

Adherence ved behandling av kronikere

Relasjonens betydning i langvarige behandlingsforløp

Pasienter samarbeider forbløffende godt – og skandinaver bedre enn de fleste. På den annen side vet vi at folk gjør det de selv opplever som best for dem, og det er ikke alltid det samme som vi har håpet. Ofte fører denne ikke-forventede brukermedvirkningen til at det medisinske resultatet ikke blir slik behandleren hadde regnet med.

JO MER LANGVARIG behandling, jo mer gjør pasientene som de selv vil. Det er en rekke ulike årsaker til at de ikke følger behandlerens anbefalinger; De glemmer medisinene sine, de opplever at de bruker for mye tid og krefter på behandlingen, de får eller frykter bivirkninger, de tror ikke på at våre råd stemmer, de skjønner ikke hva medisinene skal hjelpe for eller de føler seg rett og slett friske og reduserer derfor rutiner og medisiner på egenhånd.

Nyresviktpasienter får mange medikamenter og har ofte kost- og drikke-restriksjoner. Det er rapportert non-adherence når det gjelder medikamentbruk på mellom 25-60 prosent i ulike studier. Når det gjelder hemodialysepasienter er det oppgitt at opp til 86 prosent har problemer med å følge opp sin behandling, spesielt er det drikke- og kostrestriksjoner som det er vanskelig å følge. Det vil si at det er mer vanlig enn uvanlig å ikke følge sin behandlingsplan. På tross av dette, er det vanskelig for pasienten å medgi at ikke alt blir gjort etter anvisning. Vi kjenner tilfeller hvor det er helt åpenbart at medisinene ikke blir tatt riktig, det er mulig å se av prøvesvarene, likevel står pasienten på sitt. Det må være noe annet. Til tider fører dette nærmest til en stillingskrig mellom behandler og pasient om sannheten. Jo mer mistenksom

behandler blir, jo mer står pasienten på at det må være en helt annen grunn. Resultatet er at begge parter mister tillit til hverandre. For hvem har tillit til en som åpenbart lyver? Og hvem har tillit til en som kontrollerer og mistror? Denne spiralen forsterker sannsynligvis non-adherence ytterligere.

ALLE SOM HAR forsøkt å gjøre varige livsstilsendringer selv, vet hvor vanskelig det er. Vektreduksjon har for eksempel mange av de samme elementene som langvarige behandlinger – det er bare du selv som kan gjøre det, det krever innsikt og krefter og behandlingen tar i praksis aldri slutt. Så vet vi også at andelen som lykkes med en vektreduksjon på over 10 prosent av BMI, er svært lav, mellom 5 og 10 prosent har opprettholdt sitt vekt tap to år etter vektreduksjon. Å møte kronisk syke mennesker, krever forståelse for hvor vanskelige varige endringer er. Det mest demotiverende av alle budskap, er å bli fortalt at noe vanskelig er lett. For selv om hvert enkelt element i behandlingen er enkelt, så ber vi våre pasienter i sum om store endringer i deres liv og livsførsel.

DET ER MANGE årsaker til at pasientene ikke følger selv de beste medisin- og behandlingsplaner. Pasienter lever ganske ►



»Å møte kronisk syke mennesker, krever forståelse for hvor vanskelige varige endringer er«



så forskjellige liv – og mange av dem også ganske forskjellig fra oss. Mange er eldre, de kan se dårlig, husker dårlig og også kanskje tar de inn informasjon på en litt tung måte. De aller fleste har utviklet gode strategier for å fremstå som mer velfungerende enn de faktisk er, spesielt når det er kognitiv svikt involvert. Det er lett å overvurdere en som er hyggelig, nikker og smiler. Så den kanskje mest åpenbare og også vanligste årsaken, er at hjemmesykepleie, pårørende og annet støttepersonell blir for lite involvert.

Yngre pasienter har også sine grunner til at det ikke blir slik behandler har tenkt seg. Det handler om alt fra mistro mot medisinerne til et behov for å føle seg friske. Pasienter leser om bivirkninger i dagsavisene, hører om andres erfaringer, googler på nettet, føler at de ikke har det så bra og tilskriver det, reelt eller ikke, medisinerne. De kan kjenne at det å ta vannrivende medisiner rett før de skal ut, er en dårlig idé og tilpasser selv medisineren. Det er heller ikke helt uvanlig med en grad av tenåringstrass i alle aldre – når en autoritet har sagt noe, er det rett og slett fristende å følge sitt eget hjerte. Noen ganger er en øl godt, uansett hva legen og sykepleieren har sagt. Og ikke minst, også unge, friske mennesker glemmer. Det er bare å se på hvor mange unge kvinner som glemmer sin daglige p-pille fra tid til annen, for å se hvor universelt dette er.

PASIENTER LEVER IKKE sine liv alene, og det gjør også adherence ytterligere komplisert. Mange lager ikke sin mat selv, det kan det være ektefellen som gjør. Og dermed er det ganske sannsynlig at informasjon om kost og oppfølging av dette blir borte på veien frem til den som er faktisk ansvarlig for denne delen av livet. Noen ganger ser vi også at familien langt i fra for eksempel er så støttende for sine antatt kjære som det vi kanskje tror. Det hender at ektefeller og arvinger bokstavelig talt ønsker livet av hverandre. Da er motivasjonen for å følge opp et avansert kost- og drikkeregime lavt. Hjemmesykepleie

og andre hjelpere opplever ofte at de ikke får den informasjonen de trenger, og dermed gjør de det de selv tenker er riktig.

Jo mer komplisert et behandlingsløp er, jo lavere vil adherence være. Byttes medisiner, doser og regimer ofte, vil det i seg selv føre til at pasienten følger mer sitt eget hode enn våre anvisninger. Det er derfor viktig ikke å endre behandlingsplan uten at det er nødvendig og uten å undersøke at det er riktig medisin for det problemet vi ser.

Det finnes ikke én grunn til non-adherence, og det finnes heller ikke én metode som virker for alle for å øke adherence. Det vi de-

rimot vet fra psykologisk forskning, er at relasjon mellom behandler og pasienter betyr mye for pasientenes vilje til å gjøre reelle endringer og dermed oppnå bedring. Relasjonen bygges gjennom å etablere en forståelse og en dialog som er på pasientens premisser og som pasienten har en reell mulighet å forstå. Vår troverdighet, vår empati og vår aksept av deres liv øker sannsynligheten for en vellykket behandling. Det brukes betydelige ressurser på behandling som ikke virker, fordi relasjonen mellom behandler, helsevesenet som system og den enkelte pasient er for dårlig.

FOR Å OPPNÅ best mulig resultat kreves motivasjon. Det er lett å tenke at motivasjon er noe pasienten har eller ikke har, og at vi som behandlere slik sett ikke har noe med den å gjøre. Der tar vi feil. Motivasjon er et felles prosjekt mellom behandler og pasient, og vi kan som behandlere styrke den eller svekke den.

Motivasjonen har tre ben å stå på; autonomi, tilhørighet og mestring. Autonomi er ikke det samme som selvstendig – med autonom menes å ta valg med hjelp og støtte fra omgivelsene. Valget blir dermed overlatt til pasienten, slik at pasienten selv opplever å styre eget liv. Tilhørighet betyr å føle seg respektert og møtt av andre mennesker. Møter man en sykepleier som snakker med en, ikke bare som nok en kropp som er innoom kontoret, så øker sannsynligheten for å lykkes. Mestring innebærer at pasienten vet hva som skal gjøres for å lykkes og at forholdene legges til rette for det. At man ser fremgang, at det faktisk gjør en forskjell, er viktig for mestringfølelsen.

Skal vi motivere våre pasienter må vi altså ha tre tanker i hodet samtidig. De trenger å føle at de tar valg, og vi må gi dem forutsetningene for å ta gode valg. Klart språk, tydelig informasjon og forståelse for at det er vanskelig, gjør det lettere for pasientene å ta kloke beslutninger. Vi må også se pasien-

tens livssituasjon, slik at vi gir informasjon og valg som passer på hennes nivå. Vi må møte pasientene på en slik måte at de føler seg hjemme, at dette behandlingsstedet er for dem. Og vi må vise deres fremgang og gi dem informasjon og oppgaver det faktisk er mulig å mestre. Blir det for vanskelig, ligger vi foran pasienten og vi blir for ambisiøse på deres vegne. Da mister de opplevelsen av mestring og dermed motivasjon.

I MØTE MED pasienter hvor vi ser dårlig resultat, er det to nøkkel spørsmål å stille: Hva skal til for å få til endring i denne situasjonen? Og hva hindrer denne endringen i dag? Vi skal være klar over at her er det både medisinske, sosiale og psykologiske faktorer som spiller inn, så vi må lete bredt i vår samtale og analyse. Vi leter også etter noe som skal gjøres på en annen måte enn i dag – veldig ofte foreskriver man mer av det samme når noe ikke virker. Mer fosfatbindere når vi har økt dosen de siste tre kontrollene, betyr ofte at det er noe vi ikke har fanget opp. Noen har problemer med å svelge store tabletter, andre kan ha problemer med store tyggetabletter og dessuten synes noen at pillene smaker vondt. Det er heller ikke alle som har tablettene tilgjengelige når de skal spise. Alle medikament kan hos enkelte gi bivirkninger som vondt i magen og endret avføringsmønster, noe som gjør at pasienten faktisk føler seg bedre når han ikke tar medisinen. Hva en spiser er også viktig. Er kostholdet fosfatrikt hjelper ingen medisiner, så det er viktig å vite om kostholds endringer eller om pasienten akkurat nå bare spiser grøt og pizza fordi det er så godt. Let etter informasjon, den får du bare når du er ikke-dømmende og åpen for den. For pasienten er som alle oss andre, redd for å gjøre feil og enda mer redd for å innrømme feil.

VI KAN ALDRI forutsette at pasienter forstår sitt eget beste. Vi kan heller aldri forvente at de tror på alt vi sier. Men vi kan øke forståelsen deres for at vi har et felles prosjekt og hjelpe dem med de spørsmålene de faktisk har. Adherence er helt avgjørende for å få effektiv behandling, og det er behandlerens jobb å legge til rette for den. Pasienten kommer alltid til å gjøre individuelle tilpassninger, men jo mer behandlingsapparatet får vite om pasientenes egne tilrettelegginger, jo mer kan vi forhindre at de gjør dårlige valg på egne vegne.

DET STØRSTE HINDERET i mye pasientkontakt er etter vår erfaring helsepersonellens forforståelse av pasientene. Hva vi tenker om dem og deres liv og hva vi tror at de trenger å vite, står i veien for deres faktiske liv og faktiske spørsmål. Ved å bedre relasjonsforståelsen øker vi adherence og dermed effektiviteten i helsevesenet. ■



Tekst av overlege, PhD **Cecilia Montgomery Øien**, St Olavs Hospital, Trondheim og cand psychol **Hedvig Montgomery**, egen praksis.
Mejl: hedvig@montgomery.no

- Adherence er viktig – og det er behandlerens jobb å legge grunnlaget for den. Ved å forstå pasientens situasjon og tilpasse vår informasjon og våre intervensjoner i deres liv, så øker deres adherence.
- Det finnes ikke en metode som virker på alle alltid. Derfor må vi se på hver pasient som sin egen historie og lete etter løsninger for akkurat ham eller henne.
- Relasjon er avgjørende. Føler pasienten seg sett, forstått og møtt, gjør han langt mer som vi ønsker.
- Skaff deg oversikt over alle medisiner og forståelsen av dem. Ofte bruker pasientene medisiner fra flere leger, de kan bruke naboens og ektefellers medisiner og det hender at de bruker alternative preparater. Tror du det som står i journalsystemet er sant, går du glipp av informasjon som kan være helt avgjørende.
- Empati er å være detektiv – forstå den andres grunner. Pasienter lever sine liv, med private utfordringer, sorg og glede. Vi må prøve å se dette mennesket og møte disse følelsene når vi prøver å forstå hva som skjer.
- Jo lengre behandlingen har vart, jo mer behov for oppfølging. Det er lett å tro at den erfarne pasienten kan og gjør alt riktig. Forskningen er helt entydig. Jo lengre et behandlingsløp har vart, jo lavere adherence. Dermed er behovet for støtte og oppfølging større.

Referanser

- Duncan, Barry (2005): *What's right with you: debunking dysfunction and changing your life*, Health Communications inc.
- McKillop G, Joy J *Patients' experience and perceptions of polypharmacy in chronic kidney disease and impact on adherent behaviour*. J Ren Care; 2013; 39(4):200-7
- Rifkin DE, Laws MB, Rao M et al *Medication adherence behaviour and priorities among older adults with CKD: a semistructured interview study*. Am J Kidney Dis; 2010; 56(3):439-46
- Hsu KL, Fink JC, Ginsberg JS et al. *Self-reported Medication Adherence and Adverse Patient Safety Events in CKD*. Am J Kidney Dis; 2015, May 13 (E pub ahead of print)
- Palmer SC, Hanson CS, Craig JC et al *Dietary and fluid restrictions in CKD: a thematic synthesis of patients views from qualitative studies*. Am J Kidney Dis; 2015; 65(4):559-73
- Gosmanova EO, Kovesdy CP *Adherence to antihypertensive medications: is prescribing the right pill enough?* Nephrol Dial Transplant; 2014 0:1-8
- Jamal SA, Vandermeer B, Raggi P et al *Effect of calcium-based versus non-calcium-based phosphate binders on mortality in patients with chronic kidney disease: an updated systematic review and meta-analysis*. Lancet 2013; 382:1268-77
- KDIGO clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, prevention and treatment of Chronic Kidney Disease_Mineral Bone Disorder (CKD_MBD) Kidney Int Suppl 2009.