



**MALMÖ
UNIVERSITET**

FAKULTETEN FÖR HÄLSA
OCH SAMHÄLLE

FAKTORER SOM PÅVERKAR PATIENTERS FÖLJSAMHET TILL BEHANDLING VID HJÄRT-OCH KÄRLSJKDOMAR

EN LITTERATURSTUDIE

ERIK MÖRSIN

ALEXANDER OHLSSON

Examensarbete i omvårdnad
61-90hp
Sjuksköterskeprogrammet
Januari 2018

Malmö Universitet
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

FAKTORER SOM PÅVERKAR PATIENTERS FÖLJSAMHET TILL BEHANDLING VID HJÄRT- OCH KÄRLSJUKDOMAR EN LITTERATURSTUDIE

**ERIK MÖRSIN
ALEXANDER OHLSSON**

Mörsin, E & Ohlsson, A. Faktorer som påverkar patienters följsamhet till behandling vid hjärt-och kärlsjukdomar, en litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö Universitet: Fakulteten för Hälsa och samhälle, Institutionen för vårdvetenskap, 2018.

Bakgrund: Trots att hälso-och sjukvården varit framgångsrik i att behandla hjärt-och kärlsjukdomar de senaste decennierna, utgör kardiiovaskulära sjukdomar fortfarande den vanligaste dödsorsaken i Sverige. Samtidigt visar forskningen att mellan en tredjedel till hälften av patienterna inte följer den ordinerade behandlingen som syftar till att minska riskfaktorerna eller behandla symptom. Låg följsamhet är därmed en ofta förbisedd riskfaktor som leder till försämrad hälsa, ökad vårdtyngd och ökade kostnader för vården.

Syfte: Att belysa vilka faktorer som påverkar patienters följsamhet till behandling vid hjärt-kärlsjukdom.

Metod: Studien utformades som en allmän litteraturstudie, med empirin hämtad från Databaserna CINAHL och PubMed. Tio artiklar valdes ut och granskades med hjälp av SBU:s granskningsmall för kvalitativa studier. Analysen gjordes sedan genom en enkel innehållsanalys.

Resultat: Det framkom två teman, sex kategorier och 14 underkategorier som på olika sätt beskrev faktorer till följsamhet. Faktorerna delades upp i inre faktorer som rörde patienters tankar, känslor och handlingar, samt yttre faktorer som rörde de aspekter som påverkade patienterna utifrån.

Slutsats: Resultatet visade att patienters redogörelser för faktorer till följsamhet var flera och komplexa. En stor del av faktorerna låg bortom patientens kontroll, bland annat visade det sig att relationen mellan vårdare och patient var betydelsefull. Vidare visade resultatet att faktorerna uppvisade en variation mellan patienter, således är det väsentligt att sjuksköterskor arbetar personcentrerat för att kunna optimera patienters följsamhet.

Nyckelord: Behandling, följsamhet, hjärt-och kärlsjukdomar, omvårdnad, personcentrerad vård.

FACTORS INFLUENCING PATIENTS' ADHERENCE TO TREATMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASES

A LITERATURE REVIEW

**ERIK MÖRSIN
ALEXANDER OHLSSON**

Mörsin, E & Ohlsson, A. Factors influencing patients' adherence to treatment of cardiovascular diseases, a literature review. *Degree Project in Nursing 15 credit points*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of care sciences, 2018.

Background: Although health care has been successful in treating cardiovascular diseases in recent decades, cardiovascular disease still remains the most common cause of death in Sweden. Simultaneously, research shows that approximately one third to half of the patients do not follow the prescribed treatment, aimed at reducing the risk factors or treating symptoms. Therefore, low adherence is a frequently overlooked risk factor which ultimately leads to impaired health, increased healthcare strain and increased costs.

Purpose: To highlight the factors affecting patients' adherence to cardiovascular disease treatment.

Method: The study was designed as a literature review, with studies gathered from the CINAHL and PubMed databases. Ten qualitative articles were selected and examined using the SBU's qualitative study review template. The analysis was then conducted using content analysis.

Findings: Two themes, six categories and 14 subcategories which in different ways describe factors that influence patient adherence emerged during the analysis. The factors were divided into inward factors, concerning patient thoughts, emotions and actions, and outward factors concerning external factors that influenced the patient.

Conclusion: The results showed factors to adherence were numerous and complex. A large proportion of the factors were beyond the control of the patient, and the relationship between carers and patients proved significant. Furthermore, the results displayed that the factors showed a variation between patients, therefore it is essential that nurses work person-centered to optimize patients' adherence.

Keywords: Adherence, cardiovascular diseases, nursing, patient-centred care, treatment.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning	5
Bakgrund	5
Hjärt- och kärlsjukdomar	5
Begreppet följsamhet	6
Sjuksköterskans roll vid främjande av patientens följsamhet	7
Problemformulering	8
Syfte	8
Metod	9
Problemformulering och syftesformulering	9
Planering	9
Litteratursökning och sökstrategier	10
Urval	11
Bedömning av studiernas kvalitet	11
Dataanalys	11
Sammanställning	12
Etiska överväganden	12
Resultat	12
Inre faktorer	13
Yttre faktorer	16
Diskussion	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	20
Slutsats	23
Fortsatt kunskapsutveckling och förbättringsarbete	23
Referenser	24
Bilaga 1	26
Bilaga 2	28
Bilaga 3	31

INLEDNING

Patienter som inte fullföljer sina behandlingar vid hjärt-och kärlsjukdomar är ett globalt problem som orsakar ökat vårdbehov, ökade kostnader och belastning för sjukvården och inte minst onödigt lidande för patienterna. Enligt World Health Organization (WHO 2003) kan interventioner som förbättrar patienters följsamhet ha större positiv inverkan på patienters hälsa, än förbättringar i specifika medicinska behandlingar. Samtidigt har sjuksköterskor en betydelsefull roll i hur patienter fullföljer sina behandlingar.

Intresset att undersöka ämnet har uppkommit då vi själva upplever en kunskapslucka i hur vi som blivande sjuksköterskor kan gå tillväga för att öka möjligheterna till att patienten fullföljer sin behandling. För att ta reda på detta är det väsentligt att ur patienters perspektiv undersöka vilka faktorer som påverkar följsamheten. Studien är inriktad mot patienter som har eller befinner sig i riskzonen för att utveckla kardiovaskulära sjukdomar. Det är en stor patientgrupp i Sverige, där mycket av behandlingen utgår från förebyggande reducering av riskfaktorer samt förändringar i levnadsvanor.

BAKGRUND

Nedan följer en beskrivning och problematisering av studiens bärande begrepp; hjärt-och kärlsjukdomar samt följsamhet. Dessutom klarläggs sjuksköterskans roll relaterat till ämnet.

Hjärt-och kärlsjukdomar

Hjärt-och kärlsjukdomar, även kallat kardiovaskulära sjukdomar, är ett samlingsbegrepp på en rad olika tillstånd i det cirkulatoriska systemet (WHO 2011). Begreppet kan delas upp efter vad som orsakar sjukdomen, där ateroskleros är den mest framträdande orsaken (a.a.). Denna process, som i folkmun benämns åderförfettning, innebär en gradvis pålagring av plack i kärlväggen som i en långdragen process orsakar förträngningar i angripna kärl. Placken består i grova drag av inlagrat kolesterol och celler som tillhör immunförsvaret. Stora folksjukdomar såsom kärlkramp, hjärtinfarkt, stroke och perifera kärlsjukdomar som fönstertittarsjuka orsakas främst av ateroskleros. Kardiovaskulära händelser såsom hjärtinfarkt kan i sin tur leda till skador på hjärtmuskulaturen, vilket kan orsaka akut eller kronisk hjärtsvikt. Tillståndet innebär att hjärtats pumpförmåga är nedsatt och inte förmår att pumpa blodet på ett adekvat sätt, vilket yttrar sig genom symtom som andningssvårigheter, ödem och trötthet (Camm 2002).

Behandling

Den aterolskerotiska processen tar lång tid att utvecklas, och följsjukdomar brukar presentera sig först vid hög ålder. Dock kan processen påskyndas på grund av högt blodtryck samt levnadsvanor såsom rökning, fysisk inaktivitet, fetma samt höga nivåer av kolesterol i blodet. Riskfaktorerna är alltså till största del påverkbara, och den preventiva behandlingen syftar till att minska dessa riskfaktorer (Camm 2002). Behandlingsprinciperna varierar beroende på individen men målet är en minskning av riskfaktorer genom både förändringar av levnadsvanor och farmakologisk behandling. Patienter kan generellt sättas in på blodtryckssänkande och lipidsänkande medicinering i kombination med rådgivande samtal angående rökstopp, kostrådgivning samt ökad fysisk aktivitet (a.a.).

Behandlingen specifikt vid hjärtsvikt sker med en kombination av farmakologisk behandling och förändring av levnadsvanor i syfte att lindra symtom (Camm 2002). Målet med

behandlingen är att sänka hjärtats belastning, bland annat genom blodtryckssänkande och vätskedrivande medicinering. När det gäller levnadsvanor är målet främst att undvika en upplagring av vätska i kroppen. Därför är det vanligt att hjärtsviktpatienter följer en begränsning i mängden konsumerad dryck per dag, samt en begränsning i saltintag (Camm 2002).

Hjärt-kärlsjukdomar i Sverige och globalt

Kardiovaskulära sjukdomar har länge varit den primära orsaken till dödsfall i Sverige. År 2015 stod sjukdomar i cirkulationssystemet för ca. 35% av dödsfallen (Socialstyrelsen 2016). Emellertid har den svenska sjukvården de senaste decennierna lyckats halvera dödligheten för människor under 75 år. Framgångarna tillskrivs till största del av förbättrad folkhälsa samt behandling (Nilsson & Perk 2014). De svenska framgångarna stämmer väl överens med en rapport från WHO, som belyser att västvärlden generellt blivit bättre på att minska mortaliteten vid hjärt-kärlsjukdomar (WHO 2011). Användandet av internationella riktlinjer för prevention, som exempelvis SCORE-systemet, som är ett poängsystem för att identifiera patienter i riskzonen för hjärt-och kärlsjukdomar, har i Sverige förbättrat hälso-och sjukvårdens förmåga att identifiera och behandla dessa patienter (Nilsson & Perk 2014).

Trots den positiva utvecklingen av behandlingsmetoder och prevention pekar en rapport av WHO (2003) att en betydande del av långvariga behandlingar inte följs av patienter med kronisk sjukdom. Vid hypertoni är den primära orsaken till dåligt kontrollerat blodtryck att patienter inte följer den ordinerade läkemedelsbehandlingen (WHO 2003). För de patienter som tidigare drabbats av hjärtinfarkt och som är icke-följsamma till behandling med beta-blockerare och statiner ökar risken för dödsfall. Det uppskattas generellt att mellan en tredjedel till hälften av patienterna inte följer läkemedelsbehandlingen de blivit ordinerade, vilket betyder att låg följsamhet i sig är en ofta förbisedd riskfaktor vid hjärt-och kärlsjukdomar (Munger m.fl. 2007). Vidare kan låg följsamhet vara orsaken till att behandlingen inte ger förväntat resultat vilket orsakar problem för den ordinerande läkaren, som får ett bristfälligt beslutsunderlag för vidare behandling (Aarbakke & Simonsen 2016). Icke-följsamhet till behandling är sammanfattningsvis ett globalt problem som innebär sämre hälsa, ökade kostnader och större vårdtyngd för länder runt om i världen (Munger m.fl. 2007; WHO 2003).

Begreppet följsamhet

Med det svenska språkets begrepp "*följsamhet*" menas hur väl patienten följer föreskriven behandling, vilket är en motsvarighet till engelskans "*compliance*" (Nationalencyklopedin 2017). Engelska språket har dock flera begrepp för att förklara samma fenomen. Cohen (2009) definierar begreppet "*compliance*" som ett äldre uttryck som används för att beskriva patienters följsamhet till behandling. "*Adherence*" är ett annat nyare uttryck, vilket definieras som "ihärdighet till behandling och stabiliserande av önskat hälsotillstånd som resultat av aktivt deltagande och överenskommelse" (Cohen 2009 s. 27). "*Adherence*" bygger således på patientens aktiva deltagande i beslutsprocessen och att det finns ett samförstånd mellan patienten och vårdaren. Av den anledningen har "*adherence*" med tiden blivit ett mer frekvent använt uttryck. Ytterligare ett nyare uttryck som också börjat användas är "*concordance*". Begreppet är ett försök att etablera en helt jämlik och harmonisk relation mellan patienten och vårdaren genom samtal och kontakt, där parterna tillsammans har ett samförstånd över den mest optimala behandlingen både utifrån patientens och vårdarens synpunkter (Axelsson 2011; Cohen 2009).

Etiska aspekter kring följsamhet

När det gäller etiska aspekter beskriver Hansson och Friberg (2009) att "*compliance*" är ett ojämnt sätt att beskriva mötet mellan den professionelle och patienten. Begreppet är ursprungligen från det militära och innebär att professionen har makt och kontroll medan patienten ska vara lydiga, passiv och underordnad. Skillnader mellan vårdarens och patientens maktställning utgör alltså ett etiskt problem, som nu försöker uppmärksammas genom de tidigare nämnda begreppen "*adherence*" och "*concordance*". Dessa begrepp utgår från att vårdaren är expert på medicin och behandling medan patienten är expert på sin livssituation. Skiftet innebär att mötas på mitten vilket medför en mer etiskt korrekt lösning. Vårdpersonal slutar leta fel hos patienten till att snarare förbättra relationen mellan vårdare och patient. Relationen förbättras framförallt genom att få patienten mer delaktig och involverad i sin vård. Med det nya synsättet är alltså tanken att patientens maktställning förbättras genom att makten ska fördelas jämt mellan både patient och vårdare (Hansson & Friberg 2009).

Ett annat etiskt problem som uppstår vid följsamhet är att patientens självbestämmande, autonomiprincipen, kan stå i konflikt med sjukvårdens syfte att skydda och bevara människoliv, den så kallade godhetsprincipen. Patienten kan ha flera olika anledningar till att inte följa behandlingar, och har även rätten till det (Hansson & Friberg 2009). Vårdpersonalen är ålagda enligt Hälso- och Sjukvårdslagen 2017:30 (HSL) 3 kap. 2 § att förebygga ohälsa, men måste i slutändan ge efter till patientens autonomi, då det i HSL 5 kap. 1 § även framgår att vården ska bedrivas med hänsyn till patientens självbestämmande.

Sjuksköterskans roll vid främjande av patientens följsamhet

Hälso- och sjukvårdspersonal, vilket innefattar sjuksköterskor och läkare, har ett gemensamt ansvar att förbättra patienters följsamhet. I HSL kap.3 1-2§ framgår att sjukvården har som uppgift att främja god hälsa och förebygga ohälsa. Vidare skriver Patientlagen (PL) 2014:821 kap.3 1§ att patienten har rätt till information om sitt hälsotillstånd, behandlingar, metoder för ökad hälsa samt förebyggande av sjukdom. Det gäller även komplikationer och biverkningar vid behandling eller utebliven behandling.

I en studie av Laurant m.fl. (2009) framgår att i dagens sjukvård har sjuksköterskors roll fått en större betydelse vid vårdandet av patienter, och en del arbetsuppgifter som tidigare var läkarnas ansvar har hamnat på sjuksköterskor. Studien visade att sjuksköterskors arbete jämfört med läkarnas hade likartad inverkan på det kliniska resultatet. Det framgick även att patienter upplevde sig mer nöjda, hade en högre nivå av kunskap vid samtal med sjuksköterskor än med läkare. En anledning till detta var att sjuksköterskor avsatte betydligt mer tid vid möten (a.a.). En annan studie utförd i primärvården kom fram till att det förekom missförstånd mellan ordinerande läkare och patienter (Britten m.fl. 2000). Dessa missförstånd berodde ofta på de fall där patienten inte fick tid eller möjlighet att bemöta läkarens beslut. Kjellgren (2007) menar att sjuksköterskan bör veta vad läkaren har sagt till patienten, eftersom det är viktigt att samma information ges för att undvika förvirring. Sjuksköterskans uppgift är ofta att repetera och göra informationen förståelig för patienten. Hur och varför läkemedel ska användas är dessutom en kunskapsfråga hos patienter som påverkar dennes vilja till följsamhet (a.a.). Sjuksköterskans roll tydliggörs genom Svensk Sjuksköterskeförenings kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (2017), där det framgår att pedagogik och patientundervisning är en del av sjuksköterskans kompetensområde.

Ytterligare en studie gjord i primärvården jämförde skillnaden mellan läkares och sjuksköterskors användande av riktlinjer för riskpreventionsåtgärder i mötet med patienter i riskzonen för hjärt- och kärlsjukdom (Voogdt-Pruis m.fl. 2011). Resultatet visade att

sjuksköterskor oftare än läkare förmedlade information om förändring av levnadsvanor till patienter och därmed följde riktlinjerna bättre än läkarna. Dock visade det sig att patientens följsamhet inte nämnvärt skilde sig åt mellan de båda professionerna. Slutsatsen blev att fler insatser än bara förmedlandet av information behövde göras för att komma till bukt med problemet att patienter inte var följsamma (a.a.).

Sjuksköterskans kärnkompetenser

En av sjuksköterskans kärnkompetenser är den *personcentrerade vården*, vilket kan knytas till främjandet av patienters följsamhet. Svensk sjuksköterskeförening (2017) beskriver personcentrerad vård som att vården bedrivs i partnerskap med patienten samt dennes anhöriga. Sjuksköterskan ska se hela patienten, inte bara behovet av vård utan även vilka resurser patienten har med sig som kan användas för att stärka vården ytterligare. Mötet mellan sjuksköterskan och patienten ska utgå från patienten, dennes berättelse och upplevelser där vården utformas i partnerskap (a.a.). Studier visar på att patienter ofta upplever ökad vårdkvalitet och ökat välbefinnande om vården bedrivs utifrån ett personcentrerat perspektiv (Rathert m.fl. 2012). En studie bedriven i Nederländerna visade även att sjuksköterskor som arbetar utifrån ett personcentrerat perspektiv och som försöker involvera patienten i den egna vården upplever en ökad tillfredsställelse och glädje till sitt arbete (den Boer m.fl. 2017).

Eftersom ansvaret om främjandet av patienters följsamhet delas av all vårdpersonal, är *Samverkan i team* en annan för ämnet relevant kärnkompetens. Det innebär att sjuksköterskan ska kunna samarbeta väl med andra professioner, som exempelvis läkare, undersköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter, för att kunna få fram den bästa möjliga vården för patienten (Svensk sjuksköterskeförening 2017).

PROBLEMFÖRMULERING

Sverige har varit framgångsrikt i att minska dödligheten av kardiovaskulära sjukdomar de senaste decennierna (Nilsson & Perk 2014). Samtidigt uppger Socialstyrelsen (2016) att hjärt- och kärlsjukdomar fortfarande är den mest framträdande dödsorsaken i Sverige. Enligt WHO (2003) kan förbättrande av följsamheten betyda mer för patienters hälsa än vad en förbättring av behandlingen hade gjort. Patienters icke- följsamhet till behandling är således en global angelägenhet som orsakar försämrade folkhälsa och bör därför motverkas så långt det är möjligt (WHO 2003). Sjuksköterskor är enligt HSL kap.3 1-2§ skyldiga att främja patienters hälsa och motverka ohälsa. Dessutom har sjuksköterskor en betydande roll inom ämnet (Kjellgren 2007).

Men vad säger forskningen om följsamhet utifrån patienters perspektiv? För att sjuksköterskor ska kunna bli bättre på att optimera patienters följsamhet är det av vikt att lyfta ämnet kunskapsmässigt. Denna studie ämnade till att bidra med denna kunskap.

SYFTE

Syftet var att belysa faktorer som kan påverka patienters följsamhet till behandling vid hjärt- och kärlsjukdom.

METOD

För att besvara syftet genomfördes en litteraturstudie, där studier med en kvalitativ ansats granskades. En litteraturstudie är en sammanfattning och syntes av tidigare studiers resultat (Polit & Beck 2014). Kvalitativ forskning valdes eftersom det innebär att forskarna undersöker personers uppfattningar, upplevelser och erfarenheter i relation till ett visst fenomen (SBU 2014). Studien planerades och genomfördes med stöd av Forsberg & Wengströms (2016) modell för systematiska litteraturstudier, vilket var följande;

- motivera varför studien görs (problemformulering)
- formulera frågor som går att besvara
- formulera en plan för litteraturstudien
- bestämma sökord och sökstrategi
- Identifiera och välja litteratur
- Kritiskt värdera, kvalitetsbedöma och välja ut litteratur
- analysera och diskutera resultat
- sammanställa och dra slutsatser

(Forsberg & Wengström, 2016, s.31).

Problemformulering och syftesformulering

Problemområdet *följsamhet till behandling vid hjärt-kärlsjukdom* identifierades och avgränsades inledningsvis genom en diskussion och reflektion författarna emellan. En enkel litteratursökning inom ämnet genomfördes vilket gav en överblick över problemområdet. Efter att problemområdet och en kunskapslucka identifierats och formulerats blev nästa steg att beskriva syftet med studien. Syftet skulle enligt Forsberg och Wengström (2016) kort och koncist beskriva vad litteraturstudien handlade om samt vad målet med litteraturstudien var. För att tydliggöra syftesformuleringen användes PEO-modellen, vilket redovisas i tabell 1 nedan. Modellen gav även upphov till en tydlig teoretisk förankring samt underlättade för att hitta sökord (a.a.).

Tabell 1. PEO-modellen.

Population	Exposure	Outcome
Patienter som lider av någon typ av hjärt-kärlsjukdom.	Behandlas för hjärt-kärlsjukdom.	Patienters upplevelser av faktorer som påverkade deras följsamhet.

Efterföljande steg i modellen av Forsberg och Wengström (2016) var att formulera frågor och frågeställningar som skulle besvaras med litteraturstudien, dock gjordes bedömningen att ytterligare frågeställningar utöver syftet inte var nödvändiga i denna studie.

Planering

I nästa steg genomfördes en projektplan där preliminära databassökningar gjordes. Utöver det valdes vilken forskningsdesign som skulle användas till studiens resultat, hur kvalitetsbedömningen skulle gå till samt vilken analysmetod som skulle användas. Slutligen fastställdes en tidsplan för arbetet.

Litteratursökning och sökstrategier

När syftet och problemformuleringen avgränsats formulerades sökord som sedan utgjorde en grund för litteratursökningen. Sökorden formulerades genom en utplockning av de bärande begreppen i syftet, *hjärt-kärlsjukdomar* och *patienters följsamhet*. Dessa ord översattes till engelska ämnesord med hjälp av svensk MeSH från Karolinska universitetets bibliotek, vilket resulterade i ämnesorden "*cardiovascular diseases*" samt "*patient compliance*". Ämnesordet "*patient compliance*" innefattade även de nyare begreppen "*adherence*" och "*concordance*". Ett ämnesord som också kunde användas i sökningen, relaterat till tidigare redovisad PEO-modell, var "*treatment*". Dock visade det sig att detta ord redan delvis ingick i underkategorierna till "*patient compliance*", alltså bedömdes det som överflödigt att använda. Ytterligare ämnesord som lades till istället var "*nursing*" för att få ett omvårdnadsperspektiv samt "*qualitative research*" för att få ett urval av baserat på enbart kvalitativa studier. Sökningarna genomfördes i databaser samt manuella sökningar i enlighet med beskrivningen av Forsberg och Wengström (2016). Databaserna som användes var PubMed och CINAHL eftersom de var relevanta för ämnet.

Som sökstrategi användes orden "OR" för att bilda sökblock samt "AND" mellan sökblocken för att smalna av sökningen (Forsberg & Wengström 2016). Dessa sökblock innehöll MeSH/MH-termer, synonymer på ämnesorden samt fritextsökningar på de valda ämnesorden. Fritextsökningarna gjordes för att hitta nyare artiklar som ännu inte hunnit bli märkta med ämnesord. Vid sökningen i databasen CINAHL "exploderades" ämnesorden om det var möjligt för att få med underkategorier till ämnesorden. Dessa underkategorier innehöll bland annat ämnesorden "*medication adherence*" och "*treatment refusal*". Detta behövdes ej göras i sökningen i PubMed då det skedde automatiskt. I PubMed användes MeSH-ordet "*Patient acceptance of health*", vilket innehöll underkategorierna "*patient compliance*", "*patient adherence*" och andra relevanta underkategorier. När sökningarna kombinerats till sökblock användes därefter "AND" för att föra samman sökblocken till sökningar. Tillvägagångssättet återges i större detalj i bilaga 1.

Sökningarna gav en del träffar med irrelevanta resultat för denna studie. I enlighet med Forsberg och Wengström (2016) användes därför inklusions- och exklusionskriterier i syfte att smalna av och målinrikta sökningen. Eftersom det rörde sig om kvalitativ forskning på patienter behövde det försäkras om att studierna var utförda på ett etiskt korrekt tillvägagångssätt, således var det viktigt att studierna hade blivit godkända av en etisk kommitté. Att studierna var *peer-reviewed* innebar att de hade blivit granskade och godkända av utomstående forskare, vilket höjde kvaliteten. Valet att exkludera studier gjorda innan år 2000 gjordes för att kunna sälla bort eventuell icke-relevant och ej längre aktuell forskning på området. Studier utanför västvärlden exkluderades i syfte att få fram ett resultat relevant för populationen i Sverige. Kriterierna redovisas översiktligt i tabell 2.

Tabell 2. Studiens inklusions- och exklusionskriterier.

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
<ul style="list-style-type: none">• kvalitativ studiedesign,• genomgått peer-review,• godkända av etikprövningskommitté,• svenskt eller engelskt språk samt• läsbart abstrakt.	<ul style="list-style-type: none">• Publicerade innan 2000 samt• studier gjorda utanför västvärlden.

För att komplettera blocksökningen i databaserna gjordes även manuella sökningar i enlighet med Forsberg och Wengström (2016). Syftet var att hitta ytterligare relevanta artiklar som kunde ha missats med den redovisade sökstrategin. Detta skedde genom att dels söka fritt i exempelvis Google Scholar och dels att utforska referenslistan i funna systematiska litteraturstudier om ämnet.

Urval

Nästföljande steg enligt Forsberg och Wengström (2016) var att identifiera och välja ut litteratur. Urvalet skedde utifrån studiernas relevans för att besvara föreliggande studies frågeställning. Urvalsprocessen gjordes genom att inledningsvis läsa samtliga titlar i sökresultatet. Relevanta titlar valdes därefter ut och deras abstract lästes. De artiklar som visade sig ha ett relevant abstract lästes slutligen i fulltext. Nedan presenteras en tabell som sammanfattar urvalsprocessen.

Tabell 3. Databassökning med sökblock samt manuell sökning

Databas	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa i fulltext	Kvalitetsgranskade	Utvalda till resultat
PubMed 17-11-07	Cardiovascular Diseases AND Nursing AND Patient Compliance AND Qualitative research	185	27	16	11	6
CINAHL 17-11-07	Cardiovascular diseases AND Nursing AND Patient compliance AND qualitative Studies	75	10	6	4	3
Manuell sökning 17-11-10	-	5	5	5	3	1

Bedömning av studiernas kvalitet

De artiklar som valdes ut efter urvalsprocessen granskades sedan enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) granskningsmall för studier med kvalitativ forskningsmetodik. I överensstämmelse med Forsberg och Wengström (2016) gjordes kvalitetsgranskningen för att säkerställa att de artiklar som skulle användas till studiens resultat höll en tillräckligt hög kvalitet. föreliggande studie inkluderade endast de artiklar som höll en *hög* eller *medelhög* kvalitet enligt kriterierna av SBU (2017), alltså uteslöts studier som bedömdes vara av *låg* kvalitet. För att en studie skulle bedömas vara av hög kvalitet innebar bland annat att studien hade en väldefinierad frågeställning, väl beskriven metod samt en systematisk presentation av data. Medelhög kvalitet innebar att det kunde förekomma vissa otydligheter (a.a.). SBU:s bedömningsmall och kriterier återfinns i bilaga 2. För att minska bias bedömdes artiklarna individuellt för att därpå jämföra resultatet författarparet emellan. De punkterna som författarna inte var överens om diskuterades med artikeltexten som stöd tills konsensus rådde.

Efter urvalet och kvalitetsgranskningen blev resultatet tio utvalda artiklar, där nio valdes från databassökningarna samt en från de manuella sökningar som gjordes.

Dataanalys

Analysen av de kvalitetsgranskade artiklarna utfördes i enlighet med Forsberg och Wengströms (2016) modell för enkel innehållsanalys, vilket skedde i fem steg. Vid första steget lästes artiklarnas resultat igenom ett flertal gånger för att bilda en uppfattning om dess innehåll. I steg två och tre kodades texternas innehåll och gjordes om till kategorier och underkategorier. Denna process skedde enskilt och med tre artiklar i taget. När tre artiklars innehåll kategoriserats samverkade författarparet och diskuterade eventuella oenigheter tills konsensus rådde. De funna kategorierna och underkategorierna skrevs sedan ner i ett word-dokument för att få en översikt. Processen upprepades med tre artiklar i taget, tills samtliga artiklar hade analyserats och kategorierna skrivits ner på papper. Därefter inleddes steg fyra i processen där kategorierna organiserades och syntetiserades till teman. Sista steget enligt Forsberg och Wengströms (2016) modell innebar att tolka och diskutera resultatet, dock gjordes detta kontinuerligt under processens gång.

Sammanställning

Dataanalysen resulterade i två övergripande teman, sex kategorier och 14 underkategorier som på olika sätt beskriver faktorer som påverkar patienters följsamhet. Resultatet presenteras översiktligt i figuren nedan (figur 1).

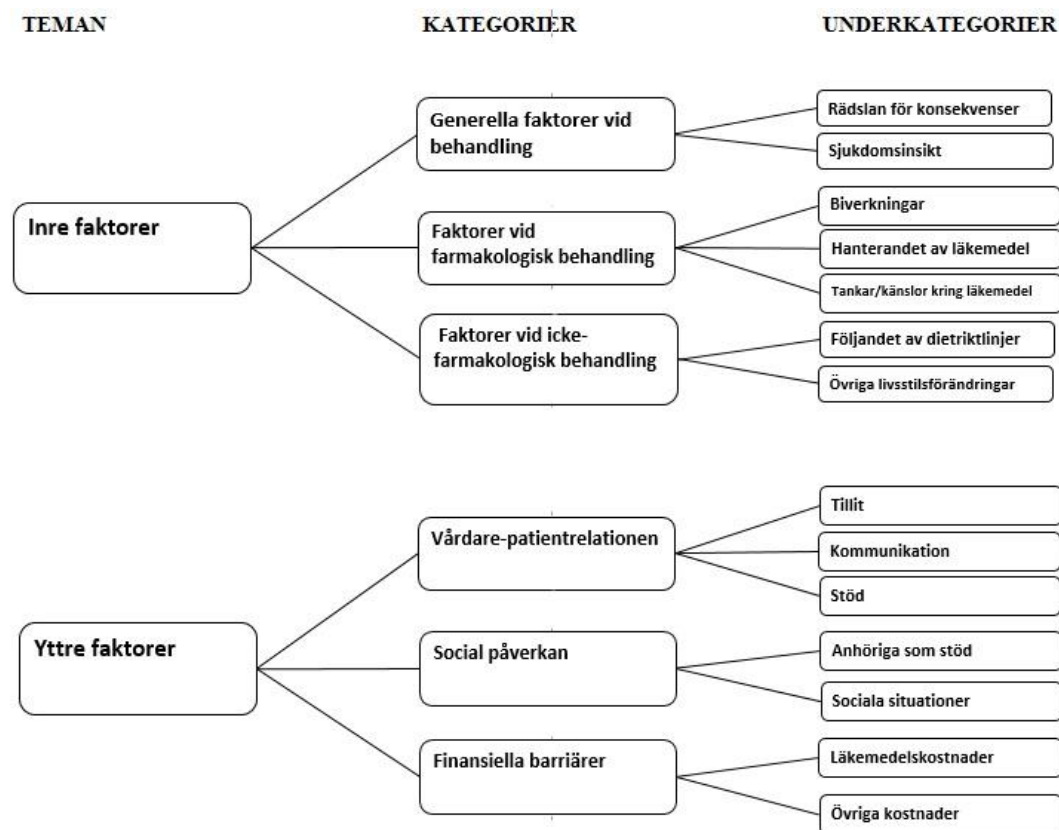
Etiska överväganden

När det gäller denna studies etiska förhållningssätt, skulle samtliga artiklar som valts ut ha ett etiskt godkännande av en etikprövningsnämnd. De utvalda studierna skulle således följa de fyra huvudkrav som ställs av Vetenskapsrådet (2002) samt Helsingforsdeklarationen (World Medical Association 2013). Dessa krav är *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet* (vetenskapsrådet 2002). Med *informationskravet* menas att forskarna måste informera deltagarna i studien om studiens syfte och deltagarnas roll i studien. Forskarna ska även informera deltagarna att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst. Ingen information som kan påverka deltagarnas vilja till medverkan får exkluderas av forskaren. Enligt *samtyckeskravet* måste det finnas ett informerat samtycke från deltagaren i studien, och att detta kan tas tillbaka närhelst under forskningsprocessen på deltagarens begäran. *Konfidentialitetskravet* innebär att samtliga forskare i studien ska vara bundna av sekretess om innehåll av känslig karaktär kan förekomma i studien. All känslig information som samlas in ska därför förvaras på ett sådant sätt att det inte kan framkomma vem informationen kommer ifrån om studiedeltagande inte vill detta. Till sist säger *nyttjandekravet* att informationen som samlas in i studien inte får användas för annat syfte än studien om inte patienten ger sitt godkännande till detta (a.a.).

RESULTAT

Gemensamt för empirin som användes var att studierna var gjorda i västvärlden, i synnerhet Nordamerika (Dhaliwal m.fl. 2017; Garavalia m.fl. 2009; Heo m.fl. 2009; King-shier m.fl. 2017; Mcsweeney & Coon 2004; Wu m.fl. 2009), men även Finland (Kangasniemi m.fl. 2017), Sverige (Svensson m.fl. 2000), Irland (Lehane m.fl. 2008) och från Nederländerna (Van der Wal m.fl. 2010). Majoriteten av studierna använde en kvalitativ deskriptiv studiedesign (Dhaliwal m.fl. 2017; Garavalia m.fl. 2017; Heo m.fl. 2009; King.Shier m.fl.

2017; Lehane m.fl. 2008; Svensson m.fl. 2000; Van der Wal m.fl. 2010; Wu m.fl. 2009), medan en studie använde en kvalitativ etnografisk studiedesign (McSweeney & Coon 2004), och en använde en kvalitativ hermeneutisk studiedesign (Kangasniemi m.fl. 2017). Samtliga studier utfördes med intervjuer gjorda på patienter som behandlas eller behandlats för någon typ av hjärt-kärlsjukdom. Fem av artiklarna bedömdes hålla en hög kvalitet och de andra fem var av medelhög kvalitet. Då hjärt-kärlsjukdomar är ett brett samlingsbegrepp med ett flertal tillstånd utgick artiklarna från ett spann av kranskärlssjukdom, kronisk hjärtsvikt och hypertoni. Fyra studier handlade om patienters följsamhet till förändring av levnadsvanor, fem handlade om följsamhet till farmakologisk behandling och en studie handlade om båda två. I studierna om läkemedelsbehandling bestod deltagarna av patienter som hanterade sina läkemedel själva. Två av studiernas resultat utgick från *“Health Belief Model”*, vilket är en teoretisk modell för att förstå och förklara patienters resonemang kring hälsa.



Figur 1. Översikt över funna teman, kategorier samt underkategorier.

Inre faktorer

Med temat inre faktorer menas faktorer som har sitt ursprung från patienten själv, det vill säga de tankar, känslor och handlingar som rörde patientens följsamhet. Temat uppdelades i tre kategorier; generella faktorer vid all form av behandling, faktorer specifika för farmakologisk behandling samt faktorer specifika för icke-farmakologisk behandling.

Generella faktorer vid behandling

Rädslan för konsekvenserna av att inte följa behandlingen visade sig vara en stark motivator till att vara följsam till sin behandling (King-Shier m.fl. 2017; Svensson m.fl. 2000; Van der Wal m.fl. 2010). De vanligaste rädslorna handlade om att uppleva symtom på grund av sin sjukdom, att sjukdomsförloppet skulle förvärras samt även en rädsla för att behöva bli återinlagd på sjukhus (a.a.) Rädslan för symtom var speciellt framträdande hos patienter med

hjärtsvikt, då avvikelser i behandlingen relativt snabbt kunde leda till komplikationer i form av exempelvis vätskeretention och ödem (Van der Wal m.fl. 2010). Vissa patienter upplevde att de mätte bättre av att följa behandlingen eftersom den bidrog till en ökad eller bibehållen livskvalitet (Lehane m.fl. 2008; Van der Wal m.fl. 2010). Ett bra sätt att motverka rädslan men samtidigt behålla en god följsamhet var att ha en positiv inställning och tro på framtiden (Kangasniemi m.fl. 2016; King-Shier m.fl. 2017).

En annan faktor som påverkade följsamheten var patienters upplevda mottaglighet för sjukdom och även dess upplevda allvarlighetsgrad (Garavalia m.fl. 2009). Familjens sjukdomshistoria, diabetes, övervikt och rökning var riskfaktorer som påverkade patienters upplevda mottaglighet och därmed motivationen för fortsatt behandling (a.a.). Graden av upplevda symtom påverkade också patienter. En del symptomlösa sjukdomstillstånd som hypertoni och höga nivåer av blodfetter, kunde patienter tolka som att tillståndet inte var ett problem och därför endast behövde behandlas vid behov (Svensson m.fl. 2000). Om patienten upplevde en hög grad av mottaglighet eller allvar av sjukdomen, i form av förvärrade symtom, ökade även patientens vilja till att följa behandlingen. Upplevde patienter däremot en låg mottaglighet eller allvar av sjukdomen blev följsamheten lidande (Garavalia m. fl. 2009).

Faktorer vid farmakologisk behandling

Vid läkemedelsbehandling var biverkningar en ofta förekommande faktor som bidrog till låg följsamhet (Garavalia m.fl. 2009; Svensson m.fl. 2000; Van der Wal m.fl. 2010; Wu m.fl. 2008). Dessa biverkningar innebar mag-tarmbesvär, viktuppgång, blodtrycksfall, smaklöshet, kalla extremiteter samt sexuella problem (Van der Wal m.fl. 2010; Wu m.fl. 2008). Vissa patienter förbisåg dock biverkningarna genom att se läkemedlet som ett nödvändigt ont som var tvunget att intas eftersom läkaren ordinerat det (King-Shier 2017). Även de avsedda effekterna av läkemedelsbehandlingen kunde upplevas som hinder för följsamhet (Van der Wal m.fl. 2010). Exempelvis uttryckte patienter att den vätskedrivande effekten av diuretika vid hjärtsviktsbehandling ställde till problem i olika sociala situationer och sammanhang, varför patienterna då sänkte dosen eller inte tog läkemedlet alls (a.a.).

Andra specifika faktorer som framkom rörde aspekter kring patienters läkemedelshantering (Garavalia m.fl. 2009; Lehane m.fl. 2008, Wu m.fl. 2008). Läkemedlens karaktär, såsom storleken och antalet tabletter utgjorde ett problem för patienter med sväljningssvårigheter (Wu m.fl. 2008). Ytterligare barriärer kunde vara flera läkemedel som behövde tas samtidigt samt på udda klockslag, vilket gjorde det svårt för patienter att följa ordinationen. När schemat för när läkemedlen skulle intas inte stämde överens med patienters dagliga liv ökade risken för glömska (a.a.). Glömska i sig var en aspekt som många patienter uppgav som en framträdande orsak till att inte följa behandlingen (Lehane m.fl. 2008; Wu m.fl. 2008). För att överkomma glömska uttryckte patienter att fasta rutiner och hjälpmedel främjade deras följsamhet (King-shier m.fl. 2017; Lehane m.fl. 2008; Wu m.fl. 2008). Dessa rutiner kunde vara att förvara läkemedlen på samma plats eller synligt på nattduksbordet. Alternativt att ta tabletterna på fasta tider som till exempel i samband med toalettbesöket på morgonen. Ett annat bra hjälpmedel var användandet av dosett (King-Shier m.fl. 2017; Wu m.fl. 2008).

Patienters egna uppfattningar, tankar och resonemang kring läkemedel visade sig vara ytterligare en faktor som påverkade följsamheten (King-Shier m.fl. 2017; Lehane m.fl. 2008; Svensson m.fl. 2000; Van der Wal m.fl. 2010; Wu m.fl. 2008). Tidigare erfarenheter hos patienterna eller bekanta agerade som en motivator för god följsamhet (King-Shier m.fl. 2017; Lehane m.fl. 2008). Patienter som bl.a. tidigare haft en hjärtinfarkt eller kände någon som

drabbats var mer benägna att följa sina behandlingar (a.a.). Att patienterna hade en grundläggande förståelse för effekterna av sina läkemedel hade en positiv effekt på följsamheten till behandlingen (Lehane m.fl. 2008; Svensson m.fl. 2000; Van der Wal m.fl. 2010; Wu m.fl. 2008). Att kunna göra kopplingen mellan sina symtom och effekterna av sina läkemedel hjälpte flera patienter i deras behandling (Wu m.fl. 2008). Dock visade det sig att det fanns en skillnad i hur mycket kunskap patienter efterfrågade. En del patienter ville ha all tillgänglig information om vilka mediciner de fick, dess effekter och biverkningar, medan andra patienter uttryckte att de var nöjda med att endast veta vilka mediciner de skulle ta och hur dags (a.a.) Således kunde bristande kunskap agera som en barriär för följsamhet, dock behövde det inte betyda att patienten per automatik blev icke-följsam på grund av bristande kunskap (Van der Wal m.fl. 2010).

När det gäller känslor kring att använda läkemedel uttryckte en del patienter tveksamhet till läkemedelsbehandling, eftersom de inte gillade tanken på att vara beroende av mediciner för att upprätthålla sin hälsa (King-Shier m.fl. 2017; Lehane m.fl. 2008; Svensson m.fl. 2000). Vissa patienter ogillade starkt tanken på att behöva ta mediciner, och andra upplevde rädsla och tvivel kring sin situation (Lehane m.fl. 2008). En del patienter uttryckte också en misstänksamhet mot hälso- och sjukvården och ifrågasatte behovet av mediciner då de upplevde sig som asymtomatiska (King-Shier m.fl. 2017). I en studie om kulturella skillnader på patienters följsamhet i Kanada visade resultatet att religion har en viss påverkan på patienternas följsamhet. En del patienter som slutade ta sina läkemedel motiverade det med att de la över det i Guds händer ifall de skulle fortsätta leva eller inte (King-Shier m.fl. 2017).

Faktorer vid icke-farmakologisk behandling

När det gäller följsamheten till icke-farmakologisk behandling identifierades ett antal specifika faktorer som påverkade förändringen av levnadsvanor. En anledning till att patienter inte följde sina rekommendationer var att rekommendationerna i sig minskade den upplevda livskvaliteten (Heo m.fl. 2009; McSweeney & Coon 2004; Van der Wal m.fl. 2010). Vid hjärtsvikt-behandling, där salt-och vätskerestriktion ordinerats, innebar att patienter inte kunde släcka törsten samt att matens smak försämrades (a.a.). Patienter i en studie om kvinnors följsamhet till förändring av levnadsvanor uttryckte ilska över svårigheterna att ändra och bibehålla nya levnadsvanor. De uppgav att det kändes som att gå miste om nöjen i livet som exempelvis att äta maten de gillade (McSweeney & Coon 2004). Mat som nöje i sig var en framträdande faktor vid följsamhet till dietriktlinjer, då patienter beskrev ett nöje att äta god mat och motvilja att ändra på det. En del patienter resonerade att nöjet att äta god mat var viktigare för dem än hälsofördelarna med att följa riktlinjerna (Heo m.fl. 2009). Patienter kunde dock utveckla strategier för att överkomma problemet genom att följa rekommendationerna i stort men tillåta sig själva att avvika ibland. Syftet var att göra det enklare att hålla sig följsamma i det långa loppet (Van der Wal m.fl. 2010).

Förståelsen och kunskapen för vilken mat som påverkade hjärtsviktssymtom visade sig vara bristfällig hos majoriteten av de intervjuade patienterna som tillfrågades om ämnet (Heo m.fl. 2009; Van der Wal m.fl. 2010). Patienter uttryckte ofta missförstånd kring vad syftet med riktlinjerna var. Detta innebar i praktiken att patienter även hade svårt att särskilja hälsosam mat från ohälsosam mat, samt hur maten skulle tillagas hälsosamt. En av svårigheterna var även att minnas den erhållna informationen som givits av hälso-och sjukvården. Låg förståelse och kunskap var därmed en faktor som orsakade låg följsamhet till dietriktlinjer (Heo m.fl. 2009).

Faktorer som förbättrade följsamheten till egenvård visade sig vara fasta rutiner i vardagen samt utvecklandet av egna strategier för att handskas med behandlingen (McSweeney & Coon 2004; Van der Wal m.fl. 2010). För att underlätta ett rökstopp valde en del patienter att sätta upp delmål med exempelvis ett tak på antal cigaretter per vecka. Att inkorporera tråkiga motionspass i vardagen var ett annat sätt att hantera sina förändringar av levnadsvanor (McSweeney & Coon 2004). Patienter som uttryckte behandlingen som något som "måste göras" varje dag hade lättare att vara följsamma (Van der Wal m.fl. 2010). En del patienter upplevde det som lättare att följa riktlinjerna ju längre tiden gick, eftersom de vände sig vid de nya levnadsvanorna. Andra patienter upplevde det dock som svårt att behålla följsamheten över en längre tid, vilket ledde till slutsatsen att vissa patienter hade svårare att anpassa sig än andra (a.a.).

Yttre faktorer

Med temat yttre faktorer menas de faktorer som påverkade patienten utifrån. Temat belyser framförallt vårdens betydelse och roll, utifrån patienternas perspektiv. Därutöver tillkommer patientens anhöriga, omgivningen samt finansiella barriärer som också relaterade till yttre faktorer.

Vårdare-patientrelationen

Nästan samtliga studier nämnde någon aspekt kopplat till vårdare-patientrelationen som faktorer för följsamhet (Kangasniemi m.fl. 2016; King-Shier m.fl. 2017; Lehane m.fl. 2007; McSweeney & Coon 2004; Svensson m.fl. 2000; Wu m.fl. 2008). En av dessa aspekter var tillit till vårdaren, dels den ordinerade läkaren och dels sjuksköterskor som var involverade i patientens vård (King-shier m.fl. 2017; Wu m.fl. 2008). En orsak till varför patienter upplevde låg tillit till läkare var på grund av tidsbrist vid samtal, insättande av nya läkemedel utan att förklara varför samt för lite tid för patienters frågor och funderingar (Wu m.fl. 2008). Vissa patienter som hade flera olika ordinerande läkare upplevde att läkarna inte samverkade mellan varandra och därmed inte hade koll på vilka mediciner som skrevs ut (a.a.). Andra faktorer som påverkade tilliten var vårdarens professionella kompetens samt i mindre grad hans eller hennes sociala färdigheter (Kangasniemi m.fl. 2016; Lehane m.fl. 2008). En del patienter uppgav att de hade en stor respekt för vårdarens kompetens och överlät ansvaret över behandlingen till sjukvårdaren, eftersom de visste att vårdaren ville patientens bästa (Wu m.fl. 2008). Intervjuade patienter från asiatiska etniciteter uppgav dock andra anledningar till tillit, där de betonade en mer direkt och auktoritär kommunikation från läkarens sida var bästa vägen att gå för att vinna tillit (King-Shier m.fl. 2017).

Förutom tillit var en annan faktor som främjade följsamheten att patienterna hade en positiv relation med vårdaren, där de med lätthet kunde kommunicera med läkare och sjuksköterskor (Wu m.fl. 2008). En god relation innebar också att patienterna upplevde att de kände sig lyssnade på och respekterade (Lehane m.fl. 2008). Dålig kommunikation innebar att patienter fick en bristande förståelse för behandlingen vilket i sin tur mynnade ut i låg följsamhet. Den bristfälliga kommunikationen yttrade sig i att patienten inte förstod informationen som givits eller vilka eventuella biverkningar som kunde förväntas (a.a.). Att läkare och sjuksköterskor gav ut samma information var väsentligt för följsamheten (Kangasniemi m.fl. 2016). En patient som fått instruktionen att undvika saltrik mat av en hjärtsjuksköterska valde att bortse från det eftersom ingen läkare hade nämnt liknande instruktioner, och patienten tyckte att läkarens ord vägde tyngre än sjuksköterskans (Van der Wal m.fl. 2010).

Att vårdpersonal agerade uppmuntrande upplevde patienter som motiverande till att följa behandlingen (Kangasniemi m.fl. 2016; Wu m.fl. 2008). Motsatsen, det vill säga dåligt stöd

från hälso-och sjukvården, var en stark barriär för följsamheten. Om patienterna upplevde att vårdaren inte såg och bekräftade deras försök att förändra sina levnadsvanor tappade de motivationen (McSweeney & Coon 2004).

Social påverkan

Stödet från familj och vänner hade en stor påverkan på patienters följsamhet. Upplevde patienten en hög nivå av stöd så ökade följsamheten, medan om patienten upplevde en låg nivå av stöd minskade den drastiskt (Heo m.fl. 2008; King-Shier m.fl. 2017; Lehane m.fl. 2008; McSweeney & Coon 2004; Van der Wal m.fl. 2008; Wu m.fl. 2008). Saker som anhöriga kunde hjälpa till med var att påminna patienten om att ta sina tabletter, hjälpa till med att dela dosetter, hjälpa till att handla eller betala för dyra mediciner samt att hjälpa till att integrera dietriktlinjer och vätskerestriktioner i det dagliga livet (a.a.).

Patienters sociala situation visade sig också påverka följsamheten. För patienter med hjärtsvikt kunde det vara svårt att gå ut och äta då den egna kontrollen över vad man kan äta minskade. Patienter resonerade då genom att antingen bortse från riktlinjerna i sociala situationer, eller att stanna hemma istället där de upplevde en högre nivå av kontroll (Heo m.fl. 2009).

Finansiella barriärer

En stor del av studierna angav läkemedelskostnader som hinder för följsamhet till behandling (Dhaliwal m.fl. 2017; Garavalia m.fl. 2009; King-Shier m.fl. 2017; McSweeney & Coon 2004; Wu m.fl. 2008). Vissa patienter fick avsluta sin behandling på grund av att de inte hade råd till att köpa nya läkemedel (Garavalia m.fl. 2009). En del patienter beskrev att en strategi för att komma runt problemet var att de prioriterade vissa läkemedel före andra, och valde därmed bort vad de själva uppfattade som "icke-essentiella" läkemedel (Dhaliwal m.fl. 2017; King-Shier m.fl. 2017). Finansiella barriärer var även förekommande hos patienter med privat sjukförsäkring (Dhaliwal m.fl. 2017).

Förändringar av levnadsvanor kunde även ge upphov till finansiella problem då nyttigare mat som grönsaker ofta var dyrare än mer icke-hälsosamma alternativ (McSweeney & Coon 2004; Van der Wal m.fl. 2008). Att behöva vara borta från jobbet för att gå på olika undersökningar och rehabilitering var även en faktor som agerade som finansiell barriär då mindre arbete resulterade i lägre inkomst (Dhaliwal m.fl. 2017). Ytterligare ekonomiska aspekter som framkom var transportkostnader till och från hälso-och sjukvårdsanläggningar eller motionscentrum. Patienter upplevde då ekonomiska barriärer på grund av bensinpriser, parkering och kollektivtrafik vilket förhindrade dem från att besöka vården eller motionera (a.a.).

DISKUSSION

Nedan följer en diskussion angående denna studies metod samt resultat. Under rubriken *metoddiskussion* diskuteras litteraturstudiens metod och tillvägagångssätt samt för-och nackdelar med den valda studiedesignen.

Metoddiskussion

Studien bedrevs som en litteraturstudie då den initiala sökningen visade en tillfredsställande mängd tidigare forskning inom ämnet följsamhet vid kardiovaskulära sjukdomar. Styrkan med litteraturstudier är att resultatet baseras på en större mängd studier än resultatet i en enskild empirisk studie (Polit & Beck 2014). Syftesformuleringen blev dock problematisk. Inledningsvis var syftet att belysa vilka åtgärder sjuksköterskor kunde använda för att

optimera patienters följsamhet vid hjärt-kärlsjukdom. Tanken var då att utforska *sjuksköterskors* erfarenheter för att få en inblick i hur sjuksköterskor praktiskt gick till väga. Dock visade det sig att denna infallsvinkel var bristfälligt undersökt i tidigare forskning, och därför blev det för svårt att genomföra arbetet som en litteraturstudie med detta syfte. Följaktligen ändrades syftesformuleringen om till *patienternas* perspektiv istället. Fördelarna med det nya syftet var att det kunde ge läsaren en förståelse för patienters erfarenheter om följsamhet, och utifrån den informationen dra slutsatser om vad som kunde göras för att förbättra den. Med tanke på den låga andelen forskning om sjuksköterskors erfarenheter hade det första syftet däremot lämpat sig bra som en kvalitativ empirisk studie, genom exempelvis intervjuer med sjuksköterskor som jobbar med patienter som lider av hjärt-kärlsjukdomar. Företrädesvis inom primärvården där sjuksköterskor är involverade i patienters långsiktiga behandling och uppföljning.

Sökstrategi och databassökning

Datainsamlingen begränsades till de två databaserna CINAHL och PubMed då dessa var de mest relevanta relaterat till syftet för studien. Om sökningar skett i fler databaser hade chansen att hitta fler relevanta artiklar ökat. Dock gjordes bedömningen att begränsa sökningen till endast dessa två databaser på grund av att de framstod som allra mest relevanta i relation till studiens syfte. CINAHL inriktar sig mot sjuksköterskeprofessionen och innehåller kvalitativ forskning i högre grad än PubMed, dock visade det sig att PubMed gav flest träffar och användbara artiklar till denna studie. Detta kan ha berott på att ämnet följsamhet inte är specifikt för sjuksköterskeprofessionen utan även relevant för flera andra professioner inom hälso-och sjukvården.

När det gäller den sökstrategi som användes fungerade den tillräckligt bra för att hitta relevant empiri. Styrkan var att ämnesorden valts ut med omsorg dels utifrån PEO-modellen i enlighet med Forsberg och Wengström (2016), och dels utifrån relevanta nyckelord för studien. Ytterligare styrkor var att sökblocken kombinerades med både ämnesord, ord i fritext samt synonymer, i syfte att hitta så många relevanta studier som möjligt. Litteratursökningen och urvalsförfarandet följde beskrivningen av Forsberg och Wengström (2016), vilket innebar att arbetsprocessen skedde så systematiskt som möjligt. Samtliga artiklar som hittades i sökresultatet bedömdes utifrån relevans, och stegen dokumenterades noggrant vilket sedan kunde presenteras i tabellform. Denna process gjordes för att öka studiens *tillförlitlighet*. Med *tillförlitlighet* menas hur pålitligt och troligt det framkomna resultatet är (Forsberg & Wengström 2016).

En annan sökstrategi hade sannolikt kunnat ge andra relevanta resultat, då ytterligare möjliga sökord; "*barriers*", "*facilitators*" och "*inhibitors*" dök upp ett flertal gånger under analysen av studierna. Dessa sökord hade kunnat användas i litteratursökningen, dock gjordes detta fynd så pass sent i arbetsprocessen att bedömningen gjordes att inte göra om litteratursökningen på grund av tidsbrist. Det är därmed oklart om sökorden hade påverkat antalet funna artiklar eller inte, vilket kan ses som en svaghet. Dock genomfördes en kompletterande manuell sökning i syfte att hitta relevanta studier som inte gick att hitta med den sökstrategi som användes i databaserna, vilket å andra sidan kan betraktas som en styrka.

Inklusions- och exklusionskriterierna valdes för att begränsa sökresultatet och få fram så relevanta studier som möjligt, men dessutom för att säkerställa studiernas kvalitet. Att endast inkludera studier som var "*peer-reviewed*" var ytterligare ett sätt att öka *tillförlitligheten*, då det innebär att de utvalda studierna blivit granskade av ett flertal oberoende forskare före publicering (Polit & Beck 2014).

Överförbarhet är ett begrepp som innebär hur väl det framkomna resultatet kan appliceras på en liknande eller annorlunda population och kontext än den som användes i den aktuella studien (Forsberg & Wengström 2016). När det gäller överförbarheten i denna studie, exkluderades studier utförda utanför västvärlden i syfte att få ett så överförbart resultat som möjligt på den egna populationen i Sverige. Majoriteten av deltagarna i den använda empirin bestod av äldre människor. En konsekvens av detta är att faktorer som i större grad påverkar yngre individer som fortfarande arbetar kan ha missats, vilket påverkar resultatets överförbarhet negativt till en yngre population. Dessutom har en liten majoritet av deltagarna i de använda studierna varit män. Detta skulle också kunna påverka överförbarheten, då det kan finnas skillnader mellan könen för vad som påverkar följsamheten. Dock inkluderades en studie av McSweeney och Coon (2004) som specifikt undersökte faktorer som påverkade kvinnor i deras följsamhet till förändring av levnadsvanor.

Kvalitetsgranskning

Användandet av SBU:s granskningsmall för kvalitativa studier ökade studiens *tillförlitlighet*, då varje använd artikel genomgick en systematisk granskning av kvaliteten enligt mallen (Forsberg & Wengström 2016). Att författarparet genomförde granskningen enskilt för att sedan diskutera tills konsensus rådde var ytterligare en faktor som förbättrade *tillförlitligheten*.

Analysmetod

Valet att följa Forsberg och Wengströms (2016) analysmetod motiveras med att den upplevdes av författarna som lättöverskådlig och enkel att följa. Att analysen följde stegen, skedde så systematiskt som möjligt samt att processen gjordes inledningsvist enskilt, ökade resultatets *tillförlitlighet*.

Resultatdiskussion

Nedan följer en diskussion kring vad som ansågs vara de huvudsakliga fynden i studiens resultat, kopplat till tidigare belyst samt ny litteratur inom ämnet.

Patientens behov av information och delaktighet

När det gäller läkemedelsbehandling visade flera studiers resultat på att kunskapen om läkemedlets effekter, bieffekter, varför de skulle tas samt vad som hände om de inte togs var en bidragande faktor till följsamhet (Lehane m.fl. 2008; Svensson m.fl. 2000; Van der Wal m.fl. 2010; Wu m.fl. 2008). Samtidigt behövde en ökad kunskap och förståelse inte innebära att följsamheten ökade. Lehane m.fl. (2008) och Wu m.fl. (2008) menar att det är vedertagen fakta att endast information och förståelse inte är tillräckligt för att förändra ett beteende. Detta påstående stämmer överens med tidigare redovisad forskning av Voogdt-Pruis m.fl. (2011) som jämförde skillnaden mellan läkares och sjuksköterskors informering, där slutsatsen blev att fler insatser än endast förmedlande av information behövde göras för att förbättra följsamheten. Dessa insatser skulle kunna vara att sjuksköterskor förbättrar vårdrelationen och vinner patienters tillit, vilket hade kunnat göra det lättare för patienterna att acceptera och ta till sig den givna informationen.

Resultatet visade att patienter hade olika behov av delaktighet (King-Shier m.fl. 2017; Svensson m.fl. 2000; Wu m.fl. 2008). En studie visade att många patienter som inte följde sin läkemedelsbehandling gjorde det på grund av aktiva val kopplat till resonemang och reflektion kring sin behandling (Svensson m.fl. 2000). En patientgrupp som inte resonerade

och reflekterade kring sina läkemedel utan endast följde ordinationen, visade sig kunna vara följsamma ändå. Dessa patienter var nöjda med att endast vara delaktiga till den grad att de tog sina mediciner och överlät istället ansvaret över behandlingen till vårdaren (Wu m.fl. 2008). Mindre engagemang i behandlingen behövde därmed inte påverka följsamheten negativt. Patienter från asiatiska kulturer betonade att läkarens ”order” utgjorde en stor anledning till följsamhet. Patienterna förlitade sig med andra ord på läkarens expertis och auktoritet, grundförutsättningen var dock att det fanns en tillit till både vårdaren och hälso-och sjukvården i stort (King-Shier 2017). Denna aspekt går till viss del emot de nya tankesätten inom hälso-sjukvården som syftar till att höja patienters delaktighet till behandlingen, vilket också enligt Cohen (2009) är syftet med användandet av de nyare uttrycken “*adherence*” och “*concordance*”. Denna aspekt tyder således på att förekomsten av olika personlighetstyper gör att alla patienter inte efterfrågar en högre delaktighet eller är beroende av den för att vara följsamma. Vissa patientgrupper har visat sig värdera andra faktorer högre, som tillit och auktoritet (King-Shier m.fl. 2017). Med det sagt bör hälso-och sjukvårdspersonal ändå uppmuntra patienters delaktighet, då delaktigheten enligt Kangasniemi m.fl. (2016) kan förbättra patientens tillit till vårdaren. Delaktighet bör dessutom uppmuntras på grund av den etiska problematiken kring följsamhet som tidigare redogjorts. Hansson och Friberg (2009) menar att patienters låga maktställning vid vård är etiskt inkorrekt och bör höjas genom en ökad delaktighet. I en studie av Hong m.fl. (2006) framkommer att vissa patientgrupper har ett stort kontrollbehov och är mer benägna att ta egna beslut kopplat till sin hälsa, vilket kan påverka följsamheten negativt. Därmed är det rimligt att patienter med ett svagt kontrollbehov och lägre behov av delaktighet i högre grad kommer att förbise upplevda biverkningar eller andra negativa egenskaper till förmån för behandlingen. Således är det av vikt att hälso-och sjukvården identifierar och hjälper dessa individer för att undvika onödigt lidande, då behandlingen lätt kan bytas ut mot något som passar individen bättre.

Patienters tankar och resonemang

Patienters egna tankar, känslor och resonemang visade sig i flera studier vara den vanligast förekommande faktorn som påverkade följsamheten (Garavalia m.fl. 2009; Kangasniemi m.fl. 2016; Lehane m.fl. 2008; Svensson m.fl. 2000; Van der Wal m.fl. 2010; Wu m.fl. 2008). Garavalia m.fl. (2009) menar att patienters sjukdomsinsikt påverkade de resonemang patienter förde. Lehane m.fl. (2008) menar i sin tur att det är rimligt att motivationen att följa behandlingen är starkare vid allvarliga och symptomgivande sjukdomstillstånd som hjärtsvikt, eller om patienten exempelvis haft en historia av tidigare hjärtinfarkter, jämfört med lättare sjukdomstillstånd såsom högt blodtryck. Om medicinen dessutom inte ger någon kännbar effekt förutom biverkningarna påverkas motivationen ytterligare (Wu m.fl. 2008). På ett liknande sätt påverkades också patienters resonemang vid förändring av levnadsvanor. Nackdelarna med egenvårdsåtgärder, såsom abstinensen av ett rökstopp, att bli tvungen att undvika god mat eller att behöva vara törstig, kunde väga tyngre än de upplevda fördelarna med egenvårdsåtgärder (Van der Wal m.fl. 2010). Ett synsätt kring patienters tankar och resonemang är det etiska perspektivet. Som tidigare nämnts när det gäller följsamhet, kan autonomiprincipen stå i konflikt med godhetsprincipen som genomsyrar hälso-och sjukvårdens verksamhet (Hansson & Friberg 2009). Det är av vikt att hälso- och sjukvården främjar hälsa och god livskvalitet. Samtidigt är patientens rätt till självbestämmande också viktig att värna om (PL). Ofta kan behandlingar som syftar till att förbättra livskvaliteten i det långa loppet medföra en sänkning av livskvaliteten kortsiktigt, vilket belyser den etiska konflikten som kan uppstå. Vad som värderas högst är upp till patienten. Om patienten har full förståelse för sin sjukdom och vad behandlingen syftar till, men ändå väljer att inte följa behandlingen är det patientens val.

Sjuksköterskors roll i främjandet av följsamhet

En stor andel patienter uttryckte att tillit till läkaren och vården i övrigt var en starkt bidragande faktor till följsamhet (Kangasniemi m.fl. 2016; King-Shier m.fl. 2017; Lehane m.fl. 2008; McSweeney & Coon 2004; Svensson m.fl. 2000; Wu m.fl. 2008). Låg tillit kunde bero på tidsbrist vid samtal med läkare eller att inte få tillfälle att komma till tals, vilket mynnade ut i en dålig relation (King-Shier m.fl. 2017; McSweeney & Coon 2004; Wu m.fl. 2008). Patienter upplevde dessutom att om vårdaren inte såg och bekräftade patienters ansträngningar vid livsstilsförändringar resulterade det i kraftigt minskad motivation (McSweeney & Coon 2004). Sjuksköterskor har flera möjligheter för att på olika sätt kunna bidra till att förbättra relationen, ofta är det sjuksköterskor som patienter har närmast relation till. Patienter upplever dessutom att sjuksköterskor avsätter mer tid vid möten (Laurant m.fl. 2009). Sjuksköterskor skulle kunna bidra till att förbättra patienters tillit och relation till vården, genom att fånga upp de som upplever sig ha fått otillräcklig information. Ett annat sätt är att se och bekräfta patienters ansträngningar i syfte att främja motivationen.

Resultatet visade att kunskap och förståelse var en betydande faktor vid följsamhet, både vid förändring av levnadsvanor och läkemedelsbehandling (Heo m.fl. 2009; Lehane m.fl. 2008; Svensson m.fl. 2000; Van der Wal m.fl. 2010; Wu m.fl. 2008). Vidare visade det sig att kunskapen om dietriktlinjer var bristfällig hos patienter, som ofta missförstod vad de skulle undvika eller varför riktlinjerna skulle följas (Heo m.fl. 2009). Av Svensk sjuksköterskeförening (2017) framgår att pedagogik och patientundervisning är en del av sjuksköterskors arbetsuppgifter. Sjuksköterskor har med andra ord ett stort ansvar att se till att patienter är välinformerade och har förståelse för behandlingen. Det faktum att den hjärtsjuka patientgruppen ofta består av äldre personer ökar förekomsten av kognitiv svikt (Heo m.fl. 2009), vilket försvårar sjuksköterskans uppgift. Att patienter erhåller information och sedan glömmer den, är inte helt ovanligt (a.a.). Därför är det enligt Lehane m.fl. (2008) av vikt att informationen ges individanpassat. Vad det innebär beskrivs av Socialstyrelsen (2011) som att information ges utifrån individens förutsättningar och förmåga att tillgodogöra sig den. Det är även väsentligt att patientundervisning inte bara sker vid ett tillfälle utan kontinuerligt. En brist på individanpassad information skulle kunna yttra sig i att patienter på egen hand hittar information, exempelvis på internet. Detta skulle kunna leda till att patienter får felaktig information kopplat till deras situation vilket i sin tur leder till missförstånd och låg följsamhet.

Vikten av personcentrerad vård och samverkan i team

En betydande del faktorer som redovisats visade sig skiljas åt mellan patienter. Patienter visade sig även ha olika förutsättningar kopplat till sin omgivning. När det gäller förändringar av levnadsvanor beskrev en del patienter att de kunde vänja sig till nya levnadsvanor efter en längre tid, medan andra patienter uppgav att det var betydligt svårare att bibehålla levnadsvanorna i längden (Van der Wal m.fl. 2010). Därför var det sjuksköterskans uppgift att hjälpa patienten genom att hitta rutiner anpassade till individen (a.a.). Skillnaderna i patienters behov av delaktighet och information visade att patienter inte kunde behandlas på samma sätt (Van der Wal m.fl. 2010; Wu m.fl. 2008). Som tidigare framgått är ett *personcentrerat förhållningssätt* väsentligt för främjandet av följsamhet. Att bedriva vård utifrån ett personcentrerat perspektiv är en av sjuksköterskans kärnkompetenser (Svensk sjuksköterskeförening 2017). Personcentrerad vård innebär att vården bedrivs som ett partnerskap mellan vårdare och patient. Detta stämmer väl överens med de nyare begreppen "adherence" och "concordance" som idag mer används för att beskriva följsamheten.

En annan faktor som ofta framkom var hur stor påverkan patienters anhöriga och familj hade på följsamheten (Heo m.fl. 2009; King-Shier m.fl. 2017; Lehane m.fl. 2008; McSweeney & Coon 2004; Wu m.fl. 2008). Anhöriga kunde agera som ett socialt stöd och hjälpa till att hålla patientens motivation uppe, och därmed utgöra ett stort hjälpmedel. I två studier framkom däremot att anhöriga ibland kunde agera som en negativ faktor för följsamheten till behandling och förändring av levnadsvanor (McSweeney & Coon 2004; Van der Wal m.fl. 2010). Svensk sjuksköterskeförening (2017) redogör för att en del av det personcentrerade förhållningssättet även är att engagera patientens anhöriga i vård- och beslutsprocessen. Dock bör det vara lika viktigt att vara lika lyhörd för anhörigas synpunkter och önskemål som för patientens. Även om familj och vänner kan utgöra ett fullgott stöd till patienten, skulle stödandet också kunna leda till en orimlig belastning för anhöriga ur ett långsiktigt perspektiv.

Vissa patienter uppgav att de inte följde sjuksköterskans rekommendationer om inte läkaren uttryckt liknande rekommendationer (Van der Wal m.fl. 2010). Att patienter fick samma information från både läkare och sjuksköterskor var viktigt för att patienterna skulle uppleva informationen som trovärdig (Kangasniemi m.fl. 2016). Detta innebär därmed att sjuksköterskan ansvarar tillsammans med läkaren att samverka så att samstämmig information ges. Detta stämmer överens med Kjellgren (2007), som menar att läkarens och sjuksköterskans information måste vara samstämmig för att inte orsaka förvirring hos patienten. Därför är det av vikt att sjuksköterskor jobbar utefter sin kärnkompetens *samverkan i team*. Hur sjuksköterskor ska gå tillväga för att optimera samverkan mellan professionerna är dock en annan fråga som behöver besvaras. Ett möjligt sätt är att all vårdpersonal bör följa tydliga och gemensamma riktlinjer för vilken information som ges.

Resultatets trovärdighet och överförbarhet

I WHO:s (2003) rapport om följsamhet vid långtidsbehandling framkommer att faktorer som kan påverka följsamheten kan delas in i fem kategorier: socio-ekonomiska faktorer, behandlingsrelaterade faktorer, sjukdomsrelaterade faktorer, hälso- och sjukvårdssystem relaterade faktorer samt patientrelaterade faktorer. Dessa fem kategorier stämde till viss del överens med det framkomna resultatet i denna studies resultat, vilket ger en ökad trovärdighet.

SLUTSATS

Sammanfattningsvis presenterades resultatet utifrån ett inre och ett yttre perspektiv. Från det inre perspektivet framgick faktorer som hade sitt ursprung från patienten själv. Dessa faktorer handlade om patienters tankar, känslor och resonemang kring behandlingen, men även praktiska aspekter såsom hanterandet av läkemedel och förändringen av levnadsvanor. Ur det yttre perspektivet framgick faktorer som påverkade patienten utifrån. Här visade sig vårdare-patientrelationen spela en framträdande roll, där begrepp som tillit, stöd och delaktighet till vårdaren utgjorde ledord. Patientens omgivning, anhöriga, sociala situation och finansiella barriärer var andra yttre faktorer som hade en stor påverkan på följsamheten.

Avslutningsvis visade det sig att faktorerna var varierande och komplexa, och de bakomliggande orsakerna skiljde sig åt mellan patienter. Vårdpersonal bör undvika att enbart leta fel hos patienten för att finna orsaken till låg följsamhet, då flertalet faktorer som kunde påverka följsamheten låg bortom patientens kontroll. Slutligen är det väsentligt att

sjuksköterskor jobbar i enlighet med kärnkompetenserna, dels utifrån ett personcentrerat förhållningssätt och dels utifrån samverkan i team, i syfte att optimera patienters följsamhet.

FORTSATT KUNSKAPS-UTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE

Författarna till litteraturstudien anser att resultatet har gett en insyn i vilka faktorer som påverkar följsamheten till behandling vid hjärt-kärlsjukdom. Dock finns sannolikt fler faktorer som inte tagits med i detta arbete, då ämnet har visat sig vara komplext och kan ses ur olika perspektiv. Andra möjliga faktorer såsom långvarig stress eller livshändelser har inte nämnts. Inte heller visar resultatet faktorer som påverkar fysisk aktivitet. Således skulle det vara lämpligt att fortsätta söka ny kunskap inom området. Det hade även varit intressant att genomföra en empirisk kvalitativ studie på hur sjuksköterskor praktiskt går tillväga för att optimera patienters följsamhet.

Resultatet som redogjorts i studien kan vara av betydelse för att öka förståelsen för vad som påverkar patienter att vara följsamma till behandling. Insikten om patientens synvinkel kan hjälpa sjuksköterskor att bättre förstå hur de ska gå tillväga för att främja patienters följsamhet. Informationen kan med fördel användas av inte bara verksamma sjuksköterskor som är i kontakt med hjärtsjuka patienter, utan även andra verksamhetsområden inom vården, då patientgruppen är såpass utbredd. Även om resultatet rör hjärt-och kärlsjukdomar kan det ha en viss överförbarhet till andra sjukdomar som kräver långvarig behandling.

REFERENSER

*Studier som inkluderats i resultatet

Aarbakke J, Simonsen T, (2016). *Illustrerad Farmakologi: principer och tillämpningar del 1*. Stockholm, Natur & Kultur.

Axelsson M, (2011). *Personality and adherence to medication treatment*. Göteborgs Universitet.

Britten N, Stevenson F, Barry C, Barber N, Bradley C, (2000) Misunderstanding in prescribing decisions in general practise: qualitative study. *BMJ*, 2000, 320.

Camm AJ, (2002) *Cardiovascular diseases*. I: Clark M, Kumar P, (Red.) *Clinical medicine* (fifth edition). London, Saunders.

Cohen SM, (2009) Concept analysis of adherence in the context of cardiovascular risk reduction. *Nursing forum*, 44, 25–36.

den Boer J, Nieboer AP, Cramm JM, (2017) A cross-sectional study investigating patient-centred care, co-creation of care, well-being and job satisfaction among nurses. *Journal of nursing management*, 25, 577–584.

*Dhaliwal K, King-Shier K, Manns B, Hemmelgarn B, Stone J, Campbell D, (2017) Exploring the impact of financial barriers on secondary prevention of heart disease. *BMC cardiovascular disorders*, 17, 1–8.

Forsberg C, Wengström Y, (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm, Natur & Kultur.

*Garavalia L, Garavalia B, Spertus J, Decker C, (2009) Exploring patients' reasons for discontinuance of heart medications. *J cardiovasc nurs*, 24, 371–379.

Hansson Scherman, M., & Friberg, F. (2009). *Patienten gör inte som vi vill*. Ingår i M. Hansson Scherman, (Red.), *Den lärande patienten* (första utgåvan). Lund: Studentlitteratur.

*Heo S, Lennie T, Moser D, Okoli C, (2009) Heart failure patients' perceptions on nutrition and dietary adherence. *European journal of cardiovaacular nursing*, 8, 323–328.

Hong, T.B, Oddone, E.Z., Dudley, T.K., & Bosworth, H.B. (2006). Medication barriers and anti-hypertensive medication adherence: The moderating role of locus of control. *Psychology, Health & Medicine* 11, 20–28.

Hälso- och sjukvårdslagen, 2017:30.

*Kangasniemi M, Hirjaba M, Kohonen K, Vellone E, Moilanen T, Pietilä A-M, (2016) The cardiac patients' perceptions of their responsibilities in adherence to care: a qualitative interview study. *Journal of clinical nursing*, 26, 2583–2592.

*King-Shier K, Singh S, Khan N, LeBlanc P, Lowe J, Mather C, Chong E, Quan H, (2017) Ethno-cultural considerations in cardiac patients' medication adherence. *Clinical nursing research*, 26, 576–591.

Kjellgren K, (2007) *Kommunikation och läkemedel*. I: Fossum B, (Red.) *Kommunikation-Samtal och bemötande i vården* (1: a upplagan). Lund, Studentlitteratur.

Laurant M, Harmsen M, Wollersheim H, Grol R, Faber M, Sibbald B, (2009) The impact of nonphysician clinicians: do they improve the quality and cost-effectiveness of health care services? *Medical Care Research and Review*, 66, 36–89.

*Lehane E, McCarty G, Collender V, Deasy A, (2008) Medication-taking for coronary artery disease - Patients' perspectives, *European journal of cardiovascular nursing*, 7, 133–139.

*McSweeney J, Coon S, (2004) Women's inhibitors and facilitators associated with making behavioral changes after myocardial infarction. *Medsung nursing*, 13, 49–56.

Munger M, Van Tassell B, LaFleur J, (2007) Medication nonadherence: an unrecognized cardiovascular risk factor. *Medscape general medicine*, 9, 58.

Nationalencyklopedin, (2017) *Compliance*. >www.ne.se<HTML (2017-10-25).

Nilsson P, Perk J, (2014) Omvärldsanalys för kardiovaskulär prevention – nya riktlinjer och metaanalyser. *Att förebygga aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom med läkemedel – bakgrundsdokumentation*, 2014:5, Läkemedelsverket.

Patientlagen, 2014:821.

Polit DF, Beck CT, (2013) *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (8th edition). Philadelphia: Lippincott.

Rathert C, Wyrwich M, Boren SA, (2012). Patient-centered care and outcomes, a systematic review of the literature. *medical care research and review*, 70, 351–379.

SBU, (2014) *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: en handbok* (2: a upplagan) Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

SBU, (2017) *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik - patientupplevelser*. >www.sbu.se< PDF (2017-10-25).

Socialstyrelsen. (2011). Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, (2016) *Statistik om dödsorsaker 2015*. >www.socialstyrelsen.se< PDF (2017-10-23).

Svensk Sjuksköterskeförening, (2017) *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor*. Stockholm, Svensk Sjuksköterskeförening.

*Svensson S, Kjellgren K, Ahlner J, Säljö R, (2000) Reasons för adherence with antihypertensive medication. *International journal of cardiology*, 76, 157–163.

*Van der Wal M, Jaarsma T, Moser D, Van Gilst W, Van Veldhuisen D, (2010) Qualitative examination of compliance in heart failure patients in the Netherlands. *Heart & Lung*, 2010, 121–130.

Vetenskapsrådet, (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm, Vetenskapsrådet.

Voogdt-Pruis H, Van Ree J, Gorgels A, Beusmans G, (2011) Adherence to a guideline on cardiovascular prevention: A comparison between general practitioners and practice nurses. *International journal of nursing studies*, 48, 798–807.

World Health Organization (2003) *Adherence to long-term therapies- Evidence for action*. Geneve, World Health Organization.

World Health Organization (2011) *Global atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Geneve, World Health Organization.

World Medical Association, (1964) *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. ><https://www.wma.net>< HTML (2017-11-03).

*Wu J-R, Moser D, Lennie T, Peden A, Chen Y-C, Heo S, (2008) Factors influencing medication adherence in patients with heart failure. *Heart & Lung*, 37, 8–16.

BILAGA 1. SÖKRESULTAT

Tabell 1 sökningar i databasen PubMed

Nummer i sökordningen	Sökord	Träffar	Datum för hämtning
#1	“Cardiovascular diseases”(Mesh)*	2145729	2017-11-07
#2	Cardiovascular diseases	2198966	2017-11-07
#3	“Nursing”(Mesh)*	240319	2017-11-07
#4	Nursing	686781	2017-11-07
#5	“Patient acceptance of health”(Mesh)*	206086	2017-11-07
#6	Patient compliance or adherence or concordance	221218	2017-11-07
#7	“Qualitative research”(Mesh)*	34684	2017-11-07
#8	Qualitative research	127848	2017-11-07
#9	#1 or #2	2198966	2017-11-07
#10	#3 or #4	686781	2017-11-07
#11	#5 or #6	356754	2017-11-07
#12	#7 or #8	127848	2017-11-07
#13	#9 and #10 and #11 and #12	202	2017-11-07
#14	#13 och tillgängligt abstrakt	198	2017-11-07
#15	#14 och tidsspannet 2000-2017	186	2017-11-07
#16	#15 och språk engelska eller svenska	183	2017-11-07

Tabell 2 sökningar i databasen CINAHL

Nummer i sökordningen	Sökord	Antal träffar	Hämtningsdatum
#1	(MH"Cardiovascular diseases+")	291 545	2017-11-07
#2	cardiovascular disease	40 391	2017-11-07
#3	(MH "Nursing Care+") OR (MH "Patient Centered Care") OR (MH "Medical Care") OR (MH "Cardiovascular Care") OR (MH "Holistic Care")	251 188	2017-11-07
#4	Nursing	526 604	2017-11-07
#5	(MH "Patient Compliance+") OR (MH "Treatment Refusal") OR (MH "Patient Satisfaction") OR (MH "Coronary Prone Behavior") OR (MH "Health Beliefs")	68 698	2017-11-07
#6	patient compliance or adherence or concordance	44 843	2017-11-07
#7	(MH "Qualitative Studies+")	88 025	2017-11-07
#8	Qualitative studies	73 390	2017-11-07
#9	#1 OR #2	300 426	2017-11-07
#10	#3 OR #4	556 938	2017-11-07
#11	#5 OR #6	90 138	2017-11-07
#12	#7 OR #8	95 117	2017-11-07
#14	#9 and #10 and #11 and #12	103	2017-11-07
#15	#14 + inkl. kriterier	75	2017-11-07

BILAGA 2. MALL FÖR KVALITETSGRANSKNING OCH BEDÖMNINGSKRITERIER

Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

REVIDERAD 2014

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Total bedömning av studiekvalitet:

Hög

Medelhög

Låg

Anvisningar:

- Alternativet "oklart" används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet "ej tillämpligt" väljs när frågan inte är relevant.

1. Syfte

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

- a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?

Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):

2. Urval

Ja Nej Oklart Ej tillämpl

- a) Är urvalet relevant?
- b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?
- c) Är kontexten tydligt beskriven?
- d) Finns relevant etiskt resonemang?
- e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?

Kommentarer (urval, patientkaraktistika, kontext etc):

3. Datainsamling	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är datainsamlingen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder datamättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):

4. Analys	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är analysen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder analysmättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (analys, analysmättnad etc):

5. Resultat	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är resultatet logiskt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är resultatet begripligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Genereras hypotes/teori/modell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):

Bilaga 3: Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet (SBU, 2014a, s.102)

Hög kvalitet	Medelhög kvalitet	Låg kvalitet
Klart beskrivet sammanhang (kontext)	Sammanhanget ej beskrivet tydligt (kontext)	Oklart beskrivet sammanhang (kontext)
Väldefinierad frågeställning	Frågeställning ej beskriven tydligt	Vagt definierad frågeställning
Välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transskriberingsprocess och analysmetod	Några otydligheter i beskrivningen av urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transskriberingsprocess och analysmetod	Otydligt beskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transskriberingsprocess och analysmetod
Dokumenterad metodisk medvetenhet	Några otydligheter i den dokumenterade metodiska medvetenheten	Dåligt dokumenterad metodisk medvetenhet
Systematisk, stringent presentation av data	Otydligheter i presentationen av data	Osystematisk och mindre stringent dataredovisning
Tolkningars förankring i data påvisad	Några otydligheter om tolkningars förankring i data	Otydlig förankring av tolkningarna i data
Diskussion om tolkningarnas trovärdighet och tillförlitlighet	Några otydligheter om tolkningarnas trovärdighet och tillförlitlighet	Diskussion om tolkningarnas trovärdighet och tillförlitlighet är bristfällig eller saknas
Kontextualisering av resultat i tidigare forskning	Otydlig kontextualisering av resultat i tidigare forskning	Kontextualisering av resultat i tidigare forskning saknas eller är outvecklad
Implikationer för relevant praktik välformulerade	Implikationer för relevant praktik är otydligt beskrivna	Implikationer för relevant praktik saknas eller är otydliga

BILAGA 3. ARTIKELMATRISER

Author Year Country Database	Title	Aim Setting Population	Method Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Comments
Dhaliwal K et. al. 2017 Canada PubMed	“Exploring the impact of financial barriers on secondary prevention of heart disease”	<p>The aim was to explore the impact of financial barriers in relation to adherence in patients with cardiovascular disease.</p> <p>Setting Community care, Alberta, Canada.</p> <p>Population Cardiovascular patients who had experienced financial barriers related to their care in the past 12 months.</p>	<p>Qualitative descriptive study with 13 participants. Selection of participants were made from a broader cohort study. Data was collected through semi-structured interviews either by phone or face-to-face interviews. The data was then transcribed and analysed using an inductive thematic analysis strategy informed by grounded theory coding techniques. Three experienced reviewers then analysed the data by themselves before compiling the analysed data.</p>	<p>Several participants raised concerns regarding the affordability of their medications, which was directly related to non-adherence. All participants reported having health insurance, yet they still faced financial barriers regarding medication costs. Other findings showed participants facing financial barriers with cardiac rehabilitation programmes, transportation costs and costs for professional emotional support related to social isolation.</p>	<p>Medium</p> <p>Strengths: The participants of the study were invited to a member checking exercise where the researchers presented their preliminary findings, opening up to feedback and elaborations.</p> <p>Weaknesses: The interviews were only undertaken at one point in time, which means the study was unable to determine patients experiences over time. The sample size was small as well, causing problems for transferability.</p>

Author Year Country Database	Title	Aim Setting Population	Method Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Comments
Garavalia L et. al. 2009 USA PubMed	“Exploring patients' reasons for discontinuance of heart medications”	<p>The aim was to explore the reasons why patients stopped using clopidogrel and CLT medication therapy, from the patient's perspective, and through the lens of the Health Belief Model (HBM).</p> <p>Setting Community care, geographically dispersed across the US.</p> <p>Population Participants drawn from a registry of cardiac patients. Purposive sampling of individuals who previously had a myocardial infarction and stated discontinuance of either clopidogrel or CLT.</p>	<p>The study was performed using a qualitative descriptive approach. The total number of participants were 40, 29 in the CLT group and 11 in the clopidogrel group. Data collection was performed through telephone interviews that followed a question guide to ensure all participants answered the same broader questions. Interviews was performed until data saturation occurred in both groups. The data was transcribed and first analysed using a qualitative descriptive analysis method, and then again using the HBM model as an interpretive framework.</p>	<p>Four main themes were presented using the health belief model. The first theme, “barriers to persistence” included adverse effects, medication costs and prescription confusion. The second theme, “perceived susceptibility to heart disease” meant that patients who did not perceive their cardiac risk factors as prominent were less likely to adhere to therapy. “Perceived severity of heart disease” was the third theme and meant that perceived seriousness of the disease increased adherence. Lastly, “Perceived benefits to taking preventive action” implied that knowledge of the benefits of preventive action increased adherence.</p> <p>The key reasons for discontinuance were physician discontinuation or adverse effects, and reasons varied somewhat between CLT and clopidogrel groups.</p>	<p>High</p> <p>Strength: Data saturation was achieved. The health-belief model was used to interpret and analyse data.</p> <p>Weaknesses: The study was performed with a rather small and focused number of participants, which could reduce its transferability.</p>

Author Year Country Database	Title	Aim Setting Population	Method Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Comments
Heo S et. al. 2009 USA PubMed	“Heart failure patients perceptions on nutrition and dietary adherence”	<p>The aim was to explore patients’ perceptions about how food impacted heart failure symptoms, their understanding of dietary recommendations, and factors affecting their adherence to these recommendations (low sodium diet and a low fat diet).</p> <p>Setting A southern city in the US.</p> <p>Population Participants were recruited by convenience sample from outpatient clinics of two hospitals. The patients in the study had a confirmed heart failure diagnosis and were classified as II to IV in “New York Heart Association functional classes”.</p>	<p>The study used a qualitative descriptive design. The total number of participants was 20. The data was collected through semi-structured face-to-face interview with a question guide to make sure all participants answered the same overarching questions, but all participants were also free to discuss their dietary intake, thoughts about how food affect their disease and their perceptions on how their adherence to dietary regimes had been affected. The data was transcribed and analysed using conventional content analysis.</p>	<p>Most patients believed food could impact their health, but less than half connected a high sodium diet with heart failure symptoms. 85% of patients had received information on dietary recommendation but only 60% reported following them. Factors influencing dietary adherence were divided into categories; knowledge, social pressure and encouragement from others, social situations, and food as a source of enjoyment. The study suggests that teaching about low sodium diet needs to be reinforced on a routine basis. Patients reported that clear and accurate explanation as well as emotional support from the health care impacted their adherence.</p>	<p>Medium</p> <p>Strengths: Data saturation was reached.</p> <p>Weaknesses: The study was performed in a small area, with mainly caucasian male participants. This could harm the transferability to other groups.</p>

Author Year Country Database	Title	Aim Setting Population	Method Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Comments
Kangasniemi M et. al. 2017 Finland PubMed	“The cardiac patients’ perceptions of their responsibilities in adherence to care: a qualitative interview study”	<p>The aim was to describe cardiac patients perceptions of their responsibilities in adherence to care, as well as main factors that influenced patients responsibilities to adherence.</p> <p>Setting Community care, Finland</p> <p>Population Participants recruited in collaboration with a finnish association of cardiac patients. The target group were patients with experience of the cardiac patient's role.</p>	<p>The study was performed through a qualitative hermeneutic approach. 21 participants were involved in the study. Data was collected through semi-structured face-to-face interviews and continued until data saturation was achieved. The data was then transcribed and analysed using inductive content analysis with a hermeneutic understanding of the content.</p>	<p>The findings resulted in three main categories and eight sub-categories. In summary, patients understood that their autonomy provided a basis for their responsibility in adherence to care. The participants saw their responsibilities as an expression of adherence. Factors that influenced their adherence were their individual resources and motivation to adhere, patient-caregiver relationships and resources of the health-care system.</p>	<p>High</p> <p>Strengths: Data saturation was achieved. Participants represented a mix of cardiac diseases.</p> <p>Weaknesses: The study could face problems with its transferability, due to the rather small and focused number of participants.</p>

Author Year Country Database	Title	Aim Setting Population	Method Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Comments
King-Shier K.M et. al. 2017 Canada CINAHL	“Ethno-Cultural Considerations in Cardiac Patients’ Medication Adherence”.	<p>The aim was to develop an in-deph understanding about factors that influence cardiac medication adherence among South Asian, Chinese and European white cardiac patients.</p> <p>Setting Home environment, Canada.</p> <p>Population Adults admitted to hospital for acute coronary syndrome. Both men and women of various cultural backgrounds, educational levels and time since immigration to Canada.</p>	<p>The study used a qualitative descriptive study design. Interviews was carried out until data saturation occurred, which led to 64 participants being interviewed in total. Data was collected through telephone interviews using a semi-structured design. In the instances interpretation was necessary, multi-lingual research assistants acted as translators.</p> <p>The data was then transcribed and analysed using conventional content analysis.</p>	<p>The findings show differences in factors relating to medication adherence across different cultural/ethnic groups. Culture-specific factors include the will of god, distrust of western medicine as well as differences in health beliefs. South Asian and Chinese participants revealed that it is very important to have a like-speaking care provider or a trusted interpreter. They also appreciated a very direct and instructional communication by their physicians, contrary to the modern western patient-centered care. Other culturally non-specific findings include factors such as experienced side-effects, routines and prioritization.</p>	<p>High</p> <p>Strengths:</p> <p>Weaknesses: The three chosen ethnic groups were very large, and cultural differences might also differ in each ethnic group.</p>

Author Year Country Database	Title	Aim Setting Population	Method Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Comments
Lehane E et. al. 2008 Ireland PubMed	“Medication-taking for coronary artery disease - Patients' perspectives”.	<p>The aim was to gain a dynamic understanding of factors relating to medication-taking with patients with coronary artery disease, through the patient's perspective.</p> <p>Setting Southern Ireland.</p> <p>Population Purposive sampling from cardiac rehabilitation lists of two cardiology referral centers. Patients had a primary cardiovascular disease diagnosis and were currently on prescribed medication for >6 months. Patients were also self-caring in relation to medication management.</p>	<p>The study was performed as a qualitative descriptive study. The number of participants was 10. They used semi-structured interviews following a question topic guide to focus the interviews in the same direction. Interviews were performed until data saturation occurred.</p> <p>The data was then transcribed and analysed using qualitative content analysis. Several measures were taken to increase the trustworthiness of the results, such as member validations of the participants and reflective journals and field notes which took into account the researcher's personal biases and prior assumptions.</p>	<p>The study identified three dimensions in medication taking; ways or strategies of “keeping track”, reasoning about medications and the influence of family and others. The study highlights the importance of forming and maintaining routines and the use of physical aids to prevent forgetfulness. Knowledge and understanding alone about the effect of medications does not change patients adherence. In this study, participants desired different levels of information regarding their medications and illnesses. Health-care professionals need to use their judgement in balancing the amount of information given.</p>	<p>High</p> <p>Strengths: Data saturation was achieved. Several measures were taken to ensure credibility and trustworthiness. Interpersonal dimensions were presented in the results due to the authors purposely not using a health behavior model in the study.</p> <p>Weaknesses: The study used a rather small sample, which could harm the transferability of the results.</p>

Author Year Country Database	Title	Aim Setting Population	Method Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Comments
McSweeney J, Coon S 2004 USA CINAHL	“Research for practice. Women's inhibitors and facilitators associated with making behavioral changes after myocardial infarction”.	<p>The aim was to explore women’s inhibitors and facilitators in making behavioral changes after a myocardial infarction.</p> <p>Setting Home environment, USA.</p> <p>Population Women who had been discharged with their first myocardial infarction in the previous 6 to 24 months. The time enabled participants to gain experience in lifestyle change after an MI.</p>	<p>The study used a qualitative ethnographic method. The number of participants was 40. The data was collected using semi-structured interviews where the women were asked “what have you changed in your life, if anything, since your heart attack”. Additional probing questions were asked to elicit descriptions of the woman's barriers and facilitators towards behavioral change. Follow-up interviews were later performed to achieve additional information and clarifications. The collected data was then transcribed and analysed using an ethnographic program to break down the text into codes, and then used content analysis to identify data clusters that were finally combined into more global themes.</p>	<p>Several inhibitors and facilitators were identified by the researchers. Perceived inhibitors included financial barriers, environment, physical problems such as poor motivation, social support and reduced quality of life. Women’s perceived facilitators were almost a mirror image of the inhibitors, which included good social support such as a supportive husband, motivation, a good financial situation and development of individual health promoting strategies. Nurses need to consider women individually and holistically, and identify personal barriers and resources in order to optimize adherence to recommendations.</p>	<p>Medium</p> <p>Strengths: Large sample.</p> <p>Weaknesses: The study took place in the US where the woman's’ role might differ compared to Sweden. Unclear if data saturation occurred or not. Unclear where in the US the study took place.</p>

Author Year Country Database	Title	Aim Setting Population	Method Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Comments
Svensson S m.fl. 2000 Sweden PubMed (manuell sökning)	“Reasons for adherence with antihypertensive medication”.	<p>The aim of the study was to examine the self-reported reasons behind patients’ adherence or non-adherence regarding hypertensive medication.</p> <p>Setting: A rural general practice centre and a specialist hypertension unit in a major hospital in southern Sweden.</p> <p>Population: Both men and women at a mean age of 60. Participants had hypertension as the main diagnosis, and were currently or previously under treatment with antihypertensive medication.</p>	<p>A qualitative interview study. 33 participants were interviewed in total. The data was collected through face-to-face interviews using a semi-structured design. The data was transcribed and later coded and classified by two of the article authors using a qualitative analysis software program.</p>	<p>Participants stated the main reasons for being adherent was confidence in the physician, fear of hypertension related complications, a desire to control their blood pressure and to avoid symptoms of hypertension. The main reasons for being non-adherent was perceived side-effects, not like taking medications in general and feeling asymptomatic. Non-adherence were often justified by active reasoning and decisions. Some regarded hypertension as an intermittent condition that only needed treatment in the presence of symptoms or external stress. Many adherent patients on the other hand were noted to have vague reasons for being adherent, not reflecting upon it and just following instructions.</p>	<p>Medium</p> <p>Strengths: Highly geographically relevant regarding participant recruitment.</p> <p>Weaknesses: Unsure if data and analysis saturation occurred. The presentation of lab analysis data and blood pressure data in the results seems irrelevant regarding the aim of the study.</p>

Author Year Country Database	Title	Aim Setting Population	Method Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Comments
Van der Wal M, et. al. 2010 Netherlands CINAHL	“Qualitative examination of compliance in heart failure patients in The Netherlands”	<p>The aim was to explore patients’ reasons and motivations for compliance with heart failure regimen, from their perspective.</p> <p>Setting Northern Holland, home environment.</p> <p>Population Participants were part of a multicenter trial on the effects of education and counseling in heart failure patients. To be included the participants had to have been hospitalized for heart failure with underlying heart disease. Patients were both men and women and varied in age.</p>	<p>A qualitative descriptive study. The interviews used a semi-structured design, using a topic question guide to ensure that no important aspects were missed. Interviews were carried out until data saturation was achieved, which resulted in 15 participants being interviewed. The health belief model (HBM) was used as a framework to generate questions. The data was then transcribed and coded into themes and categories, although the analysis method was not specified by name.</p>	<p>Five major themes was derived. These were: 1) <i>Reasons for compliance/noncompliance</i>, the main reasons why patients chose not to comply with their regimen. 2) <i>Problems with the regimen</i>, factors reducing the quality of life for patients that led to lower compliance. 3) <i>Managing lifestyle recommendations in daily life</i>, ways in how patients managed to do their lifestyle changes 4) <i>Tips and tricks that help in complying with the regimen</i>, ways that help the patients follow their recommended care regimens and 5) <i>Misunderstandings or knowledge deficits regarding the heart-failure regimen</i>.</p>	<p>Medium</p> <p>Strengths: Data and analysis saturation occurred.</p> <p>Weaknesses: The participants were recruited from a national heart failure education trial were they received extra care from nurses. This might have influenced the studies results.</p>

Author Year Country Database	Title	Aim Setting Population	Method Number of participants Dropout rate	Main findings	Study quality Comments
Wu J-R, m.fl. 2009 USA PubMed	“Factors influencing medication adherence in patients with heart failure”	<p>The aim of the study was to explore factors that influence patients adherence to prescribed medical regimen to heart failure.</p> <p>Setting Kentucky Clinical Research Center, USA.</p> <p>Population Participants, both men and women, had a confirmed diagnosis of heart failure diagnosed by a cardiologist, and had undergone a previous evaluation of HF and optimization of medical therapy. Patients with acute HF after infarction were excluded.</p>	The study used a qualitative descriptive method. A total of 16 participants was interviewed. The interviews was conducted face-to-face at a clinical research center, using a semi-structured design. The data was then transcribed and analysed using content analysis.	<p>The participants described a desire to stay as well as they could and to stay out of the hospital as a big motivator for adherence. Other factors that motivated adherence was a positive relation to the caregiver and the ability to make connections between the medication and its effect on their disease.</p> <p>Some barriers to adherence that the participants stated was poor communication with their healthcare provider, forgetfulness to the medication, side-effects and high medication costs.</p>	<p>High</p> <p>Strengths: Participants were typical of the heart failure population (retired or disabled, ill with other diseases).</p> <p>Weaknesses: Unclear whether a convenience sample or a purposive sample was made.</p>