følge med (bekymringsopfattelse).

I en metaanalyse af 94 studier blev der rapporteret en højere grad af compliance hos de borgere, der havde en stærk opfattelse af, at behandlingen var nødvendig (23).

Det er balancen mellem følelsen af nødvendighed og bekymring, der er vigtig for at vurdere den enkelte borgers risiko for non-compliance eller behandlingsstop.

Et tidligere forskningsprojekt viste, at 44 % af borgere over 18 år, der for nyligt havde fået udskrevet medicin i forbindelse med en forventet længerevarende behandling (+6 måneder) for første gang, havde en højere bekymrings- end nødvendighedsscore, hvilket indikerer en forøget risiko for non-compliance og behandlingsstop, mens 56 % af medicinbrugerne havde en højere nødvendighedsscore end bekymringscore, hvilket indikerer en lavere risiko for non-compliance (5).



Figur 7: Bekymring-nødvendighed model (58)

Figur 7 viser, at 40 % af medicinbrugerne i projektet var ambivalente i forhold til deres medicin, hvilket vil sige, at de både havde en høj nødvendigheds- og bekymringscore. 33 % af medicinbrugerne var indifferente overfor deres medicin, hvilket vil sige, at de både havde en lav nødvendigheds- og bekymringscore. 20 % af medicinbrugerne var accepterende overfor deres medicin, hvilket vil sige, at de havde en høj nødvendighedsscore samtidig med en lav bekymringscore. 7 % af medicinbrugerne var skeptiske, hvilket vil sige, at de havde en høj bekymringscore samtidig med en lav nødvendighedsscore (5).

Modellen bidrager med en forståelse af borgerens opfattelse af behandlingen, og kan inddrages i kommunikationen mellem borger og sundhedsprofessionel, hvor den kan hjælpe i dialogen med at sætte ord på tilvalg og fravalg af behandling.

Fælles beslutningstagning om behandling med medicin

Medicinbrugere opfattes i stigende grad som aktive, informationssøgende borgere, der ønsker og kræver medinddragelse (59). Vi ved, at når borgere inddrages og er medbestemmende i beslutninger om deres behandling, er de motiverede til at gennemføre og implementere deres behandling (60). Det giver også en større borgertilfredshed (59). Denne tilgang har de seneste år vundet indpas i sundhedsvæsenet.

Fælles beslutningstagning er en metode, hvor borgeren og den sundhedsprofessionelle etablerer et partnerskab (59). Begrebet kommer fra empowerment-filosofien (61), hvor målet er at gøre borgeren handlekompetent, så han/hun tager ansvar for egen behandling. Ved fælles beslutningstagning er der hos den sundhedsprofessionelle en grundlæggende tillid til, at borgere har kapacitet og ressourcer til at tage ansvar for deres eget liv, når de har nok viden til at kunne træffe deres beslutninger, og når de oplever at være medbestemmende om deres beslutninger (61).

Fælles beslutningstagning lykkes kun hvis den sundhedsprofessionelle tror på, at borgeren selvfølgelig skal inddrages og har ret til selvbestemmelse og til at træffe egne valg om sin behandling (62, 63).

Ved fælles beslutningstagning i apotekspraksis skal der foregå en ligeværdig videndeling mellem borger og apoteksmedarbejder med henblik på, at borgeren finder frem til en løsning, som passer bedst til vedkommende, og som er holdbar i hverdagen. Det er derfor vigtigt, at borgerens hverdag, erfaringer, viden, værdier og præferencer italesættes. Det er apoteksmedarbejderens ansvar, at det finder sted. Det er vigtigt, at apoteksmedarbejderens sundhedsfaglige viden deles med borgeren, før løsninger træffes i fællesskab. Begge parter er således eksperter på hver deres område, og begge viden er nødvendig (62-66).

Formålet med processen for den fællesbeslutningstagning er, at borgeren får mulighed for at reflektere over, hvad der er vigtigt for ham/hende, og hvordan medicinen og de udfordringer, der kan være med at tage den, måske er i strid med præferencer, værdier og ønsker for livet (63, 66). Målet er, at disse præferencer, værdier og ønsker for livet er med til at forme beslutningen, når parterne sammen reflekterer og beslutter, hvordan udfordringer med medicinen bedst muligt løses.

Fælles beslutningstagning kræver gode kommunikationskompetencer hos den sundhedsprofessionelle – både verbale og nonverbale (62, 63, 67-69). Den sundhedsprofessionelle skal kunne kommunikere på en åben, empatisk, respektfuld og autonomi-støttende måde og kunne formidle sundhedsfaglig viden om fordele og ulemper ved valg eller fravalg neutralt (65).

Gennem dialog og fælles refleksion finder de to parter sammen frem til, hvordan borgeren bedst muligt kan håndtere og integrere medicinen i sin hverdag (62, 63, 65).

Til brug for den fælles beslutningsproces er dialogværktøjer brugbare redskaber, der hjælper partnerne til, at den fælles beslutningsproces også rent faktisk finder sted i praksis (63, 65)

Strategier, der fremmer fællesbeslutningstagning

1. Anvend et kombineret sygdoms- og livsperspektiv fremfor et sygdomsperspektiv i mødet med borgeren.
2. Inviter borgeren til at fortælle om de situationsbestemte og vanskelige problemstillinger med at tage medicinen i hverdagen, som borgeren oplever.
3. Reflekter sammen med borgeren over de situationsbestemte og vanskelige problemstillinger med medicinen i hverdagen. Herved skabes der personspecifik viden, og der opnås en fælles forståelse for borgerens beslutning.
4. Tilskynd borgeren til selvstændig refleksion for at blive klar over egne præferencer og værdier som grundlag for fælles beslutningstagning – hvad er vigtigt for borgeren?
5. Forklar om evidensbaserede og sundhedsfaglige fordele og ulemper ved valg og evt. fravalg af behandlingen, så borgeren har et oplyst grundlag at træffe beslutninger ud fra.
6. Reflekter sammen med borgeren på baggrund af begge parters viden. Det er grundlaget for ændring af handlemønstre og adfærd.
7. Brug dialogværktøjer, der hjælper begge parter til at foretage fælles beslutningstagning i praksis.

Tabel 1 Strategier, der fremmer fællesbeslutningstagen (70, 71)

Generelt er apotekets interventioner designet med det formål at øge borgerens self-efficacy og forståelse af deres sundhedstilstand og medicinske behandling. Effekten af sådanne interventioner styrkes, hvis borgeren får mulighed for at deltage i beslutninger om deres egen behandling (23).

Metoder til afdækning af compliance

Afdækning af compliance er vigtigt og svært. Afdækning af compliance kan bruges i dialogen med borgeren om compliance og i forskning. Det kan være svært at måle compliance. Compliance kan måles ved laboratorieundersøgelse af fx blod-, urin- eller spytkrøver. Det er en metode, der typisk benyttes i kliniske forsøg, men som selvfølgelig ikke virker i en daglig praksis (23).

Indirekte metoder til afdækning af compliance omfatter følgende:

- Brug af apotekets data til identificering af, hvor ofte recepten indløses.
- Brug af tabletter med sensor og tilhørende patch, der lægges på huden. Indtag af medicinen kan således måles direkte.
- Brug af elektroniske medicinpakninger, der både hjælper borgeren med at huske at tage medicinen og indikerer, om medicinen er taget.
- Brug af tablettælling, hvor plejepersonalet eller andre sundhedspersoner tæller, om antallet af tabletter i dispenseret medicin stemmer overens med antallet af tabletter, der burde være taget.
- Selvrapportering, hvor borgerne/pårørende/plejepersonalet indikerer, om medicinen tages som aftalt på baggrund af dagbøger, spørgeskemaer eller interviews. Her er der udviklet en række validerede skalaer.

Der er begrænsninger ved alle nævnte metoder, og de fleste egner sig mere til forskningsprojekter end daglig praksis (23). I forskningsregi benyttes ofte flere metoder samtidig til afdækning af compliance, da der ikke er en standardiseret metode, der med sikkerhed giver det korrekte svar.

Apoteket har dog fin mulighed for at afdække den enkelte borgers compliance i FMK. Dette, suppleret med en dialog med borgeren, giver et tilstrækkeligt indblik i, hvorvidt borgeren tager sin medicin som aftalt.

Referencer

1. Adherence to long-term therapies - evidence for action. Schweiz: World Health Organisation; 2003.
2. Sletvold H, Sagmo LAB, Torheim EA. Impact of pictograms on medication adherence: A systematic literature review. *Patient Education and Counseling*. 2020;103(6).
3. Sackett DL, Hayes RB. Compliance with Therapeutic Regimens. The Johns Hopkins University Press. 1976.
4. Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppert T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British journal of clinical pharmacology*. 2012;73(5):691-705.
5. Dam P, Herborg H, Jæpelt M, Kaae S, Prip-Beier P, Pults K, et al. Opstart af ny behandling - hvordan sikres det, at medicinbrugeren kommer godt i gang? 2013.
6. Kaae S, Dam P, Rossing C. Evaluation of a pharmacy service helping patients to get a good start in taking their new medications for chronic diseases. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2016;12(3):486-95.
7. Herborg H, Soendergaard B, Froekjaer B, Fonnesbaek L, Jorgensen L, Hepler CD, et al. Improving drug therapy for patients with asthma--part 1: Patient outcomes. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 2001;41(4):539-50.
8. Herborg H, Soendergaard B, Jorgensen T, Fonnesbaek L, Hepler CD, Holst H, et al. Improving drug therapy for patients with asthma-part 2: Use of antiasthma medications. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 2001;41(4):551-9.
9. Fonnesbæk L, Bolvig T, Gustafsen I. Tjek på inhalation-landsdækkende pseudokunmdeundersøgelse [In Danish]. *Pharmakon*. 2007.
10. Klinke B, Fonnesbæk L. Tjek på inhalation-afprøvning af ydelsen [Inhaler technique service--testing the service. Evaluation report. In Danish]. *Evalueringsrapport Danmarks Farmaceutiske Universitet og Pharmakon*. 2005.
11. Kjeldsen LJ, Bjerrum L, Dam P, Larsen BO, Rossing C, Sondergaard B, et al. Safe and effective use of medicines for patients with type 2 diabetes - A randomized controlled trial of two interventions delivered by local pharmacies. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP*. 2015;11(1):47-62.
12. Pernille D, Mira E-S, Hanne H, Lotte SN, Charlotte R, Morten S, et al. Safe and Effective Use of Medicines for Ethnic Minorities - A Pharmacist- Delivered Counseling Program That Improves Adherence. *Journal of Pharmaceutical Care & Health Systems*. 2015;02(01).
13. Dam P, Herborg H, Rossing C, Sørensen L. Sikker og effektiv medicinbrug for brugere af blodtryksmedicin *Pharmakon* [Danish]. 2007.
14. Rossing C, Agergaard M, El-Souri M, Pultz K. Evaluering af Medicingennemgang med compliancerettet rådgivning - en rådgivningsydelse til hjertepatienter. *Pharmakon*. [Danish]; 2010.
15. Thomsen LA, El-Souri M, Herborg H, Fonnesbæk L. Analyse af og anbefalinger til ordningen om maskinelt dosisdispenseret medicin. *Pharmakon*; 2012.
16. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014(11).
17. Eduardo S. Adherence to long-term therapy - Evidence for action. Schweiz: World Health Organization; 2003.
18. Dam P, Herborg H, Rossing C, Pultz K, Sørensen L. Sikker og effektiv medicinbrug for type 2-diabetikere. Hillerød: *Pharmakon*. 2007.
19. Molloy GJ, Perkins-Porras L, Strike PC, Steptoe A. Social networks and partner stress as predictors of adherence to medication, rehabilitation attendance, and quality of life following acute coronary syndrome. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2008;27(1):52-8.
20. Voils CI, Steffens DC, Bosworth HB, Flint EP. Social Support and Locus of Control as Predictors of Adherence to Antidepressant Medication in an Elderly Population. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2005;13(2):157-65.

21. Grenard JL, Munjas BA, Adams JL, Suttorp M, Maglione M, McGlynn EA, et al. Depression and medication adherence in the treatment of chronic diseases in the United States: a meta-analysis. *Journal of general internal medicine*. 2011;26(10):1175-82.
22. Frøkjær B, Søndergaard B, Herborg H, Oldam T, Damsø L. Opfølgning på resultater af lægemiddelterapi. *Farmaceutisk omsorg*. Hillerød: Pharmakon; 2006.
23. Frommer M, Aslani P, Chen T, Tiller D. Use of medicines by the elderly - the role of pharmacy in promoting adherence. The Netherlands: International Pharmaceutical Federation (FIP); 2018.
24. Herborg H, Haugbølle LS, Sørensen L, Rossing C, Dam P. Developing a generic, individualised adherence programme for chronic medication users. *Pharmacy Practice (Internet)*. 2008;6(3):148-57.
25. Penille Dam HH, Charlotte Rossing, Lene Sørensen Sikker og effektiv medicinbrug for brugere af blodtryksmedicin - arbejdsrapport. *Pharmakon*; 2007.
26. Dam P, El-Souri M, Herborg H, Nørgaard LS, Rossing C, Sodemann M, et al. Safe and effective use of medicines for ethnic minorities—a pharmacist-delivered counseling program that improves adherence. *J Pharma Care Health Sys*. 2015;2(128).
27. El-Souri M, Dam P, Hagde P, Herborg H, Lauridsen L, Nielsen M, et al. Sikker og effektiv medicinbrug for nydanskere—med henblik på forbedring af helbredsstatus og arbejdsevne. Samlet arbejdsrapport. *Pharmakon*. Pharmakon; 2014.
28. El-Souri M, Dam P, Hagde P, Herborg H, Lauridsen L, Nørgaard LS, et al. Sikker og effektiv medicinbrug for nydanske - med henblik på forbedring af helbredsstatus og arbejdsevne. Rapport - udviklingsprojekt. *Pharmakon*. 2013.
29. Rossing C, El-Souri M, Herborg H, Pultz K, Thomsen L. Bedre brug af medicin i hjemmepleje og på plejehjem. Et udviklings-og pilotprojekt for en kontrolleret undersøgelse. . *Pharmakon*; 2010.
30. Desborough JA, Sach T, Bhattacharya D, Holland RC, Wright DJ. A cost-consequences analysis of an adherence focused pharmacist-led medication review service. *The International journal of pharmacy practice*. 2012;20(1):41-9.
31. Herborg H, Fonnesbæk L, Frøkjær B, Søndergaard B. Kvalitetssikring af astmapatienters lægemiddelbehandling. 1997 8/1/1997.
32. Wan TT, Rossiter LF, Murawski MM, Patel UB. Evaluation of chronic disease management on outcomes and cost of care for Medicaid beneficiaries. *Health Policy*. 2008;86(2-3):345-54.
33. Ocampo CC, Garcia-Cardenas V, Martinez-Martinez F, Benrimoj SI, Amariles P, Gastelurrutia MA. Implementation of medication review with follow-up in a Spanish community pharmacy and its achieved outcomes. *Int J Clin Pharm*. 2015;37(5):931-40.
34. Armour CL, Taylor SJ, Hourihan F, Smith C, Krass I. Implementation and evaluation of Australian pharmacists' diabetes care services. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2004;44(4):455-66.
35. Mehuys E, Van Bortel L, De Bolle L, Van Tongelen I, Annemans L, Remon J-P, et al. Effectiveness of a community pharmacist intervention in diabetes care: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2011;36(5):602-13.
36. Krass I, Taylor SJ, Smith C, Armour CL. Impact on medication use and adherence of Australian pharmacists' diabetes care services. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2005;45(1):33-40.
37. Hugtenburg JG, Borgsteede SD, Beckeringh JJ. Medication review and patient counselling at discharge from the hospital by community pharmacists. *Pharm World Sci*. 2009;31(6):630-7.
38. The Community Pharmacy Medicines Management Project Evaluation Team. The MEDMAN study: a randomized controlled trial of community pharmacy-led medicines management for patients with coronary heart disease. *Family practice*. 2007;24(2):189-200.
39. Messerli M, Blozik E, Vriends N, Hersberger KE. Impact of a community pharmacist-led medication review on medicines use in patients on polypharmacy--a prospective randomised controlled trial. *BMC health services research*. 2016;16:145.

40. Kaae S, Norgaard LS. How to engage experienced medicine users at the counter for a pharmacy-based asthma inhaler service. *The International journal of pharmacy practice*. 2012;20(2):99-106.
41. Søndergaard B, Thorleifsson S, Herborg H, Frøkjær B, Hepler CD, Ersbøll BK. Kvalitetssikring af astmapatienters lægemiddelbehandling. *Ugeskrift for Læger*. 2000.
42. Schulz M, Verheyen F, Mühlig S, Müller JM, Mühlbauer K, Knop-Schneickert E, et al. Pharmaceutical care services for asthma patients: a controlled intervention study. *The Journal of Clinical Pharmacology*. 2001;41(6):668-76.
43. Grainger-Rousseau T, McElnay J. A model for community pharmacist involvement with general practitioners in the management of asthma patients. *J Appl Ther*. 1996;1:145-61.
44. Närhi U, Airaksinen M, Enlund H. Pharmacists solving problems in asthma management—experiences from a one-year intervention programme in Finland. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2002;10(1):55-9.
45. Mangiapane S, Schulz M, Mühlig S, Ihle P, Schubert I, Waldmann H-C. Community pharmacy-based pharmaceutical care for asthma patients. *Annals of Pharmacotherapy*. 2005;39(11):1817-22.
46. Garcia-Cardenas V, Sabater-Hernandez D, Kenny P, Martinez-Martinez F, Faus MJ, Benrimoj SI. Effect of a pharmacist intervention on asthma control. A cluster randomised trial. *Respiratory medicine*. 2013;107(9):1346-55.
47. Stergachis A, Gardner JS, Anderson MT, Sullivan SD. Improving pediatric asthma outcomes in the community setting: does pharmaceutical care make a difference? *Journal of the American Pharmaceutical Association* (1996). 2002;42(5):743-52.
48. Apotekerforening D. Medicinsamtale - Manglende medicineterlevelse ved kronisk sygdom - Støttematerialer: Danmarks Apotekerforening; 2020 [Available from: <https://medlemsnettet.apoteket.dk/-/workzone/workzonehandler.ashx?docId=331689&usePdf=True>].
49. Apotekerforening D. Sundhedsydelse. [Available from: <https://medlemsnettet.apoteket.dk/kunderaadgivning/sundhedsydelse/salg-af-sundhedsydelse>].
50. Kronish IM, Ye S. Adherence to cardiovascular medications: lessons learned and future directions. *Progress in cardiovascular diseases*. 2013;55(6):590-600.
51. Krass I, Schieback P, Dhippayom T. Adherence to diabetes medication: a systematic review. *Diabetic Medicine*. 2015;32(6):725-37.
52. Cramer JA. A systematic review of adherence with medications for diabetes. *Diabetes care*. 2004;27(5):1218-24.
53. Bailey C, Kodack M. Patient adherence to medication requirements for therapy of type 2 diabetes. *International journal of clinical practice*. 2011;65(3):314-22.
54. Rhee MK, Slocum W, Ziemer DC, Culler SD, Cook CB, El-Kebbi IM, et al. Patient adherence improves glycemic control. *The Diabetes educator*. 2005;31(2):240-50.
55. Barber N. Should we consider non-compliance a medical error? *BMJ Quality & Safety*. 2002;11(1):81-4.
56. Kjeldsen LJ, Bjerrum L, Herborg H, Knudsen P, Rossing C, Søndergaard B. Development of new concepts of non-adherence measurements among users of antihypertensives medicines. *Int J Clin Pharm*. 2011;33(3):565-72.
57. Steinkamp JM, Goldblatt N, Borodovsky JT, LaVertu A, Kronish IM, Marsch LA, et al. Technological Interventions for Medication Adherence in Adult Mental Health and Substance Use Disorders: A Systematic Review. *JMIR mental health*. 2019;6(3):e12493.
58. Clatworthy J, Bowskill R, Parham R, Rank T, Scott J, Horne R. Understanding medication non-adherence in bipolar disorders using a Necessity-Concerns Framework. *Journal of affective disorders*. 2009;116(1-2):51-5.
59. Sundhedsstyrelsen. Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed. En empirisk undersøgelse af fælles beslutningstagning og dagligdagens møder mellem patient og behandler. 2008 [Available from: <https://www.sst.dk/~media/AFCF19A968C445238B19027CB3E2CAE4.ashx>].

60. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*. 2000;55(1):68.
61. Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient education and counseling*. 2010;79(3):277-82.
62. V. B. Fælles beslutningstagning - en metode til patientinvolvering.: *Sygeplejersken*; 2015; (12): 74-76. [Available from: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2015-12/faelles-beslutningstagen-en-metode-til-patientinvolvering>.
63. Zoffmann V, Harder I, Kirkevold M. A person-centered communication and reflection model: sharing decision-making in chronic care. *Qualitative health research*. 2008;18(5):670-85.
64. Pedersen L, Kirk, K. Fælles beslutningstagning i Den Involverende Stuegang.: *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*; 2015 [cited 2020 22. September]. Available from: <https://www.paperturn-view.com/da/dssnet/etfds-1-2015-net?pid=MjU2593&p=11>.
65. Danske Patienter. Fælles beslutningstagning. [Available from: <https://danskepatienter.dk/vibis/inddragelse-i-eget-forloeb/faelles-beslutningstagning>.
66. Elwyn G, Frosch DL, Kobrin S. Implementing shared decision-making: consider all the consequences. *Implementation Science*. 2015;11(1):114.
67. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean?(or it takes at least two to tango). *Social science & medicine*. 1997;44(5):681-92.
68. Truglio-Londrigan M, Slyer JT, Singleton JK, Worrall PS. A qualitative systematic review of internal and external influences on shared decision-making in all health care settings. *JBHI database of systematic reviews and implementation reports*. 2014;12(5):121-94.
69. Stiggelbout AM, Van der Weijden T, De Wit MP, Frosch D, Légaré F, Montori VM, et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *Bmj*. 2012;344:e256.
70. Zoffmann V. *Kompetenceudvikling i Guidet Egen-Beslutning*.: Region Hovedstaden. RegionH-E-Læring.; 2018 [Available from: <https://www.regionh.dk/e-learning/om-os/nyheder/Sider/Guidet-Egen-Beslutning.aspx>.
71. Danske Patienter ViBIS - Videnscenter for Brugerinddragelse. *Værktøjer til inddragelse*.: Danske Patienter; [Available from: <https://danskepatienter.dk/vibis/vaerktoejer-til-inddragelse>.