



HJERTEPASIENTER TAR IKKE MEDISINER RIKTIG

Forverring. Pasienter med hjertesvikt som ikke tar medisiner som anbefalt har dårligere prognoser.

FORDYPNINGSOPPGAVE:

Artikkelen bygger på
10 % praksis
90 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.55296



Therese Helene Opdahl, Spesialsykepleier i Kardiologisk sykepleie, Haraldsplass Diakonale Sykehus

Hjertesvikt er i dag den mest utbredte kardiovaskulære sykdommen i verden, og forekomsten er stadig økende (1). Omtrent 2 prosent av den voksne befolkningen og 10 prosent av alle over 70 år har hjertesvikt (2), hvilket i Norge tilsvarer om lag 100 000 personer. Til tross for fremskritt i evidensbasert behandling av hjertesvikt, forblir prognosen dårlig (3,4).



Vigdis Sveinsdottir, Stipendiat, Uni Research Helse

MEDISINER. Etterlevelse omhandler i hvilken grad en pasient tar et legemiddel som forskrevet av lege. Dersom pasienten tar for lite eller for mye av et legemiddel, eller tar riktig dose, men til feil tid, har pasienten dårlig etterlevelse (5). Studier viser at omtrent 50 prosent av pasienter med kroniske sykdommer ikke tar medisiner som forskrevet (5–7), og at 20–30 prosent av alle resepter aldri fornyes (8).



Marianne S. Holm, Fagutviklings-sykepleier/MSc, Rikshospitalet, OUS og veileder, Videreutdanning i Kardiologisk sykepleie, HiB

Mangelfull overholdelse av hjertesviktregimer medfører forverring av symptomer, reinnleggelser, redusert livskvalitet (2,9) og dårligere prognose (10). Denne artikkelen har som mål å gi økt forståelse for faktorer som påvirker etterlevelse i denne pasientgruppen, og diskutere tiltak som kan iverksettes for å bidra til bedre etterlevelse.

HJERTESVIKT. Hjertesvikt defi-

neres som et klinisk syndrom kjennetegnet av typiske symptomer og tegn på unormal struktur eller funksjon av hjertet, hvilket medfører redusert minuttvolum og dermed også redusert leveranse av oksygen og næringsstoffer til kroppens øvrige organer. Typiske symptomer kan være dyspné, ortopné, ankelødem, tretthet og redusert arbeidstoleranse. Når pasienten har hatt hjertesvikt over tid, anses den som kronisk (2).

OND SIRKEL. Når en pasient utvikler hjertesvikt, kompenserer kroppen med å aktivere nevrohormonelle mekanismer. Dette fører blant annet til at hjertefrekvensen øker, hvilket videre øker behovet for oksygen til hjertemuskulaturen. Aktivert av Renin-Angiotensin-Al-dosteron Systemet (RAAS) øker reabsorpsjon av vann og salter. Dette gir et større sirkulerende volum og dermed høyere blodtrykk, som igjen øker belastningen på hjertet. Dette blir en ond sirkel, som over tid fører til ytterligere skade (11). Den medikamentelle behandlingen ved hjertesvikt går ut på å hindre denne onde sirkelen (12).

NYHA. Hjertesvikt kan klassifiseres etter funksjonsnivå og grad av symptomer, og i den sammenheng er det vanlig å benytte New York Heart Assosiation (NYHA) sitt

NYHA-klassifikasjon

NYHA klasse 1: Ingen symptomer på hjertesvikt ved fysisk aktivitet

NYHA klasse 2: Symptomer på hjertesvikt ved moderat fysisk aktivitet

NYHA klasse 3: Symptomer på hjertesvikt ved nesten all fysisk aktivitet

NYHA klasse 4: Symptomer på hjertesvikt i hvile og ved all fysisk aktivitet

Figur 1: NYHA-klassifikasjon (25)

klassifikasjonssystem (12) (se figur 1). Pasienter med få eller ingen symptomer er i klasse 1–2, og pasienter med moderat til alvorlig grad av symptomer er i klasse 3–4 (2). Det er mange risikofaktorer for å utvikle hjertesvikt, og koronarsykdom er den hyppigste (13). Dårlig medikamentetterlevelse er også en betydelig, men ofte ukjent kardiovaskulær risikofaktor for alle pasientgrupper (3,14).

BEHANDLING. Ubehandlet hjertesvikt gir alvorlig og ofte dødelig utfall (14). Dødeligheten er i tillegg 40 prosent høyere blant dem som ikke tar

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Medikamentetterlevelse er en vesentlig utfordring i behandlingen av hjertesviktspasienter. Tiltakene for å bedre etterlevelse dreier seg i hovedsak om informasjon og undervisning av pasienter og helsepersonell, og er relevante for flere ulike profesjoner innenfor helsevesenet.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider

- Hjertesvikt
- Medisinhåndtering
- Informasjon



Årsaker: Frykt for bivirkninger eller følelsen av ikke å være syk kan være årsaker til at pasienter med hjertesvikt ikke tar medisiner. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

medisiner som forskrevet, enn blant dem med god etterlevelse (10). En rekke effektive medikamenter har blitt utviklet gjennom kliniske studier av kardiovaskulære sykdommer (14), deriblant sentrale legemidler som Angiotensin Converting Enzyme-hemmere (ACE), betablokkere, aldosteronantagonister (MRA), Angiotensin 2 Reseptor-blokkere (ARB), samt slyngdiuretika. Sistnevnte har imidlertid ikke vist effekt på dødelighet eller sykkelighet, men brukes som symptomatisk behandling (2).

BIVIRKNINGER. Målet med den farmakologiske behandlingen er å lindre symptomer, forebygge sykehusinnleggelse, forbedre prognose og redusere dødelighet (2,15). De fleste medikamentene skal startes opp i lav dose og økes så langt opp mot måldose som mulig før utskrivelse fra sykehus. Etter utskrivelse bør det være en plan for videre optimalisering av medikamentene (2). Medikamentene kan også gi bivirkninger. Kjente bivirkninger ved bruk av ACE-hemmere er blant

«Ubehandlet hjertesvikt gir alvorlig og ofte dødelig utfall.»

annet tørrhoste, symptomatisk lavt blodtrykk, forverring av nyrefunksjon og i sjeldne tilfeller hevelser i munn og svelg (2). Ved oppstart med betablokker vil pasienter kunne oppleve økt dyspné, tretthet og tyngdefølelse i kroppen,

samt redusert arbeidskapasitet. Vanligvis forsvinner disse bivirkningene innen sju dager, mens noen opplever å få varige plager (5). Fare for bivirkninger av medikamenter øker med alderen og ved tilleggssykdommer (16).

ETTERLEVELSE. Etterlevelse er et stort problem verden over ved langtidsbehandling av kroniske sykdommer (6). Dette gjelder også pasienter med hjertesvikt, på tross av at





pasienter i denne gruppen selv rapporterer høy etterlevelse (17,18). Studier viser imidlertid store forskjeller mellom selvrapportert og objektivt målt etterlevelse (18,19). Blant annet viste en klinisk studie at selvrapportert etterlevelse var hele 100 prosent, men objektivt målt var det kun 76 prosent av de samme pasientene som tok medisinen som forskrevet (18).

I tillegg til dårligere utfall for pasienten, medfører dårlig etterlevelse økt ressursutnyttelse av helsetjenester og helseøkonomiske kostnader (2,6,14). En nyere studie konkluderte med at dårlig etterlevelse av medikamenter faktisk er den viktigste årsaken til reinnleggelse i sykehus for pasienter med hjertesvikt (1).

ÅRSAKER. Eldre pasienter er en sårbar gruppe når det gjelder medikamentetterlevelse (9). De har ofte flere diagnoser og må forholde seg til komplekse medikamentregimer (4). Dårlig etterlevelse kan være en bevisst eller ubevisst handling. Ubevisste handlinger kan være forglemmelser eller misforståelser, og er mest vanlig blant eldre og blant pasienter som tar mange legemidler daglig (5).

Bruk av mange legemidler, redusert syn, hørsel, kognitiv funksjon, sosiale og økonomiske ressurser eller kunnskap om egen helse, er faktorer som kan komplisere eldres evne til å ta medikamenter (4,20). Bevisste handlinger som fører til dårlig etterlevelse kan dreie seg om skepsis, frykt for bivirkninger, følelse av ikke å være syk, manglende effekt eller kostnader for pasienten (5).

Etterlevelse av medikamenter og råd som blir gitt av helsepersonell er også et problem blant yngre personer, og da spesielt blant menn (20,21).

TILTAK. Tilnærminger for å overvåke og forbedre etterlevelse av medikamenter må være flerdimensionale og tverrfaglige (7,9,20). Tiltak på politisk nivå handler blant annet om å redusere utgifter for pasienten ved økt dekning av

reseptbelagte legemidler (22,23). Tiltak rettet mot helsevesenet dreier seg om å informere helsepersonell bedre om etterlevelse, å forskrive langtidsvirkende medikamenter (7) og å redusere doseringsfrekvens (7,14). Å involvere farmasøyt har også vist seg å være effektivt og anbefales som en del av tverrfaglig oppfølging hos denne pasientgruppen (24).

POLIKLINIKK. Et sentralt oppfølgingstilbud i dag er sykepleierledet hjertesvikt-poliklinikk hvor pasienten settes i en læringsarena og får oppfølging over tid (25). Her er sentrale elementer optimalisering av medikamenter og opplæring til egenomsorg (12), deriblant medikamentetterlevelse og egendosering av diuretika (2). Denne type oppfølging har vist seg å forebygge symptomforverring, sykehusinnleggelse, dødelighet (12) samt bedret etterlevelse (26).

MULTIDOSE. Tiltak på pasientnivå retter seg blant annet mot økt opplæring, inkludert informasjon om hvor viktig etterlevelse er (7). Det er nødvendig at opplæringen starter allerede under sykehusoppholdet og fortsetter ved oppfølging etter utskrivelse (27). Tilbakemelding om etterlevelse fra helsepersonell (22), samt hjelpemidler som medisindosett eller multidose, har også vist seg positivt. Multidose er i dag blitt en vanlig erstatning for de tradisjonelle medisindosettene (5).

DISKUSJON. Når pasienten føler seg frisk, kan det være vanskelig å se behovet for å ta medisiner. Dette kan sees i sammenheng med pasienter som er i lavere NYHA-klasser, som har få eller ingen symptomer. Opplevelse av at medisiner ikke virker kan forstås ved at medikamentene som brukes i behandlingen av hjertesvikt ikke eliminerer symptomene etter kort tid, men virker langsiktig for å forsinke den progressive utviklingen av hjertesvikten (2).

Skepsis til å ta medisiner og frykt for bivirkninger er gjerne basert på rykter fra bekjente eller media.

Samtidig ser vi at flere pasienter opplever å få bivirkninger. Alternativet kan da være å bytte til et annet medikament i samråd med lege, som for eksempel å endre til ARB dersom pasienten ikke tolererer en ACE-hemmer (2).

Det er viktig at informasjon om vanlige bivirkninger blir gitt før oppstart med et medikament (5). Det er derfor nødvendig at helsepersonell kjenner til de ulike legemidlene, vanlige bivirkninger og deres varighet. For å unngå å skremme pasienten bør slik informasjon være balansert og legge vekt på de positive effektene ved å ta legemidde-

let. Det kan forebygge at vedkommende avslutter behandlingen dersom han eller hun opplever ubehag (5). Helsepersonell bør være spesielt oppmerksomme på bivirkninger hos eldre og pasienter med flere diagnoser, ettersom de er mer utsatte.

«Medikamentene kan også gi bivirkninger.»

DIURETIKA. Diuretika kan gi praktiske og sosiale utfordringer for pasienten. Å slutte med det kan gi alvorlige konsekvenser, som utvikling av lungeødem. Opplæring til egenomsorg og egendosering av diuretika, ut fra symptomovervåkning og daglige vektmålinger, kan forebygge dette (2,5). Pasienten må også få informasjon om at inntak av diuretika kan justeres ut fra planlagte sosiale aktiviteter eller liknende (5).

Dette er en del av opplæringen som tilbys ved hjertesvikt-poliklinikkene, men sjelden på sengepostene.

INFORMASJON. En fellesnevner for utfordringene ved etterlevelse er med andre ord behovet for informasjon og undervisning, og det er nødvendig at nettopp denne type opplæring starter allerede under sykehusoppholdet (27). Mange slutter med medikamenter når de skrives ut fra sykehuset (7), hvilket understreker viktigheten av tidlig intervensjon.

Det kan være utfordrende å få tid til samtaler og informasjon på sengepost. Sykehushverdagen er

ofte travel, legevisitter blir korte, og det er begrenset tid til å lytte til pasientene (25).

Ved utskrivelse fra sykehus motar alle pasienter en skriftlig orientering som blant annet inneholder oversikt over videre medikamentell behandling. Den skal ideelt sett forklares muntlig, men i praksis er kvaliteten på slik gjennomgang tidvis variabel, og av tidshensyn er det ofte ikke praktisk gjennomførbart med utskrivingsamtaler. På tross av at orienteringen skal være formulert på en lettfattelig måte og uten bruk av fagspråk, inneholder den blant annet referanser til doseringsfrekvens. Dette har enkelte pasienter problemer med å forstå og illustreres enkelte ganger av at pasienter ber sykepleier om videre forklaring og utdypning.

Det er vist at en time undervisning med sykepleier før utskrivelse har ført til forbedret medikamentetterlevelse (28). For at dette skal bli praktisk gjennomførbart må det tilrettelegges for dette på systemnivå. Dårlig etterlevelse er ofte en viktig årsak til reinnleggelse hos pasienter med hjertesvikt (1). På sikt kan det dermed ligge god økonomi i å prioritere tid til informasjon, slik at en sikrer at pasienten er innforstått med hvordan han skal forholde seg til de medisinerne han utskrives med. Bedre tid til kommunikasjon og informasjon vil bidra til å fremme etterlevelse basert på forståelse fremfor passiv overholdelse av et foreskrevet regime.

KOMPLISERT. Den farmakologiske utviklingen har resultert i et komplisert medikamentregime (9). Forskrivning av medikamenter som er langtidsvirkende og kan doseres en gang daglig er verdifulle for å bedre etterlevelse, i de tilfeller pasienten tåler det (7,14). Dette vil relativt enkelt kunne implementeres i praksis dersom lege er bevisst på det under forskrivning av medikamenter.

I møte med eldre pasienter ser vi ofte at det er vanlig med støtte fra ektefelle som bidrar med å administrere medisiner. I andre tilfeller ønsker pasienten gjerne å få hjelpemidler som medisindosett

eller multidose. Dette kan være nyttig, spesielt for pasienter med kognitiv svikt (5).

Ifølge en dansk studie (29), er multidose best egnet for personer som bruker flere legemidler, i den grad dose og medikamentbruk er stabilt over tid. Studien viste imidlertid at medikamentendringer i mange tilfeller ikke registreres hos apotek eller fastlege, hvilket kunne få alvorlige konsekvenser for pasienten. Dette støttes av erfaringer fra vår egen praksis. Man kan derfor spørre om multidose er et egnet hjelpemiddel til denne pasientgruppen ettersom pasientene har hyppige innleggelse i sykehus der justering av medikamenter ofte forekommer.

OPPFØLGING. Ved utskrivelse fra sykehus bør det være en plan for videre oppfølging (2,27). Tidlig henvisning til hjertesviktpoliklinikk kan sikre at opplæring og oppfølging av pasient blir ivaretatt. De fleste blir henvist etter sykehusopphold, men det har også vært påpekt at langt flere burde henvises fra allmennpraksis (12). For å gjøre helsepersonell oppmerksomme på dette er det nødvendig at slike tilbud er synlige både i primær- og sekundærhelsetjenesten.

Det anbefales også at farmasøyt involveres i oppfølgingen av hjertesviktpasienter (24). Dette kan bidra til å øke pasienters kunnskap om medikamenter, sikre optimalisering av behandlingen og redusere fare for bivirkninger (4). I praksis er denne profesjonen lite synlig i pasientbehandlingen, og det kan derfor være viktig å tilrettelegge for slik involvering.

BARRIERER. Som tidligere nevnt har selvrapporert medikamentetterlevelse vist seg å være meget høy blant hjertesviktpasienter (17,18), samtidig som den har vist seg å være betraktelig lavere ved bruk av objektive mål. Mulige forklaringer på dette kan være at forglemmelse er en fremtredende barriere mot å følge forskrevet medisin, eller at pasientene ikke ønsker å innrømme at de ikke har

tatt medisin som forskrevet. Det er sjelden at pasienter selv forteller om dårlig etterlevelse, og det er derfor viktig at helsepersonell aktivt spør pasienten om det (5). Dette er også nødvendig for å kunne gi tilbakemelding om etterlevelse til pasienten, og på den måten bidra til å bedre etterlevelse (22). I kliniske studier vet pasientene at de blir observert. Man kan spørre seg om kliniske studier reflekterer den «virkelige praksis» eller om faktisk etterlevelse, uten observasjon, er enda lavere.

KONKLUSJON. Medikamentetterlevelse er en vesentlig utfordring i behandlingen av hjertesviktpasienter. De ulike barrierene for etterlevelse påvirkes av en rekke faktorer, både bevisste og ubevisste, hos enkeltindivider så vel som på systemnivå. Tiltakene for å bedre etterlevelse dreier seg i hovedsak om informasjon og undervisning av pasienter og helsepersonell, og er relevante for flere ulike profesjoner innenfor helsevesenet.

For å sikre optimal behandling er det nødvendig å øke kunnskap om etterlevelse på alle nivåer. Tilrettelegging av tverrfaglig samarbeid, tid til informasjon under sykehusopphold og videre oppfølging er nødvendig for å sikre at pasienter skal kunne følge behandlingen. Konkrete tiltak som for eksempel undervisning med sykepleier før utskrivelse, vil kunne være nyttige virkemidler for å oppnå dette. ●

REFERANSER:

1. Riegel B, Knaf GJ. Electronically monitored medication adherence predicts hospitalization in heart failure patients. *Patient Prefer Adherence* 2013; 8:1–13.
2. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of heart failure 2012. *Eur Heart J* 2012;33:1787–1847.
3. Bleumink GS, Knettsch AM, Sturkenboom MC, Straus SM, Hofman A, Deckers JW, et al. Quantifying the heart failure epidemic: prevalence, incidence rate, lifetime risk and prognosis of heart failure: The Rotterdam Study. *Eur Heart J* 2004;25:1614–19.
4. Rich MW. Management of heart failure in the elderly. *Heart Failure Reviews* 2002;7(1):89–97.
5. Nordeng H, Spigset O. Legemidler og bruken av dem. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2008.
6. World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action 2003. Geneva: WHO. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf (16.01.2015)
7. Munger MA, Van Tassel BW, LaFleur J. Medication nonadherence: an unrecognized cardiovascular risk factor.

- MedGenMed 2007;9(3):58.
8. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(2): CD000011.
9. van der Wal MH, Jaarsma T. Adherence in heart failure in the elderly: problem and possible solutions. *Int J Cardiol* 2008;125(2):203–8.
10. Hauptman PJ. Medication adherence in heart failure. *Heart Failure Reviews* 2008;13(1): 99–106.
11. Stokstad O. Hjertesvikt, angina og infarkt. I: Stokstad O, red. *Kardiovaskulær intensivmedisin*; 2. utg. Latvia: Cappelen Damm AS, 2011:146.
12. Gullestad L. Hjertesvikt i allmennpraksis. I: Forfang K, Istad H, red. *Kardiologi- klinisk veileder*; 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2012:174–88.
13. Cleland JG, Swedberg K, Follath F, Komajda M, Cohen-Solal A, Aguilar JC, et al. The EuroHeart Failure survey programme – a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part I: patient characteristics and diagnosis. *Eur Heart J* 2003;24:442–63.
14. Frishman WH. Importance of medication adherence in cardiovascular disease and the value of once-daily treatment regimens. *Cardiol Rev* 2007;15(5):257–63.
15. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey Jr. DE, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation* 2013;128:240–327.
16. Cheng JW, Nayar M. A review of heart failure management in the elderly population. *Am J Geriatr Pharmacother* 2009;7(5):233–49.
17. Martje HL, van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJ, van Gilst WH, et al. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J* 2006;27:434–40.
18. Nieuwenhuis MW, Jaarsma T, van Veldhuisen DJ, van der Wal MH. Self-reported versus true adherence in heart failure patients: A study using the medication event monitoring system. *Net Heart J* 2012;20:313–19.
19. Muzzarelli S, Brunner-La Rocca H, Pfister O, Foglia P, Moschovitis G, Mombelli G, et al. Adherence to the medical regime in patients with heart failure. *Eur J Heart Fail* 2010;12(4):389–96.
20. Ambardekar AV, Fonarow GC, Hernandez AF, Pan W, Yancy CW, Krantz MJ. Characteristics and in-hospital outcomes for nonadherent patients with heart failure: Findings from Get With the Guidelines–Heart Failure (GWTG–HF). *Am Heart J* 2009;158(4):644–52.
21. Lainscak M, Cleland JG, Lenzen MJ, Nabb S, Keber I, Follath F, et al. Recall of lifestyle advice in patients recently hospitalised with heart failure: a EuroHeart Failure Survey analysis. *Eur J Heart Fail* 2007;9(11):1095–1103.
22. Demonceau J, Ruppar T, Kristanto P, Hughes DA, Fargher E, Karadas P, et al. Identification and Assessment of Adherence Enhancing Interventions in Studies Assessing Medication Adherence Through Electronically Compiled Drug Dosing Histories: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Drugs* 2013;73(6): 545–62.
23. Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RC, et al. Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012;157(11):785–95.
24. Ponniah A, Anderson B, Shakib S, Doecke CJ, Angley MJ. Pharmacists' role in the postdischarge management of patients with heart failure: a literature review. *J Clin Pharm Ther* 2007;32(4):343–52.
25. Fålon N, Instenes I, Norekvål TM. Hjertesvikt krever spesiell kompetanse. *Sykepleien* 2013;101(13): 68–70
26. Lu L, Jackevicius C, de Leon N, Warner A, Chang D, Mody F. Impact of a multidisciplinary heart failure post-discharge management clinic on medication adherence. *J Am Coll Cardiol* 2014;63(12):S
27. Prasun MA. Heart failure patient education. *Heart Lung* 2014;43(6): 485
28. Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD. Discharge education improves clinical outcomes in patients with chronic heart failure. *Circulation*. 2005;111(2):179–85.
29. Rheuter LO, Lysen C, Faxholm M, Salomon L, Hendriksen C. Multi-dose drug dispensing is a challenge across the primary-secondary care interface. *Dan Med Bull* 2011;58(12): A4341.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no