

Udvalgte pharmakon

Compliance & Concordance



Uddannelseshæfte til programmet
"Sikker og effektiv medicinbrug"
Version 1.2

Compliance og concordance
Uddannelseshæfte til programmet
“Sikker og effektiv medicinbrug”
Version 1.2

Pharmakon a/s
Milnersvej 42
3400 Hillerød

Telefon: 4820 6000
Fax: 4820 6060
Hjemmeside: www.pharmakon.dk
Program hjemmeside: www.sikkermedicin.dk
E-mail: sem@pharmakon.dk

Forfattere: Pernille Dam, Hanne Herborg, Charlotte Rossing og Dorthe Thomsen

ISBN 978-87-91598-11-1

Layout: Pharmakon, Kristin R. Primdahl

Forord

Formålet med dette uddannelseshæfte er at give læseren indsigt i begreberne compliance og concordance samt en indføring i programmet "Sikker og effektiv medicinbrug".

Programmet er i perioden 2004-2007 afprøvet i forskningsprojekterne "Implementering af lægemiddelbehandling – Forbedret compliance og egenindsats blandt brugere af blodtryksmedicin" og "Sikker og effektiv medicinbrug for type 2-diabetikere". Uddannelseshæftet er oprindeligt skrevet som baggrundsteori for deltagerne i disse projekter.

Uddannelseshæftet henvender sig dels til sundhedsprofessionelle i den primære sundhedssektor, der ønsker at implementere hele eller dele af programmet "Sikker og effektiv medicinbrug", dels til alle andre, der interesserer sig for lægemiddelcompliance, concordance og strategier til at opnå bedre behandlingsresultater.

Flere af de metoder, der præsenteres i programmet "Sikker og effektiv medicinbrug", er benyttet i andre sundhedsfremmende interventioner; andre er udviklet til programmet. Kombinationen af metoder til fremme af compliance og concordance er ny.

Uddannelseshæftet kan læses i sin fulde længde eller bruges som opslagsværk.

Compliancebegrebet har udviklet sig i den årrække, det har været benyttet i dansk kontekst. Concordance-begrebet er nyere og lægger op til et revideret syn på compliance og lægepatientsamarbejde.

Den første del af uddannelseshæftet handler om definition og anvendelse af begreberne compliance, adherence og concordance. Den næste del omhandler non-compliance - hvilke årsager er der? Hvilke typer? Hvordan afdækkes non-compliance? Den tredje del omhandler den teoretiske baggrund for "Sikker og effektiv medicinbrug": Hvordan støttes patienten til forbedret compliance og egenindsats? Her gennemgås begreberne egenindsats, empowerment, selvoplevet handlekompetence, motivationsstadier og narrative fortællinger. I den sidste del gennemgås de værktøjer, der er udviklet til programmet "Sikker og effektiv medicinbrug" på baggrund af den gennemgående teori og den praktiske afprøvning. Bagerst i hæftet er der en ordliste med definitioner af de centrale begreber, der benyttes i programmet "Sikker og effektiv medicinbrug".

For en grundig gennemgang af evidensen omkring complianceinterventioner henviser vi til "Evidensrapport 9 – Compliance og concordance", der kan findes på:

http://www.pharmakon.dk/data/files/Aps/Dokubase/Evidensrapporter/Evidensrapport_9_1-2_2008_final.pdf

Hillerød, april 2007

Hanne Herborg
Udviklingschef, Pharmakon

Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
Indholdsfortegnelse	5
Figurfortegnelse	6
Introduktion	7
Hvad er det nye i ”Sikker og effektiv medicinbrug”?	7
Hvorfor er der brug for programmet ”Sikker og effektiv medicinbrug”?	8
Hvad er compliance, concordance og adherence?	11
Compliance	11
Concordance og adherence	13
Hvad er non-compliance?	16
Hvad er årsagerne til non-compliance?	17
Non-compliance – tilsigtet eller utilsigtet?	20
Hvordan afdækkes non-compliance?.....	22
Eksempler på metoder.....	23
Hvordan støttes patienten til forbedret compliance og egenindsats?.....	25
Egenindsats	26
Empowerment.....	26
Selvoplevet handlekompetence (self-efficacy)	26
Motivationsstadier	27
Patienthistorier	28
Kommunikation med patienten.....	29
”Sikker og effektiv medicinbrug”	31
Find og forbered	31
Andre værktøjer	32
Få historien	32
Fejltjek-behandlingen	33
Find ressourcerne	33
Fælles mål og plan	34
Følg op.....	34
Systemmodellen	34
Hvordan kan complianceproblemer løses?	35
Afsluttende bemærkninger	37
Litteraturliste	40

Figurfortegnelse

Figur 1: Hyppigst rapporterede forekomster af non-compliance efter behandlingstype	8
Figur 2: Eksempler på beregninger af compliancegrad.....	12
Figur 3: De tre bærende elementer i concordance	14
Figur 4: De tre faser i complianceprocessen	16
Figur 5: De fem dimensioner i compliance.....	17
Figur 6: Faktorer relateret til specifikke sygdomme	19
Figur 7: Typer af non-compliance	21
Figur 8: Metoder til afdækning af complianceproblemer	23
Figur 9: Compliance for den beregnede lægemiddelbeholdning	24
Figur 10: MEMS til registrering af lægemiddelindtag	25
Figur 11: MEMS-aflæsning	25
Figur 12: Stages of Change-modellen	27
Figur 13: Rådgiverpositioner: Lineære, cirkulære, strategiske eller refleksive spørgsmål	30
Figur 14: Fremgangsmåden i "Sikker og effektiv medicinbrug"	31
Figur 15: Rådgivning på to ben	33
Figur 16: Systemmodellen	34
Figur 17: Figuren viser de metoder til compliancestøtte, der tilbydes i "Sikker og effektiv medicinbrug" for type 2-diabetikere	35
Figur 18: Skitse af mulige løsninger med udgangspunkt i den ydre cirkel fra systemmodellen.....	36

Introduktion

De senere års forskning har bragt meget nyt frem om forståelsen af lægemiddelanvendelse og -compliance, og om hvilke typer af interventioner, der virker. Især ser de undersøgelser, hvor man betragter ændring af lægemiddeladfærd på samme måde som ændring af sundhedsadfærd, lovende ud. Vi har i dag, i sundhedsvæsenet, omfattende programmer til at hjælpe folk til at ændre livsstil. Målet for programmet ”Sikker og effektiv medicinbrug” er at blive et sådant tilbud i relation til brug af medicin.

Programmet ”Sikker og effektiv medicinbrug” er blevet til på baggrund af en stigende fokus på omfang og konsekvenser af complianceproblemer og en erkendelse af behovet for strategier til løsning af problemer med lægemiddelcompliance. Programmet er tænkt som et tilbud til patienter i relation til implementering af lægemiddelbehandling.

Programmet er designet til implementering i den primære sundhedssektor og kan implementeres i såvel lægepraksis som sundhedscenter og apotek – og især tænkt som et samarbejde mellem disse parter. Programmet kan implementeres i sit fulde omfang, eller der kan tages enkeltelementer ud, der kan tilpasses til det ønskede forum.

Programmet er afprøvet i kontrollerede studier på hypertonicere i 2006 i projektet ”Implementering af lægemiddelbehandlinger – forbedret compliance og egenindsats blandt brugere af blodtryksmedicin”, og i 2007 på type 2-diabetikere i projektet ”Sikker og effektiv medicinbrug for type 2-diabetikere”. Programmet er blevet afprøvet i et samarbejde mellem patient, praktiserende læge og apotek med fysisk forankring på apoteket. Programmet er afprøvet i to versioner – en udvidet model gennemført af farmaceuter og en basismodel gennemført af farmakonomer. Endnu foreligger der kun midtvejsresultater fra de to projekter.

Henvendt til patienterne er programmet beskrevet på følgende vis:

”Sikker og effektiv medicinbrug”:

- Det er hensigten, at din medicin skal gavne dit helbred og ikke skade dig. Du har selv en del af ansvaret for, at din medicin virker efter hensigten. Er du sikker på, at din behandling fungerer bedst muligt?
- Programmet ”Sikker og effektive medicinbrug” er et tilbud om at finde eventuelle problemer og give hjælp til at løse dem.
- ”Sikker og effektiv medicinbrug” tilbydes som et samarbejde mellem dit apotek og din læge, hvor vi sammen kan ”skræddersy” løsninger, der passer til netop dit behov.

Som programmets titel antyder, er fokus i programmet, at lægemiddelbehandlinger implementeres. Dette skal dog ikke forstås i snæver forstand som autoritær efterlevelse af lægens ordination (compliance). Snarere er fokus på samarbejdet mellem patienter og behandlere og på patientens aktive bidrag til tilpasning af behandlingen og til at finde løsninger, der fungerer, dvs. patientens egenindsats og partnerskab med læge og apotek (concordance).

Hvad er det nye i ”Sikker og effektiv medicinbrug”?

For det første er der et anderledes syn på complianceproblemer: De ses i et helheds-perspektiv som systemproblem, ikke som simple fejl, der skal rettes. Der skelnes mellem tilsigtet og utilsigtet non-compliance og mellem de forskellige faser i lægemiddelanvendelsen, som patienten kan befinde sig i. Og endelig ses det som centralt, at man ikke arbejder målrettet på at opnå efterlevelse uden samtidig at overveje, om lægemiddelbehandlingens kvalitet er optimal og uden patientens accept. For det andet er kombinationen af metoder ny.

Grundpillerne i programmet er:

- hurtig screening til identifikation af problemtype
- patienternes egen historie som det centrale udgangspunkt
- vurdering og evt. tilretning af lægemiddelbehandlinger, der ikke fungerer
- undersøgelse af ressourcer, der kan skabe nye og bedre løsninger
- individuel coaching, så løsningen tilpasses patientens behov og ressourcer
- tilbud om relevante complianceteknologier og information/uddannelse
- opfølgning.

Hvorfor er der brug for programmet "Sikker og effektiv medicinbrug"?

På trods af den store indsats, der i de seneste år er gjort over for problemer med manglende implementering af lægemiddelbehandlinger, er non-compliance fortsat et stort patient-sikkerheds- og folkesundhedsproblem. Dette gælder ikke mindst for kronikere, som pga. langvarige og ofte komplekse behandlinger er særligt udsatte. Et godt eksempel er type 2-diabetikere, som på grund af de ofte komplekse behandlingsregimer har væsentlige problemer med at implementere de igangsatte behandlinger. Den medicinske behandling af type 2-diabetikere forudsætter en høj grad af egenomsorg hos patienten. Selvmonitorering og selvregulering er vigtige parametre i behandlingen og gør, at compliance bør betragtes særskilt for de enkelte behandlingselementer.

Det har vist sig, at der er begrænset effekt af de tiltag, som hidtil er bragt i anvendelse over for problemer med non-compliance, hvorfor der fortsat er behov for at udvikle og afprøve nye modeller. Der er endvidere fortsat problemer med, at de målemetoder, som hidtil er brugt til at forudsige non-compliance, er for dårlige. Det betyder, at der stadig er behov for, at nye teorier om selve problemets natur bliver undersøgt.

Programmet "Sikker og effektiv medicinbrug" bygger således på en lang række begreber, som det er vigtigt at kende og forstå. De bliver beskrevet nærmere i kapitel 2.

Omfanget af non-compliance

Det estimeres groft i flere oversigtsartikler, at det kun er omkring 50 % af lægemiddeldoserne, der bliver indtaget i behandlingen af kroniske sygdomme¹. At kun halvdelen af alle doser bliver taget efter forskriften, er en tilnærmelse, men er ud fra den tilgængelige litteratur en rimelig antagelse.

Behandling	Procentvis forekomst af non-compliance
Forebyggende behandling	50 – 80 %
Behandling af kronisk sygdom	30 – 60 %
Behandling af akut sygdom	20 – 40 %

Figur 1: Hyppigst rapporterede forekomster af non-compliance efter behandlingstype²

Af Figur 1 fremgår det, at non-compliance procentvis forekommer hyppigst ved forebyggende behandling. Muligvis fordi konsekvenserne af manglende behandling ligger langt ude i fremtiden. Omvendt er compliance tilsyneladende bedst ved behandling af akut sygdom. Her er forklaringen højst sandsynligt, at behandlingsvarigheden er kort, og at behandlings-effekten indtræder umiddelbart.

Undersøgelser af non-compliance ved hjælp af MEMS (elektroniske tabletbeholder, der kan bruges til overvågning af patienters medicinindtag) viser, at man kan inddele kronikeres medicinindtagelse i 6 kategorier:

- 1/6 af patienterne følger ordinationerne slavisk
- 1/6 af patienterne tager alle ordinerede doser, men med tidsmæssig forskydning
- 1/6 af patienterne springer indimellem en døgndosis over og tager generelt medicinen tidsmæssigt uregelmæssigt

¹ WHO 2003

² Frit efter Christensen 2004

- 1/6 af patienterne holder "drug holidays" (pauser med medicinen i mindst 3 dage) 3-4 gange årligt og holder derudover pauser af kortere varighed
- 1/6 holder pauser med deres medicin minimum 1 gang om måned og springer ofte doser over
- 1/6 tager stort set ikke medicinen.

Kategorierne kan reduceres til tre, hvilket giver en udmærket tommelfingerregel til beskrivelse af folks medicinbrug generelt: En tredjedel tager medicinen som ordineret eller næsten som ordineret, en tredjedel er så non-compliant, at behandlingseffekten er kraftigt reduceret, og den sidste tredjedel er en mellemgruppe³.

Compliance og type 2-diabetes

Den medicinske behandling af type 2-diabetes er ofte kompleks, og optimal medicinering forudsætter en vis grad af selvmonitorering. Når man ser på compliance i forhold til behandling af type 2-diabetes, er det derfor vigtigt at afdække compliance for alle enkelt-elementer af behandlingen – måling af blodsukker, insulin, indtagelse af perorale anti-diabetika og forebyggende medicin, kost, fysisk aktivitet, fodpleje og anden egenomsorg¹. Man kan ikke gå ud fra, at hvis man er kompliant med én behandlingsaktivitet, er man det også med de andre.

Det anbefales, at type 2-diabetikere i tabletbehandling måler deres blodsukker minimum en gang dagligt. Udenlandske undersøgelser viser, at kun 23-33 % af type 2-diabetikerne måler blodsukker så ofte som anbefalet². Amerikanske undersøgelser har vist, at 70-80 % er kompliant med tabletbehandling. En enkelt registerundersøgelse af 37.431 type 2-diabetikere viste dog, at målt over 1 år har de i gennemsnit kun 130 dage, hvor de er fuldt kompliant, og efter 1 års behandling er det kun 15 % af dem, der fik ordineret et peroralt antidiabetikum, der fortsat tager medicinen og er kompliant.

Den hyppigste form for non-compliance for tabletbehandling er at springe en eller flere doser over. Der er dog op til 1/3 af de non-kompliant, der tager en eller flere doser for meget.

Compliance med kostændringer og fysisk aktivitet er generelt lav.

Et skotsk studie af omkring 3.000 type 2-diabetikere viste, at under 1/3 af de ordinerede doser af sulfonylurinstoffer eller metformin blev taget. Var patienten ordineret begge præparater, var compliance helt nede på 13 %⁴. Der er fundet en reduktion i compliance på 22 %, for hver gang medicineringen øges med en daglig dosis⁴.

En lang række faktorer, der er relateret til sygdommen type 2-diabetes, har indflydelse på compliance. Generelt bliver compliance dårligere, jo mere komplekst behandlingsregimet er. Med til behandlingskompleksiteten hører også selvmonitoreringsaktiviteter som blodsukkermåling. Jo færre doseringer og/eller aktiviteter pr. dag, jo bedre compliance både på kort og lang sigt. Varighed af sygdom er også negativt associeret med compliance. Dvs., at de, der har haft diabetes i længst tid, generelt også har den laveste compliance. En interviewundersøgelse foretaget af Medicines Partnership tyder på, at også alder har indflydelse på compliance. Således har yngre mennesker tilsyneladende lavere compliance end ældre diabetikere. De interviewede diabetikere lagde desuden stor vægt på information om sygdommen som en motiverende faktor for at efterleve behandlingen⁵.

Compliance og hypertension

Opgørelser samlet af WHO viser, at trods det, at der er adgang til effektive behandlinger mod hypertension, dropper omtrent halvdelen af de nydiagnosticerede patienter ud af deres behandling inden for det første år. For de patienter, der forbliver i behandling, er det kun omkring halvdelen, der tager mindst 80 % af deres ordinerede lægemidler. Dette betyder, at dårlig compliance er skyld i, at ca. 75 % af de patienter, der er diagnosticerede med

³ Urquhart 1994; IRF 2006

⁴ Carter 2005

⁵ Levenson 2005

hypertension, ikke opnår at få deres blodtryk under kontrol. Én af de sygdomsspecifikke årsager til lav compliance blandt blodtrykspatienter vurderes at være, at lidelsen er kronisk og asymptomatisk⁶.

Undersøgelser viser, at der er en mulig sammenhæng mellem compliance med blodtryksbehandling og forbedret blodtrykskontrol samt færre kardiovaskulære hændelser.

For hypertension er den væsentligste udfordring, at sygdommen i høj grad er asymptomatisk, og patienten derfor ikke har det direkte helbredsmæssige incitament for at implementere behandlingen.

Konsekvenserne af non-compliance?

Konsekvenserne af non-compliance er utilstrækkeligt påviste, men de er uden tvivl massive og alvorlige, både på individ- og samfundsniveau. Eftersom non-compliance udgør et særligt stort problem hos kronisk syge, må det forventes, at problemets omfang vil øges i takt med den stigende kronikerbyrde.

Non-compliance kan føre til forringet behandlingseffekt. Et europæisk studie af de økonomiske omkostninger ved type 2-diabetes viser, at kun 28 % af de europæiske type 2-diabetikere når behandlingsmålene for blodsukker. Det tilsvarende gør sig gældende for forhøjet blodtryk, hvor det estimeres, at mindre end 25 % opnår et blodtryk svarende til behandlingsmålet. Non-compliance er identificeret som den væsentligste årsag til suboptimale behandlingsresultater for forhøjet blodtryk²⁺⁶.

Non-compliance har ikke kun konsekvenser for den enkelte og dennes behandling, men også for samfundet i form af spildte lægemidler og tid, ekstra henvendelser til læge, skadestue, ekstra indlæggelser og i sin yderste konsekvens – måske endda tab af leveår. Undersøgelser viser, at non-compliance er årsag til 14-58 % af alle skadestuehenvendelser og 2-30 % af alle lægemiddelrelaterede indlæggelser. 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 af økonomiske omkostninger⁷. Dog er det rimeligt at antage, at non-compliance indebærer spild af omkostninger til lægemidler i form af kassation og tab af behandlingseffekt. Samtidig vil øget compliance betyde, at planlagte lægemiddelomkostninger realiseres i højere grad, og interventioner har således også vist sig at kunne forårsage øgede udgifter til lægemidler⁸.

En anden mulig konsekvens er, at non-compliance kan påvirke den tillid, patienter og sundhedspersonale har til de enkelte lægemidlers behandlingseffekt. Non-compliance kan således påvirke ordinationspraksis og dermed behandlingen af fremtidige patienter⁹.

En nyere meta-analyse viser, at non-compliance er en selvstændig risikofaktor for øget dødelighed, uanset om patienterne i undersøgelseerne var kompliant med behandling med placebo eller potente lægemidler. Dette fænomen benævnes ”*The healthy Adherer effect*”¹⁰. Benævnelsen bygger på en antagelse om, at høj compliance har en stærk sammenhæng med en i øvrigt hensigtsmæssig sundhedsadfærd. Det bør endelig bemærkes, at høj compliance med skadelige lægemiddelbehandlinger ligeledes fører til øget dødelighed⁶. Der er ikke noget samlet overblik over, hvilke konsekvenser non-compliance kan have for lægemiddelbrugernes tilfredshed eller livskvalitet.

⁶ WHO 2003

⁷ Tomsen 2005

⁸ Dr. Almut Winterstein, PCNE 5th working conference 2007

⁹ Christensen 2004

¹⁰ Simpson 2006

Hvad er compliance, concordance og adherence?

Compliance er et komplekst begreb med mange forskellige årsager og dertil hørende løsningsmuligheder. I dette kapitel er det forsøgt at give et overblik over forskellige aspekter af compliancebegrebet og de tilstødende begreber concordance og adherence.

Compliance

Compliance er det traditionelle begreb, der bruges om patienters efterlevelse af behandlingsråd. Compliance defineres forskelligt i litteraturen, og ofte defineres begrebet slet ikke. Begrebet kan udvides til også at omfatte andre typer af behandling end lægemidler – fx livsstilsændringer. Ud fra et behandlingsmæssigt synspunkt kan livsstilsændringer være lige så vigtige at efterleve som lægemiddelbehandling, og i forhold til nogen lidelser er egenomsorg endog en meget vigtig parameter. I dette hæfte vil der blive fokuseret mest på compliancebegrebet i forhold til lægemiddelanvendelse.

Compliance defineres som:

”Graden af overensstemmelse mellem patientens faktiske medicinindtagelse og den ordinerede behandling”¹¹.

Denne definition indebærer, at behandleren ved bedst, og at patienten forventes at *efterleve* behandlerens råd. I denne traditionelle brug af compliancebegrebet ligger en opfattelse af, at behandleren med sin professionelle viden og muligheder for at træffe valg om behandling har en ekpertsrolle i forhold til patienten. Denne opfattelse betragtes som formyndersk over for patienten.

Compliance er ikke et enten/eller begreb, men strækker sig fra en total ignorering til rigid efterlevelse af behandlingsråd. Compliance kan ændre sig over tid og kan endog være forskellig fra lægemiddel til lægemiddel inden for samme behandling. Således har undersøgelser vist, at patienter sagtens kan fravælge enkelte præparater og samtidig gennemføre deres behandling med resten af deres lægemiddelbehandling. Det er derfor ikke hensigtsmæssigt at bruge begrebet møntet på en person, men snarere om de handlinger, personen foretager sig, set i lyset af et behandlingsråd og et tidsperspektiv.

Udgangspunktet for begrebet compliance er efterlevelse, og som følge heraf opstår begrebet non-compliance, som er manglende efterlevelse af et behandlingsråd. I dette hæfte anvendes begreberne complianceproblemer og non-compliance parallelt. Som tidligere beskrevet kan compliance strække sig fra, at en patient slet ikke tager noget af et givent lægemiddel, til at vedkommende tager lægemidlet fuldstændig som foreskrevet. Deraf fremgår det, at der er tale om en *grad* af compliance. Graden for, hvad der er tilstrækkelig compliance, er diffus, men de fleste steder arbejder man ud fra en definition af, at en patient er kompliant (dvs. har en tilstrækkelig compliancegrad), hvis vedkommende tager 80-120 % af de ordinerede doser. Ved nogle lægemiddelbehandlinger vil 80 %-compliance dog ikke være tilstrækkelig til at opnå den ønskede behandlingseffekt. Et godt eksempel herpå er p-piller, hvor man ikke kan regne med at opnå beskyttelse mod uønsket graviditet, hvis man kun tager 80 % af doserne. Andre eksempler herpå er behandling for HIV/AIDS og tuberkulose, hvor høj compliance også er nødvendig for at opnå behandlingseffekt. I Figur 2 er der givet nogle eksempler på, hvordan graden af compliance kan beregnes.

Når compliance, som i eksempel 3 i Figur 2, siges at være over 100 %, skyldes det, at patienter, ligeså vel som de kan indtage for få eller for små doser i forhold til det ordinerede, også kan tage for mange eller for store doser. Der kan også være tale om decideret dobbelt-dosering. Eksempelvis kan patienten have misforstået, at et præparat erstattes af et nyt præparat, hvorefter vedkommende fortsætter med at indtage begge præparater. Det kan også være, at vedkommende er ordineret smertestillende midler og supplerer med et tilsvarende smertestillende præparat i håndkøb, med det resultat, at der indtages en større dosis end ønsket.

¹¹ Haynes 2005

	Ordination	Faktisk forbrug	Complianceberegning
Eksempel 1	Penicillin 3 x dgl. i 10 dage	2 x dgl. i 5 dage Faktisk forbrug/ordination	Compliancegrad = $(5 \times 2) / (10 \times 3) = 0,3$ Hvilket svarer til 33 %-compliance
Eksempel 2	Tabl. Metformin 100 stk., 2 tabl. 3 x dgl. Der er tabletter til 16-17 dages forbrug: $100 / (2 \times 3) = 16,6$	Næste recept indløses 20 dage senere. (startbeholdning + antal ordinerede dagsdoser i perioden) - slutbeholdning antal uger/dage i perioden	Compliancegrad = $\frac{(0 + 16,6) - 0}{20}$ = 0,83 Hvilket svarer til 83 %-compliance
Eksempel 3	Tabl. Simvastatin 10mg 100 stk. 1tabl. 1 x dgl. om aftenen Der er tabletter til 100 dages forbrug	Patienten glemmer ofte, at han har taget tabletten og tager derfor en ekstra "for en sikkerheds skyld". Pakningen er derfor tom efter 90 dage. (startbeholdning + antal ordinerede dagsdoser i perioden) - slutbeholdning antal uger/dage i perioden	Compliancegrad = $\frac{(0 + 100) - 0}{90}$ = 1,11 Hvilket svarer til 111 %-compliance

Figur 2: Eksempler på beregninger af compliancegrad

I eksempel 2 og 3 i Figur 2 er patienternes startbeholdning 0, hvilket vil sige, at de ikke har noget af det pågældende lægemiddel på lager. Hvis en patient, som i eksempel 2 i Figur 2, ikke indløser sin recept tidnok til at kunne opretholde en beholdning af lægemidler, der gør det muligt at efterleve behandlingen, er der tale om *refill non-compliance*. De fleste patienter indløser dog recepter lidt før, deres beholdning er tom, og ofte vil de derfor have en startbeholdning.

Beregningen af compliancegraden er en matematisk måde at anskue non-compliance på. Ved de fleste lægemidler kan man ikke sige præcist, hvor mange doser er tilstrækkelige til at opnå behandlingseffekt. Non-compliance er i nyere litteratur foreslået defineret mere teoretisk, som:

*"Et niveau lavere end det niveau, der ville være tilstrækkeligt til at opnå den ønskede forebyggelses- eller behandlingseffekt"*¹².

Det har vist sig, at der er en række overordnede problemer forbundet med den traditionelle opfattelse af compliance. Hovedfokus for implementeringen af ordinerede behandlinger bør ikke blive, at efterlevelsen er et mål i sig selv, men snarere et fokus på de endelige resultatmål. De er at opnå kliniske forbedringer, og at patienten oplever forbedret helbred, trivsel, og tilfredshed. Dette lægger op til, at kliniske mål følges ved vurdering af compliance.

I de senere år er der endvidere sket et etisk skift fra en traditionel opfattelse af behandlingssituationen. Hvor det tidligere var accepteret, at lægen ud fra sin ekspertviden valgte og "dikterede" behandlingen, og patienten forventedes at efterleve den valgte behandling, har man nu en mere forbrugerorienteret tilgang. Her inddrages patientens mening i de løsninger, der vælges for den enkelte. Dette skift i værdier, fra et formynderisk til et mere

¹² Chatterjee 2006

samarbejdsorienteret udgangspunkt, matcher i højere grad den moderne patients krav om indflydelse og ansvar i forhold til sin egen situation. Dette har dannet grundlag for et skift i de begreber, der anvendes, når der tales om implementering af lægemiddelbehandlinger. Som følge heraf er begreberne concordance og adherence opstået.

Concordance og adherence

Siden midten af 1990'erne er nye compliancebegreber kommet i anvendelse – nemlig concordance og adherence. De nye begreber signalerer et skift i tilgangen til patienten, den sundhedsprofessionelles rolle og selve behandlingsprocessen.

Begrebet concordance blev introduceret i 1997 af Royal Pharmaceutical Society i artiklen ”From Compliance to Concordance”¹³. Det skift i tilgangen til patienten, markerer overgangen til et mere brugerorienteret perspektiv, hvor patienten er det centrale omdrejningspunkt, en aktiv medspiller og den endelige beslutningstager omkring iværksættelse af behandling.

Concordance

Der eksisterer ikke nogen officiel dansk oversættelse af begrebet concordance. ”Concordance” bruges dog flere steder. Ifølge fremmedordbogen betyder ”concordance” overensstemmelse eller enighed. Overført til et efterlevelsesebegreb betyder det, at man via en dialog laver en mundtlig, eventuelt skriftlig, aftale med den enkelte lægemiddelbruger om, hvordan vedkommende kan gennemføre den efter omstændighederne mest hensigtsmæssige behandling. Heri ligger også, at aftalen skal være acceptabel for begge parter, da der ellers er risiko for, at behandlingen ikke gennemføres af patienten.

Concordance defineres som:

”En proces omfattende medicinordination og medicinbrug, der er baseret på partnerskab”¹⁴.

Concordance betegner en proces baseret på et partnerskab mellem behandler og patient. Beslutning om eventuel behandling er baseret på en forhandling mellem parterne, hvor begges dagsordner respekteres. Fokus er således på læge-patient-relationen og på patienten som aktiv medspiller og endelig beslutningstager.

Målet inden for concordance-begrebet er fortsat at sikre, at patienten implementerer den lægemiddelbehandling, som er mest hensigtsmæssig for vedkommende – at opnå ”informeret compliance”. Metoden til at opnå dette mål er dog væsentlig anderledes end i det traditionelle compliancebegreb. Hvilket fremgår af Figur 3.

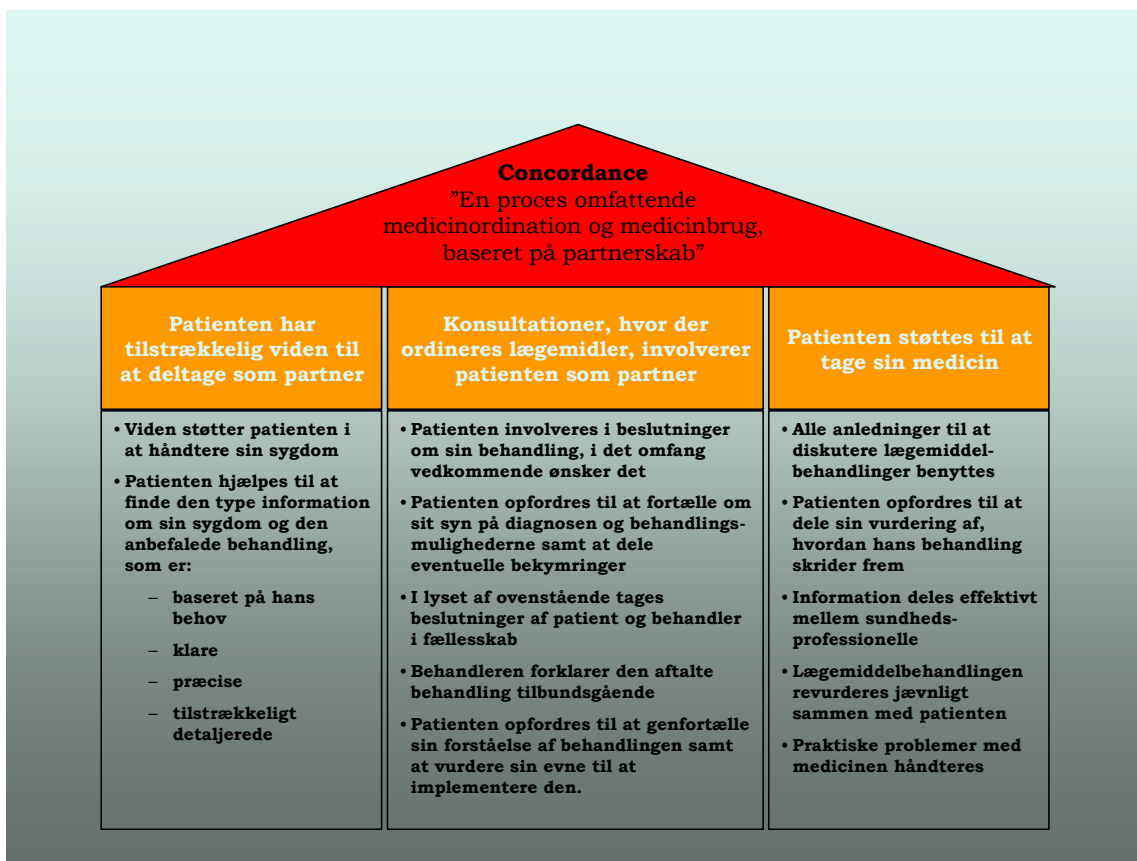
Overordnet beskrives concordance-processen i tre faser i Figur 3: En fase, hvor patienten gøres i stand til at træffe beslutninger om sin behandling ved at søge viden/modtage information; En fase, hvor der forhandles om tilrettelæggelse af behandlingen (konsultationen); og en fase, hvor der følges op på, hvordan behandlingen fungerer for patienten, og hvor behandlingen eventuelt justeres.

Hovedpillerne i concordance-begrebet er således:

- at patienten er den endelige beslutningstager i forhold til den behandling, der skal implementeres
- at patientens perspektiver, autonomi og handlekompetence inddrages og respekteres i valget af behandlingsstrategi
- at der etableres et partnerskab mellem behandler og patient, hvor de to agendaer gensidigt respekteres.

¹³ Royal Pharmaceutical Society 1997

¹⁴ www.medicinespartnership.org, august 2004



Figur 3: De tre bærende elementer i concordance¹⁵

Concordance er således en mere kompleks og robust tilgang til behandler-/patientrelationen, men den erstatter ikke compliance. En bedre relation siger ikke i sig selv noget om, hvorvidt behandlingen bliver efterlevet eller ikke.

Concordance-begrebet rummer et ekstra lag af problemstillinger i forhold til det traditionelle compliancebegreb – nemlig laget, som beskriver forholdet mellem behandler og patient. Non-concordance kan opstå, hvis der er uoverensstemmelser i opfattelserne hos patient og behandler, og disse uoverensstemmelser ikke bliver opfanget og ryddet af vejen. Non-concordance kan være årsag eller medvirkende årsag til non-compliance hos patienten.

Patienter kan have en række opfattelser om behandlingen, som behandleren normalt ikke involveres i. Det kan for eksempel være:

- at patient og behandler har forskellige opfattelser af lægemidlets effektivitet
- at patienten frygter at kunne blive immun over for behandlingen over tid
- at patienten er bekymret for at tage syntetiske lægemidler
- at patienten frygter, at der skal opstå afhængighed af lægemidler
- en generel anti-lægemiddelholdning hos patienten
- uoverensstemmelser mellem behandlerens og patientens opfattelser af de risici, der er forbundet med behandlingen
- uoverensstemmelser mellem behandlerens og patientens opfattelser af de risici, der er forbundet med den sygdom, der er genstand for behandlingen
- problemer med at håndtere lægemiddelbehandlingen i hverdagen
- angst for eller problemer med bivirkninger.

Tages der ikke hånd om sådanne opfattelser hos patienten, vil der ikke være concordance mellem patient og behandler, og risikoen for non-compliance er øget.

¹⁵ Oversat efter www.medicinespartnership.org, august 2004

I nogle tilfælde ønsker patienter ikke at tage ansvar for deres egen behandling eller være fuldt informerede. I sådanne tilfælde er concordance at behandle patienten efter dennes ønske - dvs. tage det fulde ansvar for behandlingsvalg.

Adherence

Begrebet adherence kan defineres som:

"Det omfang, hvormed patienten implementerer den behandlingsplan, som vedkommende selv sammen med lægen har besluttet sig for¹⁶".

Adherence forudsætter således en fælles aftale – altså at patienten har været tilstrækkeligt informeret om sine behandlingsmuligheder og er enig i behandlingsvalget.

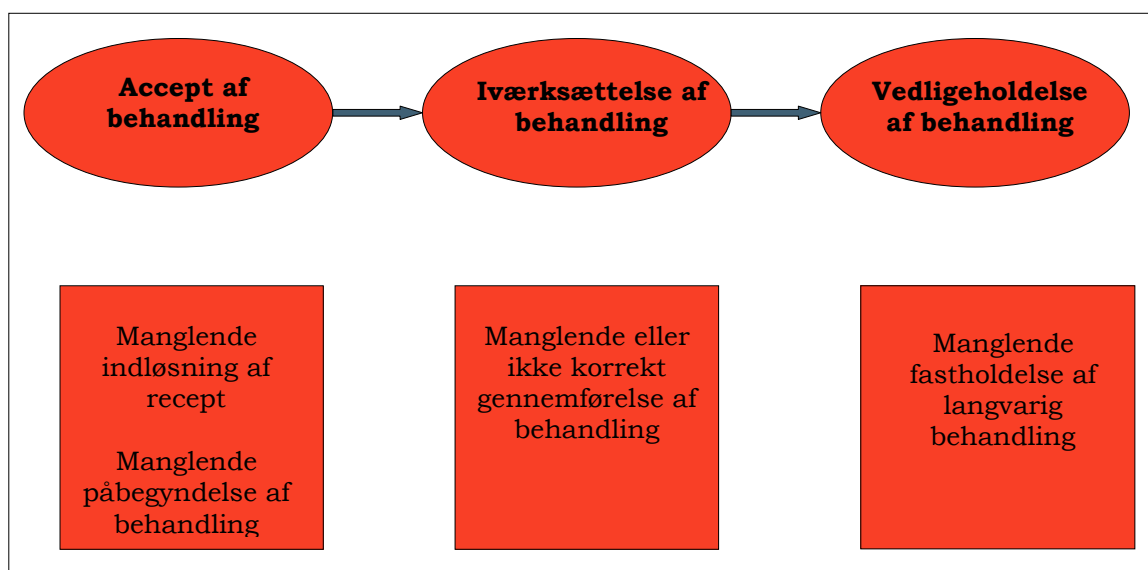
Concordance-begrebet er udsprunget i England, og concordance og adherence benyttes i europæisk litteratur, som de er defineret ovenfor. I den amerikanske litteratur er det imidlertid overvejende adherence-begrebet, der bruges i denne betydning. I dette uddannelseshæfte anvendes begreberne compliance og concordance. Ordet adherence er med vilje ikke anvendt, da det ikke bruges i den danske terminologi, der beskriver området, og da begrebet ofte anvendes ukritisk og under tiden som synonym for compliance, hvilket giver anledning til forvirring. På dansk vil det være naturligt at anvende betegnelsen "informeret medicin efterlevelse", når der er tale om efterlevelse på basis af concordance. Vi har valgt at bruge de engelske ord, da de er de mest anvendte, også i dansk kontekst¹⁷.

¹⁶ The Royal Pharmaceutical Society 1997

¹⁷ Tomsen 2005

Hvad er non-compliance?

Man taler om flere forskellige typer af non-compliance; dem vil vi forsøge at adskille i det følgende.



Figur 4: De tre faser i complianceprocessen

Patientens beslutning om at følge en behandling kan opdeles i tre faser (Figur 4). Det er væsentligt at finde ud af, i hvilken af de tre faser en non-kompliant patient har problemer, for at der kan gives den støtte eller rådgivning, som reelt har værdi for patienten. Disse faser kan forbindes med de motivationsfaser, som er velkendte fra fx rygeafvænning (se senere).

Manglende accept af at påbegynde behandlingen kan føre til *primær non-compliance*. Primær non-compliance er, når en patient undlader at indløse en udskrevet recept. Der er meget få studier på området, men et studie af generel receptindløsning viser, at 90 % af dem, der får en recept i forbindelse med et lægebesøg, indløser denne i løbet af de første 5 uger. Endvidere viser det, at kvinder er langt mere tilbøjelige til at indløse recepter end mænd, idet kvinder indløser 99 % af deres recepter, mens mænd indløser 85 %. Primær non-compliance er svær at opspore i apotekspraksis og kan derfor være svær at intervenere over for. Sekundær non-compliance er således non-compliance, der opstår efter, at patienten har indløst sin recept¹⁸.

Hvis en patient vælger at iværksætte en behandling, er der stadig risiko for non-compliance, selv i den første tid efter påbegyndt behandling. En del af de problemer, der kan opstå i forbindelse med en lægemiddelbehandling, vil man nemlig først opleve, når man har iværksat behandlingen. Det kan fx være glemshedsproblemer, oplevelse af bivirkninger, besvær med at åbne pakningen eller med at sluge tabletten, eller at tidspunkterne for indtagelse ikke passer ind i patientens hverdag.

I et engelsk studie af non-compliance hos ældre kronisk syge blev selvrapporateret non-compliance afdækket gennem telefoninterviews hhv. 10 dage og 4 uger efter første indløsning af en recept. Studiet viste, at patienterne havde et stort uforløst behov for information i løbet af den første måned, og at andelen af non-kompliance steg mellem de to interview. Forfatterens forklaring på stigningen er, at der er mange problemer med medicinen, som man først opdager, idet man forsøger at implementere en given lægemiddelbehandling. Det pointeres, at det nuværende sundhedssystem ikke er godt nok til at opfange patienterne på det tidspunkt, hvor problemer og deraf følgende spørgsmål opstår. Patienterne forsøger derfor selv at tolke og løse problemer, eventuelt i samråd med deres

¹⁸ Christensen 2002

netværk, og deres beslutninger kan ofte resultere i beslutning om afslutning af behandlingen¹⁹. Det er således ikke blot ved 1. gangs indløsning af recepter, at der bør være fokus på compliance, men der bør også være opmærksomhed på vedligeholdelse af complianceadfærd (persistence).

Hvad er årsagerne til non-compliance?

I mellem halvdelen og to tredjedele af alle patienter tager ikke deres lægemiddelbehandling, som den er ordineret. Fænomenet non-compliance er udbredt og findes inden for alle sygdoms- og lægemiddelgrupper.

Som det fremgår af litteraturen, er det ikke muligt at forudsige præcis, hvilke patienter er i risiko for at blive non-kompliante, eller hvad årsagen er til den enkeltes uhensigtsmæssige complianceadfærd.

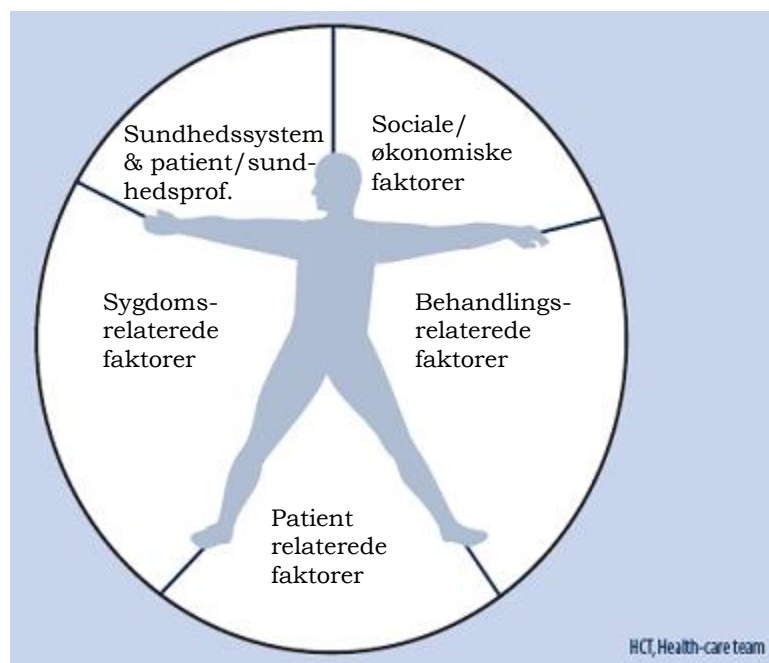
De faktorer, som har den stærkeste negative indflydelse på patientens complianceadfærd, er:

- komplekse doseringsregimer
- fysisk, psykisk og social sårbarhed
- problemer i læge-/patientkommunikation (concordance).

Det er også erkendt, at faktorer som demografiske forskelle (køn, alder og socialklasse) har væsentlig lavere indflydelse på forudsigelse af patienters complianceadfærd. Det samme gælder kliniske variable så som symptomer, sygdom og lægemiddeltpe.

Selv om der også ses non-compliance i forbindelse med korte behandlingsforløb (fx antibiotikabehandlinger), så er fænomenet mest udbredt for patienter i behandling for en kronisk sygdom.

WHO udgav i 2003 en stor og meget gennearbejdet rapport, som giver et godt overblik over de problemer, der er med non-compliance i forhold til langtidsbehandlinger. Den korte version af WHO's budskab er, at non-compliance omfatter komplekse problemer, der kræver løsningsstiltange, som er multidimensionelle.



Figur 5: De fem dimensioner i compliance²⁰

¹⁹ Barber et al. 2004

²⁰ WHO 2003

WHO's model af compliance (Figur 5) er oprindeligt tænkt som en model, der kunne bruges på et sundhedspolitisk og samfundsmæssigt niveau til at analysere og organisere løsning af complianceproblemer i et bredere perspektiv. I programmet "Sikker og effektiv medicinbrug" bruger vi samme model, når vi analyserer den enkelte patients situation og handlemuligheder.

De overordnede faktorer, som har en væsentlig indvirkning på non-compliance, er:

- faktorer relateret til sundhedssystemet og forholdet mellem patient og sundhedsprofessionel
- sociale og økonomiske faktorer
- faktorer relateret til terapien
- sygdomsspecifikke faktorer
- faktorer, som knytter sig til patienten.

De dimensioner, der er væsentlige at arbejde med, er beskrevet i det følgende.

Sundhedssystemet og patientens relationer til sundhedsprofessionelle

Et godt forhold mellem patient og behandler har vist sig at have en positiv effekt på compliance, men der er en lang række faktorer ved sundhedsvæsenet og dets personale, som kan have en negativ effekt på patienternes complianceadfærd.

De faktorer, der er relevant at drage frem for det danske sundhedssystem, er: mangel på viden og træning hos den sundhedsprofessionelle i forhold til håndtering af kroniske sygdomme, fortravlede sundhedsprofessionelle, manglende feedback på, hvordan det går med patientens implementering af behandlingen, korte konsultationer, lille kapacitet i systemet til at uddanne patienter i "self-management" samt manglende viden om complianceproblemer og effektive interventioner mod non-compliance. Også generisk substitution anses for at kunne påvirke compliance. I "Sikker og effektiv medicinbrug" angiver 42 % af 315 adspurgte patienter, at substitution giver dem problemer.

Frontpersonalet i sundhedssystemet har været opmærksom på complianceproblemernes eksistens og omfang i mange år, men problemet har ikke haft stor opmærksomhed på det politiske plan, hvor ressourcerne fordeles. Derfor er der stadig store udfordringer at arbejde med i forhold til sundhedssystemet og uddannelsen af den enkelte sundhedsprofessionelle, når det gælder en øget indsats over for problemer med non-compliance.

Programmet "Sikker og effektiv medicinbrug" inddrager patientens opfattelser af sundhedssystemet og søger at identificere barrierer og ressourcer, således at man kan overkomme disse barrierer mellem systemet og patienten. Herudover indeholder interventionen en veldefineret del, som søger at finde nye samarbejdsformer blandt apotekspersonale og den praktiserende læge, således at systemet i den primære sektor i højere grad bliver i stand til at imødekomme de problemer, der kan stå i vejen for en forbedret implementering af de ordinerede behandlinger. Etablering af sådanne partnerskaber på tværs af faggrupper (og eventuelt også på tværs af sektorer) er i overensstemmelse med intentionerne i regeringens folkesundhedsprogram "Sund hele livet".

Økonomiske og sociale faktorer

Nogle studier har vist, at de økonomiske og sociale faktorer har langt mindre indflydelse på complianceadfærd end den enkelte patients forhold til sin behandler. Ikke desto mindre er der fortsat udfordringer inden for det socioøkonomiske område, som det er værd at være opmærksom på.

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 patientens evne til at gennemføre en ordineret behandling. Og selv om der i Danmark er et væsentligt tilskud til lægemidler, så er der fortsat mennesker, der vælger deres behandling fra af økonomiske årsager.

De sociale faktorer er i sig selv komplekse at arbejde med som sundhedsprofessionel, da de kan være umulige at ændre på. Ikke desto mindre inddrager programmet "Sikker og effektiv medicin" de sociale faktorer i det patientinterview, som den udvidede intervention indeholder. Kendskab til de sociale faktorer er væsentligt, når der skal etableres et reelt partnerskab med patienten om behandlingen, og der skal fastsættes realistiske mål og planer for den videre behandling. Omvendt rummer de sociale faktorer muligheder for at finde ressourcer, som patienten kan trække på i forhold til at ændre sin complianceadfærd. For eksempel har flere undersøgelser vist, at støtte fra det sociale netværk kan være meget effektivt i forhold til at implementere adfærdsændringer.

Faktorer relateret til specifikke sygdomme

Hver sygdom har sine særegne træk med hensyn til complianceproblemer. Det er især i relation til alvorligheden af symptomer, sygdom og graden af et eventuelt funktionstab relateret til sygdommen. Sygdommens indvirken på compliance er især afhængig af patientens risikoopfattelse og vigtigheden af behandlingen. Hvis patienten samtidig lider af depression og/eller har misbrugsproblemer, er der større risiko for non-compliance. Depression er således en selvstændig risikofaktor for non-compliance.

Nedenfor er en oversigt over faktorer, der kan have indflydelse på compliance, relateret til specifikke længerevarende og kroniske sygdomme (Figur 6):

Hypertension	For hypertension er den væsentligste udfordring, at sygdommen i høj grad er asymptomatisk, og patienten derfor ikke har det direkte helbredsmæssige incitament for at implementere behandlingen.
Diabetes	Inden for diabetes ses det, at længden af sygdomsperioden (tidsrummet fra sygdommen er diagnosticeret) samt en ikke uvæsentlig co-morbiditet i form af depression, er væsentlige faktorer, der påvirker compliance.
Epilepsi	Hos epilepsipatienter ses det, at en høj frekvens af anfald, glemsomhed og hukommelsessvigt er væsentlige årsager til non-compliance, ligesom behandlingsvarigheden og manglende succes med tidligere behandling spiller en rolle for patientens compliance-adfærd.
Depression	Depression er i sig selv en stærk prædikator for non-compliance. Er der samtidig diagnoser på andre psykiske sygdomme til stede hos den enkelte depressive patient, er dette med til at gøre risikoen for non-compliance større.
Astma	Manglende forståelse af sygdommens karakter hos astmapatienter er en væsentlig årsag til non-compliance.

Figur 6: Faktorer relateret til specifikke sygdomme ⁷

Faktorer relateret til terapien

En af de væsentligste markører for non-compliance er et komplekst medicineringsregime. Flere forskellige lægemidler samtidigt og flere doser fordelt over dagen er vanskelige at håndtere for mange patienter. Men andre forhold vedr. terapien spiller en rolle for compliance. Det drejer sig om varigheden af behandlingen, tidligere dårlige erfaringer med lignende behandling, hyppige skift i behandlingen, udeblevet eller forsinket virkning, bivirkninger og manglende muligheder for at søge professionel hjælp til at tackle de problemer, der opstår i forbindelse med behandlingen.

Det er et væsentligt mål i programmet "Sikker og effektiv medicinbrug", at ingen patienter skal opfordres til at blive kompliance med en u hensigtsmæssig behandling. Derfor indeholder programmet et rutinetjek af lægemiddelrelaterede problemer i patientens

behandling, som skal sikre, at den umiddelbart er i orden ud fra et professionelt perspektiv. Her bygges der på erfaringer fra forsøg med farmaceutisk omsorg og klinisk farmaci i apotekspraksis (se senere). Herudover inddrages patientens erfaringer med behandlingen i vurderingen, således at en individuel vurdering kan finde sted. De hjælpemidler og redskaber, der findes for at hjælpe patienter til at holde styr på komplekse regimer, der ikke kan forenkles, vil være en naturlig del af interventionen.

Patientfaktorer

De faktorer, der knytter sig til patienten, er forankret i den enkelte patients vilkår, ressourcer, vaner, erfaringer, viden, holdninger, overbevisninger, opfattelser og forventninger i forhold til vedkommendes sygdom og behandling.

Patienternes 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 i forhold til udbyttet af behandlingen samt konsekvenserne af dårlig 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 patientfaktorernes indflydelse på complianceadfærd, men disse har ikke inddraget alle aspekter af det komplekse fænomen. Nogle af de enkeltfaktorer, der er fundet at have betydning for den enkeltes complianceadfærd, er:

- glemsomhed
- psykosocialt stress
- angst for bivirkninger
- lav motivation
- utilstrækkelige viden og færdigheder til at håndtere sygdommen
- negative opfattelser i forhold til 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.

Listen over enkeltfaktorer er ikke komplet, men giver et indblik i, hvor komplekst området er.

Det kan derfor ikke undre, at undersøgelserne viser, at flerdimensionelle metoder har størst effekt. En praktisk måde at sammenfatte denne forståelse på har på engelsk fået forkortelsen ABC-strategier for interventioner. ABC dækker over ”*Affective, Behavioural and Cognitive strategies*”. På dansk kunne man tilsvarende sige, at interventioner på individniveauet skal støtte både Motivation, Vaner og Viden for at komme hele vejen rundt. En tilsvarende tilgang findes fx i patientuddannelse af diabetikere, der er baseret på konfluent pædagogik.

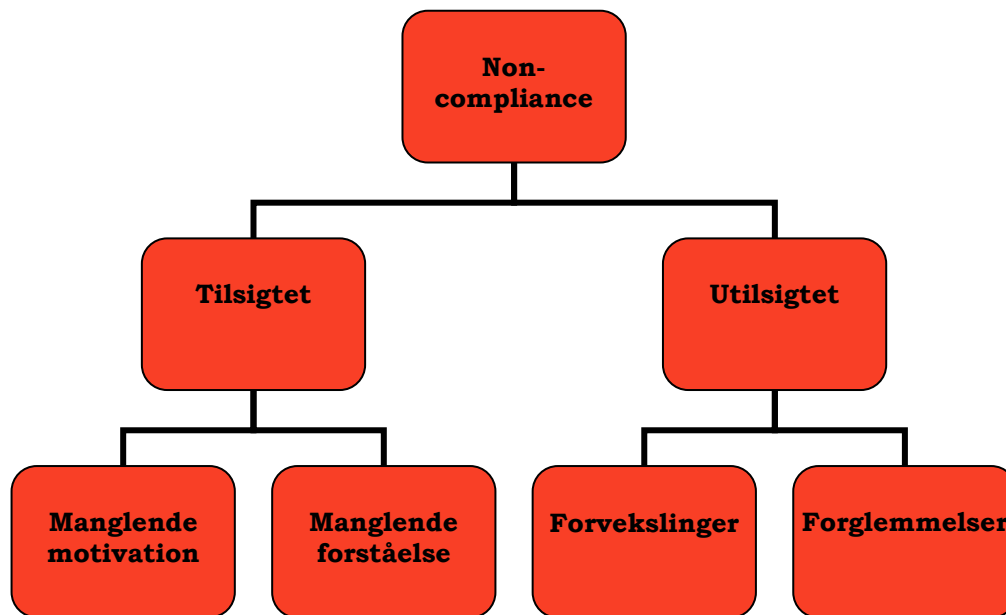
Der arbejdes med de patientrelaterede faktorer i programmet ”Sikker og effektiv medicinbrug” både i den samtale, der gennemføres med patienten og i de løsningsmuligheder, der stilles til rådighed for patienterne. Ved at fokusere på patientens egen version af sygdommens og behandlingens historie er det muligt at identificere de barrierer, som den enkelte oplever i forhold til at implementere sin behandling, og disse kan så imødekommes i de fælles mål og planer, der sættes for det videre forløb.

Non-compliance – tilsigtet eller utilsigtet?

I forhold til en rådgivningssituation er det også nyttigt at finde ud af, om patienten praktiserer non-compliance uden at ville det, eller om det er en tilsigtet og viljebestemt handling (Figur 7). Adskillige undersøgelser viser, at der er principielle forskelle i disse handlemønstre.

Inden for patientsikkerhedslitteraturen taler man om principielt forskellige fejltyper: de intentionelle og de ikke-intentionelle fejl. Denne skelnen er blevet foreslået som brugbar til opdeling af non-compliancehændelser. Ved tilsigtet non-compliance kan man både have til hensigt at gøre det forkerte og det rigtige (overtrædelser versus misforståelser), mens utilsigtet non-compliance er forglemmelser og uopmærksomhed.

Andelen af tilsigtet non-compliance i forhold til utilsigtet non-compliance kendes ikke. Men et engelsk studie af non-compliance hos ældre kronikere tyder på, at der er en nogenlunde ligelig fordeling mellem de to typer non-compliance¹⁹.



Figur 7: Typer af non-compliance

Tilsigtet non-compliance

Inden for den tilsigtede non-compliance (med vilje) har patienten truffet en tilsigtet beslutning om, i hvilken grad han eller hun vil efterleve den behandling, vedkommende er i. De årsager, der får patienten til at handle, som han eller hun gør, kan være mere eller mindre velbegrundede set fra et professionelt synspunkt, men de giver mening for patienten og danner grundlaget for den beslutning, han eller hun har truffet i forhold til sin behandling.

Det er væsentligt at få indblik i de opfattelser, der ligger til grund for patientens beslutning. De kan fx være objektivt fornuftige årsager, så som at patienten ikke vil tage lægemidlerne, fordi han eller hun oplever u hensigtsmæssige effekter af det (selvregulering). Selvregulering kan være en vigtig måde at undgå lægemiddelskader på. Når selvregulering, også fra et behandlingsmæssigt synspunkt fører til et bedre resultat ("patienten har ret"), taler man om intelligent non-compliance. Men årsagerne til non-compliance kan også handle om subjektive følelser eller tanker hos patienten, så som at vedkommende føler det som et indgreb i sin personlige frihed at skulle tage lægemidler, eller at vedkommende har en dybt indgroet overbevisning om, at lægemidler fundamentalt set skader mere, end de gavner.

Tilsigtet non-compliance kan også skyldes, at patienten har misforstået, hvordan behandlingen skal følges, og derfor følger et u hensigtsmæssigt mønster, mens hensigten har været at gøre det rigtige.

Som det er skitseret tidligere, er den tilsigtede non-compliance, som ikke umiddelbart skyldes egentlige objektive gener ved behandlingen eller misforståelser, et komplekst fænomen. Dens årsager er ofte subjektive og kan bunde i så forskellige ting som eksempelvis:

- negative tanker og følelser hos patienten
- manglende opbakning fra det nære netværk
- manglende viden om sygdommens alvor
- manglende tillid til sundhedssystemet og/eller enkelte behandlere
- manglende tillid til lægemidler i det hele taget
- tro
- lav selvtillid og selvoplevet handlekompetence
- dårlige erfaringer fra tidligere forløb.

Listen er ingenlunde komplet, men det er klart, at for at man som behandler kan støtte patienten til en ændret complianceadfærd, er det nødvendigt at kende patientens forestillinger, tanker, barrierer og ressourcer til at kunne gennemføre en given behandling.

Det kan derfor være nyttigt at have kendskab til en række faktorer og værktøjer, som kan forklare misforståelser og støtte patienten i forhold til dennes egenindsats.

Det vil således være væsentligt at identificere eventuelle problemer, patienten måtte have med sin selvoplevede handlekompetence, da det kan være afgørende for, hvordan en eventuel plan for ændring af complianceadfærd skal udformes. Herudover vil teknikkerne fra "Den motiverende samtale" være egnede som spørge- og coaching-metode. Når motivationsproblemerne er på plads, vil egentlig patientuddannelse også kunne komme på tale.

I de tilfælde, hvor patienten oplever uacceptable bivirkninger eller andre utilsigtede effekter af lægemiddelbehandlingen og derfor selv regulerer eller seponerer behandlingen (tilsigtet, intelligent non-compliance), vil det være naturligt enten at forsøge at finde en alternativ behandling, som er mere egnet til den pågældende patient. Muligvis har patienten fundet frem til den bedst mulige løsning under de givne omstændigheder. I disse tilfælde vil løsningen måske blot være at få lægens accept af den behandling, som patienten gennemfører, for at der således kan komme concordance i forholdet. Set ud fra en patient-sikkerhedssynsvinkel, er det meget vigtigt og fuldt ud hensigtsmæssigt, at patienten reagerer på de utilsigtede situationer, der kan opstå som følge af en given behandling, således at der kan foretages korrigerende handlinger.

Utilsigtet non-compliance

Utilsigtet non-compliance (ikke med vilje) dækker over den non-compliance, som ses hos patienter, som egentlig gerne vil tage deres medicin som ordineret, men som af den ene eller anden årsag ikke er i stand til at gennemføre denne beslutning.

Der tales om to forskellige former for utilsigtet non-compliance, nemlig forglemmelser eller forvekslinger. Det er her væsentligt at finde ud af, om patienten generelt glemmer at tage sin behandling, begår utilsigtede fejl, eller om der er tale om, at behandlingen ikke kan gennemføres, når dagligdagens rutiner brydes.

I de tilfælde, hvor der er tale om forglemmelser, kan problemet enten være, at patienten generelt glemmer at tage sin behandling, eller at patienten godt kan tage sine lægemidler som en del af rutinerne i en hverdag, men har vanskeligt ved at opretholde compliance, når daglige rutiner brydes, fx i forbindelse med weekender, ferier eller rejser. Ved uopmærksomhed husker man at tage medicinen, men får ved en fejl gjort det forkert.

Hos de patienter, der har misforstået instrukserne om, hvordan deres lægemidler virker eller skal tages, vil det i de fleste tilfælde være tilstrækkeligt at rette misforståelsen gennem konkret information eller en decideret patientuddannelse. I nogle tilfælde kan misforståelserne bygge på en stærk overbevisning om, at medicinen skader én. Her vil der igen være bedre chance for succes, hvis rådgivningen tilrettelægges, som det gøres, når der er tale om en tilsigtet non-compliance.

Hvordan afdækkes non-compliance?

Alle de metoder, der findes til at afdække non-compliance, er utilstrækkelige alene.

Selvrapportering af non-compliance fører ofte til underestimering af forekomsten, da nogle patienter kan være utilbøjelige til at indrømme, at de ikke tager medicinen som foreskrevet. Til gengæld må man formode, at den non-compliance, der bliver rapporteret af patienten selv, rent faktisk er til stede. Lægerapporteret non-compliance fører ligeledes ofte til underestimering af non-compliance.

Nedenfor er en skematisk oversigt over metoder til afdækning af complianceproblemer. Erfaringerne fra programmet "Sikker og effektiv medicinbrug" viser, at man kun finder ganske få patienter med complianceproblemer, ved i spørgeskemaer at stille direkte spørgsmål så som: "Tog du al din medicin i går?" Det kan derfor være hensigtsmæssigt også at benytte andre metoder.

Kategori	Eksempler på metoder
Subjektiv rapportering	<ul style="list-style-type: none"> • Patient selvrapporteret • Information fra plejer/pårørende el.lign. • Vurdering fra sundhedsprofessionel
Biologiske/biokemiske indikatorer	<ul style="list-style-type: none"> • Forekomst af medicin i blodet • Medicinske markører (fx phenobarbital)
Indirekte afdækning	<ul style="list-style-type: none"> • Pilletælling • Receptindløsning • MEMS (electronic medication monitoring) • PEM (Personlig Elektronisk Medicinprofil)
Direkte afdækning	<ul style="list-style-type: none"> • Overholdelse af aftaler • Nægtelse af behandling/afkortning af behandling
Helbredseffekter/kliniske mål	<ul style="list-style-type: none"> • Indlæggelser • Ændringer i blodtryk, blodsukker mv. • Ændring i alvorlighed af sygdom • Behandlingseffekt (fx ophør af infektion)

Figur 8: Metoder til afdækning af complianceproblemer ²

Apotekspersonale har nogle muligheder for indirekte at afdække problemer med compliance²¹. Det er oplagt at bruge de anledninger, der er i skranken til at spørge ind til patientens compliance. Nedenfor er nogle eksempler på spørgsmål, man kan bruge til at spørge ind til compliance:

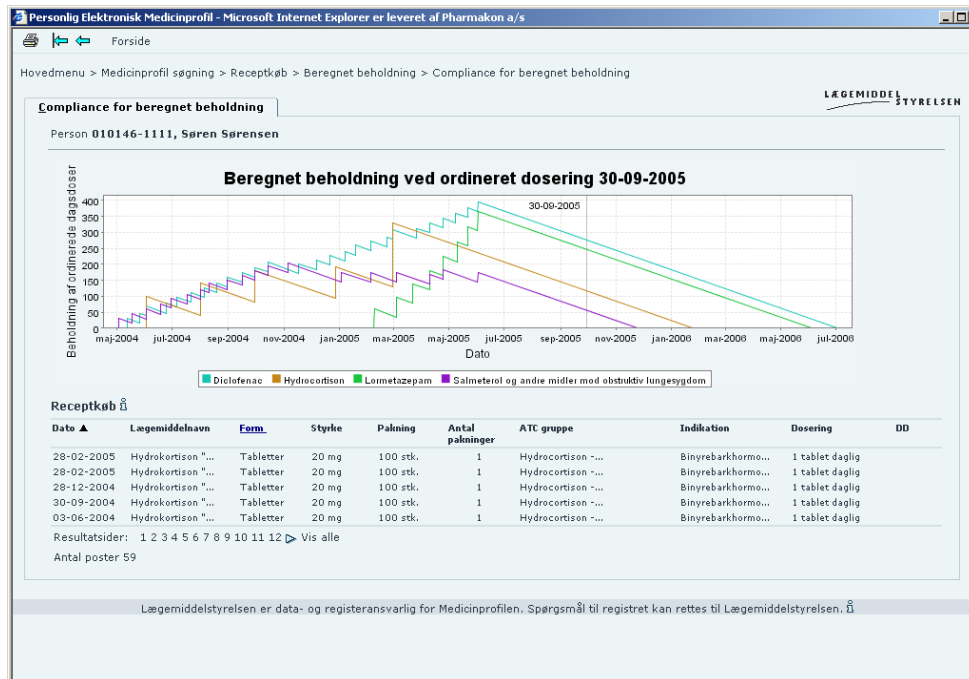
- Hvordan går det med at få taget medicinen?
- Hvordan synes du medicinen virker for dig?
- Oplever du nogen problemer med medicinen?
- Hvordan bruger du din medicin?
- Hvordan husker du at tage din medicin?
- I hvilke situationer er det svært for dig at huske at få taget din medicin?
- Hvad gør du, hvis du glemmer at tage din medicin?
- Hvor ofte glemmer du at tage din medicin?

²¹ Tomsen 2005

Complianceteknologi

På apoteket og i lægepraksis er der i den senere tid åbnet mulighed for at bruge nogle nye teknologier til afdækning af non-compliance og til at afhjælpe complianceproblemer. Disse omfatter både nationale systemer, som den Personlige Elektroniske Medicinprofil (PEM), dosispakning men også brug af husketeknikker tilpasset den enkelte. Her findes såvel hjemmelavede systemer, såvel som elektroniske SMS- og internetbaserede systemer.

Den nye receptserver giver mulighed for at afdække primær non-compliance (manglende indløsning af recept), ligesom Den Personlige Elektroniske Medicinprofil (PEM) giver mulighed for at beregne patientens medicinbeholdning i et givent tidsrum eller at se denne som en grafisk gengivelse (Figur 9).



Figur 9: Compliance for den beregnede lægemiddelbeholdning

PEM'en er et stærkt værktøj til at danne sig et overblik over en patients medicinering. Desværre har den på nuværende tidspunkt en række mangler, der gør, at det ikke altid er muligt at vurdere compliance for alle lægemidler ²².

Der findes et antal forskellige markedsførte systemer til elektronisk monitorering af medicinbrug. I "Sikker og effektiv medicinbrug" anvendes MEMS-systemet. MEMS (Medication Event Monitoring System) er en elektronisk tabletbeholder (Figur 10), der kan registrere, hvornår låget bliver skruet af. Målingen bygger på den antagelse, at patienten indtager lægemidlet, når låget skrues af.

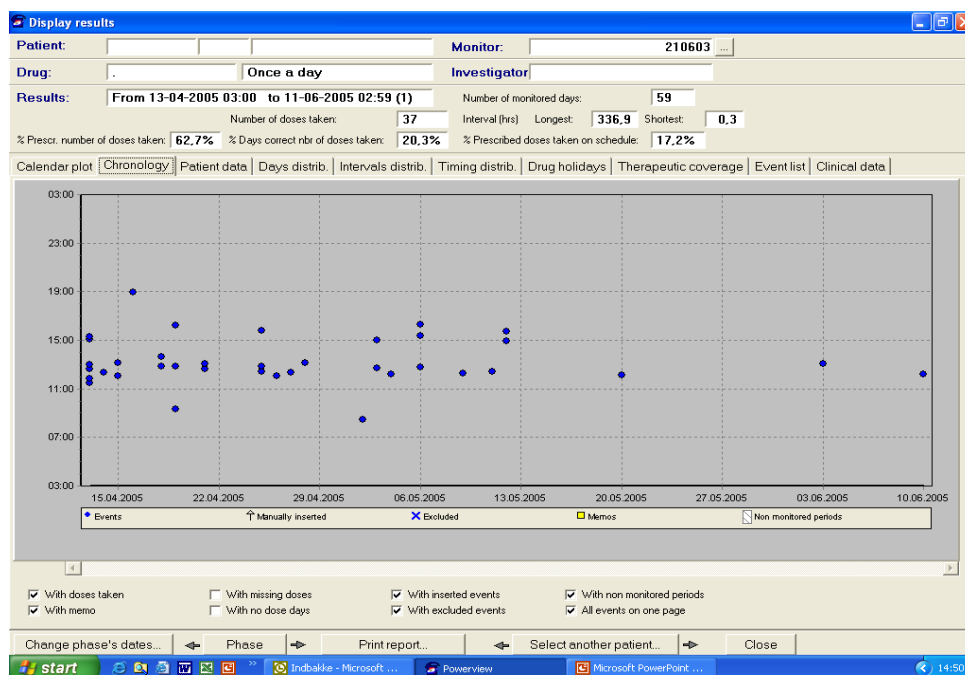
²² Skov Andersen 2006



Figur 10: MEMS til registrering af lægemiddelindtag

MEMS'en kan indeholde et lægemiddel og kan således måle compliance for ét lægemiddel ad gangen, og den kan give meget detaljerede data om, hvornår medicinen tages.

Figur 11 viser et eksempel på aflæsning af en patients lægemiddelindtag ved hjælp af MEMS. I MEMS'en registreres det, hver gang låget tages af. I det illustrerede eksempel er lægemidlet ordineret til indtagelse én gang dagligt. I den aflæste periode er der ordineret 59 doser, hvoraf de 37 er indtaget, hvilket svarer til en compliancegrad på 62,7 %. Man kan også aflæse tidsfordelingen mellem doserne. I eksemplet varierer tidsfordelingen mellem indtag af lægemidlet fra 336,9 timer til 0,3 timer.



Figur 11: MEMS-aflæsning

Afdækning af complianceproblemer vedbliver imidlertid at være et metodisk problem, da ingen metoder kan stå alene i afdækningen. Kombinationer af de forskellige metoder er indtil videre det bedste bud på, hvorledes complianceproblemer kan afdækkes.

Hvordan støttes patienten til forbedret compliance og egenindsats?

Som tidligere nævnt er formålet med programmet "Sikker og effektiv medicinbrug" at forbedre patienters compliance og egenindsats. Endemålet er således at gøre patienterne i stand til at handle i forhold til deres lægemiddelbehandling og gennemføre den. Til at nå

dette mål benytter vi i programmet forskellige strategier til at fremme patienternes egne evner til at opnå forbedrede behandlingsresultater.

Egenindsats

Når der i "Sikker og effektiv medicinbrug" fokuseres på motivationsstadiemodellen, selvoplevet handlekompetence og empowerment, er målet, at patienten styrkes til at forbedre sin egenindsats i forhold til valg og implementering af sin lægemiddelbehandling.

Begrebet egenindsats tager udgangspunkt i det engelske begreb self-management, der defineres som:

*"Individets engagement i aktiviteter, der beskytter og fremmer vedkommendes egen sundhed, håndtering af sygdom og compliance"*²³.

Styrkelse af patienters egenindsats er ligeledes en del af regeringens strategi over for kronisk syge. Således lyder Sundhedsstyrelsens anbefaling, for indsatsen over for mennesker med kronisk sygdom:

*"Det anbefales, at den enkeltes muligheder for at leve med og håndtere sin sygdom understøttes af sundhedsvæsenet gennem et systematisk patientuddannelses- og rehabiliteringstilbud. Mulighederne for, at den enkelte monitorerer sit sygdomsforløb og vejledes i egenbehandling, bør udnyttes"*²⁴.

I forbindelse med styrkelse af patienters egenindsats ses patientuddannelse som en forudsætning for, at patienten aktivt kan tage del i sit sygdomsforløb. Eksempler på dette ses i diverse patientskoler rettet mod kronisk syge. I "Sikker og effektiv medicinbrug" er der udviklet undervisningsmateriale til målrettet og individuel undervisning af de patienter, der måtte have behov for et vidensløft i forhold til deres sygdom og behandling.

Empowerment

Empowerment defineres som:

*"En følelse af kontrol over eget liv og helbred"*²⁵.

Empowerment opnås gennem aktiv deltagelse og anses for at være en forudsætning for, at (i dette tilfælde) patienten opnår ejerskab over behandlingen. Empowerment øger den selvoplevede handlekompetence og skal derfor ses i samspil med dette begreb. I interventioner, hvor man søger at styrke empowerment, tager man udgangspunkt i de tilstedeværende kompetencer og forsøger derfra at styrke disse. I "Sikker og effektiv medicinbrug" tages der således udgangspunkt i patientens individuelle situation og handlemuligheder, og der tages afsæt i vedkommendes ønsker omkring behandlingen.

Selvoplevet handlekompetence (self-efficacy)

En vigtig faktor for vores måde at håndtere sygdom på er den selvoplevede handlekompetence, vi er i besiddelse af. Selvoplevet handlekompetence defineres som "forventning til egne evner". Den selvoplevede handlekompetence har af afgørende betydning for, hvordan vi føler, tænker og handler, og er derfor en afgørende faktor i forhold til den egenindsats, vi er i stand til at udvise i forhold til konkrete problemstillinger, vi står over for som for eksempel at implementere en lægemiddelbehandling.

Vores følelser, tanker og handlinger hænger sammen. På det følelsesmæssige plan vil den selvoplevede handlekompetence være stærkt forbundet med den motivation, den enkelte føler for at gennemføre en given handling.

Handlinger udspringer fra tanker, og folk agerer ofte enten ud fra et grundlæggende optimistisk eller et pessimistisk udgangspunkt i tanken. Når først en handling er sat i gang, vil personer med en høj grad af selvoplevet handlekompetence investere mere energi i projektet og være mere vedholdende i forhold til at nå et succesfuldt resultat.

²³ www.stanford.edu, marts 2007

²⁴ Sundhedsstyrelsen 2006

²⁵ Holstein mfl. 2002

Generelt er det mest sandsynligt, at adfærdsændringer rent faktisk gennemføres af personer, som føler, at de er i kontrol. Hvis personen tror på, at dennes handlinger vil kunne løse et problem, så er vedkommende mere tilbøjelig til at gå i gang med ændringen og føler sig mere forpligtet af beslutningen. Denne række af optimistiske tilgange er en meget væsentlig faktor til, at personen kan gennemføre adfærdsændringen med succes. En høj selvoplevet handlekompetence resulterer i et generelt bedre helbred og større social integration.

For lægemiddeladfærd er det vist, at høj selvoplevet handlekompetence er en af de mest betydende faktorer for god implementering af behandlingen. Det er derfor en central del af rådgivningen at hjælpe patienten til at både være og føle sig kompetent i forhold til sin behandling.

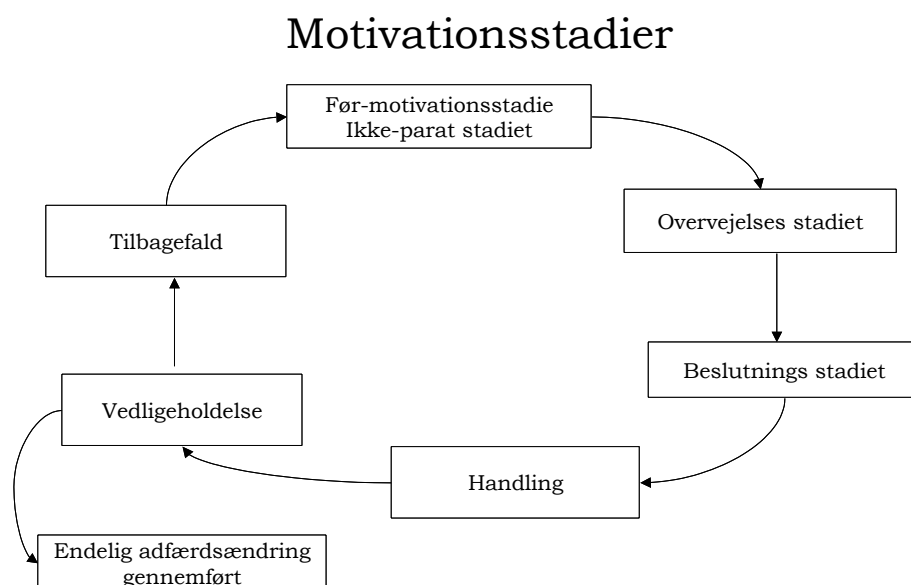
Motivationsstadier

En central model, der har fundet stor anvendelse inden for ændring af sundhedsadfærd er motivationsstadiemodellen ("Stages of change"), som på dansk især er brugt under betegnelsen "Den motiverende samtale". Det er en forklaringsmodel, som beskriver processen i en adfærdsændring ud fra forskellige motivationsstadier.

I sit udgangspunkt bygger modellen på en accept af, at individer har en varierende motivation over tid. Modellen har fundet bred anvendelse inden for rygeafvænningsprogrammer, hvor den med succes har kunnet støtte sundhedspersonale til at give den rigtige rådgivning og støtte til rygere og eksrygere på de forskellige stadier i processen med adfærdsændring.

Modellen tager sit udgangspunkt i, at motivationen til at foretage adfærdsændringer ikke er en statisk tilstand, men i princippet en størrelse, der er i konstant bevægelse. Den giver anvendelige og konkrete bud på, hvilken informations-, rådgivnings- eller coaching-strategi skal anvendes, alt efter hvilket motivationsstadium modtageren befinder sig i på det aktuelle tidspunkt.

Skematisk kan "Stages of change" gengives som i Figur 12 over motivationsstadier.



Figur 12: Stages of Change-modellen ²⁶

²⁶ Prochaska 1994

I *før-motivationsstadiet* har personen ingen intentioner eller planer om at ændre sin adfærd (her at tage sin medicin, som man er blevet enig om med lægen). Stadiet kaldes også for ikke-parat-stadiet, og når en person befinder sig i dette stadie, er den primære opgave for en sundhedsprofessionel at give grundig og interessevækkende information, som kan være en støtte til, at en eventuel motivation kan opstå.

I *overvejselsesstadiet* har personen intentioner om at ændre adfærd inden for den nærmeste fremtid, fx de næste 6 måneder. I dette stadie vil personen ofte overveje fordele og ulemper ved at foretage en ændring af sin adfærd og opbygge forventninger (både positive og negative) til, hvad en adfærdsændring vil betyde for personens daglige liv. Ligeledes forbereder personen sig på adfærdsændringen ved at samle informationer fra både professionelle og personer i det nære netværk, som har været igennem en lignende proces. Her er det vigtigt ikke at skubbe på, men netop støtte og give hjælp til overvejelse af fordele og ulemper.

I *beslutningsstadiet* opbygger patienten en plan om at ændre adfærd inden for den næste måned. Her er behovet for rådgivning og viden anderledes direkte. Den selvoplevede handlekompetence bliver det helt centrale: en overbevisning om, at man godt kan gennemføre ændringen, vil være stærkt motiverende. Personen vil ofte selv efterspørge viden og redskaber, der kan gøre det realistisk at kunne klare ændringen.

I *handlingsstadiet* er adfærdsændringen gennemført for nylig, fx for mindre end 6 måneder siden. Personen har her brug for både støtte og opmuntring, redskaber og fiduser for at vedligeholde ændringen. Succesoplevelser bør indsamles og fastholdes.

I *vedligeholdelsesstadiet* er adfærdsændringen gennemført for over 6 måneder siden, og der er stor sandsynlighed for, at den ændring, der er opnået, er blivende. Personen vil have en stærk følelse af at kunne vedligeholde adfærden uden at få tilbagefald. Rådgivningsstrategien vil være som i handlingsstadiet. Opfølgning og justering er vigtige, da der er risiko for tilbagefald, også selv om personen føler sig sikker og overbevist om, at det kører godt. Jo mere tilfreds personen er, jo bedre kan adfærden fastholdes.

Tilbagefald sker for nogle personer, og det er i den forbindelse vigtigt, at man som professionel kan vejlede og rådgive personen, således at tilbagefaldet ikke kun opleves som et nederlag, men som et naturligt skridt på vejen til en endelig ændring af den uønskede adfærd. Metodemæssigt begynder man nu forfra, men der gøres aktivt brug af de positive erfaringer, som det første forsøg gav.

De forskellige stadier i modellen kan med fordel samarbejdes med de tre faser i lægemiddel-anvendelsesprocessen (accept, gennemførelse og vedligeholdelse), som tidligere er nævnt i teksten.

Principperne i modellen er også indarbejdet i screeningsinstrumentet, som anvendes i programmet "Sikker og effektiv medicinbrug", da en tilkendegivelse af, om patienten er motiveret for at ændre sin complianceadfærd, er en meget væsentlig oplysning for den professionelle, som skal arbejde med patienten.

Patienthistorier

At arbejde med patienternes historier er et af kernepunkterne i programmet "Sikker og effektiv medicinbrug". Det er ikke kun for at få en hyggelig og imødekommende dialog, selv om det i sig selv er et formål, at patienten føler sig anerkendt og respekteret (hørt, set og forstået).

"Story-telling" er blevet udbredt inden for mange fag og altså også inden for medicinen, hvor bøger om "narrativ medicin" byder på spændende nytænkning.

En central tanke i denne tradition er, at vi organiserer vores forståelser af verden i "historier". Nogle gange store fortællinger, andre gange små anekdoter. Fortællingen er altså en måde at erkende på, som er anderledes end enkeltstående videnselementer. Vi har så at

sige digtet en sammenhæng omkring vores opfattelser og viden, og disse historier bliver afgørende for vores handlinger. Men en historie kunne altid være fortalt/digtet anderledes. Vi har ofte selv flere versioner, og andres versioner vil ikke være som vores egne.

Vi kan arbejde med, at en måske fastlåst situation kan være knapt så fastlåst, hvis man kan finde en anden version, som er mere fremkommelig. Så kan man måske se valgmuligheder, man ikke kunne se før. Med andre ord bliver patientens egen historie også stedet, hvor man skal finde mange af de ressourcer, der skal bruges for at komme videre med en tackling af problemerne.

Når man kender patientens version af historien og har identificeret, hvilken problemstilling det er væsentligt at tage fat på for netop denne patient, kan man sammen med patienten begynde at søge efter løsningsmuligheder. Her bliver det vigtigt at kunne skelne mellem de forskellige former for non-compliance og at kunne analysere mulige årsager til dem. Derfor må afdækning af denne del af patientens historie gives særlig opmærksomhed.

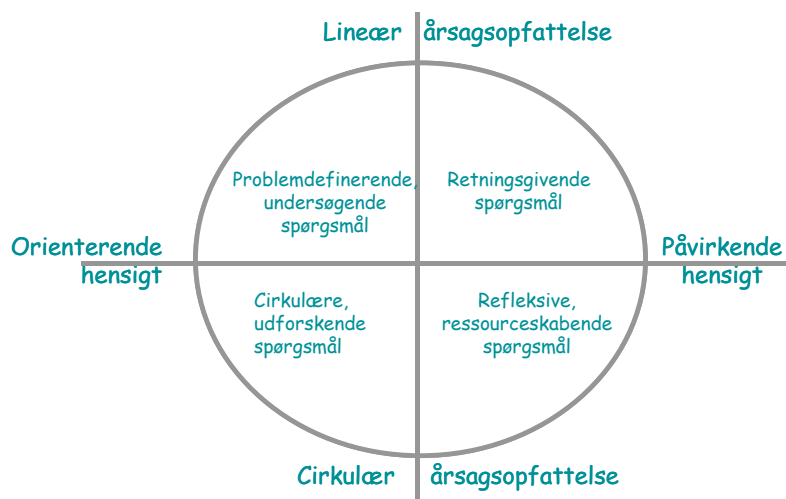
Kommunikation med patienten

De teorier for adfærdsændringer, der er skitseret her, er de samme, som anvendes som grundkernen i "den motiverende samtale". Udgangspunktet for den motiverende samtale er, at patienten i bund og grund selv er ansvarlig for sit eget helbred og er den, der alene har ret og pligt til at søge at ændre en uhensigtsmæssig adfærd. Med andre ord accepteres patientens autonomi og selvbestemmelse fuldt ud i denne rådgivningsform. Dette fratager dog ikke den sundhedsprofessionelle ansvaret for, at patienten træffer sine valg på et velinformeret grundlag. At give patienten et velinformeret grundlag at træffe sine valg på handler ikke kun om at give en fyldestgørende information om, hvad patientens diagnose indebærer af risici og prognoser, men at hjælpe patienten til at indse, hvilke barrierer vedkommende står over for, før en given adfærdsændring kan finde sted samt at hjælpe patienten til at se, hvilke ressourcer vedkommende har i forhold til at gennemføre ændringen.

Den sundhedsprofessionelle skal efter bedste evne forsøge at forstå patientens billede af situationen og dermed patientens udgangspunkt for handling. Den ekspertviden, som den professionelle behandler besidder, er en ressource, der kan anvendes i forhold til den proces, som patienten selv ser en realistisk mulighed for at gennemføre.

Coaching

Nedenstående Figur 13 kan illustrere, hvordan man bevæger sig rundt i forskellige rådgiverpositioner i løbet af processen. I starten vil man tænke meget i afdækning af problemer og fejl og stille spørgsmål, der måske kan give nogle direkte enkle årsager – her kaldet lineære spørgsmål. Når man arbejder med patienthistorierne, skifter man til at lede efter nye fortællinger, der kunne føre til bedre resultater. Man har ikke længere en idé om, at årsagsforholdene er enkle, og stiller derfor cirkulære spørgsmål, der kan få versioner af historien fra andre personer i systemet. Når man søger efter ressourcer, er tanken, at patienten selv har større kendskab til, hvad der kan lade sig gøre, end den faglige ekspert har. Programmets interviewguide giver her forslag til reflektive spørgsmål, som kan anvendes til at få de "fede fortællinger" frem. Endelig afslutter man med at fastlægge mål og planer, og her vil man igen betjene sig af lineære spørgsmål til at afklare en fælles plan med patienten.



Figur 13: Rådgiverpositioner: Lineære, cirkulære, strategiske eller refleksive spørgsmål ²⁷

Patientuddannelse

I nogle tilfælde vil mangel på viden om medicin og behandling være et problem, som ikke kan løses ved simpel information. ”Sikker og effektiv medicinbrug” rummer således ressourcer til individuel patientundervisning, der giver patienten mulighed for at opbygge en dybere forståelse for behandlingen.

²⁷ Karl Tomm 1994 Interviewet som intervention III del. Forum 4. s. 3-13

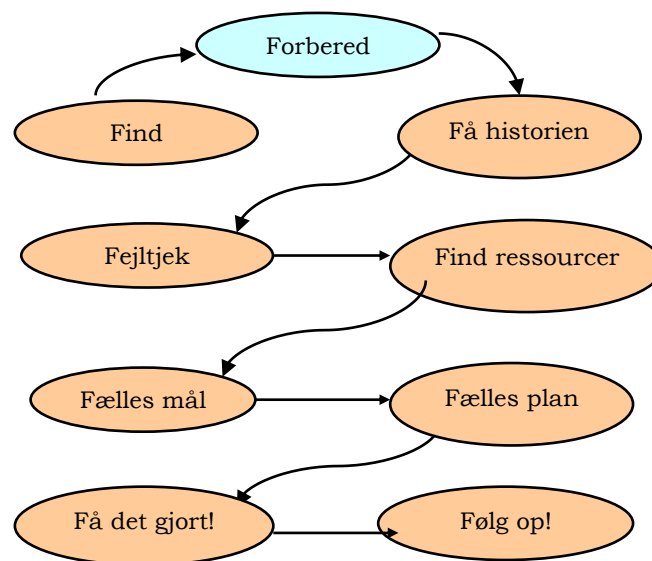
”Sikker og effektiv medicinbrug”

Det har tidligere vist sig, at når der skal arbejdes med komplekse problemer i praksis, så er det væsentligt at have en grundig og velbeskrevet arbejdsproces at følge. I programmet ”Sikker og effektiv medicinbrug” arbejdes der med den farmaceutiske omsorgsproces som platform. Farmaceutisk omsorg bygger på en cirkulær proces, hvor problemerne identificeres; løsninger, der er mulige og relevante for den enkelte patient, findes; målsætninger for behandlingsforløbet laves sammen med patienten, og en plan for forløbet lægges; sidst, men ikke mindst, indeholder arbejdsprocessen en opfølgning mellem behandleren og patienten på de aftalte mål og planer.

Modellen for farmaceutisk omsorg har i flere studier vist sig at have positiv effekt på patienternes helbred og trivsel, tilfredshed og holdning til farmaceuternes/apotekernes rolle som lægemiddeksperter. Modellen har fundet stor accept blandt de ordinerende læger, der har deltaget i de danske forsøg. Den har vist sig effektiv i forhold til at identificere og løse lægemiddelrelaterede problemer og har dermed påvirket lægemiddelanvendelsen i en mere hensigtsmæssig retning. Farmaceutisk omsorg er ikke tidligere anvendt som en målrettet intervention mod non-compliance, men fra bredere studier ved vi, at farmaceutiske omsorgsprogrammer i nogle tilfælde har resulteret i en øget medicinefterlevelse blandt de inkluderede patienter.

Derfor er arbejdsmodellen valgt som det bærende princip i den proces, som programmet ”Sikker og effektiv medicinbrug” er bygget op efter. Modellen er suppleret med elementer af ”story-telling”, coaching og patientuddannelse.

Fremgangsmåden i ”Sikker og effektiv medicinbrug” kan skitseres som i nedenstående Figur 14:



Figur 14: Fremgangsmåden i ”Sikker og effektiv medicinbrug”

Ved hjælp af de forskellige elementer, der introduceres i programmet, bliver det muligt at identificere, hvor den enkelte patient har tyngden af sine problemer.

Find og forbered

Denne fase går ud på at finde de relevante patienter, som har behov for ydelsen, og at anvende programmets redskaber til at finde de mest oplagte problemer.

Der er forskellige ressourcer til rådighed til at finde de non-kompliante patienter. Først og fremmest kan man ved samtale med patienten finde ud af, om vedkommendes sygdom er under tilstrækkelig kontrol, eller om der er problemer i forhold til den behandling, vedkommende er i.

Som noget nyt er der nu også mulighed for at se den enkelte patients Personlige Elektroniske Medicinprofil (PEM), hvis patienten giver sit samtykke hertil. De data, der er tilgængelige i PEM'en, giver ikke noget fuldstændigt billede af, hvordan patienten tager sine lægemidler, men de kan give et indtryk af, om der er problemer med såkaldt "refill non-compliance", da manglende brug i forhold til doseringen vil, i mange tilfælde, optræde klart i compliancegraferne. Manglende indløsning af recepter (primær non-compliance), kan identificeres ved at sammenholde medicinprofilen med ordinationen i henhold til journalen eller ved at tjekke receptserveren.

Herudover introduceres der i programmet "Sikker og effektiv medicinbrug" et Quick Screen Instrument (QSI) - et spørgeskema, der kan medvirke til dels at afdække, om patienten er i risiko for at have problemer med compliance, dels give et fingerpeg om, hvilken karakter problemet kan have.

Andre værktøjer

I screeningsværktøjet er der indarbejdet en række spørgsmål, som kan afsløre den enkelte patients ønske om information.

Patienter kan inddeles i forskellige grupper alt efter, hvilke ønsker om information de har i forhold til deres sygdom og behandling. I det ene yderpunkt findes der patienter, som er meget proaktive i forhold til at finde og efterspørge medicinsk information, mens der i det andet yderpunkt findes patienter, som bevidst vil søge at undgå al information om deres sygdom og behandling, da de opfatter det som belastende.

Ønsket om ikke at modtage nogle informationer er ikke et udtryk for lav videnskabelig formåen, men snarere en coping-strategi, hvor konkrete og faktuelle informationer er et negativt input. Omvendt vil de personer, som har meget høje ønsker om information, ikke nødvendigvis være dårligt informerede på forhånd.

Sammenhænge mellem patienternes kliniske udbytte af behandlingen og deres tilfredshed med forløbet er endnu ikke fuldt undersøgt. Der er dog evidens for, at tilfredse patienter har større sandsynlighed for at være kompliant med deres behandling og generelt er mere interesserede i at bidrage positivt til behandlingsforløbet og bidrage med informationer, som kan være essentielle for både diagnosticering og behandling. Derfor er det vigtigt, at man som behandler er klar over, hvilke ønsker om information den enkelte patient har, da både for lidt og for meget vil kunne hindre en optimal kommunikation omkring et aktuelt problem.

Få historien

Når den non-kompliante patient er identificeret, er det væsentligt, at der kan gennemføres en god og fortrolig samtale om problemernes karakter. Det er som udgangspunkt ikke særligt rart at tale med nogen om, at man "*ikke gør, som man bør*", derfor er det meget vigtigt, at patienten føler sig tryk og har forstået, at der ikke er tale om en kontrolforanstaltning, men at det handler om, at den enkelte kan få det så godt som muligt med sin lægemiddelbehandling.

Som professionel kan det være meget vanskeligt at læne sig tilbage og reelt lytte på den historie, en patient fortæller. Man kommer uundgåeligt til at analysere fortællingen, identificere problemstillingerne og komme med løsningsforslag inde i sit hoved, allerede inden patienten har talt til ende. Det er en naturlig adfærd, da man jo har ekspertviden på området og har reelle forslag til løsninger.

Det er vigtigt, at den professionelle i samtalen holder sig for øje, at man let kommer til at tage ekspertens naturvidenskabelige/medicinske perspektiv. I stedet må man forsøge at

arbejde med såvel en naturvidenskabelig/medicinsk dagsorden som med en humanistisk dagsorden og med tilsvarende forskellige rådgiverroller. Nedenstående model, som er udviklet i forbindelse med apotekernes rådgivning om selvmedicinering og egenomsorg, har vist sig hensigtsmæssig til at understøtte tankegangen.

Det naturvidenskabelige ben Nøgleord:	Det humanistiske ben Nøgleord:
Evidensbaseret, kvalitetsstyret praksis	Brugerkompetence, empowerment
Medicinsk udgangspunkt	Udgangspunkt i hverdagslivet
Ekspertrolle	Diskussionspartner
Objektiv (værdineutral)	Personlig, subjektiv (med værdier)
Fokus på symptomer, lægemiddelproblemer og livsstilsproblemer	Fokus på brugerens erfaringer, ønsker, opfattelser, vaner og vilkår
Identificere risici, fejl og problemer	Identificere ressourcer
Give korrekte råd og behandlinger	Hjælpe med at skræddersy løsninger
Netværk giver risiko for støj og fejl	Netværk er vigtige ressourcer
Den professionelle har ansvaret	Brugeren har ansvaret

Figur 15: Rådgivning på to ben ²⁸

Fejltjek-behandlingen

Inden der lægges mange kræfter i coaching og patientuddannelse for at opnå implementering af en behandling, må man standse op og tjekke, om medicinen bør ændres. Er der lægemiddelrelaterede problemer, som indebærer, at behandlingen ikke er effektiv eller indebærer risiko for utilsigtede virkninger for patienten? Er der gode grunde til patientens manglende compliance?

Forenkling af behandlingen er som nævnt de mest veldokumenterede metoder til at opnå compliance. Hvis det er muligt at tilpasse behandlingen til patienten frem for at tilpasse patienten til behandlingen, bør det være undersøgt.

Ligeledes bør man have sikret, at der ikke kan opstå risici for overbehandling, hvis patienten pludselig begynder at tage medicinen. Måske kan nogle lægemidler så undværes.

I spørgsmål om ordinationsændringer er samarbejdet mellem læge, patient og apotek helt afgørende. Det kan kræve diplomati, men bør altid være styret af, at hensynet til patienten går forrest.

I programmet "Sikker og effektiv medicinbrug" er det endelig også et element, at der tages stilling til, hvorvidt ordinationen kunne være mere økonomisk med henblik på at opnå størst mulig grad af rationel farmakoterapi. Dette gøres ved at påpege, om der er mulighed for større overensstemmelse med amtets anbefalede præparatvalg.

Find ressourcerne

Vi har også kaldt denne fase "Find ressourcerne, og få de fede fortællinger" for at understrege, at det er her, der virkelig er fordele ved at arbejde med historiefortælling og coaching.

Med udgangspunkt i kendskabet til patientens historie eller fortælling om sin sygdom og behandling - det motivationsstadiet, patienten er i, og et kendskab til patientens selvoplevede handlekompetence - er behandleren klædt godt på til at tage en samtale med patienten om,

²⁸ Herborg et al 2001

hvor problemerne er, og hvilke ressourcer og løsninger der eventuelt kan arbejdes med, når der skal arbejdes med ændring af complianceadfærden.

Fælles mål og plan

Concordance er kodeordet for de mål, der skal sættes for tilpasning af ressourcer, behandling og patientens adfærdsændringer og de planer, der skal lægges omkring processen. Derfor skal der i videst muligt omfang arbejdes ud fra de tre grundforudsætninger:

- at patienten er den endelige beslutningstager i forhold til den behandling, der skal implementeres
- at patientens perspektiver, autonomi og handlekompetence inddrages og respekteres i valget af behandlingsstrategi
- at der etableres et partnerskab mellem behandler og patient, hvor de to agendaer gensidigt respekteres.

De aftaler, der laves mellem den sundhedsprofessionelle og patienten, kan eventuelt skrives ned, og både patient og sundhedsprofessionel kan få en kopi af kontrakten.

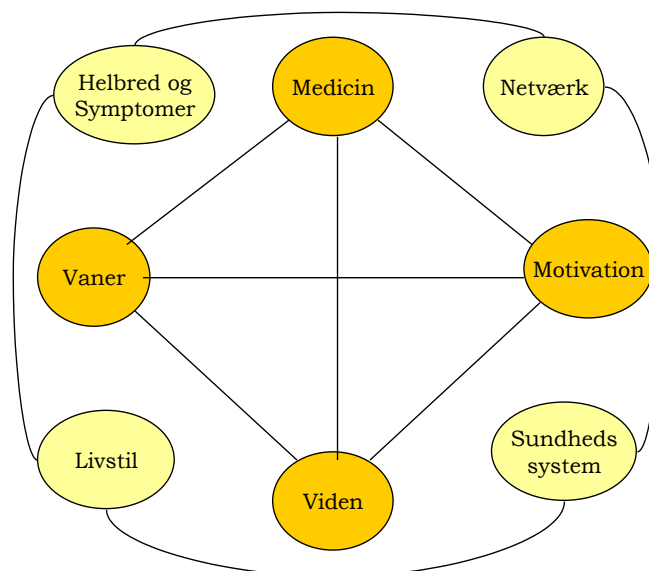
Det er oftest vigtigt at sikre, at planen har flere dimensioner, jf. kernen i Systemmodellen: Medicin, Motivation, Vaner og Viden.

Følg op

Opfølgningen har to væsentlige formål: dels at tjekke op på, om de løsninger, der er fundet for den enkelte patient, nu også er velegnede og giver resultat, dels at fastholde patienten i et forløb, hvor både motivation og bekræftelse kan være vigtige i forhold til en varig ændring af complianceadfærden.

Systemmodellen

Samlet set kan det komplekse, som complianceproblemerne udgør, beskrives i nedenstående Figur 16, som vi i programmet "Sikker og effektiv medicinbrug" har døbt "Systemmodellen".



Figur 16: Systemmodellen¹

Figuren anskueliggør det nye syn på non-compliance, som præsenteres i programmet "Sikker og effektiv medicinbrug". Her ses non-compliance i et helhedsperspektiv, som inddrager samtlige de kendte årsagsfaktorer til et systemproblem. Systemtankegangen anvendes i forbindelse med medicineringsprocesser, fx inden for patientsikkerhed og farmaceutisk omsorg. Nu overfører vi den til complianceproblemer.

Modellen er bygget op af en indre og en ydre cirkel. Man vil ofte begynde sin analyse af complianceproblemer i den indre cirkel og supplere med at finde ressourcer i den ydre. Men modellen er tænkt som en praktisk model, der skal hjælpe rådgiveren til at se på helheden.

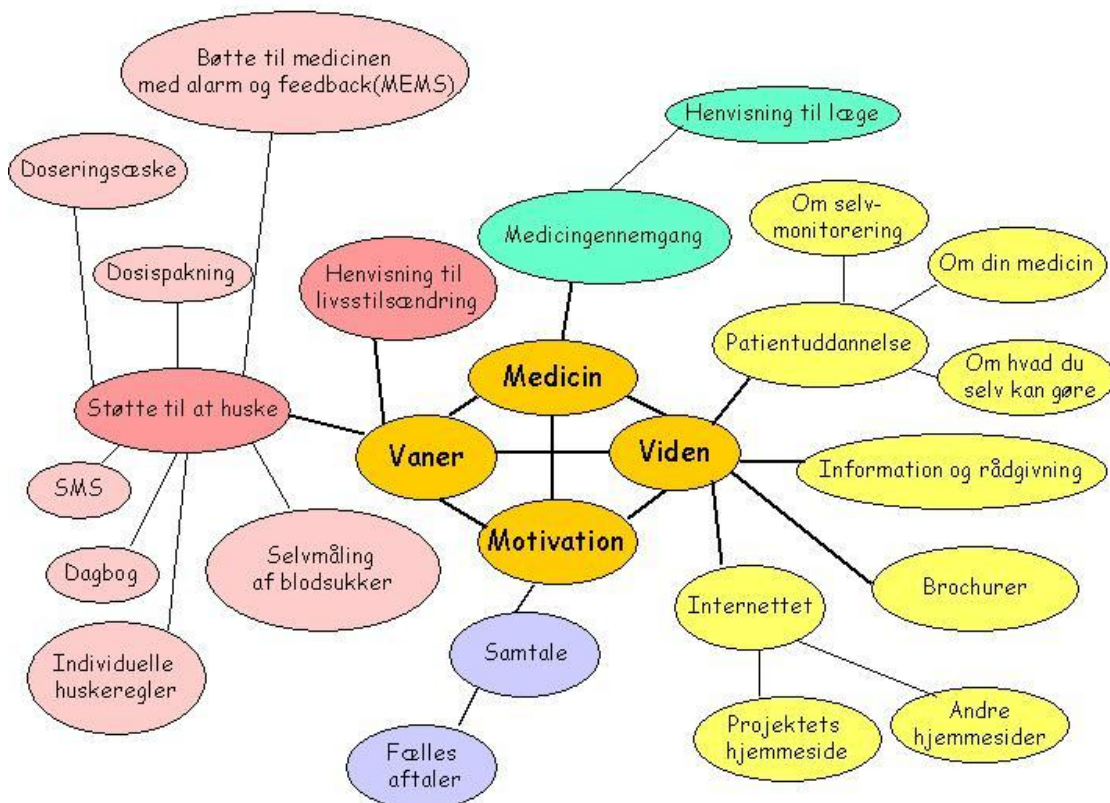
Det er naturligvis ikke nødvendigt at gå gennem alle figurens emner for hver eneste patient. Hvis vedkommende er utilsigtet non-kompliant, vil en målrettet intervention med fokus på medicineringens kvalitet og patientens vaner og/eller viden være tilstrækkelig.

Er der derimod tale om patienter, der udøver tilsigtet non-compliance, som ikke umiddelbart kan begrundes af uheldsmæssigheder ved behandlingen, kan det være nødvendigt at gennemføre en samtale, der kommer godt rundt i de forskellige emner. Her kan modellen bruges som "mind map" og fælles analyseredskab sammen med patienten.

I programmet "Sikker og effektiv medicinbrug" er der mulighed for at identificere og arbejde med de meget forskelligartede problemer, der kan være årsag til non-compliance.

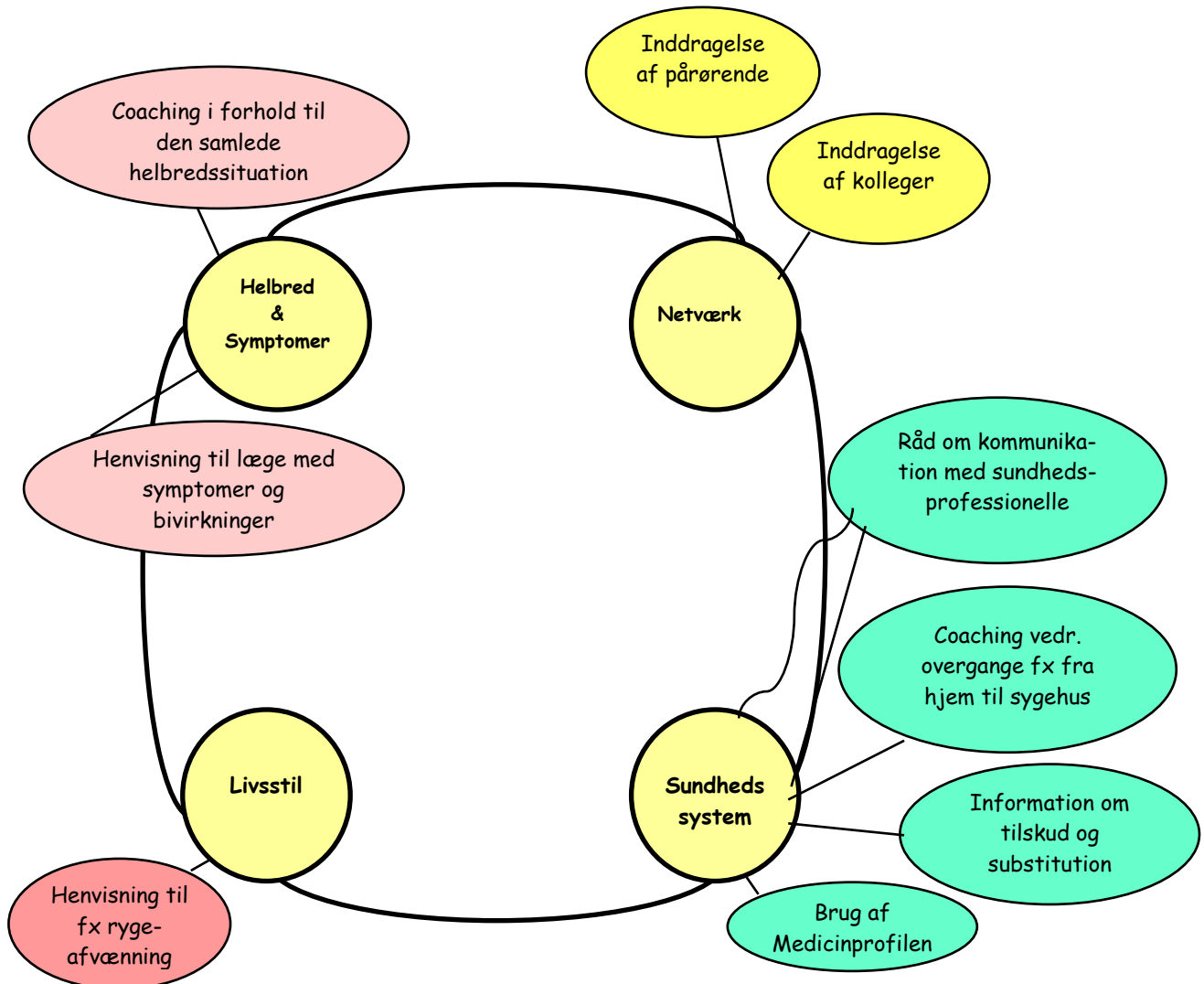
Hvordan kan complianceproblemer løses?

Ved løsning af complianceproblemer er det essentielt at tage fat i de årsager og de løsninger, som patienten ser på sine problemer, og de ressourcer, der er til stede hos patienten. Årsagen til complianceproblemerne kan være enkel (fx forglemmelse) eller kompleks (fx manglende motivation). De mulige løsninger vil afspejle problemets kompleksitet og patientens præferencer vedr. eventuelle løsninger (Figur 17).



Figur 17: Figuren viser de metoder til compliancestøtte, der tilbydes i "Sikker og effektiv medicinbrug" for type 2-diabetikere

De mulige løsninger, der er skitseret i Figur 17 og Figur 18, tager udgangspunkt i hhv. den indre og den ydre cirkel fra systemmodellen. Figureerne er afbildet som mind maps, og løsningsmulighederne skal ikke ses som udtømmende, men som idéer til løsninger, der kan bruges til at diskutere løsninger med patienten. Udgangspunktet for al patientrådgivning i ”Sikker og effektiv medicinbrug” er stadig, at løsninger tilpasses og aftales med den enkelte patient.



Figur 18: Skitse af mulige løsninger med udgangspunkt i den ydre cirkel fra systemmodellen

Hos de patienter, der har gode vaner med at tage deres behandling i hverdagen, vil det ofte være tilstrækkeligt at tale med patienten om, hvorvidt denne vane kunne knyttes til handlinger, som foretages, uanset om det er hverdag eller weekend/ferie. Det kunne fx være at tage sine lægemidler samtidig med tandbørstningen eller barberingen, som er en rutine, der gennemføres hver dag.

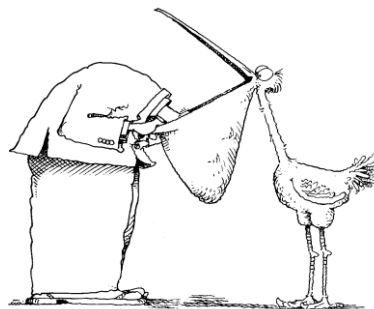
Rådgivningen vil bygge på teorien om "planned behaviour", som fokuserer på, at patienten for sig selv laver huskeregler eller knytter sin lægemiddelindtagelse an til andre handlinger, som gennemføres som led i en daglig rutine. Det væsentligste er, at det er patienten selv, der gennemtænker sine rutiner og foreslår, hvordan indtagelsen af behandlingen kan ændres. I nogle tilfælde kan det være nyttigt for patienten at skrive sine beslutninger om ændret adfærd ned, således at beslutningen munder ud i en konkret aftale (med vedkommende selv og med behandleren).

I de tilfælde, hvor patienten generelt glemmer at tage sine lægemidler, kan compliance-adfærdens støttes med forskellige former for huskehjælpemidler (remindere). Der findes forskellige former for remindere lige fra tabletglas, som bipper på det tidspunkt, hvor tabletterne skal tages, til automatiserede SMS-beskeder, der minder patienten om, at det er tid til at indtage sin medicin. Dosispakning kan også ses som et sådant hjælpemiddel.

Hos nogle af de patienter, som generelt glemmer at tage deres lægemidler, vil den manglende opmærksomhed på behandlingen i virkeligheden dække over en mere eller mindre utilsigtet modstand mod at gennemføre behandlingen. I disse tilfælde vil det være nærliggende at gå dybere ind i complianceproblemet karakter og tilrettelægge sin rådgivning, som det gøres, når der er tale om en tilsigtet non-compliance.

Afsluttende bemærkninger

Hvis der skal vælges to overordnede budskaber fra "Sikker og effektiv medicinbrug" som praktisk intervention, må det være, at der ikke er nogen "magic bullet" eller standardløsning, der kan anvendes til løsning af complianceproblemer. Hvert enkelt problem må anskues som en del af helheden og ses i relation til den enkelte patients kontekst og ressourcer, og løsninger skal tilpasses derefter. De to budskaber illustreres figurativt i nedenstående tegninger.



Ordforklaring

Adherence

Det omfang, hvormed patienten implementerer den behandlingsplan, som vedkommende selv sammen med lægen har besluttet sig for. Begrebet bruges i mange undersøgelser som synonym med begrebet compliance.

Compliance

Graden af overensstemmelse mellem patientens faktiske medicinindtagelse og den ordinerede behandling.

Compliancegrad

Graden af medicin efterlevelse. Beregnes i % - dvs. hvor mange % af de ordinerede dagsdoser en patient har indtaget i en given periode.

Concordance

En proces omfattende medicinordination og medicinbrug, der er baseret på partnerskab.

Egenindsats

Den danske betegnelse for self-management - Individets engagement i aktiviteter, der beskytter og fremmer vedkommendes egen sundhed, håndtering af sygdom og compliance.

Empowerment

En følelse af kontrol over eget liv og helbred.

Informeret compliance/ adherence

Betegnelse for compliance/adherence, der understreger patientens samtykke.

MEMS

Medicine Event Monitoring System – en elektronisk tabletbeholder. MEMS fås i to versioner, der bruges forskelligt. Enten kan MEMS bruges til at overvåge patienters medicinindtag, idet den registrerer, hvornår låget bliver skruet af. Eller den kan bruges til at minde patienter, om at det er tid til at tage medicin, idet den kan sættes til at bippe på forskellige tidspunkter. Se evt. mere på www.aardex.ch.

Motivationsstadier

1. Før-motivationsstadiet
 2. Overvejelsesstadiet
 3. Beslutningsstadiet
 4. Handlingsstadiet
 5. Vedligeholdelsesstadiet
- Evt. – Tilbagefaldsstadiet

For en forklaring på motivationsstadiemodellen se forklaringen på ”*Stages of change*”.

Non-compliance

Et niveau lavere end det niveau, der ville være tilstrækkeligt til at opnå den ønskede forebyggelses eller behandlingseffekt, eller et lægemiddelindtag, der afviger fra den mest benyttede grænse for compliance, nemlig at mellem 80 og 120 % af lægemiddeldoserne tages som ordineret.

PEM

Den Personlige Elektroniske Medicinprofil. En elektronisk fortegnelse over den enkelte borgers køb af receptpligtig medicin. Medicinprofilen kan bruges af borgere, læger, apoteker, plejehjem og hjemmeplejer. Se evt. mere på www.medicinprofilen.dk.

Pilletælling	Metode til at afdække eventuel non-compliance. Man tæller patienternes medicinbeholdning, eventuelt to gange over en periode, og ser, om den stemmer overens med de ordinerede dagsdoser. Ud fra pilletællingen kan compliancegraden beregnes.
Primær non-compliance	En form for non-compliance, hvor patienten ikke indløser en udskrevet recept og derfor ikke påbegynder behandling.
Primær sundhedssektor	Den del af sundhedsvæsenet, der foregår uden for institutioner, tæt på befolkningen. Til den primære sundhedssektor hører den del af sundhedsvæsenet, der omfatter almenpraktiserende læger, praktiserende speciallæger, tandlæger, praktiserende fysioterapeuter, kiropraktorer, sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker, fodterapeuter og apoteker.
Refill non-compliance	En metode til måling af, om patienter undlader at indløse deres recept som planlagt.
Reminder-teknologi	Husketeknik til at øge compliance. Kan enten være lavteknologisk, som fx at placere sin medicin ved siden af tandbørsten, eller højteknologisk, som fx SMS-påmindelser, eller elektroniske tabletbeholdere.
Self-efficacy	Forventning til egne evner om at gennemføre en adfærd.
Self-management	Individets engagement i aktiviteter, der beskytter og fremmer vedkommendes egen sundhed, håndtering af sygdom og compliance.
Selvoplevet handlekompetence	Den danske betegnelse for self-efficacy – forventning til egne evner om at gennemføre en adfærd.
Stages of change	En model for ændring af sundhedsadfærd er motivationsstadiemodellen ("Stages of change"), som på dansk især er anvendt i "Den motiverende Samtale". Det er en forklaringsmodel, som beskriver processen i en adfærdsændring ud fra forskellige motivationsstadier. I sit udgangspunkt bygger modellen på en accept af, at individer har en varierende motivation over tid.
Tilsigtet non-compliance	Non-compliance, hvor beslutningen om ikke at følge behandlingen som aftalt er foretaget "med vilje".
Utilsigtet non-compliance	Bevidst eller ubevidst non-compliance, hvor den manglende gennemførelse af behandlingen ikke er patientens hensigt, fx pga. glemsomhed eller misforståelser.

Litteraturliste

- Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action. Non-communicable Diseases and Mental Health Adherence to Long-term Therapies Project. Geneva: World Health Organization, 2003
- Bandura A: Self-efficacy; Towards a Unifying Theory of Behavioral Change
Psychol Rev 1977;84:191-215
- Barber N, Parsons J, Clifford S, Darracott R, Horne R: Patients' problems with new medication for chronic conditions
Qual Saf Health Care 2004;13:172-175
- Barlow JH, Cullen LA, Rowe IF: Educational Preferences, Psychological Well-being and self-efficacy among People with Rheumatoid Arthritis
Patient Educ and Counsel 2002; 46:11-19
- Bates I, Duggan C, Sturman S, Anderson E, Astrom K, Carlsson J: Development and Validation of the Desire for Information Scale
Int J Pharm Pract 2002;10:31-7
- Benson J, Britten N: Patients' decisions about whether or not to take antihypertensive drugs: qualitative study
BMJ 2002;325:873-78
- Berthelet N, Favrat B, Fallab-Stubi C-L, Brunner HR, Burnier M: Why Objective Monitoring of Compliance is Important in the Management of Hypertension
J Clin Hypertens 2000;2:258-62
- Bond C (red.): Concordance. A partnership in medicine-taking
London: Pharmaceutical Press 2004
- Cantor JC, Morisky DE, Green LW, Levine DM, Salkever DS: Cost-effectiveness of Educational Interventions to Improve Patient Outcomes in Blood Pressure Control
Prev Med 1985;14:782-800
- Carter BL, Barnette DJ, Chrischilles E, Mazotti GJ, Asali ZJ: Evaluation of Hypertensive Patients after Care Provided by Community Pharmacists in a Rural Setting
Pharmacotherapy 1997; 17:1274-85
- Carter S, Taylor D, Levenson R: A question of choice – compliance in medicine taking. A preliminary review
Medicines Partnership 2005
- Chatterjee JS: From compliance to concordance in diabetes
J Med Ethics 2006;32:507-510
- Christensen AJ: Patient Adherence to Medical Treatment Regimens. Bridging the Gap Between Behavioral Science and Biomedicine
Yale University Press 2004
- Cleemput I, Kesteloot K: Economic implications of non-compliance in health care.
Lancet 2002;359:2129-30
- Clifford S, Barber N, Elliott R, Hartley E, Horne R: Patient-centred advice is effective in improving adherence to medicines
Pharm World Sci 2006;28:165-170
- Cook CL, Wade WE, Martin BC, Perri M: Concordance Among Three Self-Reported Measures of Medication Adherence and Pharmacy Refill Records
J Am Pharm Assoc. 2005;45:151-159
- De Geest S., Abraham I, Gemoets H, Evers G
J Advanced Nursing 1994;19:233-38

- Garfield FB, Caro JJ: Compliance and Hypertension
Current Hypertension Reports 1999;1:502-6
- Haynes RB, McDonald H, Montague P: Interventions for Helping Patients to Follow Prescriptions for Medications (Cochrane Review)
I: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford Update software
- Haynes RB, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, MacDonald HP: Interventions for enhancing medication adherence (Cochrane Review)
I: The Cochrane Library, Issue 2, 2006. Link til reviewet:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000011/pdf/fs.html>
- Heneghan CJ, Glasziou P, Perera: Reminder packaging for improving adherence to self-administered long-term medications (Cochrane Review)
I: The Cochrane Library, Issue 4, 2006. Link til reviewet:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005025/pdf/fs.html>
- Hepler CD, Grainger-Rousseau TJ: Pharmaceutical Care versus Traditional Drug Treatment. Is there a Difference?
Drugs 1995;49(1):1-10
- Herborg H, Soendergaard B, Froekjaer B, Fonnesbaek L, Jorgensen T, Hepler CD, Grainger-Rousseau TJ, Ersboell BK: Improving Drug Therapy for Patients with Asthma - Part 1: Patient Outcomes
J Am Pharm Assoc 2001;41:539-50
- Hughes DA, Bagust A, Haycox A, Walley T: Accounting for Non-compliance in Pharmacoeconomic.
- Iskedjian M, Einarson TR, MacKeigan LD, Shear N, Addis A, Mittmann N, Ilersich AL: Relationship between Daily Dose Frequency and Adherence to Antihypertensive Pharmacotherapy: Evidence from a Meta-analysis
Clin Ther 2002; 24(2):302-16
- Jackevicius CA, Mamdani M, Tu JV: Adherence with Statin Therapy in Elderly Patients With and Without Acute Coronary Syndromes
JAMA 2002;288;4
- Kiortsis DN, Giral P, Bruckert E, Turpin G: Factors associated with low compliance with lipid-lowering drugs in hyperlipidemic patients
Jour Clin Pharm Thera 2000;25:445-451
- Lee JK, Grace KA, Taylor AJ: Effect of a Pharmacy Care Program on Medication Adherence and Persistence, Blood Pressure, and Low-Density Lipoprotein Cholesterol
JAMA 2006;296
- Lennon C, Hughes C, Johnston D, McElnay JC: Identification of Psychosocial Factors which Influence Patient Adherence with Antihypertensive Medication
Int J Pharm Pract 2001;9(suppl):R8
- Levenson R: Compliance in medicine taking – seeking the views of the patients
Medicines Partnership 2005
- Lindholm LH: The Problem of Uncontrolled Hypertension
J Hum Hypertens 2002;16 suppl 3:S3-8
- Littenberg B, MacLean CD, Hurowitz L: The use of adherence aids by adults with diabetes: A cross-sectional survey
BMC Family Practice 2006, 7:1
- Marentette MA, Gerth WC, Billings DK, Zarnke KB: Antihypertensive Persistence and Drug Class
Can J Cardiol 2002; 18(6):649-56

- Marinker M, Blenkinsopp A, Bond C, Britten N, Feely M, George C, et al, eds: From Compliance to Concordance: Achieving Shared Goals in Medicine Taking
London: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 1997
- Marinker M, Shaw J: Not to Be Taken as Directed. Putting Concordance for Taking Medicines into Practice
BMJ 2003;326:348-9
- Munroe WP, Kunz, Dalmady-Israel C, Potter L, Schonfeld WH: Economic Evaluation of Pharmacist Involvement in Disease Management in Community Pharmacy Setting
Clinical Therapeutics 1997;19:113-23
- Næss S, Eriksen J: Diabetes og livskvalitet
Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.NOVA Rapport 7/06
- Park JJ, Kelly P, Carter BL, Burgess PP: Comprehensive Pharmaceutical Care in a Chain Setting
J Am Pharm Assoc.1996; NS36:443-51
- Phatak HM, Thomas J: Relationships Between Beliefs about Medications and Nonadherence to Prescribed Chronic Medications
The Annals of Pharmacotherapy 2006;10;40
- Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS et al: Stages of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behaviors
Health Psychol 1994,13:39-46
- Ringer J, Keys P, Wagenknacht LD, Miller DE, Slaughter RL: The Michigan Pharmacists' Association Patient Persistency Project
J Managed Care 2001:50-55
- Rotter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B: Effectiveness of Interventions to Improve Patient Compliance: A Meta-analysis
Med Care 1998;36(8):1138-61
- Simons LA, Levis G, Simons S: Apparent discontinuation rates in patients prescribed lipid-lowering drugs
MJA 1996;164
- Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, Johnson JA: A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality
BMJ 2006; 333;15
- Skov Andersen L: Er PEM nem? En kvalitativ og kvantitativ undersøgelse af kvaliteten af den Personlige Elektroniske Medicinprofil
Speciale fra Afdeling for Samfundsfarmaci, Institut for Farmakologi og Farmakoterapi, Danmarks Farmaceutiske Universitet, nov. 2006
- Stason WB: Compliance, Quality of Life and Cost Effectiveness
Current Hypertension Reports 1999;1:471-4
- Stephenson J: Non-compliance May Cause Half of Antihypertensive Drug "Failures"
JAMA 1999 (July); 282 (4)
- Sundhedsstyrelsen: Patienten med kronisk sygdom. Selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse. Et idékatalog
Sundhedsstyrelsen, december 2006
- Svarstad BA: The Brief Medication Questionnaire: a Tool for Screening Patient Adherence and Barriers to Adherence
Patient Educ Counsel 1999;50:113-24
- Tomsen DV, Herborg H: Compliance og concordance
Evidensrapport 9, Pharmakon, december 2005

- Urquhart J: Role of compliance in clinical pharmacokinetics. A review of recent research
Clin Pharmacokinet 1994;27(3):202-215
- Urquhart J, De Klerk E: Contending Paradigms for the Interpretation of Data on Patient Compliance with Therapeutic Drug Regimens
Statist Med 1998;17:251-67
- Urquhart J: The odds of the three nons when an aptly prescribed medicine isn't working: non-compliance, non-absorption, non-response
Br J Clin Pharmacol 2002;54:212-20
- Van Wijk BLG, Klungel OH, Heerdink ER, de Boer A: Rate and determinants of 10-year persistence with antihypertensive drugs
Jour Hypertension 2005;23;11
- Vermeire E, Wens J, Van Royen P, Biot Y, Hearnshaw H, Lindenmeyer A: Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus (Cochrane review)
I: The Cochrane Library, Issue 2, 2006. Link til reviewet:
<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003638/pdf/fs.html>
- Vitolins MZ, Rand CS, Rapp SR, Ribisl PM, Servick MA: Measuring Adherence to Behavioral and Medical Interventions
Control Clin Trials 2000;21(5 Suppl):188S-94S
- Waeber B, Brunner HR, Métry J-M: Compliance with Antihypertensive Treatment: Implications for Practice
Blood Pressure 1997;6:326-31
- Willey C, Redding C, Stafford J, et al: Stages of Change for Adherence with Medication Regimens for Chronic Disease: Development and Validation of a Measure
Clin Therapeutics 2000;22:851-71
- Willey C: Behavior-changing Methods for Improving Adherence to Medication
Current Hypertension Reports 1999;1:477-81
- Wu JYF, Leung WYS, Chang S, Lee B, Zee B, Tong PCY, Chan JCN: Effectiveness of telephone counselling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy: randomised controlled trial
BMJ 2006;333;522

Pharmakon a/s
Milnersvej 42
DK-3400 Hillerød
Denmark

Tel +45 4820 6000
Fax +45 4820 6060
www.pharmakon.dk