

# **Läkemedelsföljsamhet bland äldre – vilka faktorer påverkar följsamhet?**

En kvalitativ litteraturstudie

Annika Lassfolk

Examensarbete

Vård09

2012



EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	4039
Författare:	Annika Lassfolk
Arbetets namn:	Läkemedelsföljsamhet bland äldre – vilka faktorer påverkar följsamhet? En kvalitativ litteraturstudie.
Handledare (Arcada):	Birgitta Dahl
Uppdragsgivare:	MAQ-projektet
<p>Sammandrag:</p> <p>Studiens syfte var att ge sjukskötaren inom vården av äldre en ökad beredskap och förståelse i att handleda patienten i hans eller hennes läkemedelsbehandling, genom att besvara frågeställningen: vilka faktorer påverkar den äldre patientens följsamhet? Studien är gjord inom MAQ-projektet. Medication Administration Qualification, på yrkeshögskolan Arcada. Studiens metod var en kvalitativ litteraturstudie med en induktiv innehållsanalys. Nio forskningsartiklar från 2001-2008 valdes ut till analysen. Forskning gjord på patienter med demenssjukdom eller psykisk sjukdom exkluderades. Den teoretiska referensramen var begreppet delaktighet enligt ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health. Resultatet delades in i fem huvudkategorier; information och kunskap, skapande av rutin, läkemedelsbehandling, tilltro och bakgrundsfaktorer. Resultatet visade att patienter som var väl informerade och hade kunskap om sin sjukdom och dess behandling hade bättre följsamhet än de som saknade kunskap eller hade fått oklar information. En betydande faktor som främjade följsamhet var tilltro till läkaren och behandlingen samt den egna förmågan att påverka sjukdomen. Icke skyddande faktorer påverkade följsamheten negativt. Dessa var förvirring och missförstånd över behandling, saknad av kunskap och information, ett stort antal läkemedel och flera doser per dygn. Denna studie tyder på att patientens delaktighet i vården främjar läkemedelsföljsamheten. Faktorer som kan påverka den äldre patientens läkemedelsföljsamhet bör tas i beaktande av sjukskötaren i handledningen av patienten i hans/hennes läkemedelsbehandling.</p>	
Nyckelord:	Följsamhet, äldre, faktorer, läkemedelsbehandling, omvårdnad, handledning
Sidantal:	42
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	4039
Author:	Annika Lassfolk
Title:	Medication adherence among elderly – what factors affect adherence?
Supervisor (Arcada):	Birgitta Dahl
Commissioned by:	MAQ-project
<p>Abstract:</p> <p>The aim of this study was to give the nurse in the care of the elderly increased ability and understanding to guide the patient in his or her medication, by answering the question: what factors affect the older patient compliance? The study is made in the MAQ project, Medication Administration Qualification, at the university of applied sciences Arcada. The study's methodology was a qualitative study with an inductive content analysis. Nine scientific papers from 2001 to 2008 were selected for analysis. Research performed on patients with dementia or mental illnesses were excluded. The theoretical framework was the concept of participation according to the ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health. The results were divided into five main categories: information and knowledge, creating routines, drug therapy, faith and background factors. The results showed that patients who were well informed and had knowledge of their disease and drug therapy had better adherence than those who lacked knowledge or had received vague information. A significant factor that promoted adherence was belief to the doctor and treatment, as well as the patient's own ability to affect disease. Non protective factors were affecting adherence negatively. Such factors were confusion and misunderstanding regarding treatment, loss of knowledge and information, a large number of drugs and multiple doses per day. This study suggests that patient participation promotes medication adherence. Factors that may affect the older patient medication adherence should be taken into account by the nurse in the tutoring of the patient in his / her drug therapy.</p>	
Keywords:	Adherence, aged, factors, drug therapy, nursing, education
Number of pages:	42
Language:	Swedish
Date of acceptance:	



# INNEHÅLL / CONTENTS

<b>1</b>	<b>Inledning.....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund.....</b>	<b>8</b>
2.1	Följsamhet.....	9
<b>3</b>	<b>Delaktighet .....</b>	<b>11</b>
3.1.1	<i>Patientdelaktighet.....</i>	12
3.1.2	<i>Självbestämmanderätten och delaktighet .....</i>	14
3.1.3	<i>Patientlagen.....</i>	14
<b>4</b>	<b>Syfte och frågeställning .....</b>	<b>15</b>
<b>5</b>	<b>Metod.....</b>	<b>15</b>
5.1	Datainsamling.....	15
5.2	Induktiv innehållsanalys .....	22
5.3	Genomförande av induktiv innehållsanalys.....	23
<b>6</b>	<b>Etisk reflektion .....</b>	<b>25</b>
<b>7</b>	<b>Resultatredovisning .....</b>	<b>26</b>
7.1	Vilka faktorer påverkar den äldre patientens läkemedelsföljsamhet?.....	27
7.1.1	<i>Information och kunskap .....</i>	27
7.1.2	<i>Skapande av rutin.....</i>	30
7.1.3	<i>Läkemedelsbehandling.....</i>	31
7.1.4	<i>Tilltro.....</i>	33
7.1.5	<i>Bakgrundsfaktorer .....</i>	35
<b>8</b>	<b>Diskussion i relation till teoretisk referensram.....</b>	<b>36</b>
8.1	Ta del av och delta .....	36
8.2	Vara inkluderad .....	37
8.3	Bli accepterad och att vara engagerad inom ett livsområde .....	38
8.4	Tillgång till behövda resurser .....	39
<b>9</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>40</b>
<b>10</b>	<b>Kritisk granskning.....</b>	<b>41</b>
	<b>Källor .....</b>	<b>43</b>

## Figurer

Figur 1. Martin Molins Illustration av delaktighetsbegreppets beståndsdelar enligt ICF. Modifierad.....	13
Figur 2. Redovisning av genomförande av kategorisering.....	25
Figur 3. Presentation av de fem huvudkategorierna och dess samverkan.....	28
Figur 4. Presentation av information och kunskap samt dess icke-skyddande faktorer..	30
Figur 5. Presentation av information och kunskap samt dess skyddande faktorer.....	30
Figur 6. Presentation av skapande av rutin och dess icke skyddande faktorer.....	31
Figur 7. Presentation av skapande av rutin och dess skyddande faktorer.....	32
Figur 8. Presentation av läkemedelsbehandling och dess icke skyddande faktorer.....	33
Figur 9. Presentation av läkemedelsbehandling och dess skyddande faktorer.....	34
Figur 10. Presentation av tilltro och dess skyddande faktorer.....	35
Figur 11. Presentation av bakgrundsfaktorer och dess betydelse samt skyddande faktor.....	36

## Tabeller

Tabell 1. Redovisning för sökning av artiklar för analys.....	17-18
Tabell 2. Presentation av utvalda artiklar för resultatanalys.....	19-22

## 1 INLEDNING

Medellivslängden bland befolkningen ökar och därmed utgör de äldre en allt större och växande andel av befolkningen. (Midlöv 2005:42) Detta innebär fler äldre patienter inom vården och således ett ökat krav på kunskap om den äldre människan. Äldre människor är mer känsliga för biverkningar och effekter av läkemedel eftersom att åldrandet efter hand medför försämrade fysiologiska funktioner vilket påverkar såväl önskade och oönskade effekter av läkemedel. Med ålder följer ofta en ökad andel läkemedel vilket även ökar risker för interaktioner och biverkningar. (Midlöv 2005:41) Äldre människor löper således större risk att drabbas av vårdskador som följd av felaktig och olämplig läkemedelshantering. För att minimera risken för vårdskador i samband med läkemedelsbehandling krävs en rad åtgärder för att säkerställa medicineringssäkerheten och med den också följsamheten i läkemedelsbehandlingen. (Socialstyrelsen 2012)

Studien är gjord inom MAQ-projektet, vilket står för Medication Administration Qualification, på yrkeshögskolan Arcada. MAQ-projektets målsättning är att främja medicineringssäkerhet. (MAQ 2013) Studiens frågeställning var vilka faktorer som påverkar den äldre patientens följsamhet. Syftet med studien var att ge sjukskötaren inom vården av äldre en ökad beredskap och förståelse i att handleda patienten i hans/hennes läkemedelsbehandling. Genom denna kunskap kan vårdskador till följd av felaktig läkemedelsanvändning förebyggas både inom slutenvården och inom öppenvården. Således kan man genom denna kunskap nå en ökad säkerhet vad gäller läkemedelsbehandlingen för den äldre patienten. I studien avser äldre personer de som är 65 år och äldre. (WHO 2012) Som teoretisk referensram valdes begreppet delaktighet.

## 2 BAKGRUND

I bakgrunden presenteras och beskrivs studiens centrala begrepp följsamhet samt tidigare studier som berör läkemedelsföljsamhet bland äldre människor.



## 2.1 Följsamhet

I denna studie används begreppet följsamhet och avser enbart följsamhet vad gäller läkemedelsbehandling. Begreppet utgår från WHO's definition av begreppet följsamhet; *"Följsamhet anger i vilken grad en persons beteende – att ta medicin, följa dietråd och/eller ändra livsstil överensstämmer med överenskomna rekommendationer av vårdgivare."* (WHO 2003) Under senare år har detta begrepp kritiserats, då man menar att det ger patienten en passiv roll där hon förväntas lyda läkarens order. Man har därför ersatt compliance med begreppet adherence, då den understryker patientens rättighet till att själv välja huruvida hon vill följa läkarens ordination eller ej samt att hon inte ska klandras för utebliven följsamhet. Någon översättning för ordet adherence finns ej på svenska. (Karolinska universitetssjukhuset 2006) En annan orsak till varför begreppet compliance kritiserats är för att det ger sjukvårdens, och inte patientens, syn på problemet. Begreppet samsyn (concordance) har därför utvecklats. Det uttrycker uppnådd harmoni mellan patient och vårdgivare gällande syn på sjukdomen och dess behandling. Begreppet samsyn innebär således för vårdgivaren att fokusera på patientens förmåga, attityder och kunskaper. (Eriksson et al. 2005: 251)

Enligt Dehlin & Rundgren (2007:71) är faktorer som påverkar följsamheten biverkningar, rädsla för biverkningar, glömska eller begynnande demenssjukdom, bristande acceptans för användning av läkemedlet, bristande information från läkare gällande behandling och eventuella biverkningar, depression, isolering, stort antal läkemedel samt sväljsvårigheter. Kragh (2005:104) betonar betydelsen av tilltro för behandlaren som en grundläggande faktor till en god följsamhet.

Hos äldre personer är frågan om följsamhet komplex. Det involverar kognitiva faktorer såsom minne, problemlösning och även psykologiska faktorer såsom patientens tilltro och relation till sin behandlare. Följsamhetens komplexitet kan även påverkas av patientens ålder. (McDonald-Miszczak et al. 1999:189) Även ekonomiska aspekter, rädsla för biverkningar och självupplevda biverkningar kan ha betydelse. (Eriksson et al. 2005:251) Dock visar en stor studie, där medicinerna var subventionerade eller gratis, att den ekonomiska aspekten inte har inverkan på följsamhet. (Dehlin & Rundgren 2007:71)

En studie gjord på äldre patienter visade att en orsak till utebliven följsamhet var svårigheter att öppna läkemedelsburkar. Tio procent av personerna i undersökningen misslyckades med att öppna minst en behållare. Oförmågan till detta associerades med dålig syn, nedsatt kognitiv funktion samt nedsatt fingerfärdighet. Dessa resultat visar hur viktigt det är att förstå betydelsen av patientens funktionella kapaciteter och hur dessa påverkar förmågan att öppna läkemedelsburkar. (Fulmer et al. 2001:44)

Hos äldre patienter finns en ökad risk för dåligt följsamhet eftersom de är multisjuka och behandlas med flera läkemedel, ofta föreskrivet av flera olika läkare. De allmänna riktlinjerna i läkemedelsbehandlingen av äldre patienter är vanligtvis så få läkemedel som möjligt. Trots detta får de äldre patienterna allt fler läkemedel. (Esposito 1995:935) Äldre personer kan ha så mycket som upp till fem till tio olika läkemedel per dag i behandlingen av flera sjukdomar samtidigt vilket ökar risken för utebliven följsamhet. (Fulmer et al. 2001:43) Kroniska sjukdomar och dess läkemedelsbehandling missförstås ofta av patienter då kunskap om sjukdom och läkemedelsbehandling är bristfällig. Man har i en studie funnit att nitroglycerin misstogs av patienter för att vara en värktablet. (Cargill 1992:422) Patienter som fått information och utbildning av farmaceuter om sina läkemedel och om läkemedelsbehandlingen har en bättre följsamhet än de patienter som ej fått information och utbildning. Även färdigförpackade dospåsar ökar följsamheten hos äldre patienter. (Lee et al. 2006)

Följsamheten bland de patienter vilka har sjukdom med måttlig eller stor risk för död är dålig. Hälften av patienter med kronisk sjukdom följer läkarens rekommendationer vad gäller läkemedelsintag. Detta är oberoende av sjukdom, behandling och ålder. Följsamheten är ofta låg vid långa behandlingar som används för att förebygga sjukdom. (Dehlin & Rundgren 2007:70–71) Utebliven följsamhet har negativa effekter på både individnivå och samhällsnivå. Dålig följsamhet orsakar 8-10 procent av alla intagningar på sjukhus, orsakar 25 procent av alla akuta inläggningar av patienter över 65 år och utgör 10-15 procent av all intensivvård. Dessutom leder dålig följsamhet till en försämrad livskvalitet för individen. Man har föreslagit gemensamma mål för vårdpersonal och farmaceuter för att förbättra läkemedelsföljsamheten. Dessa mål är att se patienten som en partner och att låta patienten aktivt vara delaktig i sin behandling. Ta reda på patientens erfarenhet och inställning till sin sjukdom och dess behandling. Säkerställa att pati-

enten vet varför och hur de ordinerade läkemedlen skall användas. Samarbete professionerna emellan genom att skapa en förståelse för varandras roller, samarbeta och använda varandras kompetens för att på så sätt stärka patientens aktiva del i behandlingen. (Eriksson et al. 2005:250)

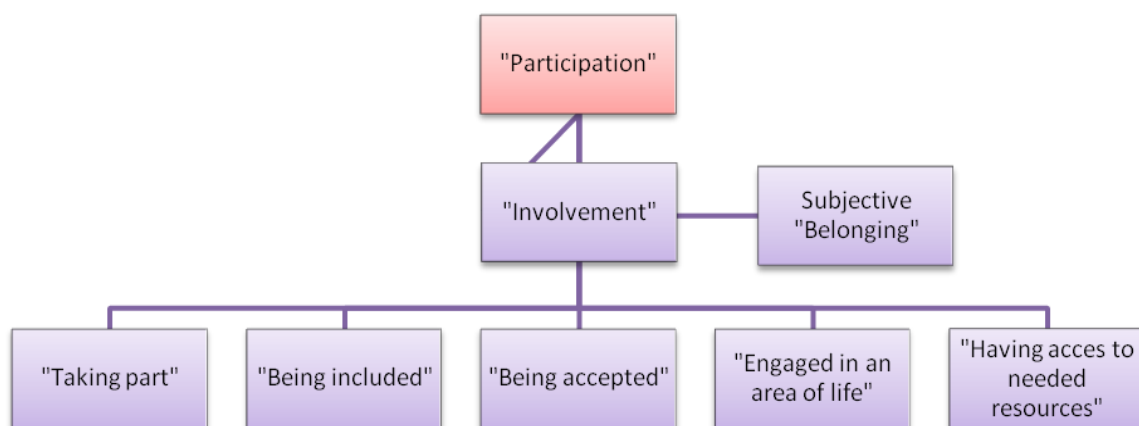
I en studie som genomförts inom hjärtsjukvården i Sverige steg det fram att följsamheten till vårdens råd blev bättre då vårdaren i en dialog tillsammans med patienten kom överens om villkoren för den fortsatta behandlingen. En faktor som ökar följsamhet är när man tar hänsyn till hur patienten själv upplever sig ha kunskap om sin sjukdom och situation. Bristande följsamhet kan bero på att patienten inte fått tillräckligt med information från vården för att känna sig övertygad om att behandlingen hjälper. Patienten har då gjort egna överväganden och kommit fram till att göra på sitt eget sätt. (Se Larsson et al. 2008:132–133)

### 3 DELAKTIGHET

Som teoretisk referensram valdes begreppet delaktighet. Enligt Svenska akademiens ordblista betyder ”delaktig” *har del i något och inblandad*. (SAOL 2013) Enligt Nationalencyklopedin betyder ”delaktighet” *medverkan, känslan av att vara till nytta, ha medinflytande*. (NE 2013) Synonym till ordet delaktighet är engelskans participation. (Molin 2004:66) I ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) används ordet delaktighet enligt följande betydelse: *”En individs engagemang i livssituationer i förhållande till hälsoförhållanden, kroppsfunktioner och kroppens struktur, aktiviteter och faktorer i omgivningen”*. (Molin 2004:65)

I figur 1 nedan illustreras komponenterna i definitionen av delaktighetsbegreppet i ICF. Delaktighet beskrivs som engagemang (”involvement”), därefter ges förslag på vad som definierar engagemang. Delta eller att ta del av (”taking part of”), att vara inkluderad (”being included”), att vara accepterad (”being accepted”), att vara engagerad inom ett livsområde (”engaged in an area of life”) att ha tillgång till behövda resurser (”having access to needed resources”). Molin lyfter även fram ytterligare en aspekt av engagemang; den subjektiva erfarenheten av engagemang, här kallad ”belonging”. Delaktighet

kräver vissa förutsättningar, både från individen själv och från omgivningen. Individen måste ha viljan och förmåga till delaktighet, samtidigt som tillgänglighet och tillfälle till delaktighet måste finnas. Delaktighet bör således beskrivas som ett samspel mellan individen och dennes omgivning. (Molin 2004:78) Molin (2004:67) lyfter även fram vad som krävs för att engagemang ska finnas. Individen är engagerad i verksamheten, om och endast om individen är medveten om verksamheten, individen har tillgång till verksamheten, är emotionellt intresserad av verksamheten och att individens och verksamhetens intentioner finns vid samma tidpunkt.



Figur 1. Illustration av delaktighetsbegreppets beståndsdelar enligt ICF. (Molin 2004:66) Modifierad

### 3.1.1 Patientdelaktighet

Redan år 1978 uppmärksammades patientdelaktighet av World Health Organisation (WHO) i Alma-Ata deklARATIONEN (WHO 1978) I WHO:s klassifikation för funktionsstillstånd, funktionshinder och hälsa, ICF, beskrivs delaktighet som ett centralt begrepp. ICF, som är en förkortning för "International Classification of Functioning, Disability and Health" antogs år 2001. (Björck-Åkesson & Granlund 2004:29) förhoppningen är att ICF ska bli accepterad i alla länder i hela världen, för att användas som ett instrument för att främja hälsa och delaktighet. Den är avsedd att vara förenlig med WHO:s övriga klassifikationer och är dessutom avsedd att kunna tillämpas på en rad olika sam-

hällsområden. Dokumenten redogör för individens rättigheter och skyldigheter att delta i planeringen och genomförandet av sin vård. (ICF 2001)

Sahlsten et al. (2008:6) föreslår definitionen av patientdelaktighet i vården enligt följande; sjukskötaren och patienten upprättar en relation där sjukskötaren avstår viss makt och kontroll. Det sker ett utbyte av meningsfull information och kunskap mellan patient och sjukskötare. För både de fysiska och/eller intellektuella aktiviteterna förutsätts ett aktivt och gemensamt engagemang. Studier visar att det finns ett stort behov för patientens delaktighet i vården, men att den är dåligt tillgodosedd. (Larsson et al. 2008:104) Det sker förändringar i förhållandet mellan patient och vårdgivare. Den yngre generationen som alltmer börjar ersätta den tålmodige och anspråkslösa äldre generationen är ifrågasättande, nyfikna och kunniga. De har tillgång till egna kanaler var de kan söka information och kunskap, och de ställer allt högre krav på att få ha inflytande och information om sin egen behandling. De förväntas vara aktiva och självständiga. (Lagerdahl 2008:12) Utveckling gällande den medicinska utvecklingen ställer allt högre krav på utbyte av information och att patientens delaktighet ökar. (Larsson et al. 2008:14)

En enkätundersökning med över 6000 deltagare genomfördes i Örebro, Sverige år 2006, där man tog upp frågor om bland annat vårdens tillgänglighet, delaktighet, bemötande, information, patientinflytande, dialog samt information. Resultatet visade att man som patient önskade en högre grad av delaktighet i sin vård och behandling, mer information om hur man själv kan vara delaktig i sin vård för att uppnå ett bra behandlingsresultat samt information om läkemedel, dess biverkningar samt hur läkemedel ska tas. (Se Larsson et al. 2008:25)

I en studie där man undersökte hur patienten och vårdpersonal på en akutmottagning ser på patientdelaktighet framkom att för att gemensamt uppnå delaktighet krävdes vissa goda förutsättningar. Dessa var ömsesidigt samspel mellan vårdare och patient, tid och respekt. För att uppnå delaktighet krävdes vilja till detta från vårdarens sida. Patienter upplevde delaktighet då de blev sedda för att få bekräftat att de inte var bortglömda, delgavs information och då vårdaren uppmärksammade och tillfredställde grundläggande behov. Delaktighet uppnåddes då patienten blev mött som en person, istället för ett

sjukdomstillstånd och då det uppstod en ömsesidig dialog mellan vårdare och patient. Då patienten inte upplevde sig ges möjlighet att vara delaktig i vårdprocessen togs vissa strategier till såsom försök till kontakt, ifrågasättande samt att ta hjälp av anhörig. Då patienten inte gavs möjlighet till att vara delaktig kunde denne känna rädsla, ovisshet och osäkerhet. (Frank 2010:36) En annan studie gav liknande resultat; patienten ville bli hörd och att man tog deras kunskap och erfarenheter på allvar. Studien visade att sjuksköterskan hade en annan syn på delaktighet. De ansåg att delaktighet var när patienten fått nödvändig information om läkemedel och vårdplan, och sedan gör som de blir tillsagda. (Se Larsson et al. 2008:104)

### **3.1.2 Självbestämmanderätten och delaktighet**

Självbestämmanderätten i vården skulle kunna översättas med medbestämmande och delaktighet menar Sarvimäki & Stenbock-Hult (2008:134). Självbestämmanderätten är begränsad i den mån att patienten inte har rätt att välja vilka vårdformer som helst. Patienten har rätt att själv bestämma över sitt liv såvida detta inte skadar eller inkräktar på andras självbestämmanderätt. Därför skulle självbestämmanderätten i vården istället kunna uttryckas som rätt till delaktighet och medbestämmande gällande den egna livssituationen och vården. Man skulle kunna dela upp detta enligt tre kategorier; *emotionell delaktighet* vilket innebär en känsla av att vara värdefull och viktig, *intellektuell delaktighet* vilket innebär att man får information, blir hörd och förstådd, samt *social delaktighet* där man är en del i ett socialt sammanhang och blir bemött med respekt. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008:134)

### **3.1.3 Patientlagen**

Självbestämmanderätten är lagstadgad. I Sverige i Hälso- och sjukvårdslag år 1982 (Riksdagen 2012), i Finland i lagen om patientens ställning och rättigheter år 1992 (Finlex 2013) Den nya, såkallade åldringlagen träder i kraft den 1.7.2013. I den är målen bland annat att främja den äldre människans förmåga till delaktighet och förmåga att själv ha möjlighet att påverka innehållet i de social- och hälsovårdstjänster som ordnas för denne samt att främja den äldre hälsa och välbefinnande och (Finlex 2012)

## 4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med denna studie var att ge sjukskötaren inom vården av äldre en ökad beredskap och förståelse i att handleda patienten i hans/hennes läkemedelsbehandling.

Frågeställningen var:

*Vilka faktorer påverkar den äldre patientens läkemedelsföljsamhet?*

## 5 METOD

Denna studie är en kvalitativ litteraturstudie med en innehållsanalys med induktiv ansats. Detta kapitel beskriver vad en kvalitativ litteraturstudie är, presenterar hur datainsamlingen skett samt resultatet av denna. Därefter följer en beskrivning av analysmetoden samt hur den har tillämpats.

Insamling av kvalitativ data kan även kallas för en öppen metod, där man försöker styra den inkommande informationen så lite som möjligt. Eventuell strukturering av information sker först då all data samlats in. Det är således inte undersökarens förutfattade meningar och frågor som styr informationen som samlas in. (Jacobsen 2007:50) Kvalitativ analys innebär alltid att man inleder med att samla in rådata, vilka på ett eller annat sätt måste struktureras och således innebär en uppdelning av helheten i enskilda beståndsdelar. Man försöker sedan se på delarna i bakgrund mot helheten genom att jämföra insamlad data såsom vetenskapliga artiklar och undersöka vad de har gemensamt och vad som skiljer dem åt. (Jacobsen 2007:135) Utmärkande för en kvalitativ metod är riklig information med få undersökningsenheter där man försöker analysera på djupet och beskriver samt söker förståelse för det undersökta. Man är intresserad av det säregna, unika eller eventuellt avvikande samt för sammanhang och strukturer. (Holme & Solvang 1997:79)

### 5.1 Datainsamling

För att få fram relevanta artiklar för att besvara frågeställningarna i resultatredovisningen utfördes sökningar i olika databaser. De databaser som användes var Cinahl, Pub-

Med, Medline (Ovid), Google Scholar och Academic search elite EBSCO. Sökningen utfördes vid fem olika tillfällen under hösten och vintern 2012. Sökningarna som gjordes ses i tabell 1. Fler sökningar har gjorts än de som redovisas i tabellen, men då de antingen gav noll antal träffar eller ej innehöll artiklar som valdes har skribenten valt att ej redovisa dessa sökningar. Manuella sökningar i Google Scholar på författarens namn har utförts i februari 2013.

Sökorden som användes var; ”medication compliance”, ”compliance”, ”medication adherence”, ”adherence”, ”medication”, ”patient participation”, ”outpatient”, ”older people”, ”elderly”, ”elder”, ”nursing”, ”medication errors”. Dessa användes i olika kombinationer. De första sökningarna gjordes utan krav på fulltext, men då det visade sig vara svårt att få tag på de artiklar som saknades i fulltext valde skribenten att göra den sista sökningen med avgränsning för fulltext, för att på så sätt få tillräckligt med material för analysen. Då antal artiklar som kom upp i sökningarna var relativt få, valde skribenten att ej i detta skede använda exklusionskriterier. Då artiklarna började läsas igenom exkluderades dock de artiklar som berörde psykiatriska patienter samt patienter med demenssjukdom. Sökningarna har enbart gjorts på engelska. Avgränsning av årtal vid sökning för artiklarna var till en början 2006-2012, men då detta gav för få resultat ändrades avgränsningen till 2000-2012. Begränsning av land eller världsdel har ej gjorts, då skribenten ansett att faktorer som påverkar läkemedelsföljsamhet är relevant oavsett världsdel där forskningen utförts samt att faktorerna som påverkar torde vara desamma. Redovisningen för sökning av artiklar för analys presenteras nedan, i tabell 1.

*Tabell 1. Redovisning för sökning av artiklar för analys*

Databas	Sökord	Datum för sökning	Avgränsning	Antal träffar	Antal valda artiklar
Cinahl	Compliance AND nursing AND elderly	18.09.12	2006-2012  Peer reviewed	46	2
Cinahl	Medication compliance AND nursing AND elderly	21.09.12	2005-2012  Peer reviewed	18	4



<b>Databas</b>	<b>Sökord</b>	<b>Datum för sökning</b>	<b>Avgränsning</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Antal valda artiklar</b>
Cinahl	Medication errors AND nursing AND elderly	21.09.12	2005-2012 Peer reviewed	4	2
Cinahl	Older people AND medication AND compliance	21.09.12	2006-2012 Peer reviewed	4	1
Cinahl	Elderly AND adherence AND medication	21.09.12	2006-2012 Peer reviewed Outpatients	7	3
PubMed	Compliance AND elderly AND nursing	23.09.12	2007-2012 Peer reviewed Fulltext	171	1
PubMed	Compliance AND elderly AND medication AND outpatient	23.09.12	2006-2012 Peer reviewed 65+	13	1
Cinahl	Medication AND adherence	24.09.12	2006-2012 Peer reviewed 65+	11	1
Medline (Ovid)	Medication AND adherence AND elder	24.09.12	2006-2012 Peer reviewed	9	3
Academic search elite EBSCO	Patient participation AND older people	18.12.12	2003-2012 Peer reviewed Free full text	8	3
Academic search elite EBSCO	Medication compliance AND older people	18.12.12	2000-2008 Peer reviewed Free full text	9	2
Academic search elite EBSCO	Medication adherence AND older people	18.12.12	2000-2008 Peer reviewed Free full text	13	1

Abstrakten från de 24 utvalda vetenskapliga artiklarna lästes igenom. Av dessa 24 artiklar exkluderades först sju artiklar då de dels ej ansågs vara relevanta för studien, och dels ej gick att få tag på i full text. De återstående 16 artiklarna lästes igenom. Sex artiklar valdes till resultatanalys. De artiklar som exkluderades ansågs antingen sakna relevans för denna studie och besvarade ej forskningsfrågorna, eller behandlade psykiatriska patienter samt patienter med demenssjukdomar vilket skribenten inte hade för avsikt att inkludera i studien. Ytterligare tre artiklar lades till för resultatanalysen efter att en manuell sökning på författarnas namn gjorts. Detta då material för analys ej var tillräcklig med enbart sex artiklar. Således användes nio artiklar för analysen. Den manuella sökningen skedde i Google Scholar i februari 2013 och syns ej med i tabell 1. För innehållsanalysen valdes nio artiklar ut. Dessa artiklar var de som ansågs bäst besvara frågeställningen. Artiklarna är gjorda mellan år 2001 och 2008 och de har gjorts i åtta olika länder; Australien, Danmark, Nederländerna, Frankrike, Finland, England, Kina och USA. I tabell 2 presenteras data, syfte, metod och resultat för artiklarna som använts för analysen.

*Tabell 2. Presentation av utvalda artiklar för resultatanalys.*

<b>Data</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Resultat</b>
Belcher, Vernee N. et al. 2005, <i>Views of older adults on patient participation in medication-related decision making</i> . USA	Undersöka den äldre patientens syn på att aktivt delta i valet av läkemedelsbehandling.	Kvalitativ intervjustudie.	Faktorer som ansågs underlätta eller hindra patienten från att delta var kommunikation, antal läkemedel samt antal läkare som förskrev läkemedlen.

<b>Data</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Resultat</b>
van der Wal Martje H.L et al. 2005, <i>Compliance in heart failure pa- tients: the im- portance of knowledge and be- liefs.</i> Nederländerna	Undersöka alla di- mensioner av följ- samhet och dess relaterade faktorer gällande hjärt- sviktspatienter.	Kohortstudie med enkätundersökning.	För att förbättra följsamhet krävs större kunskap och ett annat förhåll- ningssätt med hjälp av mer patientut- bildning och råd- givning.
Hervé C. et al. 2004, <i>Age and med- ication acceptance.</i> Frankrike	Undersöka ålderns inverkan och upple- velse av tre bety- dande faktorer vilka är kända att påverka hos yngre personer; allvarlighetsgrad av sjukdom, utsträck- ning av möjliga bi- verkningar samt grad av tillit till be- handlande läkare.	Enkätstudie.	Bland de äldre del- tagarna ledde en hög tillit till be- handlande läkare till en högre acceptans nästan helt obero- ende av allvarlig- hetsgrad i sjukdom samt möjliga bi- verkningar av lä- kemedel.
Lam PW. et al. 2007. <i>Drug non- adherence and as- sociated risk factors among Chinese ger- iatric patients on Hong Kong.</i> Kina	Undersöka preva- lensen av läkeme- delsföljsamhet bland kinesiska äld- re personer och dess associerade riskfak- torer.	Tvärsnittsstudie.	Riskfaktorerna för utebliven följsam- het var självuppleda biverkningar, an- vändande av respi- ratoriska läkemedel, komplicerade läke- medelsbehandling- ar, att behöva dela på tabletter.

<b>Data</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Resultat</b>
Swanlund, S. 2008, <i>Keys to successful self-management of medications</i> . USA	Undersöka hur äldre personer boendes hemma klarar av att följa sin läkemedelsbehandling.	Enkätstudie.	Att ha rutiner i vardagen för att säkerställa läkemedelsföljksamheten var det som starkast kom fram i studiens resultat.
Barat, I. 2001, <i>Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do</i> . Danmark.	Undersöka läkemedelsföljksamheten bland äldre personer boendes i hemmet, uppskatta deras kunskap om sina läkemedel samt att identifiera områden där interventioner behövs.	Tvärsnittsstudie.	Patientens kunskap gällande sina läkemedel hade en positiv inverkan på följksamheten. Tre eller fler läkemedel per dag hade en negativ inverkan på följksamheten. Ensamboende personer hade sämre följksamhet.
Ross, S. et al. 2004, <i>Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs</i> . England	Beskriva hjärtsviktpatienters uppfattningar om deras sjukdom och medicinering, samt undersöka om deras uppfattningar påverkar följksamheten gällande hjärtsviktsmedicinering.	Enkätstudie.	Patienter som uppfattar medicineringen som nödvändig har högre grad av följksamhet. Andra viktiga faktorer var ålder, emotionell respons till sjukdom och tron på att själv kunna kontrollera sjukdomen.

<b>Data</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Resultat</b>
Johnson, G. et al. 2005, <i>Factors associated with medication nonadherence in patients with COPD</i> . Australien	Identifiera de faktorer som inverkar på läkemedelsföljsamheten hos patienter med COPD samt jämföra hälsoupplevelser, erfarenhet och beteenden hos de patienter som anger hög grad av följsamhet mot de som anger medelhög grad av följsamhet.	Tvärsnittsstudie med enkätundersökning.	Faktorer som påverkade grad av följsamhet var skillnader i kunskap gällande sjukdom och behandling, tilltro till och nöjdaktighet med behandling och läkare samt om oro över behandling fanns. Betydande oberoende variabler som framkom var förvirring över medicinering samt att patienten själv ändrade dos beroende på mån- de.
Lumme-Sandt, K. & Virtanen, P. 2002, <i>Older people in the field of medication</i> . Finland	Undersöka hur äldre personer konstruerar sig själva som användare av läkemedel och vilka faktorer i läkemedelsbehandlingen som anses viktiga ur patientens perspektiv.	Analys av gruppdiskussion.	Det mest framstående tema som steg fram var behovet av att få vara oberoende av andra och upplevelsen av det egna ansvaret gällande medicinintaget.

## 5.2 Induktiv innehållsanalys

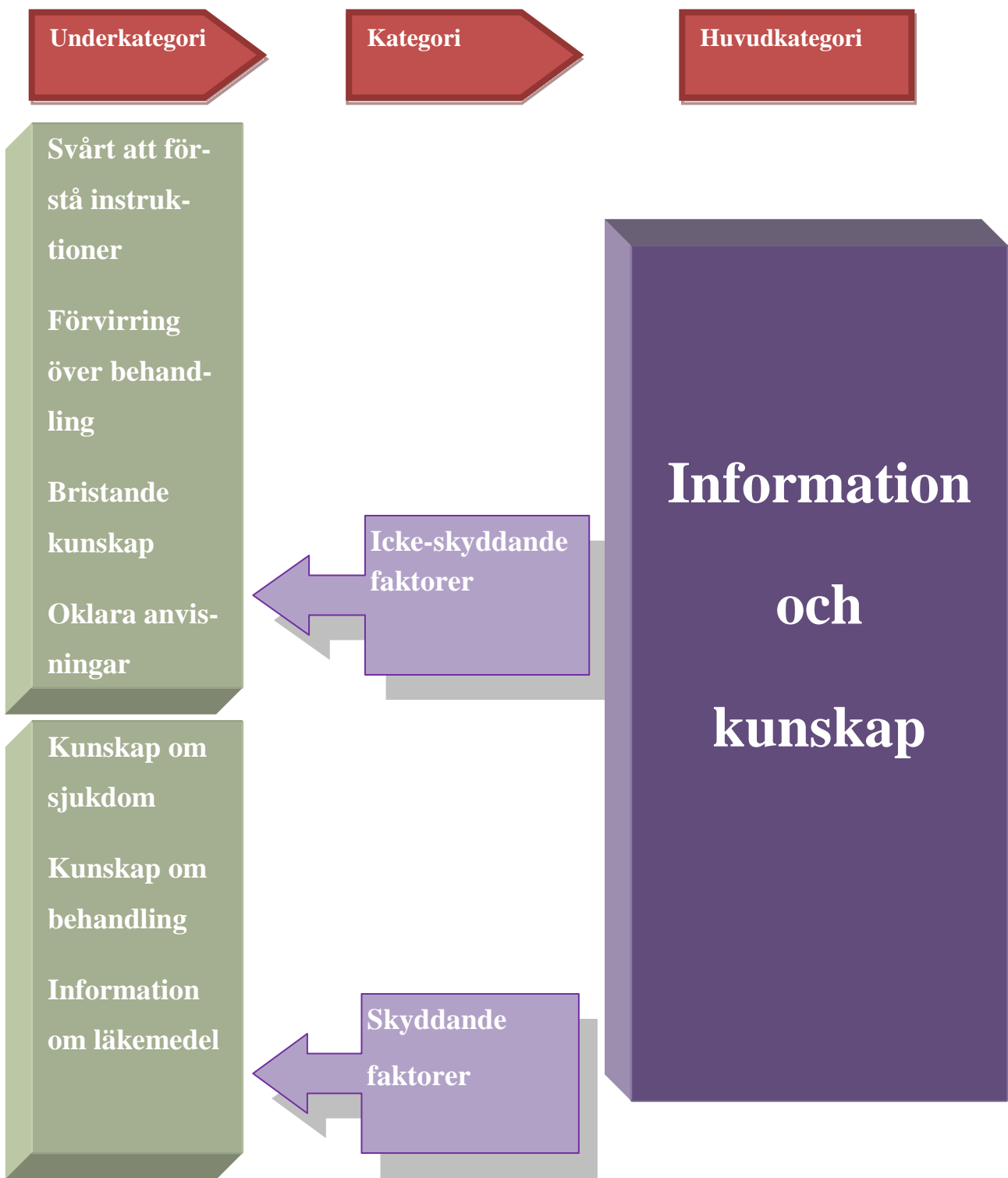
En innehållsanalys innefattar analys av skriftligt material, tidningsartiklar, böcker eller material som från början framställts som muntligt och sedan skrivits ned. Man använder oftast material som producerats för andra syften än forskning, även fast material som framställts direkt för forskningsändamål förekommer i innehållsanalyser. (Carlsson 1997:85) Tillvägagångssättet vid en innehållsanalys i fråga om problemformulering, problemanalys, avgränsning vid frågeställning och hypoteser, samt krav på validitet och reliabilitet skiljer sig inte från proceduren vid andra metoder. Det utmärkande för en innehållsanalys som metod är materialet, vilket indelas i kategorier för att sedan analyseras. Kategorierna måste vara meningsfulla och uttömmande i förhållande till undersökningsproblemet, samt skall uppfylla kravet på att inga iakttagelser skall kunna föras till fler än en kategori. (Carlsson 1997:85)

Enligt Eriksson (1992:111) arbetar man inom humanvetenskapen med kategorier som inte på förhand är definierade, utan som efterhand växer fram då data behandlas. Denna typ av öppna kategoribildning utgår dock alltid från någon form av fördomar och förståelse av verkligheten. Kategoribildningen är beroende av om syftet med studien är att förklara eller beskriva ett fenomen. Jacobsen (2007:140) säger att kategoriseringen har flera syften. Bland annat att förenkla data som är komplicerade, detaljerade och omfattande. Utifrån vissa kriterier förs ord, meningar och texter samman till en kategori. Kategorisering är också en förutsättning för att kunna jämföra texter som härstammar från olika texter eller intervjuer. Det induktiva förhållningssättet innebär en öppen metod, vilket betyder att den kvalitativa metodens datainsamling präglas av öppenhet. (Jacobsen 2007:140) Undersökaren försöker således att i så liten mån som möjligt styra den data som samlas in. Processen går i tre steg där det första steget är problemformulering. Sedan sker insamling av data och till sist analys samt kategorisering och strukturering av insamlad data. (Jacobsen 2007:49)

### 5.3 Genomförande av induktiv innehållsanalys

Materialet har lästs igenom ett flertal gånger. Understrykningspenna har använts för att markera relevant information som besvarar frågeställningen. I ett separat häfte har ofta förekommande ord och meningar antecknats. Dessa har bildat underkategorierna ur vilka huvudkategorierna bearbetats fram. Ur underkategorierna steg även fram två kategorier; icke-skyddande faktorer samt skyddande faktorer. Med icke-skyddande faktorer menas sådana faktorer som ökar risken för utebliven eller dålig följsamhet, medan den skyddande faktorn innebar sådana faktorer som främjade och bibehöll god följsamhet. I figur 2 presenteras hur kategoriseringen gått genomförts. Som exempel valdes huvudkategorin information och kunskap.

Huvudkategorierna var fem stycken; *Information och kunskap*, *skapande av rutin*, *läkemedelsbehandling*, *tilltro* och *bakgrundsfaktorer*. Dessa huvudkategorier bildades av ett flertal underkategorier vilka var ord och meningar som ofta förekom. Dessa underkategorier var; svårt att förstå instruktioner, komplicerad läkemedelsbehandling, oklara anvisningar, förvirring över behandling, kostnader, självupplevda biverkningar, oro för eventuella biverkningar, bristande kunskap, depression, brister i vardagliga rutiner, antal läkemedel/antal ggr/dygn, antal förskrivare. Denna grupp underkategorier kunde delas in under kategorin *icke-skyddande faktorer*. Den andra kategorin, *skyddande faktorer*, bestod av följande underkategorier: tilltro till läkare, tilltro till behandling, tilltro till sig själv och den egna förmågan att påverka sjukdom, skapa system, rutin, förvaring av läkemedel, dosetter, förenkling, ordnat levnadssätt, nöjaktighet, acceptans, kunskap om sjukdom, kunskap om läkemedelsbehandling samt information om läkemedel. Genom resultatet ville man få svar på vilka faktorer som påverkar den äldres följsamhet.



Figur 2. Redovisning av genomförande av kategorisering.



## 6 ETISK REFLEKTION

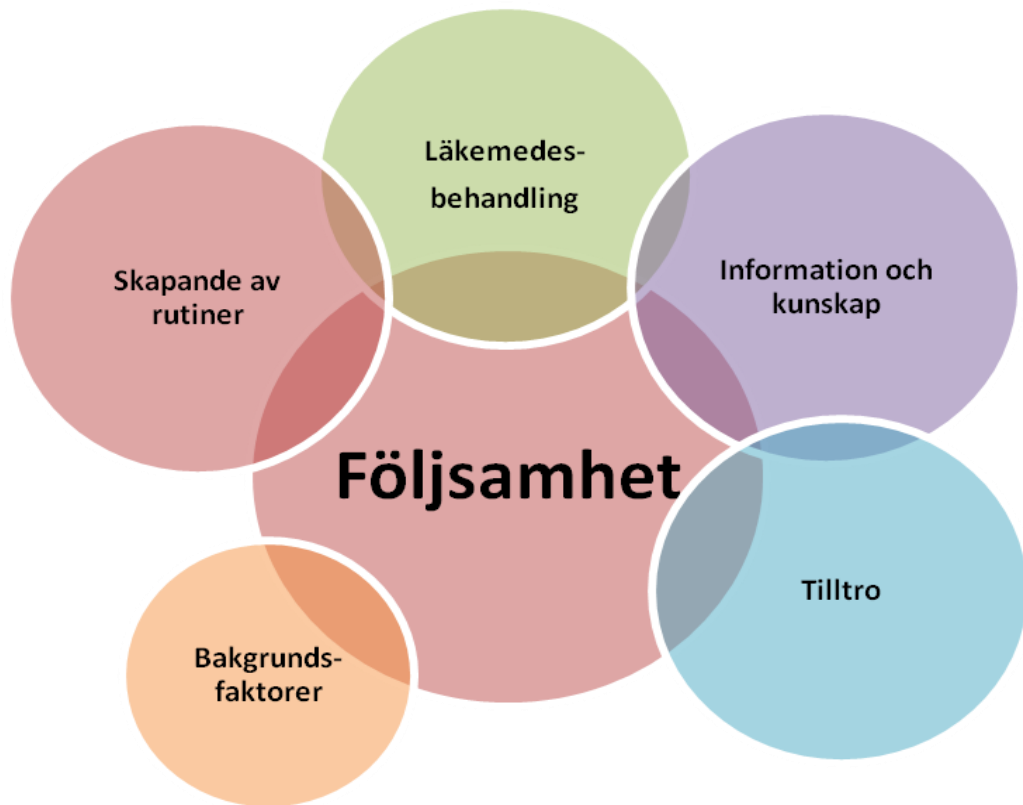
All form av vetenskaplig forskning skall bedrivas enligt etiska riktlinjer. Forskningen är etiskt godtagbar och tillförlitlig, och resultaten är trovärdiga enbart om forskningen bedrivs i enlighet med god vetenskaplig praxis. (Forskningsetiska delegationen 2012) Detta innebär att man skall beakta ärlighet, vara grundlig och iaktta noggrannhet i dokumenteringen, undersökningen samt i presentationen av resultaten. Man skall även tillämpa sådana metoder som är förenliga med de gällande kriterierna för forsknings- och utvecklingsarbete. Studien skall även ta hänsyn till de etiska riktlinjerna inom det egna yrkesområdet. (Arcada 2012) Enligt Jacobsen (2007:27) och Carlsson (1997:59) är forskare skyldiga att återge en fullständig och sanningsenlig presentation av sin forskning, vilket således innebär att ej förfalska data och resultat. Till detta hör även att på ett korrekt och fullständigt sätt återge de källor som använts. (Carlsson 1997:59) Hela undersökningsprocessen skall präglas av väl gjorda etiska överväganden. Data skall presenteras på ett fullständigt sätt då det anses viktigt för att ett resultat ska bli förståeligt. Öppenhet, i den betydelsen att man så långt som möjligt beskriver hur undersökningsprocessen utförts är ett absolut krav på forskningen. (Jacobsen 2007:27) I sin egen forskning och i publiceringen av resultaten skall forskarna ta hänsyn till andra forskares arbete och resultat genom att hänvisa till deras publikationer på ett korrekt sätt så att deras arbete respekteras. Datasamlings-, undersöknings- och bedömningsmetoder som är förenliga med kriterierna för vetenskaplig forskning och är etiskt hållbara skall tillämpas. (Forskningsetiska delegationen 2012)

En undersöknings totala validitet bestäms av tre faktorer, vilka är nära sammankopplade med varandra. Den första är reliabiliteten som beror på hur väl man genomfört undersökningen. Det kan handla om att man antecknat fel, ställt ledande frågor i en intervju eller gjort felaktiga analyser. Den andra faktorn är den interna validiteten, vilken handlar om två viktiga omständigheter. Har man mätt det man avsett mäta och har man underlag för de resultat man dragit? Den tredje faktorn handlar om den externa validiteten, vilken syftar till i hur stor utsträckning det går att generalisera resultaten. Dessa tre faktorer avgör tillsammans hur pass bra och tillförlitlig en undersökning är och utgör tillsammans undersökningens totala validitet. (Jacobsen 2007:304–305)

Studien följer god vetenskaplig praxis genom att skribenten under hela undersökningsprocessen och i dokumentering samt presentation av resultat varit ärlig, noggrann och omsorgsfull, för att få fram ett objektiva och tillförlitligt resultat. Resultaten i studien analyseras objektiva och redovisas sanningsenligt. Litteraturen och det insamlade materialet har granskats och behandlats med respekt till respektive författare och forskare. Källhänvisningar samt citat har kontrollerats. (Forskningsetiska delegationen 2012) Texten och upplägget av studien, samt redovisningen av källor följer Arcadas skrivguide 2009.

## 7 RESULTATREDOVISNING

Resultatet omfattar fem huvudkategorier; Information och kunskap, tilltro, skapande av rutiner, läkemedelsbehandling och bakgrundsfaktorer. Dessa presenteras utgående från frågeställningen. Huvudkategorierna bildades genom underkategorier och flera underkategorier kunde tillsammans bilda en huvudkategori. Detta presenteras i figur 2, där huvudkategorin *information och kunskap* används som exempel. Huvudkategorierna bildar en helhet där varje komponent är beroende av och inverkar på den andra, vilket redovisas i figur 3. I denna studie visade resultatet att huvudkategorin bakgrundsfaktorer kunde ha en inverkan, men inte nödvändigtvis. Den ligger därför en bit utanför de andra huvudkategorierna.



Figur 3. Presentation av de fem huvudkategorierna och dess samverkan.

## 7.1 Vilka faktorer påverkar den äldre patientens läkemedelsföljksamhet?

Nedan presenteras resultaten enligt huvudkategorierna. De fem huvudkategorierna var information och kunskap, skapande av rutin, läkemedelsbehandling, tilltro och bakgrunds-faktorer. Underkategorierna kunde delas in i två kategorier. Dessa två kategorier var icke skyddande och skyddande faktorer.

### 7.1.1 Information och kunskap

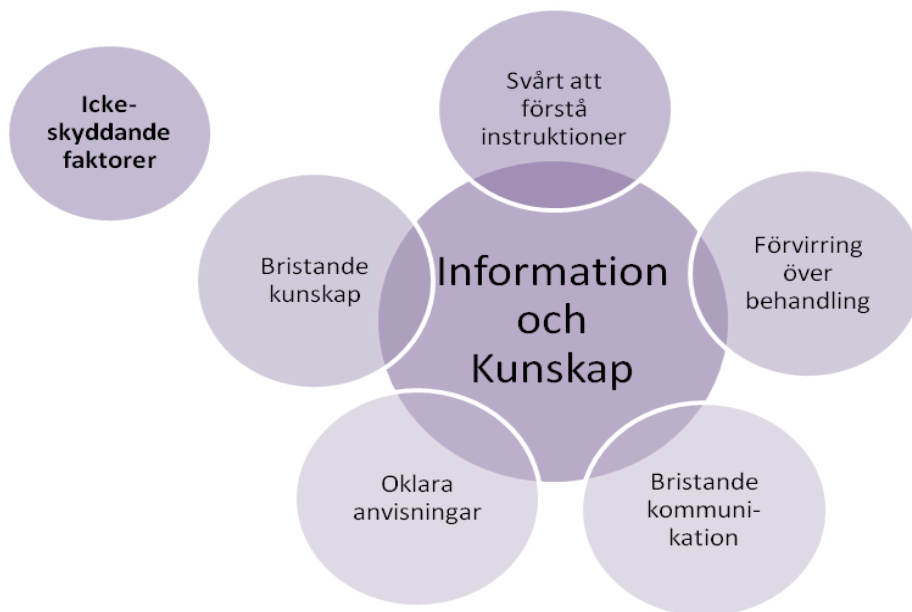
Liten kunskap om biverkningar, risker för toxicitet och risker vid utebliven dos hade en icke-skyddande effekt på följksamhet. Likaså var det en icke-skyddande faktor att ej ha kunskap i syftet med behandlingen. I en studie undersökte man bland annat äldres kunskap gällande deras läkemedel. I studien framkom att 64 % av männen och 57 % av kvinnorna kände till syftet med behandlingen vad gällde 75 % av deras läkemedel, 21 %

förstod innebörd och konsekvens av att hoppa över en dos eller ett läkemedel. Kunskaper gällande biverkningar hade 4 % av de undersökta, och 5 % hade kunskap gällande toxicitet. Ingen visste något om läkemedelsinteraktioner. (Barat et al. 2001:619-21) Enligt van der Wal et al. (2005:437) hade patienterna med goda kunskaper gällande betydelsen av daglig vikt och vätskerestriktion vid hjärtsvikt en bra följsamhet. Dock framkom att många av deltagarna saknade kunskaper i behandlingen av hjärtsvikt helt, och visste inte vad den bestod av. Även Johnson et al. (2005:3201) studie visar att patienter som hade kunskap om sin medicinering även hade större förståelse för sin sjukdom. De patienter som även kände till alternativ för behandling av sin sjukdom hade högre grad av följsamhet. De hade även en större tilltro till att nuvarande behandling skulle hålla sjukdomen i kontroll. När patienten hade kunskap om läkemedel som ordinerades, fanns också möjlighet att aktivt ta egna beslut huruvida man ville ta läkemedlet eller inte vilket ökade upplevelsen av att vara en självständig individ. (Lumme-Sandt & Virtanen 2002:298) De skyddande faktorerna presenteras i figur 5, där man ser att information och kunskap om sjukdom och behandling enligt min analys var betydande skyddande faktorer vad gällde följsamhet.

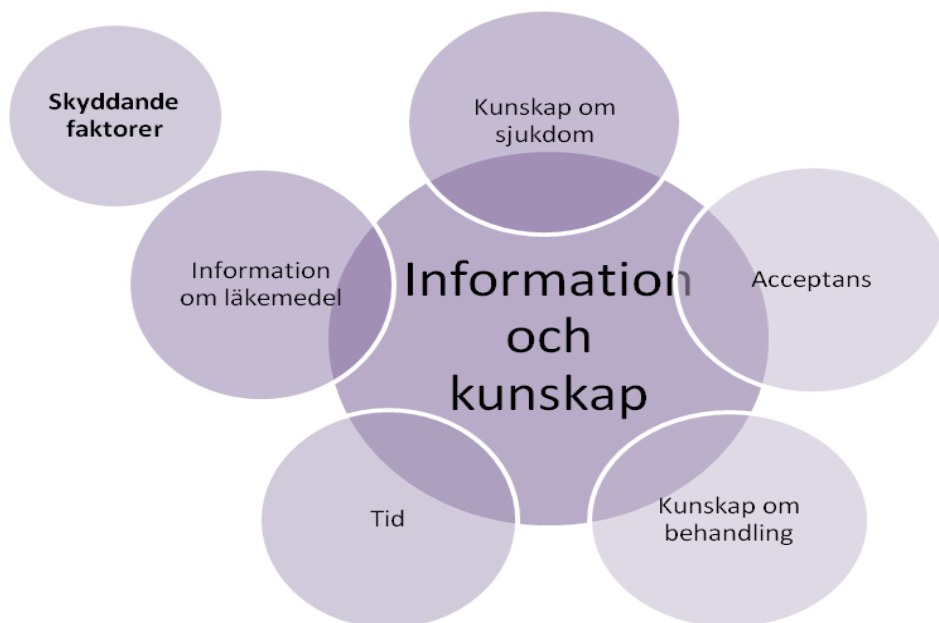
Skillnader i avsiktlig och oavsiktlig följsamhet var enligt Johnson et al. (2005:3202) beroende av patientens kunskap gällande medicineringen. Patienter med bristfällig information om behandlingens syfte och om konsekvenser i att utelämna doser hade sämre följsamhet (Barat et. al 2001:621) Enligt Johnson et al. (2005:3200) var förvirring över behandlingen en betydande och oberoende faktor till varför följsamheten påverkades negativt. Studien belyser behovet av att läkare spenderar mer tid med sina patienter, särskilt de vilka har flera av de icke-skyddande faktorer för följsamhet. Även betydelsen av att ge patienten tid kom fram i analysen, vilket ses i figur 5.

I Lumme-Sandt & Virtanens (2002:295) framkom att även om patienten litade på och hade god kontakt med den behandlande läkaren, hämtade denne information om sina läkemedel på egen hand. Man ansåg att det slutgiltiga ansvaret låg hos en själv, inte hos läkaren. I en studie framkom att när patienter upplevde läkaren som att denne inte brydde sig eller var självupptagen, undvek man att ställa frågor. Deltagarna uppgav också att kommunikationen kunde vara ett hinder. Som exempel uppgav man då läkaren använde

svår terminologi, ej gav tillräcklig information och inte gav patienten utrymme att ställa frågor. (Belcher et al. 2005:301) De icke-skyddande faktorerna presenteras i figur 4.



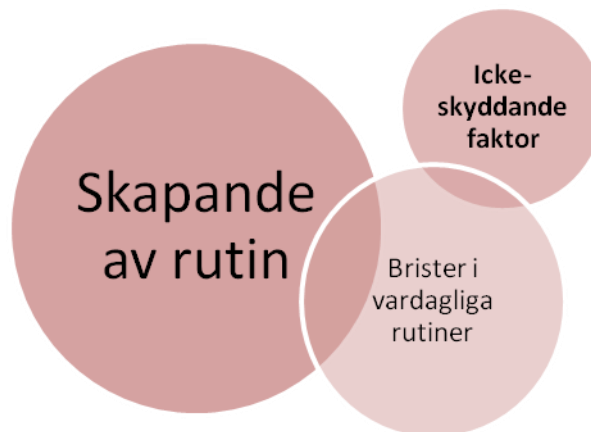
Figur 4. Presentation av information och kunskap samt dess icke-skyddande faktorer.



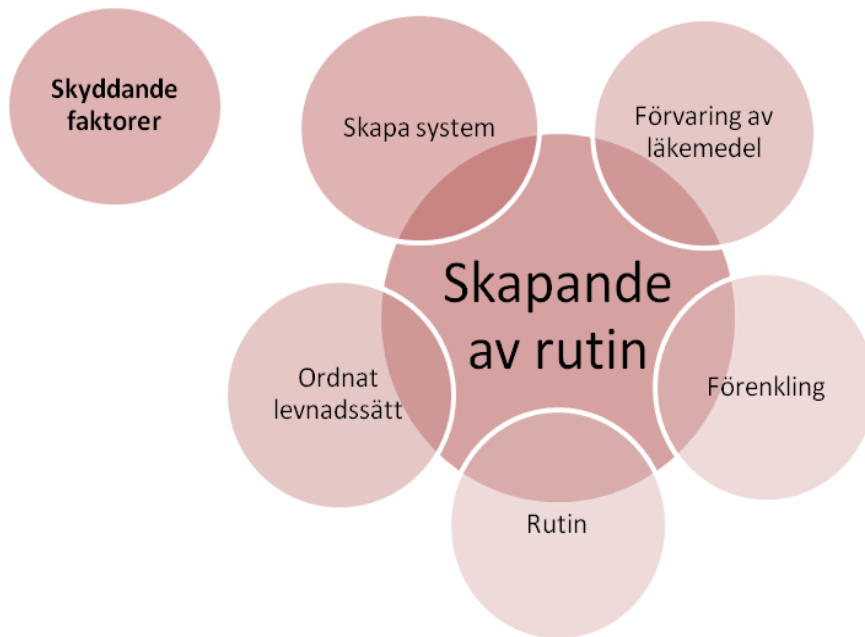
Figur 5. Presentation av information och kunskap samt dess skyddande faktorer.

### 7.1.2 Skapande av rutin

Swanlund et al. (2008:241) fann i sin studie tre huvudkategorier; framgångsrik självförvaltning av läkemedel, ordnat levnadssätt och att åldras gott. Studien tyder på att ett ordnat levnadssätt och att åldras väl är synliga tecken på hur pass väl personen kan ta hand om sig själv och således självförvalta sina läkemedel. I kategorin framgångsrik självförvaltning av läkemedel ingick följande komponenter; upprätta vanor, justera rutiner, uppföljning, förenkling, utvärdera läkemedel, samarbeta för hantering och att hantera kostnader. Dessa metoder var skyddande faktorer för följsamheten. Icke-skyddande faktorer var då något oväntat kom i vägen för vardagens rutiner eller då det fanns brister i rutinerna. Detta framförs i figur 6. Johnson et al (2005:3202) studie pekar också på att göra läkemedelsintaget till en del av den dagliga rutinen är en faktor som ökar följsamheten markant. De skyddande faktorerna vad gäller skapande av rutin presenteras i figur 7.



Figur 6. Presentation av skapande av rutin och dess icke skyddande faktor.

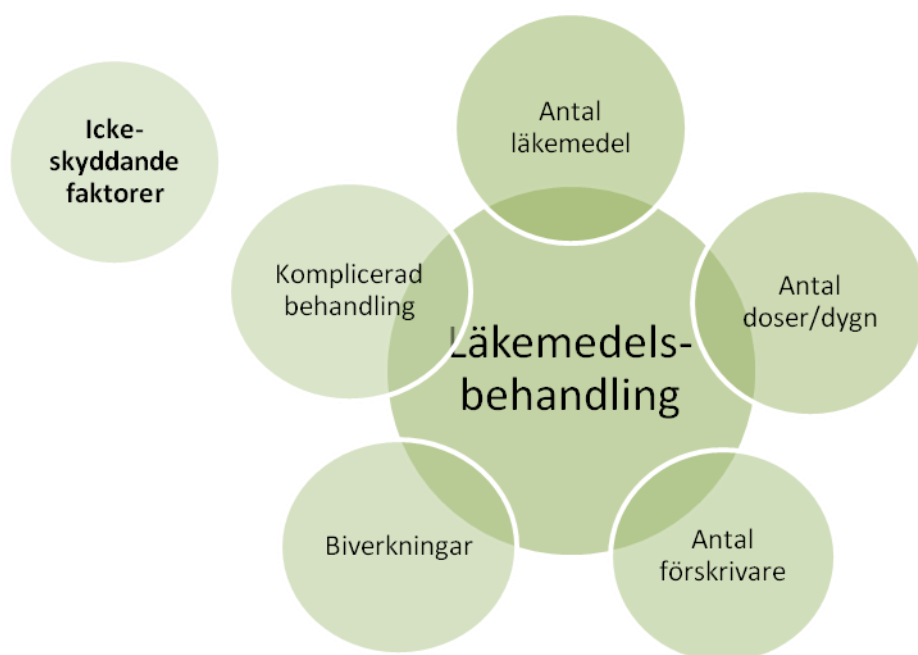


Figur 7. Presentation av skapande av rutin och dess skyddande faktorer.

### 7.1.3 Läkemedelsbehandling

Enligt Barat et al. studie (2001:621) framkom att antal läkemedel per dygn, antal gånger per dygn som läkemedel skall tas samt antal förskrivare var faktorer som inverkade icke-skyddande på följsamheten. Tre eller fler läkemedel samt läkemedel som skall tas fler än 2 gånger per dygn hade en negativ inverkan på följsamheten. Även läkemedelsförskrivning från fler än en läkare hade en negativ inverkan, då detta ledde till förvirring och missförstånd. I Ross et al. (2004) studie fann man dock ingen association mellan antal läkemedel och följsamhet. Komplicerad läkemedelsbehandling och antal dagliga läkemedel var ej betydande förutsägande variabler vad gällde följsamhet. Enlig Lam et al. (2007:284) var självupplevda biverkningar av läkemedel och tabletter som man själv var tvungen att dela också faktorer som inverkade negativt på följsamheten. Även i denna studie framkom att antal doser per dygn och komplicerad läkemedelsbehandling med otydliga anvisningar hade en negativ inverkan. Enligt studien var skyddande faktorer färdigdelade dosetter eller färdigdelade påsar, samt närvaro och hjälp av vårdgivare eller assistenter. De icke-skyddande faktorer redovisas i figur 8. (Lam et al. 2007:290) Enligt Swanlund et al. (2008:242) rapporterade patienterna att följsamheten underlättades då alla läkemedel förvarades på ett och samma ställe samt om man kunde ordna med inta-

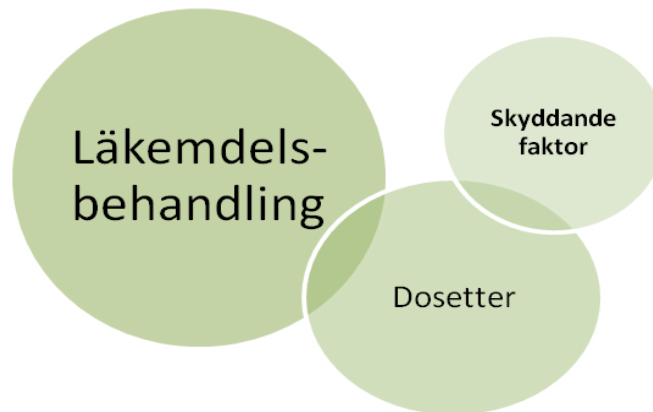
get så att det skedde så få gånger om dagen som möjligt. Den vanligaste strategin var att en gång i veckan dela tablettorna i en 7-dagars dosett, vilket ses i figur 9 som en skyddande faktor. Johnson et al. (2005:3200–3201) menar att för de patienter där behandlingen upplevs som oklar och förvirrande, samt även de med en komplicerad behandling bör dosetter och tydliga läkemedelslistor användas. De icke-skyddande faktorerna presenteras i figur 8, medan de skyddande faktorerna kan ses i figur 9.



*Figur 8. Presentation av läkemedelsbehandling och dess icke skyddande faktorer.*

I en studie där man undersökte äldres delaktighet i beslut angående läkemedelsbehandling framkom oro över biverkningar. I den nämnde deltagarna oftare läkemedlens biverkningar än dess välgörande verkan. (Belcher et al. 2005:300) Johnson et al. (2005:3202) studie visade ingen korrelation mellan följsamhet och patientens ekonomiska situation. I Swanlund et als. (2008:242) studie hade alla deltagare någon form av ekonomisk subventionering eller bidrag för att klara utgifterna för läkemedel. Förslagsvis är detta en indikator på att vetskapen om att sådan hjälp finns att få skulle stödja individen i självförvaltningen av läkemedel. Eftersom den ekonomiska aspekten varken framstod som en icke-skyddande eller skyddande faktor vad gäller följsamhet, har den ej innefattats i vare sig figur 8 eller figur 9.





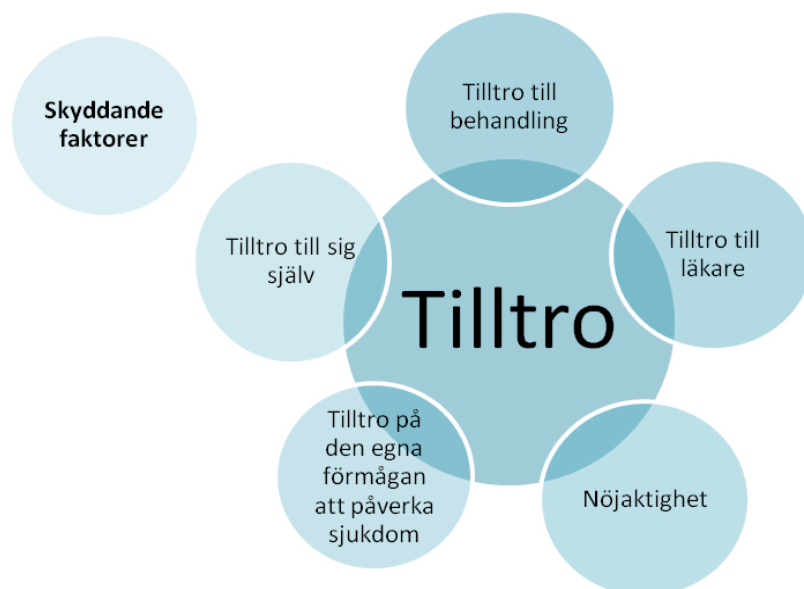
*Figur 9. Presentation av läkemedelsbehandling och dess skyddande faktorer.*

#### **7.1.4 Tilltro**

Faktorer som främjar den äldre patientens följsamhet gällande läkemedel var framför allt då patienten kände tilltro till läkaren och till behandlingen. Detta framkom i flera av studierna, bland annat Johnsson (2005), Hervé (2004) och Lumme-Sandt & Virtanen (2002). I en studie där man undersökte vilka faktorer som associerades med dåligt läkemedelsföljsamhet hos patienter med COPD fann man att de patienter som var följsamma hade tilltro till att deras behandling skulle hålla deras sjukdom under kontroll. I den grupp där patienter var mindre följsamma fann man låg nöjaktighet och mindre tilltro till behandlande läkare, än i den grupp där följsamheten var hög. Ett empatiskt förhållningssätt i bemötandet anses främja följsamhet och ökad tilltro. (Johnsson 2005:3201) I Lumme-Sandt & Virtanens (2002:297) studie framkom att en avgörande faktor för förståelsen och acceptansen av biverkningar var interaktionen och relationen mellan läkaren och patienten. Om patienten upplevde att läkaren tog ett problem på allvar, var man själv beredd att ha överseende för biverkningarna. Enligt Hervé et al. (2004:267) ledde en hög tilltro till läkaren till en god följsamhet bland de äldre deltagarna i studien. Deltagarna angav att tilltro var den viktigaste faktorn. När tilltron till läkaren var hög fann man att även acceptansen för läkemedlets biverkningar var hög.

Enligt Ross et al. (2004:607) var tilltro till behandlingens förmåga att bota eller lindra sjukdomen en viktig faktor till följsamhet. Även tron på behovet av behandling var en stark skyddande faktor. Även i van der Wal et als. (2005:438) studie framkom att tilltro till behandling hade en inverkan på följsamhet. Patienter vilka trodde på behandlingens nödvändighet hade sannolikt en högre följsamhet. (Ross et al. 2004:607) Enligt Belcher et al. (2005:299) kunde läkarens attityd och beteende mot patienten antingen hindra eller underlätta patientens möjligheter till att vara delaktig i sin behandling och de beslut som gjordes kring den. I studien framkom att om man saknade tilltro till sin läkare fanns risken att man undanhöll saker från denne.

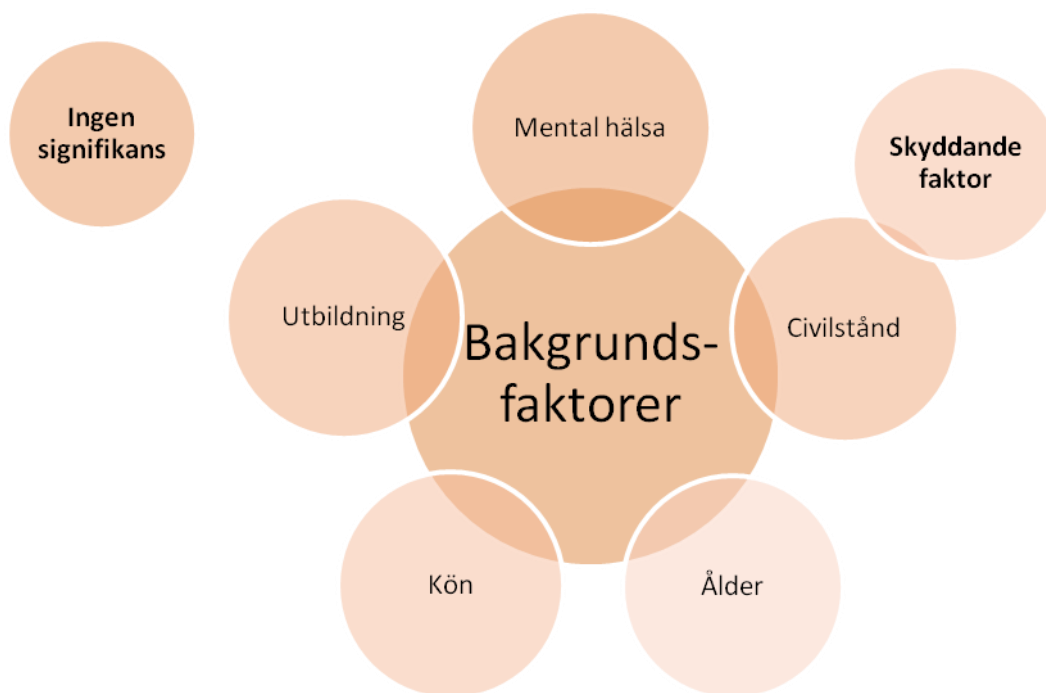
När läkaren inte var stressad, hade ett avslappnat sätt, var lyhörd, frågade patienten om denne hade frågor samt fick patienten att känna sig som en person uppmuntrade patienterna till att vara delaktiga i sin vård. Det fanns olika sätt för patienter att få mer information om sin behandling. Man kunde fråga farmaceuten om information, ta med en vän eller anhörig till läkarbesöket och man kunde be om råd från socialarbetare eller sjukskötare. Analysen av resultaten i denna huvudkategori tyder på att tilltro är en betydande skyddande faktor vad gäller följsamhet, vilket ses i figur 10.



Figur 10. Presentation av tilltro och dess skyddande faktorer.

### 7.1.5 Bakgrundsfaktorer

Enligt Ross et al (2004:610) var följsamheten bland äldre personer högre än bland de yngre, samt högre bland kvinnor än bland män. Grad av utbildning hade betydelse vad gällde tron på läkemedels verkan. Barat et als. (2001:619) studie visade ingen korrelation mellan följsamhet och kön eller utbildning. Däremot visade studien att ensamstående personer hade högre risk för dosavvikelser. Två personer som lever tillsammans kan stödja och påminna den andra om att ta sin dos. Van der Wal et als. (2005:437) studie visade att patienter som var följsamma hade mindre depressiva symtom än de som inte var följsamma medan enligt Barat et al. (2001:619) hade depressiva symtom ingen inverkan på följsamhet. Större delen av studierna hade inte undersökta bakgrundsvariablerna och dess inverkan på följsamhet. Bakgrundsfaktorerna presenteras i figur 11.



Figur 11. Presentation av bakgrundsfaktorer och dess betydelse samt skyddande faktor.

## 8 DISKUSSION I RELATION TILL TEORETISK REFERENS RAM

Studiens teoretiska referensram är delaktighet. Diskussionen utgår främst med utgångspunkt i Martin Molins illustration av komponenterna av begreppet engagemang i delaktighetsbegreppet enligt ICF. Se figur 1. Resultatet diskuteras med anknytning till och utifrån Molins förslag på vad som definierar engagemang, det vill säga de olika komponenterna som ingår i begreppet delaktighet men även utgående från patientens delaktighet i vården.

### 8.1 Ta del av och delta

Den yngre generationen har goda förutsättningar att ta del av information och kunskap gällande sjukdomar och olika alternativ till läkemedel och behandling. De ställer högre krav, är nyfikna och kunniga (Lagerdahl 2008:12). Den äldre generationen patienter är enligt Lagerdahl tålmodig, anspråkslös och mindre ifrågasättande, än den yngre generationen. I resultatet framkom att äldre patienter var villiga att acceptera, ha förståelse för och överseende med biverkningar av läkemedel i en högre grad då man hade tilltro till läkaren, och när man upplevde att interaktionen och relationen med läkaren var god. För de äldre var tilltron en central faktor i huruvida man var följsam eller inte. Å andra sidan visade resultaten också att även fast patienten kände tillit till och hade god kontakt med läkaren, sökte man på egen hand information om läkemedlet och tog på så sätt del av sin läkemedelsbehandling. En intressant aspekt hade varit om det framkommit vad eller vilka faktorer som får patienten att känna tilltro, nu kan det bara spekuleras kring. Förutsättningar för att känna tilltro är att man känner sig hörd och bekräftad av den andra, att man blir bemött som en person och inte ett sjukdomstillstånd och att man upplever att vårdaren är empatisk och tar en på allvar. Eller så upplever man tilltro på grund av en titel. Läkare har alltid varit en auktoritet, men detta är på väg att försvinna allt mer. Kan det vara så att den yngre generationen patienter ofta vet mer om sin sjukdom, än vad läkaren vet?

Det är positivt att känna tilltro till läkaren, men det kan vara problematiskt. Det kan finnas en risk att patienten litar blint på läkaren och intar en passiv roll. Då uteblir patientens delaktighet. För komponenten att ta del av sin läkemedelsbehandling krävs det att

man är informerad sin sjukdom och om syftet med behandlingen, vilket framkom i resultatet att även var positivt för följsamheten. Vad som inte framkom så tydligt var i vilken grad följsamheten påverkas av att känna till andra alternativ gällande läkemedelsbehandlingen. Stod man ut med biverkningar för att man kände tilltro till läkaren, och undanhöll att rapportera vilka biverkningar läkemedlet gav? Detta framkom ej i resultatet, men att ta upp besvärande biverkningar är att vara delaktig i sin behandling. Där emot framkom att när man hade kunskap om läkemedlet som ordinerats upplevdes att man kunde ta ett aktivt beslut i huruvida man ville ta läkemedlet eller inte, vilket fick individen att uppleva ökad självständighet.

Ett hinder i möjligheten att ta del av information gällande behandling och alternativ var kommunikationen. När läkare talar med svår terminologi undviker patienter att ställa frågor. Läkaren kunde även få patienten att uppleva att det inte fanns utrymme för frågor och att man inte gav tillräckligt med information. Då har man inte gett patienten möjlighet att ta del av sin vård och där har ej heller skett ett meningsfullt utbyte av information och kunskap mellan patient och behandlare. (jfr Sahlsten et al. 2008:6)

## **8.2 Vara inkluderad**

När patienter inbegrips i sin vård genom dialog med vårdaren om behandling är följsamheten bättre. Detta genom att man tar hänsyn till hur patienten själv upplever sin kunskap om sin sjukdom och situation. (jfr Larsson et al. 2008:132–133) Detta framkommer i flera av studierna i resultatredovisningen. Resultatet bekräftar att patienter som är inbegripna i sin behandling och har förståelse för sin sjukdom har en högre grad av följsamhet. De patienter som hade fått information om sin sjukdom och behandling var mer följsamma. Följsamheten var dålig när man kände förvirring över behandlingen eller då den missförståtts på grund av att man fått oklara anvisningar. Att låta patienten vara delaktig i sin vård innebär bland annat att ge denne tillgång och tillfälle att insamla information och därmed kunskap, för att på så sätt ge möjlighet till delaktighet. (jfr Molin 2004:67) Patienter som delges information, uppmärksammas, blir hörda och får de grundläggande behoven tillfredställda upplever delaktighet, men för att uppnå detta krävs viljan till detta från vårdarens sida. (Frank 2010:36)

Patienter som inkluderades i villkoren gällande fortsatt behandling, genom dialog mellan vårdare och patient var mer följsamma. När man inbegriper patienten i vården innebär det även att ge information på ett sådant sätt att patienten förstår den, och också då patienten är mottaglig för den. Genom att se patienten som en partner som aktivt får vara delaktig i sin behandling och säkerställa att hon har kunskap om sina läkemedel kan följsamheten bli bättre. (jfr Eriksson et al. 2005:250) I resultatet framkom att behandlarens attityd och beteende antingen hindrade eller underlättade patientens delaktighet, vilket bekräftar vikten av vårdens och vårdarens roll i patientens delaktighet.

### **8.3 Bli accepterad och att vara engagerad inom ett livsområde**

Att vara accepterad i ett sammanhang är en subjektiv upplevelse, som kan infinna sig både hos individen och hos omgivningen. Det handlar även om att tillhöra något i praktiken. (Molin 2004:70) När patienten blir sedd och bekräftad samt blir mött som en person istället för ett sjukdomstillstånd, och då det uppstår en ömsesidig dialog mellan vårdare och patient uppnås delaktighet. (Frank 2010:36) Acceptans är en förutsättning för delaktighet. Att bli hörd och tagen på allvar är att bli accepterad, och innebär således att man ges möjlighet till delaktighet. (jfr Molin 2004:78) Att bli accepterad kan även ses som en form av emotionell delaktighet, där man upplever sig vara värdefull och viktig. (jfr Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008:134)

Individer som är engagerade inom ett livsområde kan antas ha dagliga rutiner och ett ordnat levnadssätt. I resultatet fann man att skapande av rutiner i det dagliga livet, och att inbegripa läkemedelsbehandlingen vardagens rutiner ökade följsamheten. Man hade olika sätt att skapa system för dessa rutiner. Sjukdom och behandling är för många en del av livet, och pågår livet ut. Att vara delaktig i denna del, och att söka kunskap om det, var positivt för följsamheten. Dålig följsamhet leder till försämrad livskvalitet menar Eriksson et al. (2005:250).

## 8.4 Tillgång till behövda resurser

En stor betydelse för följsamhet var att ha tillgång till behövda resurser. Detta kan innebära att ha tillgång till hjälpmedel gällande läkemedel såsom dosetter eller färdigfördelade påsar, vilka är sådana hjälpmedel som främjar följsamheten. Svårigheter att öppna läkemedelsburkar är en faktor till dålig följsamhet, vilket tyder på vikten av att ha tillgång till behövda resurser för främjande av följsamheten hos äldre patienter. (jfr Fulmer et al. 2001:44). Detta var dock inget som framgick i resultatet av denna studie. Det är ändå en aspekt som är viktig att ta hänsyn till ändå, då man vet att äldre personer kan ha nedsatt syn, nedsatt fingerfärdighet och kognitiv svikt. Trots att detta ej framkom i resultatet kan man ändå utgå från att det är ett vanligt förekommande problem att få upp läkemedelsburkar och flaskor, inte bara bland äldre. Det är något vårdaren bör ta hänsyn till i vården av äldre patienter. Patienten måste informeras om hur ett läkemedel skall tas och vårdaren ska försäkra sig om att patienten har kunskap i detta och även förmågan till det. (jfr Fulmer et al. 2004:44)

Tillgång till information, material, vård och få klara direktiv kan anses innebära att ha tillgång till behövda resurser. Resultatet visar att förvirring och missförstånd ofta berodde på flera olika förskrivare. Genom att ha en och samma behandlande läkare kan sådana missförstånd och förvirring undvikas då patientens möjlighet till att vara delaktig ökar då möjligheten att bygga en ömsesidig relation ökar. Patienter som fått hjälp med utbildning och information beträffande sin behandling var mer följsamma än de patienter som ej fått information och utbildning. (Cargill 1992:422) Patienten har enligt lagen rätt till att vara delaktig i beslut gällande sin vård, därmed måste patienten även ha tillgång till de resurser som krävs för att kunna fatta beslut. (jfr Finlex 2013) Att ha ekonomiska förutsättningar för att vara delaktig i sin läkemedelsbehandling och överhuvudtaget ha möjlighet att införskaffa sig läkemedel är en aspekt som kan vara av betydelse. Eriksson et al. (2005:251) menar att ekonomiska aspekter kan påverka följsamhet, vilket dock inte bekräftas i studiens resultat.

En resurs som i resultatet visade sig viktig vad gällde följsamhet var förmågan till tilltro, både vad gällde förmågan att känna tilltro till sig själv och den egna förmågan och också att känna tilltro till läkaren och behandlingen. Enligt McDonald-Miszczak et al.

(1999:189) är tilltro och relation till behandlare en viktig faktor vad gäller följsamhet. Att ha tilltro till sig själv och sin egen förmåga, sin läkare och även sin behandling är en förutsättning för att vara delaktig.

## 9 DISKUSSION

Denna studie ville undersöka vilka faktorer som påverkar den äldres följsamhet gällande läkemedelsbehandling. Resultaten förklarar att information, kunskap, tilltro och vissa typer av hjälpmedel såsom dosetter, är skyddande faktorer vad gäller följsamheten bland äldre. Dessa faktorer är också sådana som främjar patientens delaktighet i sin läkemedelsbehandling. Icke skyddande faktorer är framförallt otillräcklig och otydlig information, avsaknad av kunskap samt avsaknad av tilltro. Dessa faktorer kan i högsta grad påverkas av vården och vårdaren genom att ge patienten mer tid och information. Detta bekräftar att behovet av handledning i läkemedelsbehandling är viktigt och främjande för följsamheten. Det i sin tur leder till att patienten blir delaktig i sin behandling, men för att detta ska vara möjligt krävs kunskap hos vårdaren i hur man ger möjlighet till delaktighet för patienten.

Detta ställer allt mer krav på vården, där patientdialogen får en allt mer central roll. Vårdaren bör se sin patient som en partner, med vilken gemensamt mål sätts vad gäller behandling och önskvärda resultat. Det är viktigt att ta hänsyn till patientens egna kunskaper, erfarenheter och tankar gällande sin sjukdom och behandling, samt att ta dessa i beaktande. Vårdaren ska även säkerställa att informationen nåtts fram och förståtts korrekt. Det kan vara bra om patienten har med sig en vän eller anhörig då mycket information ska föras fram, då mycket information kan vara svårt att ta in på egen hand. Förslagsvis kan man ha uppföljningssamtal. Det är viktigt att vårdaren i mötet med patienten ger möjlighet till delaktighet. Detta kan man göra genom att inbringa patienten en känsla av att vara värdefull och viktig, ge information och lyssna på patienten samt möta patienten med respekt.

Det var intressant att i resultaten inte överhuvudtaget kom fram att svårigheter med att öppna läkemedelsburkar kunde vara en faktor som påverkar följsamhet. Detta beror



förmodligen mer på att sådana studier inte gjorts i så stor utsträckning eller att just de studier som valdes till denna studie ej undersökt den aspekten. Bakgrundsfaktorer såsom kön, ålder, depressiva symtom och grad av utbildning var faktorer som i ena studien sades vara en faktor som påverkar följsamhet, medan i en annan studie inte sades påverka. Dessa faktorer har därför inte diskuterats desto mer.

Förslagsvis borde läkemedelsföljsamhet uppmärksammas mer både under vårdutbildningens gång, och även inom vården. Under studiens gång har jag märkt att kännedom om följsamhet så gott som inte finns bland vårdstuderanden.

## **10 KRITISK GRANSKNING**

Denna studie gjordes för att undersöka vilka faktorer som påverkar den äldre patientens läkemedelsföljsamhet. Syftet var att ge sjukskötaren i vården av den äldre en ökad beredskap och förståelse i att handleda patienten i hans/hennes läkemedelsbehandling. Resultatet svarar frågeställningen väl och kan användas för att få en ökad förståelse i ämnet. Studiens titel motsvarar innehållet väl. Bakgrundslitteraturen som valdes till studien var relevant, dock något begränsad. Önskvärt hade varit en större mängd litteratur för en bredare bakgrundsinsamling.

I studien användes nio forskningsartiklar till resultatanalysen, vilket kan anses vara för litet för att få fram tillräckligt med material för att besvara frågeställningen. Skribenten anser dock att materialet dessa artiklar gett varit tillräckliga för att besvara frågeställningen, även fast ett större antal artiklar hade varit att föredra och även hade gjort resultatet mer intressant och mer mångfacetterat. Några av artiklarna är äldre än 10 år, vilket kan anses som inaktuellt material. Det har dock inte framkommit att det skulle finnas några större skillnader i vilka faktorer som påverkar följsamhet nu som för 10 år sedan. Det finns inte så mycket forskning gjord inom detta område, vilket är en orsak till att tidsperspektivet breddades så pass mycket som det gjordes. I studiens början fanns även frågeställningen om hur vårdaren kan påverka den äldre patientens följsamhet, dock fann skribenten ej tillräckligt med material vad gällde äldre patienter, för att besvara frågeställningen. Frågan stryktes därför och frågeställning ändrades till; påverkas följ-

samhet av patientens kunskap gällande sin sjukdom och behandling? Då kunskap visade sig vara en betydande faktor för följsamheten ströks frågan helt då frågan besvarades genom den första frågeställningen.

Kategoriseringen av faktorer som påverkar följsamhet har varit svår, eftersom att faktorer påverkas av varandra och således kan passa in i två eller flera huvudkategorier. Skribenten har försökt att placera dessa i den huvudkategori där de ansetts passa in bäst.

Som tidigare nämnts i diskussionen är läkemedelsföljsamhet ett ämne som bör uppmärksammas mer både under vårdutbildningens gång, och även inom vården. Under studiens gång har jag märkt att kännedom om följsamhet så gott som inte finns bland vårdstuderanden. Förslag på vidare studier är vilka faktorer som främjar och skapar tilltro hos patienten. Det vore också intressant att veta mer om hur den nya generationens krav på vården och sin delaktighet i beslut om behandlingen kommer att påverka den framtida vården, och om vården är redo för denna generation.

## KÄLLOR

### Litteratur

Björck-Åkesson, Eva; Granlund, Mats. 2004, *Delaktighet – ett centralt begrepp i WHO:s klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)*; i *Delaktighetens språk*; Anders Gustavsson (red.) s. 29; Lund, Studentlitteratur, 237 s.

Carlsson, Bertil. 1997, *Grundläggande forskningsmetodik för medicin och beteendevetenskap*, 2 uppl., Stockholm: Liber AB, 198 s.

Dehlin, Ove; Rundgren, Åke. 2007, *Geriatrik*, 2 uppl., Studentlitteratur, 415 s.

Eriksson, Katie. 1992, *Broar . Introduktion i vårdvetenskaplig metod*, Vasa: Oy Ark-media Ab.

Eriksson, Tommy; Kragh, Annika; Midlöv, Patrik. 2005, *Hur förbättrar vi äldres läkemedelsbehandling?*; I *Äldres läkemedelsbehandling – orsaker och risker vid multimedcinering*; Annika Kragh (red.)s.237; Lund, Studentlitteratur, 277 s.

Holme, Idar Magne; Solvang, Bernt Krohn. 1997, *Forskningsmetodik- om kvalitativa och kvantitativa metoder*, 2 uppl., Lund: Studentlitteratur, 360 s.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, 1 uppl., Lund: Studentlitteratur AB, 316 s.

Kragh, Annika. 2005, *Risker med läkemedel*; i *Äldres läkemedelsbehandling – orsaker och risker vid multimedcinering*; Annika Kragh (red.)s. 91; Lund, Studentlitteratur, 277 s.

Larsson, Inger; Palm, Lar; Rahle Hasselbalch, Lena. 2008, *Patientkommunikation i praktiken – information, dialog och delaktighet*, Norstedts akademiska förlag, 205 s.

Midlöv, Patrik. 2005, *Åldrande och läkemedel*; i *Äldres läkemedelsbehandling – orsaker och risker vid multimedcinering*; Annika Kragh (red.)s. 41; Lund, Studentlitteratur, 277 s.

Molin, Martin. 2008, *Delaktighet inom handikappområdet – en begreppsanalys*; i *Delaktighetens språk*; Anders Gustavsson (red.)s. 61; Lund, Studentlitteratur

Sarvimäki, Anneli; Stenbock-Hult Bettina. 2008, *Omvårdnadens etik. Sjuksköterskan och det moraliska rummet*, Stockholm: Liber AB, 187 s.

## **Elektroniskt material**

### **E-tidsskrifter**

Barat, I; Andreasen, F; Damsgaard E.M.S. 2001, *Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do*, British Journal of Clinical Pharmacology. Vol. 51 Issue 6, p615-622. Tillgänglig: Academic search elite EBSCO. Hämtad 18.12.2012

Belcher, N. Vernee; Terri R. Fried; Joseph V. Agostini; Mary E. Tinetti. 2005, *Views of older adults on patient participation in medication-related decision making*, Journal of General Internal Medicine. Vol. 21 Issue 4, p298-303. Tillgänglig: PubMed. Hämtad 18.12.2012

Cargill, Julie M. 1992, *Medication compliance in elderly people: influencing variables and interventions*, Journal of advanced nursing. Vol 17, p. 422-426. Tillgänglig: Cinahl. Hämtad: 18.09.2012

Esposito, Linda, 1995. *The effects of medication education on adherence to medication regimens in an elderly population*, Journal of advanced Nursing. Vol. 21, p. 935-943. Tillgänglig: Cinahl. Hämtad: 18.12.2012

Fulmer, T.; Kim, S.T.; Montgomery, K.; Lyder, C., 2001. *What the literature tells us about the complexity of medication compliance in the elderly*, Winter Vol. 24 Issue 4, p43. 6p. Tillgänglig: Academic search elite. Hämtad: 18.12.2012

Hervé, C.; Mullet, E.; Sorum, P.C. 2004, *Age and medication acceptance*, Experimental Aging Research. Vol. 30 Issue 3, p253-273. Tillgänglig: Academic search elite. Hämtad: 18.12.2012

Lam, P.; Elliot, R.A; George, J. 2009, *Impact of a self-administration of medications programme on elderly inpatients' competence to manage medications: a pilot study*.

Journal of Clinical Pharmacy & Therapeutics. Vol 36 (1) p80-86. Tillgänglig: Cinahl. Hämtad: 18.09.2012

Lam, PW.; Lum, CM.; Leung, MF. 2007, *Drug non-adherence and associated risk factors among Chinese geriatric patients in Hong Kong*, Hong Kong medical journal. Vol.13, p284-292. Tillgänglig: PubMed. Hämtad: 23.09.2012

Lee, JK.; Grace, KA.; Taylor AJ., 2006. *Effect of pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol*. Tillgänglig: PubMed. Hämtad: 18.12.2012

McDonald-Miszczak, L.; Maki, S.; Gould, O, 1999. *Self-reported medication adherence and health status in late adulthood: the role of beliefs*, Experimental Aging Research. Vol. 26, p189-207. Tillgänglig: PubMed. Hämtad 23.09.2012

Sahlsten, M.J. M.; Larsson, E. I.; Sjöström, B.; Plos, A.E. K., 2008, *An analysis of the concept of patient participation*, Nursing Forum Volume 43, No. 1, January-March, p2-11. Tillgänglig: Academic Search Elite EBSCO. Hämtad 05.03.2013

Swanlund, S.; Scherck, K.; Metcalfe, S.; Jesek-Hale, S. 2008, *Keys to successful self-management of medications*, Nursing Science Quarterly, Vol. 21 Issue 3, p 238-246. Tillgänglig: Medline. Hämtad: 24.09.2012

## **Internet**

Arcada. Studieguiden. *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada*. 2012. Tillgänglig: [http://studieguiden.arcada.fi/webfm\\_send/510](http://studieguiden.arcada.fi/webfm_send/510) Hämtad 11.12.2012

Finlex 2012. *Lag om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre*. 28.12.2012/980 Tillgänglig: <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2012/20120980> Hämtad: 27.02.2013

Finlex 2013. *Lag om patientens ställning och rättigheter*. 17.8.1992/78. Tillgänglig: <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785> Hämtad 27.02.2013

Forskningsetiska delegationen 2012. *God vetenskaplig praxis*. Tillgänglig:  
<http://www.tenk.fi/sv/god-vetenskaplig-praxis-anvisningar/god-vetenskaplig-praxis>

Hämtad: 30.03.2013

Frank, Katharina, 2010. *Tillfället ger delaktighet. Patienter och vårdarens erfarenheter av patientdelaktighet på akutmottagning. En deskriptiv, metodutvecklande och utvärderande studie*. Tillgänglig: <http://www.avhandlingar.se/avhandling/Obd68bfb31/>

Hämtad 17.02.2013

Johnsson, George.; Kong, D.; Thoman, R.; Stewart, K. 2005, *Factors associated with medication nonadherence in patients with COPD*. Tillgänglig:

<http://journal.publications.chestnet.org/data/Journals/CHEST/22033/3198.pdf> Hämtad:

16.02.2013

ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*. 2001. WHO.

Tillgänglig: <http://www.who.int/classifications/icf/en/> Hämtad 27.02.2013

Karolinska Universitetssjukhuset, *läkemedelsföljsamhet 2006*. Tillgänglig:

[http://www.karolinska.se/upload/Infektion/HIV,%20STI/1\\_F%C3%B6ljksamhet.pdf](http://www.karolinska.se/upload/Infektion/HIV,%20STI/1_F%C3%B6ljksamhet.pdf)

Hämtad 08.12.2012

Lagerdahl, Lillemor. 2008, Patienterna behöver bli mer delaktiga i sin egen vård, Omvårdnadsmagasinet nr 6, s 12. Tillgänglig:

<http://www.lagerdahlmedia.se/patientmakt.pdf> Hämtad: 19.02.2013

Lumme-Sandt, K.; Virtanen, P. 2002, *Older people in the field of medication*, *Sociology of Health and Illness*. Vol. 24 No 3, p. 285-304. Tillgänglig:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.00295/pdf> Hämtad: 16.02.2013

MAQ-projektet, 2013. Tillgänglig: <http://sigma.arcada.fi/sv/maq-projektet> Hämtad:

04.03.2013

NE. Nationalencyklopedin, *compliance*. Tillgänglig:

<http://www.ne.se/compliance/146759> Hämtad 08.12.2012

NE. Nationalencyklopedin, *delaktighet*. Tillgänglig: <http://www.ne.se/sve/delaktighet>,

Nationalencyklopedin, hämtad 27.02.2013

Riksdagen 2012. *Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)* Sveriges riksdag, Socialdepartementet. Tillgänglig: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)

Hämtad: 27.02.2013

Ross, S.; Walker, A.; MacLeod, MJ. 2004, *Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs*, *Journal of Human hypertension*, Vol. 18 p. 607-613. Tillgänglig: <http://www.nature.com/jhh/journal/v18/n9/full/1001721a.html>

Hämtad: 16.02.2013

SAOL 2013, Svenska akademiens ordlista. Tillgänglig:

[http://www.svenskaakademien.se/svenska\\_spraket/svenska\\_akademiens\\_ordlista/saol\\_p\\_a\\_natet/ordlista](http://www.svenskaakademien.se/svenska_spraket/svenska_akademiens_ordlista/saol_p_a_natet/ordlista) Hämtad 27.02.2013

Skrivguiden. *Arcada, Skrivguiden*. 2009. Tillgänglig:

[http://studieguide.arcada.fi/webfm\\_send/583](http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/583) Hämtad: 11.12.2012

Socialstyrelsen, *Patientsäkerhet*. 2012. Tillgänglig:

<http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet> Hämtad 08.12.2012

Socialstyrelsen, *Risker med läkemedel*. 2012. Tillgänglig:

<http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/lakemedel> Hämtad 08.12.2012

STM. *Den finländska patientstrategin.2009-2013*. Tillgänglig:

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-8601.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8601.pdf) Hämtad: 08.12.2012

van der Wal, Martje H.L; Jaarsma, Tiny; Moser, Debra K.; Veeger, Nic J.M.G; van Gilst, Wiek H.; van Veldhuisen, Dirk J. 2005, *Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs*, *European Heart Journal*. Vol. 27 Issue 4 p434-440. Tillgänglig: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/27/4/434> Hämtad:

18.09.2012

Vårdhandboken. *Ansvar och definition. Avvikelse- och riskhantering*. 2012. Tillgänglig:  
<http://www.varldhandboken.se/Texter/Avvikelse--och-riskhantering/Ansvar-och-definition/> Hämtad 08.12.2012

WHO, *Definition of an older or elderly person*. 2012. Tillgänglig:  
<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html> Hämtad  
18.12.2012

WHO. *Setting the scene, definition of adherence*. 2003. Tillgänglig:  
[http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_Section1.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_Section1.pdf)  
Hämtad 08.12.2012

WHO 1978. *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health  
Care, Alma-Ata, USSR, 6-12, September 1978  
Tillgänglig:[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)  
Hämtad 27.02.2013



