INICJATORZY:

INNOWO
INSTYTUT INNOWACJI I ODPOWIEDZIALNEGO ROZWOJU

MISJA MEDYCZNA

POLSKA KOALICJA
MEDYCYNY PERSONALIZOWANEJ
STOWARZYSZENIE

WSPÓŁODPOWIEDZIALNOŚĆ W PROCESIE LECZNICZYM

STAN OBECNY I REKOMENDACJE DLA POLSKI

PATRONAT HONOROWY:

PZH NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO
od 1918 r.

Rzecznik Praw Pacjenta

GŁÓWNY INSPEKTORAT FARMACEUTYCZNY

WARSZAWA
2019

SPIS TREŚCI

Wstęp ---- 4

Współodpowiedzialność pacjenta w procesie leczniczym ---- 12

Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych – przegląd rozwiązań dostępnych w Polsce ---- 28

Rekomendacje ---- 53

Piśmiennictwo ---- 59

PARTNERZY:

AMGEN Apteka Gemini SERVIER

WSPÓŁODPOWIEDZIALNOŚĆ W PROCESIE LECZNICZYM

STAN OBECNY I REKOMENDACJE DLA POLSKI

Autorzy raportu:

lek. Stefan Bogusławski

Główny Specjalista w Zakładzie Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH

prof. dr hab. n. med. Marcin Czech

Zakład Farmakoekonomiki, Instytut Matki i Dziecka, Polskie Towarzystwo Farmakoekonomiczne

Redakcja naukowa:

dr n. med. Beata Jagielska

Polska Koalicja Medycyny Personalizowanej

dr Agnieszka Sznyk

Instytut Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju

Redakcja językowa:

Iwona Woubishet Lisek

WSTĘP

dr n. med. Beata Jagielska,
dr Agnieszka Sznyk

Najlepszym przewodnikiem jest pacjent, trzeba go tylko uważnie słuchać.

prof. M. Chorąży

Niniejszy raport powstał w celu zwrócenia uwagi interesariuszy systemu ochrony zdrowia na znaczenie współodpowiedzialności w procesie leczniczym wszystkich zaangażowanych podmiotów. Chcieliśmy pokazać, jakie konsekwencje może mieć brak adherencji i konsekwencji w terapii oraz jakie działania powinny zostać podjęte, aby minimalizować to zjawisko. Niewłaściwe przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, pomijanie dawek leków lub zaniechania terapii mają bardzo poważne skutki zarówno dla zdrowia pacjenta, jak i dla zwiększania bezpośrednich i pośrednich kosztów leczenia. Jest to problem często bagatelizowany przez przedstawicieli służby zdrowia oraz decydentów i wyraźnie brakuje systemowych rozwiązań, które pomogłyby pacjentom, szczególnie tym dotkniętym chorobami przewlekłymi utrzymać, leczenie na stałym poziomie, zgodnym z zaleceniami lekarza.

Pojawia się pytanie, kto tak naprawdę ponosi odpowiedzialność za zmiany czy zaniechania w procesie terapeutycznym? Celem poniższego raportu jest między innymi pokazanie, że proces leczenia to współodpowiedzialność wszystkich uczestników procesu, a konsekwentne wytrwanie w terapii to nie tylko odpowiedzialność pacjenta. Szczególnie, że podstawą współodpowiedzialności za proces terapeutyczny (*Adherence*) jest komunikacja między lekarzem a chorym, dobra, oparta na zasadach partnerstwa, ale w praktyce czasami bardzo trudna do realizacji.

Komunikacja staje się wyzwaniem medycyny naszych czasów. Z jednej strony prosty, a z drugiej kompletny przekaz dla chorego jest niezwykle ważny. Od tego zależy efektywność zlecanej terapii. Integralnością współodpowiedzialności są umiejętności komunikacyjne. Wiele badań wskazuje, że jeżeli nie jest spełnione oczekiwanie ciepłej, personalnej interakcji z lekarzem, chociaż wydaje się być on kompetentny i fachowo udziela informacji o terapii, to istnieje wysokie ryzyko, że chory nie zastosuje się do zaleceń. Dlatego tak bardzo ważne jest prawidłowe zebranie wywiadu – przez niektórych zwane „wymianą poglądów". Podczas tej wymiany można uzyskać wiele informacji nie tylko dotyczących choroby i dolegliwości chorego, ale również postaw społecznych i zawodowych, oczekiwań i obaw chorego co do terapii. W badaniu MISS satysfakcja poznawcza pacjentów została istotnie skorelowana z częstością „wymiany informacji zwrotnych" pod koniec wywiadów, gdy pacjenci mają szansę potwierdzić otrzymanie informacji

i zadać pytania. Jest to bardzo ważny element postępowania lekarskiego. Można ocenić zaangażowanie chorego w proces terapeutyczny, jego nastawienie do zmiany stylu życia i wynikające z tego implikacje psychospołeczne. Dane te mogą i powinny być badane oraz oceniane. Taka forma współpracy z chorym poparta efektywną komunikacją pozwala na budowanie relacji lekarz – pacjent opartej na wzajemnym szacunku.

Inną strategią, również bardzo istotną szczególnie u chorych na nowotwory, jest ocena nasilenia lęku. Jest to uczucie, które towarzyszy chorym od momentu wkroczenia do szpitala onkologicznego. Lęk może ograniczać podjęcie współpracy z lekarzem. Powoduje, że przekaz staje się mniej czytelny. W takiej sytuacji ogromną rolą lekarza jest, aby podjąć działania na ograniczające nasilenia lęku bo zazwyczaj nie jest on w stanie go wyeliminować. Wyniki metaanalizy[1] opartej na 106 publikacjach z lat 1949–2008 wykazały, że pacjenci, którzy są prowadzeni przez lekarzy z wysokim poziomem umiejętności komunikacyjnych z chorym, o 19% lepiej przestrzegają zaleceń w porównaniu do grupy chorych, których lekarze nie potrafią w dostatecznym stopniu się komunikować. Ci sami autorzy odnotowali, że szkolenia w komunikacji skutkują 12%, statystycznie znaczącą, poprawą adherencji chorych.

Niewyraźnie przepisane recepty to osobny problem i jedna z głównych przyczyn nieporozumień komunikacyjnych skutkujących często poważnymi powikłaniami, będącymi efektem przyjęcia niewłaściwej dawki, niewłaściwej drogi podania czy błędnej częstotliwości pobierania leku. Jak podaje raport Instytutu Medycyny Narodowej Akademii Nauk w Stanach Zjednoczonych (IOM), niewyraźne pismo na receptach zabija ponad 7 000 ludzi rocznie, a 1,5 miliona ma różnego rodzaju powikłania[2] w wyniku stosowania niewłaściwych skrótów i błędów dawkowania na receptach.

Liczne doniesienia wskazują na konieczność szeroko prowadzonych szkoleń skoncentrowanych na umiejętnościach werbalnych i niewerbalnych, zachowaniach afektywnych/psychospołecznych oraz tworzeniu możliwości aktywnego zaangażowania pacjentów w proces komunikacji.

Wyzwaniem dla współczesnej medycyny staje się zatem wypracowanie konkretnych strategii poprawy przestrzegania zaleceń.

Bartłomiej Chmielowiec

Rzecznik Praw Pacjenta

Szanowni Państwo,

Cieszę się bardzo, że powstał raport, traktujący o „Współodpowiedzialności w procesie leczniczym". Dobrze, że o tym mówimy, że tę potrzebę zauważamy. Dotychczas w dyskusji publicznej mówiliśmy zwykle o jednej stronie, odpowiedzialnej za nasze zdrowie: państwie, systemie, służbie zdrowia, lekarzach czy personelu medycznym. Tymczasem niemniej ważna jest nasza własna rola. Rola kreatorów własnego zdrowia i dobrostanu. To my jesteśmy za nie odpowiedzialni. Wraz z innymi uczestnikami tego procesu – współodpowiedzialni.

Warto więc zadać sobie ważne pytania i pokusić się o odpowiedzi: jakie są obecne uwarunkowania współodpowiedzialności i adherencji? Jakie rozwiązania i działania – legislacyjne, a przede wszystkim edukacyjne moglibyśmy zarekomendować dla Polski?

Rzecznik Praw Pacjenta z zasady reprezentuje interesy pacjentów, ale współpracuje też ze środowiskiem medycznym oraz decydentami i kreatorami polityki zdrowotnej. Pozwala to na kompleksową obserwację i wypracowanie opinii, uwzględniającej różne punkty widzenia.

I tak z jednej strony, potrzebna jest np. edukacja personelu medycznego w kierunku realizacji prawa pacjenta do informacji i wyrażenia zgody. Przestrzeganie i realizacja zaleceń lekarskich zależą też przecież od budowania zaufania oraz respektowania autonomii pacjenta. Z tych względów również personel medyczny musi nabywać umiejętności praktycznej komunikacji z pacjentem. O powyższe warto dbać nie tylko na etapie nauczania, ale również podczas pełnienia przez personel praktyki zawodowej.

Z drugiej strony zaś niezbędna jest edukacja pacjenta w zakresie jego praw i obowiązków, a także kompetencji zdrowotnych. Należy edukować pacjentów w kierunku wzmocnienia ich świadomości zdrowotnej i tzw. health literacy. Właśnie dlatego Rzecznik Praw Pacjenta publicznie postuluje powołanie Funduszu Edukacji Zdrowotnej i wprowadzenie przedmiotu „Wiedza o Zdrowiu" w szkołach.

Hasłami przewodnimi naszego działania są Edukacja, Bezpieczeństwo i Wsparcie. To właśnie staramy się czynić, organizując również kampanie edukacyjne, w których mówimy o współodpowiedzialności, jak choćby kampania „Niezbędne dla Zdrowia" z Naczelną Izbą Lekarską.

Wiemy, że by dojść do satysfakcjonującego poziomu uczestnictwa pacjentów w procesie leczniczym, potrzebne są działania edukacyjne, ale też legislacyjne. Potrzebna jest odpowiednia wiedza i organizacja. Potrzebne są narzędzia.

Cieszę się, że raport ten stara się te potrzeby identyfikować i katalogować, proponując też szereg wartościowych rozwiązań. Przed nami jeszcze długa droga, jednak kilka dużych kroków już zrobiliśmy i to cieszy. Zapraszam do lektury.

dr hab. n. med. Jarosław Pinkas

prof. CMKP, Główny Inspektor Sanitarny,
Dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP
i krajowy konsultant w dziedzinie zdrowia publicznego

Pojęcia *adherence* i *compliance* możemy odnieść odpowiednio do określeń, takich jak przestrzeganie zasad terapii i przestrzeganie bądź stosowanie się do zaleceń lekarskich. Jest to niezwykle ważny temat. Niestety zbyt często nie uświadamiamy sobie, jak istotną rolę pełnią oba te zagadnienia w systemie opieki zdrowotnej.

Jako lekarz doskonale wiem, że konsekwencje niskiego poziomu *adherence* u pacjentów są jednym z kluczowych obszarów warunkujących powodzenie i skuteczność terapii czy procesu leczniczego. Analizując to zjawisko, powinniśmy uwzględniać swoistą triadę czynników:

- kwestie poziomu kompetencji zdrowotnych obywateli, ich możliwości zrozumienia komunikatu formułowanego przez lekarza czy innego profesjonalistę medycznego, zanim jeszcze trafią do gabinetu lekarskiego;
- umiejętności komunikacyjne kadry medycznej, ich poziom empatii względem pacjenta, dostosowanie języka do poziomu odbiorcy, partnerskie relacje w podejmowaniu decyzji na temat procesu leczniczego czy terapeutycznego;
- kwestie organizacyjne i systemowe, takie jak zapewnienie czasu czy warunków na rozmowę z pacjentem.

Jako krajowy konsultant w dziedzinie zdrowia publicznego dostrzegam jednak potrzebę rozszerzenia podejścia do zagadnień *adherence* i *compliance* poza sferę medycyny naprawczej. Profesjonaliści medyczni, organizacje zrzeszające pacjentów, instytucje samorządowe i rządowe, w tym Państwowa Inspekcja Sanitarna jako lider zdrowia publicznego w Polsce, wszyscy powinni zwracać uwagę na fakt, że zmiana nawyków i postaw, dokonywanie mądrych wyborów zdrowotnych opartych na wiedzy, powinno stanowić oś podejmowanych działań w celu prowadzenia zdrowego stylu życia.

Zdrowie publiczne jest najważniejsze, dlatego, że prawidłowe wybory zdrowotne każdego dnia, stosowanie się do głoszonych, również przez nas, zaleceń, takich jak: codzienna aktywność fizyczna, prawidłowo zbilansowana dieta (umiejętność komponowania posiłku), znajomość i stosowanie technik radzenia sobie ze stresem, korzystanie z badań profilaktycznych czy szczepień ochronnych, mają bezpośredni i największy wpływ na nasze zdrowie. Te wszystkie drobne decyzje, jak pójście na spacer zamiast oglądania serialu na kanapie, wspólny, zdrowy, domowy posiłek przy rodzinnym stole zamiast spożywania dań typu fast food czy picia przesłodzonych napoi, mogą nam pozwolić uniknąć wizyty w gabinecie lekarskim w celu leczenia choroby. Na 80% chorób pracujemy my sami poprzez złe nawyki zdrowotne. Czas, by w końcu Polak był mądry przed szkodą!

Dlatego też z dużą radością i satysfakcją przyjmuję powstanie tego raportu, zwłaszcza że Główny Inspektorat Sanitarny aktywnie uczestniczył w spotkaniach i pracach nad zagadnieniami omówionymi w niniejszej publikacji.

Mam nadzieję, że wspólnie uda się również przyjąć i powszechnie stosować zrozumiałe i precyzyjne definicje pojęć *adherence* i *compliance* oraz że będziemy w stanie dotrzeć do wszystkich interesariuszy z przekazem, że zdrowie jest niezwykle cenną wartością, za którą jesteśmy współodpowiedzialni my wszyscy.

dr n. med. Grzegorz Juszczyk

Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowi Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny

Skuteczne zarządzanie zdrowiem publicznym jest jednym z największych wyzwań stojących przed współczesnym społeczeństwem polskim. Siła oddziaływania coraz liczniejszych czynników ryzyka rośnie, negatywnie wpływając na stan zdrowia społeczeństwa. Presja niektórych z nich (np. zanieczyszczenie środowiska) może być ograniczana głównie przez działania systemowe, ale zmniejszanie siły oddziaływania bardzo wielu z tych czynników zależy od indywidualnych zachowań poszczególnych osób. Choroby cywilizacyjne, takie jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca (często współwystępująca z otyłością) czy dysfunkcje układu mięśniowo-szkieletowego powinny być leczone nie tylko za pomocą farmakoterapii, ale, co najmniej w równej mierze, poprzez właściwy tryb życia.

Prawidłowa dieta, podejmowanie regularnego wysiłku fizycznego, dostosowanego do indywidualnych możliwości pacjentów, ograniczenie używek czy zaprzestanie palenia tytoniu stały się jednymi z najważniejszych zaleceń lekarskich, jakże jednak rzadko respektowanymi przez pacjentów. Adherencja do zaleceń lekarskich nie oznacza już tylko właściwego przyjmowania leków, jej znaczenie coraz bardziej przesuwa się w stronę prowadzenia innego, zdrowszego trybu życia, wspieranego przez farmakoterapię. Wiemy, że stosowanie się pacjentów do tego typu zaleceń jest dla nich daleko trudniejsze niż regularne przyjmowanie leków.

Za ograniczenie wpływu czynników ryzyka jesteśmy odpowiedzialni wspólnie, jako społeczeństwo. Ta współodpowiedzialność dotyczy pacjentów, lekarzy i innych profesjonalistów medycznych uczestniczących w procesie leczniczym, instytucji ochrony zdrowia, instytucji edukacji szkolnej i uniwersyteckiej, mediów, a także pracodawców. Zadaniem na najbliższe lata jest przygotowanie i wdrożenie programów oferujących wszystkim tym interesariuszom odpowiednich narzędzi zwiększania adherencji pacjentów do postaw sprzyjających długotrwałemu utrzymaniu zdrowia. Takie narzędzia powinny mieć zasięg ogólnokrajowy, ale ich skuteczność będzie się realizowała na poziomie pojedynczych pacjentów czy też w ich indywidualnych interakcjach z profesjonalistami medycznymi. Choć jest to bardzo wymagające zadanie, będzie to niewątpliwie najbardziej efektywna inwestycja w zdrowie Polaków w pierwszej połowie XXI wieku.

Jacek Graliński

MD, Head | Government & Corporate Affairs
Amgen

Zdanie: „Współodpowiedzialność w procesie leczniczym" skrótowo i kompletnie opisuje wyzwanie, jakim jest dążenie do poprawienia efektywności terapeutycznej w zakresie zależnym od relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Wskazuje precyzyjnie przedmiot i podmiot oczekiwanych zmian, wprowadza bowiem pojęcie procesu leczniczego (przedmiot) i osób skupionych w ramach i wokoło procesu terapeutycznego – z założenia wszystkich interesariuszy (podmiot). A to znacznie wykracza poza relacje pomiędzy lekarzem a pacjentem. Niby oczywiste, więc co tu jeszcze wymaga komentarza?

A jednak:

Jeżeli kluczową, będącą w centralnym punkcie procesu leczniczego, jest relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem, to jej mierzalnym efektem jest przestrzeganie zaleceń terapeutycznych jako wyniku skutecznego i dobrego dialogu. Oczywiście można tej relacji nadać charakter „kontraktowy" (określenie zasłyszane), to znaczy przedstawiające: z jednej strony zobowiązanie do wykorzystania pełni wiedzy i dostępnej technologii (lekarz) a z drugiej – deklaracji zaufania do zaleceń i do ich stosowania (pacjent). Czyż nie wygląda to jednak trochę jak umowa – „quasi" kontrakt pomiędzy stronami (lekarzem a pacjentem)? Czyż nie jest prawdą, że jeżeli nie ma woli takiej „kontraktowej" współpracy, to już na samym początku jest źle i zapewne skuteczność terapii będzie mniejsza? Mamy zatem pierwszy punkt odniesienia: **jakość współpracy pomiędzy lekarzem a pacjentem**.

Współpraca i ta relacja nie znajduje się w próżni, jest bowiem istotnym (nawet kluczowym) – ale jednak elementem systemu ochrony zdrowia, jego infrastruktury, zasobów osobowych i technologicznych oraz przebiegających procesów. Znajduje się także w konkretnym momencie w czasie. To komplikuje prostotę obrazu i wskazuje na potrzebę oceny **wpływu otoczenia**, co jest drugim punktem odniesienia. Otoczenie to, poprzez swoje oddziaływanie, może skuteczność współpracy lekarza z pacjentem osłabiać albo odwrotnie – ją wzmacniać. Kilka prostych przykładów: jeżeli brak czasu na przeprowadzenie rozmowy pomiędzy lekarzem a pacjentem obniża niezbędną wiedzę obu stron, to systemowe wydłużenie czasu wizyty i zadeklarowanie poświęcenia jej istotnego fragmentu na konieczne wyjaśnienia wpłynie na poprawienie skuteczności terapeutycznej. Inny przykład: brak związku pomiędzy zachowaniem ryzykownym pacjenta (np. palenia papierosów) a wysokością składki na ubezpieczenie zdrowotne zwalnia pacjenta z pewnych (i oczywistych) obowiązków. Czy też wymowny ostatni przykład: nie stosowanie się do zaleceń terapeutycznych (często bardzo kosztownych) wynikać może nie ze złej woli pacjenta a np. z natury procesu starzenia (pamięć może być zawodna!), a zatem wsparcie poprzez technikę przypominania (telefon, opieka pielęgnacyjna, socjalna, tzw. „urządzenia ubieralne" – *wearable devices*, czy też różne aplikacje komputerowe) może być oczekiwanym remedium.

Znając zatem oba punkty odniesienia (1. Współpracę lekarza z pacjentem i 2. Wpływ otoczenia), wydaje się zasadnym analiza koniecznych czynników wzmacniających pozytywne i osłabiających negatywne czynniki wpływu. Oczywiście analiza (tak przecież potrzebna) to nie wszystko. Dla wdrożenia słusznych postulatów konieczna jest bowiem szeroka współpraca i dialog wszystkich interesariuszy procesu: klinicystów, pacjentów, polityków zdrowotnych, świadczeniodawców, naukowców, mediów i przedsiębiorców – dostarczycieli technologii terapeutycznych.

Podsumowując: poprawienie współodpowiedzialności w procesie leczniczym wymaga intencyjnych działań nakierowanych na wzmocnienie współpracy lekarza z pacjentem, po to, by poprawić skuteczność stosowanych terapii.

Pojawiają się zatem ważne pytania, na które Raport stara się odpowiedzieć:

- Jak wzmocnić współpracę pomiędzy lekarzem a pacjentem?
- Jacy interesariusze mają wpływ na jakość współpracy pomiędzy lekarzem a pacjentem?
- Jakie czynniki wzmacniają dobre a jakie osłabiają złe elementy współpracy pomiędzy lekarzem a pacjentem?
- Co należy zrobić, by poprawić ten stan?

WSPÓŁODPOWIEDZIALNOŚĆ PACJENTA W PROCESIE LECZNICZYM

prof. dr hab. n. med. Marcin Czech,
Instytut Matki i Dziecka

1. Definicja problemu

„*Leki nie działają u pacjentów, którzy ich nie biorą*" to słowa przypisywane naczelnemu chirurgowi USA, Everettowi Koopowi, wypowiedziane w 1985 roku[3]. W trafny sposób podsumowują one jedno z największych wyzwań współczesnej medycyny, czyli problematykę współpracy pacjenta z personelem medycznym w procesie leczniczym. Leczenie jest na tyle skuteczne, na ile jest rzeczywiście stosowane. Dotyczy to każdej terapii, ale jest szczególnie istotne w przypadku chorób przewlekłych, gdzie wieloletnie zaniedbania prowadzą do poważnych komplikacji, będących obciążeniem dla pacjenta, jego rodziny, społeczeństwa oraz systemu ochrony zdrowia.

Kwestia stosowania się do terapii leży w kręgu zainteresowania badaczy i medyków niemal od początków sztuki medycznej. Była wspomniana już przez Hipokratesa, który zalecał ostrożność w pokładaniu wiary w zapewnieniu pacjenta o przyjmowaniu przepisanych leków[4]. Szczegółowa definicja zjawiska podążania pacjenta za wytycznymi, tudzież współpracy pacjenta z lekarzem zmienia się, w miarę jak w kręgu zainteresowania pojawiają się coraz szersze aspekty behawioralne i coraz głębiej analizowany jest kształt relacji pomiędzy pacjentem a jego doradcą w procesie leczenia. Zwyczajowo do opisu tej relacji w literaturze stosowane są trzy określenia pochodzące z języka angielskiego: *compliance*, *adherence* oraz *concordance*.

Historycznie pierwszym pojęciem używanym do opisania wspomnianej relacji pacjenta i lekarza było *compliance*, które można przetłumaczyć na język polski jako wypełnianie zaleceń lekarskich, przestrzeganie ich. Do dziś pozostaje ono jednym z popularniejszych pojęć w literaturze fachowej do opisu zachowań pacjentów. Niemniej jednak w miarę zgłębiania przez badaczy natury interakcji pomiędzy lekarzem i pacjentem dostrzeżono, że słowo to ma negatywne skojarzenia u pacjentów, pozbawia ich podmiotowości w procesie i silnie wskazuje na dominującą pozycję lekarza. Pomija ono istotne elementy współodpowiedzialności pacjenta i jego współpracy, traktując opinię lekarza jako niepodlegającą dyskusji. Innym zarzutem wobec pojęcia *compliance* jest obserwacja, że dotyczy ono przede wszystkim stosowania się wyłącznie do zaordynowanej farmakoterapii, pomijając inne ważne aspekty procesu terapeutycznego.

W kolejnym kroku rozwinięto koncepcję *adherence*, czyli stosowanie się do terapii, rozszerzając zakres dyskusji także o pozamedyczne elementy terapii (jak dieta czy styl życia), a także wzmocniono znaczenie współpracy lekarza i pacjenta. *Adherence* jest również określeniem preferowanym przez Światową Organizację Zdrowia, która w 2003 roku opublikowała raport dotyczący znaczenia współpracy pacjenta z lekarzem, nie tylko w zakresie osiąganych wyników zdrowotnych, ale także znaczenia dla systemów ochrony zdrowia na świecie.

Autorzy raportu WHO zdefiniowali *adherence* jako „stopień, do którego zachowanie pacjenta – przyjmowanie leków, stosowanie diety oraz/lub wdrażanie zmian w stylu życia – odpowiada ustalonym rekomendacjom pracownika ochrony zdrowia”[5].

Od czasu publikacji raportu definicja *adherence* przyjęta przez WHO jest powszechnie stosowaną w literaturze.

Niektórzy badacze[6,7,8] upatrują *concordance*, które można określić mianem współtworzenia zaleceń terapeutycznych w walce z chorobą, jako kolejny etap rozwoju medycyny w zakresie poprawy efektywności terapii. W takim modelu pacjenci niejako ramię w ramię z personelem medycznym tworzą odpowiedni dla siebie schemat terapeutyczny.

Aleksandra Lusawa
Aleksander Czura

Główny Inspektorat Sanitarny

Pojęcie „współodpowiedzialności" nie funkcjonuje jeszcze mocno zaakcentowane w polskiej przestrzeni i debacie publicznej. Ewentualna definicja tego pojęcia powinna podkreślać kluczową rolę zarówno zaangażowania pacjentów w proces decyzyjny dotyczący leczenia, jak i postawy pacjentów w procesie leczniczym, dla osiągania zamierzonych efektów zdrowotnych. Aktywny i świadomy udział pacjenta w procesie leczniczym stanowi nie tylko jego prawo, ale i obowiązek.

Realizacja podstawowych praw pacjenta (prawa do informacji i prawa do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych), skuteczna komunikacja spersonalizowana oraz zaangażowanie pacjentów w podejmowanie decyzji dotyczących ich własnego zdrowia zwiększają motywację pacjentów do przestrzegania zaleceń i ustalonych wspólnie zasad postępowania oraz szanse na uzyskanie oczekiwanego efektu zdrowotnego. Poczucie sprawczości jest niezwykle istotnym czynnikiem motywacyjnym do wzięcia współodpowiedzialności za powrót do zdrowia.

Poprawić proces współodpowiedzialności w procesie leczniczym można poprzez budowanie kompetencji zdrowotnych pacjentów (*health literacy*), umożliwiających zarówno zrozumienie zaleceń, jak i własnej roli w procesie leczniczym oraz ciążących na pacjencie obowiązkach w ramach tego procesu. Ważnym elementem jest także kształtowanie środowiska promującego, już na etapie zdrowia publicznego, świadomość odpowiedzialności za własne zdrowie, edukacja i propagowanie dobrych wyborów zdrowotnych opartych na wiedzy. Z drugiej strony, nie należy zapominać zarówno o budowaniu kompetencji komunikacyjnych personelu medycznego, jak i o zapewnieniu odpowiedniego czasu na kontakt i rozmowę z pacjentem. W tym celu konieczne są nie tylko zmiany organizacyjne, ale i zmiany w podejściu do relacji lekarz - pacjent.

2. Rodzaje odstępstw od zaleceń terapeutycznych

O przestrzeganiu zaleceń lekarskich w zakresie farmakoterapii można mówić, gdy po konsultacji z lekarzem, podczas której zostały one sformułowane, pacjent niezwłocznie rozpocznie terapię, przyjmuje leki w określonej dawce, o określonej porze, przez okres ustalony ze specjalistą. Sytuację taką obrazuje Rysunek 1.

Rysunek 1 Prawidłowy schemat farmakoterapii

Źródło: Opracowanie własne

Niezależnie od tego, w jakim procesie powstaną odpowiednie dla danego pacjenta zalecenia terapeutyczne, czy będą one miały charakter dyrektywny, podyktowany wyłącznie wiedzą medyczną, czy będą tworzone w otwartym dialogu z uwzględnieniem oczekiwań, przyzwyczajeń oraz preferencji pacjenta, w wielu przypadkach okazuje się, że ustalenia i rekomendacje nie są wdrażane w życie. Niestosowanie się do zaleceń (*non adherence*) może przejawiać się na kilka sposobów. Szczegóły przedstawia Tabela 1.

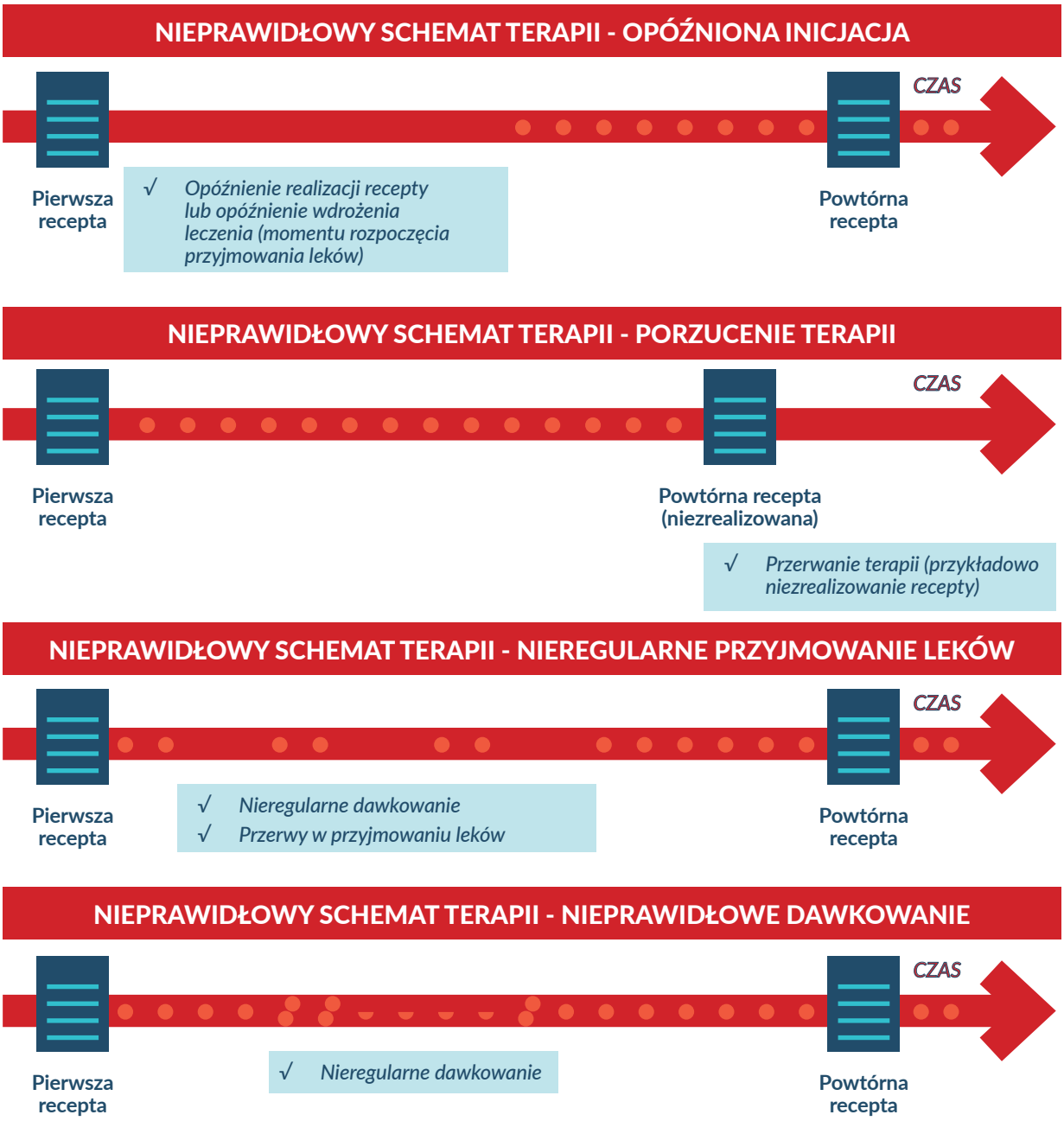
Tabela 1 Rodzaje odstępstw od terapii

Rodzaj odstępstwa od terapii	Opis
Opóźnienie wdrożenia terapii	Sytuacja ma miejsce, gdy pacjent nie rozpoczyna terapii bezpośrednio po ustaleniu z lekarzem jej szczegółów
Przedwczesne przerwanie	Dotyczy to sytuacji, w której pacjent przerywa terapię (przestaje przyjmować leki) bez uzgodnienia z lekarzem prowadzącym
Przerwy w przyjmowaniu leków	Sytuacja ma miejsce gdy czas, który upływa pomiędzy poszczególnymi dawkami leków, jest nieregularny, a w szczególności dłuższy niż wynikałoby to z zaleceń
Zmiany dawkowania	Dotyczy sytuacji, gdy pacjent przyjmuje inne dawki leku (większe lub mniejsze; rzadziej lub częściej) niż zaordynowane przez lekarza

Źródło: Gaciong, Kardas (2015)[9]

Rysunek 2 ilustruje wymienione wyżej rodzaje nieprzestrzegania zaleceń lekarskich w zakresie farmakoterapii.

Rysunek 2 Rodzaje odstępstw od terapii



Źródło: Opracowanie własne

Powyższa ilustracja przedstawia osobno różne rodzaje nieprawidłowych schematów terapii. W praktyce klinicznej natomiast w wielu przypadkach obserwowane są sytuacje, gdy kilka rodzajów występuje równocześnie.

prof. dr hab. n. med. Piotr Jankowski

I Klinika Kardiologii, Instytut Kardiologii,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Współodpowiedzialność w procesie leczniczym to odpowiedzialność pacjenta za własne zdrowie. Składa się na nią zarówno unikanie zachowań ryzykownych, zdrowy styl życia, jak i dobra współpraca z lekarzami, pielęgniarkami, fizjoterapeutami i innymi profesjonalistami z zakresu ochrony zdrowia, w tym w szczególności udział w podejmowaniu decyzji dotyczących diagnostyki i leczenia, a w kolejnym etapie realizacja zaleceń lekarskich i akceptacja uzgodnionych terapii.

Wśród wielu czynników warunkujących sukces terapeutyczny w wielu przypadkach na czoło wysuwa się akceptacja zalecanych przez lekarzy terapii oraz, w przypadku leczenia chorób przewlekłych, regularne i skrupulatne stosowanie leków, a często także modyfikacja stylu życia. Sukces w tym zakresie uwarunkowany jest rozumieniem przez pacjenta przyczyn choroby, sposobów diagnostyki i leczenia oraz aktywnym udziałem w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia. Pacjent powinien mieć możliwość współpodejmowania decyzji przy doborze sposobu terapii, wtedy czuje się współodpowiedzialny za jej efektywność.

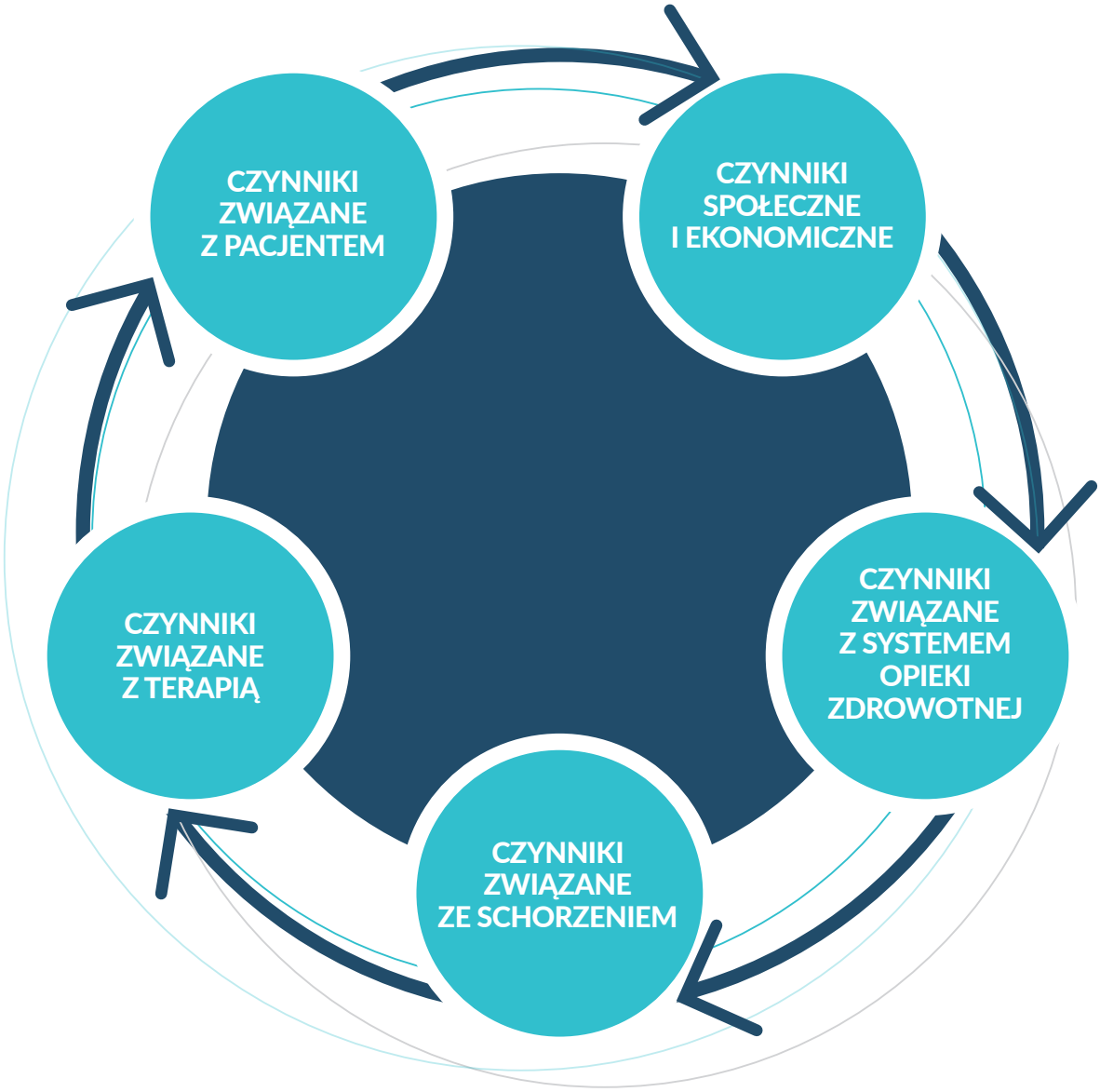
Pacjent powinien być włączony w podejmowanie decyzji o sposobie diagnostyki i terapii, wtedy czuje się współodpowiedzialny za jej efektywność. W tym celu należy pacjentowi dostarczyć odpowiednich informacji w sposób dostosowany do poziomu wykształcenia pacjenta. Edukacja to bardzo ważny element całego procesu, ale ważna jest też empatia lekarza, szczególnie gdy ma do przekazania niekorzystne informacje o rokowaniu. Celem skutecznej edukacji zdrowotnej i wzmocnienia roli pacjenta w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia profesjonaliści zdrowotni powinni stać się także profesjonalistami w zakresie komunikacji interpersonalnej. Dzięki partnerskiemu podejściu wzrasta zaufanie do lekarzy, jak i do całego systemu opieki zdrowotnej.

Poprawa współpracy lekarz – pacjent jest jednym z celów opieki koordynowanej, która dzięki korzystnym zmianom organizacyjnym powinna między innymi ułatwić edukację pacjentów oraz zaangażować w nią pielęgniarki i innych profesjonalistów medycznych, co powinno doprowadzić do odciążenia lekarzy i pozwolić im skupić się na włączaniu pacjentów w proces diagnostyczno-terapeutyczny.

3. Przyczyny niestosowania się do zaleceń terapeutycznych

Przyczyny, dla których pacjenci nie stosują się do zaleceń lekarskich, są bardzo zróżnicowane. Według Światowej Organizacji Zdrowia kluczowymi czynnikami wpływającymi na niestosowanie się pacjentów do zaleceń lekarskich i przerywania terapii są przedstawione na Rysunku 3.

Rysunek 3 Czynniki wpływające na stosowanie się do zaleceń lekarskich



Źródło: WHO (2003)[5]

Czynniki systemowe

Kształt systemu ochrony zdrowia wpływa w znaczący sposób na stopień stosowania się pacjentów do terapii. Poszczególne elementy determinujące możliwość prawidłowego stosowania farmakoterapii to:

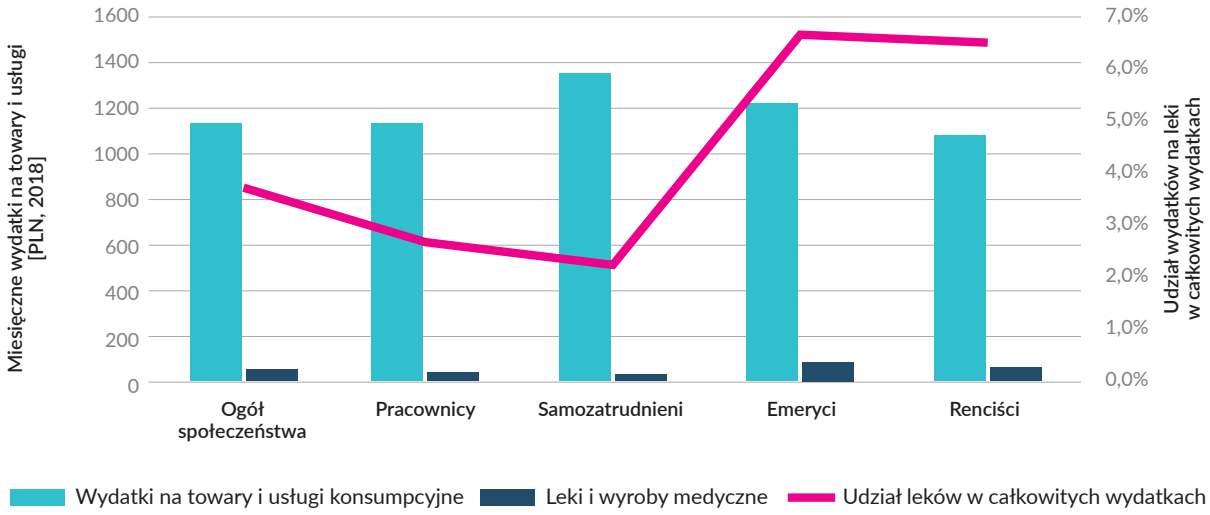
- system refundacyjny i ceny leków,
- dostępność leków w aptekach,
- długość wizyty lekarskiej,
- dostępność specjalistów i kolejki,
- ścieżki leczenia konkretnych chorób,
- sposób komunikacji lekarza z pacjentem,
- podział ról i kompetencji pomiędzy poszczególnymi specjalistami (lekarzami, farmaceutami, pielęgniarkami etc.),
- profilaktyka chorób przewlekłych,
- edukacja zdrowotna społeczeństwa.

Jakość relacji pacjenta i specjalistów ochrony zdrowia, otwartość komunikacji między nimi, wzajemne zrozumienie potrzeb, oczekiwań i ograniczeń będą korzystnie wpływały na prawidłowe stosowanie leków, wdrażanie koniecznych zmian w stylu życia niezbędnych do osiągania pożądanych efektów terapeutycznych.

Czynniki ekonomiczne

Niebagatelny wpływ na przestrzeganie zaleceń ma dostępność ekonomiczna leczenia, to znaczy ceny leków i sumaryczny koszt terapii ponoszony przez pacjenta. Konstrukcja systemu refundacyjnego ma za zadanie zmniejszyć obciążenie finansowe w taki sposób, aby pacjenci nie doświadczali wykluczenia z dostępności do terapii z powodów ekonomicznych. Mimo to, koszty leków niejednokrotnie stanowią pokaźną część budżetu gospodarstw domowych, problem ten jest szczególnie nasilony w przypadku osób starszych, które z jednej strony dysponują mniejszymi środkami niż osoby w wieku produkcyjnym, a z drugiej, częściej zmagają się z chorobami przewlekłymi, niejednokrotnie kilkoma, co przyczynia się do wzrostu sumarycznego kosztu farmakoterapii. Według badania GUS dotyczącego budżetów gospodarstw domowych w Polsce w 2018 roku, wydatki na leki stanowią niemal 7% całkowitych wydatków konsumpcyjnych u emerytów. Jest to ponad dwukrotnie większy udział niż w przypadku pracujących osób w wieku produkcyjnym.

Rysunek 4 Miesięczne wydatki na towary i usługi konsumpcyjne w gospodarstwach domowych w przeliczeniu na 1 osobę w 2018 roku



Źródło: GUS (2019)[10]

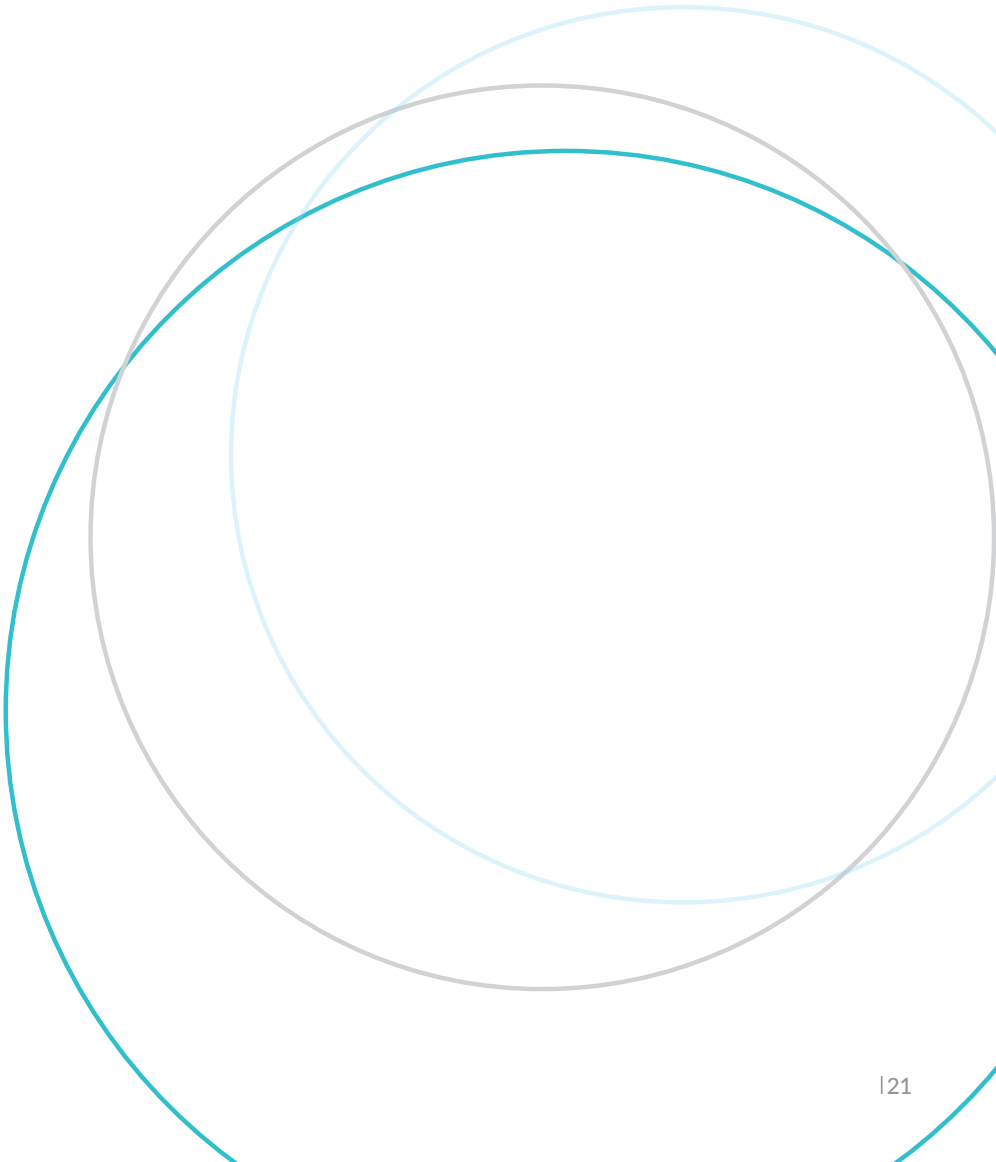
Czynniki związane z chorobą

Sama choroba i jej charakter również wpływają na zachowania pacjenta. Nasilenie symptomów, widoczna progresja, bezpośredni wpływ na jakość życia będą wpływać na poprawę *adherence*. Jednak w przypadku wielu chorób przewlekłych, szczególnie tych przebiegających relatywnie bezobjawowo, takich jak nadciśnienie tętnicze[11] czy hypercholesterolemia[12] pacjenci często rezygnują z terapii, nie mogąc obserwować jej bezpośrednich efektów.

Czynniki związane z terapią

Cechy terapii będą również wpływały na stopień jej akceptacji dla pacjenta, a co za tym idzie - większą dokładność i sumienność w jej stosowaniu. Leki o skomplikowanym dawkowaniu będą charakteryzowały się słabszymi wynikami w zakresie *adherence* niż te, które nie będą wymagały precyzyjnych obliczeń lub wielokrotnego podawania w ciągu dnia. Sukces komercyjny nowoczesnych leków przeciwzakrzepowych może być przypisany właśnie innowacji w formie podania - tabletki w stałej dawce przyjmowane raz/dwa razy dziennie[13] częściowo zastąpiły skomplikowane dawkowanie antagonistów witaminy K[14] lub iniekcje heparyn drobnocząsteczkowych. O popularności tej innowacji świadczą liczby - globalna sprzedaż leków z tej kategorii przekroczyła w 2017 roku 17 miliardów dolarów[15], a w Polsce same wydatki NFZ na doustne leki przeciwzakrzepowe wyniosły w 2018 roku 89 milionów złotych[16], natomiast całkowita wartość sprzedaży produktów na rynku polskim to aż 1,2 miliarda złotych[17]!

Innym przykładem na to, jak uproszczenie terapii korzystnie wpływa na *adherence*, przekładając się tym samym na skuteczność leczenia jest wprowadzenie preparatów złożonych (*SPC – Single Pill Combination*) w terapii nadciśnienia tętniczego. Dobrze ilustruje to sytuacja Portugalii. Pod koniec lat dziewięćdziesiątych skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego wynosiła w tym kraju kilka procent, śmiertelność z powodu udaru należała do najwyższych w Europie, a SPC były stosowane sporadycznie. Dzięki porozumieniu krajowych towarzystw naukowych, ministerstwa zdrowia, ubezpieczycieli i producentów leków SPC są obecnie powszechnie refundowane i stosowane przez blisko dwie trzecie chorych. Portugalia stała się liderem europejskim w zakresie przestrzegania zaleceń i kontroli ciśnienia tętniczego (obecnie przekracza 60%), a co najważniejsze — uzyskano olbrzymi spadek chorobowości i śmiertelności sercowo-naczyniowej. To dobry wzorzec do naśladowania także w naszym kraju[18].



prof. dr hab. med. Krzysztof J. Filipiak

FESC, specjalista kardiolog; specjalista chorób wewnętrznych; specjalista hipertensjolog; specjalista farmakolog kliniczny, Prezes Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, Przewodniczący Rady Dyscypliny Nauk Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Współodpowiedzialność w procesie leczniczym dotyczyć może szeroko rozumianych zagadnień relacji pacjent - lekarz - choroba, co w sferze moich kompetencji zawodowych i doświadczeń terapeutycznych najczęściej dotyczy dwóch najważniejszych z punktu widzenia epidemiologii czynników ryzyka (stanów chorobowych) Polaków: hipercholesterolemii (szacujemy, że około 18 milionów Polaków cierpi na podwyższone stężenie cholesterolu) oraz nadciśnienia tętniczego (10 milionów Polaków wg norm przyjętych w Europie, a 18 milionów, gdyby zaadoptować bardziej surowe, amerykańskie kryteria rozpoznania nadciśnienia tętniczego). Współodpowiedzialność w procesie leczniczym tych dwóch stanów, ze względu na ich skalę, ukierunkowana musi być na poprawę *compliance* i *adherence*, a więc stosowania się do terapii lekarskiej i czuwania nad kontynuowaniem farmakoterapii tych chorób – których nie da się wyleczyć, ale można znakomicie kontrolować przez stałe podawanie leków. To właśnie poziom *compliance* i *adherence* przy terapii nadciśnienia tętniczego i/lub hipercholesterolemii (te dwa stany współistnieją z resztą u około 6 milionów pacjentów) ma decydujący wpływ na efekt leczenia.

Patrząc systemowo, współodpowiedzialność w procesie leczniczym tych dwóch schorzeń, powinna zatem dotyczyć różnych podmiotów relacji pacjent - lekarz - choroba i być nakierowana na optymalizację leczenia i polepszenie skutków zdrowotnych:

Jak można poprawić tę współodpowiedzialność w procesie leczniczym?

Co może w tym pomóc?

Ze strony towarzystw naukowych i nadzoru specjalistycznego w dziedzinie kardiologii i hipertensjologii: opracowanie i rozpowszechnienie wytycznych leczenia, które preferowałyby proste, nowoczesne schematy terapeutyczne, oparte na bardzo dobrze tolerowanych lekach, zapewniających nie tylko kontrolę czynników chorobowych (ciśnienia tętniczego, prawidłowego stężenia cholesterolu), ale mających dowody na przedłużenie życia, ochronę przed zawałami serca, udarami mózgu, dodatkowymi rewaskularyzacjami czy potrzebami hospitalizacji; promowanie w wytycznych rodzajów farmakoterapii opartych na uproszczonych schematach leczenia na SPC (*ang. single pill combinations*) – tabletkach łączących w sobie leki na dwa schorzenia równocześnie.

STAN REALIZACJI W POLSCE – w ocenie eksperta – bardzo dobry

Ze strony uczelni medycznych, podmiotów odpowiedzialnych za kształcenie specjalistyczne przeddyplomowe i podyplomowe: wdrożenie do szkolenia treści przedstawionych powyżej.

STAN REALIZACJI W POLSCE – w ocenie eksperta – bardzo dobry

Ze strony pacjenta i jego otoczenia społecznego – edukacja w celu zrozumienia korzyści z przyjmowania leków na hipercholesterolemię/nadciśnienie tętnicze, zwłaszcza w dobie silnych ruchów antynaukowych i antystatynowych: dostęp do racjonalnej informacji, mediów społecznościowych wolnych od fake newsów, dostęp do programów radiowych, telewizyjnych promujących aktualną wiedzę medyczną.

STAN REALIZACJI W POLSCE – w ocenie eksperta – niezadawalający/niedostateczny

Ze strony przemysłu farmaceutycznego: zapewnienie dostępności nowoczesnych, wygodnych, znakomicie przebadanych leków typu SPC dla milionów pacjentów w Polsce leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego (SPC łączące w sobie kilka leków hipotensyjnych zgodnie z zaleceniami) i/lub hipercholesterolemii (SPC łączące ze sobą dwa leki hipotensyjne lub SPC „hybrydowe" łączące w sobie np. 2 leki hipotensyjne i jeden lek hipolipemizujący).

STAN REALIZACJI W POLSCE – w ocenie eksperta – bardzo dobry

Ze strony płatnika, odpowiedzialnego za zdrowie publiczne, podejmującego decyzje refundacyjne: preferowanie SPC i nowoczesnych leków w celu skuteczniejszego leczenia nadciśnienia tętniczego i/lub hipercholesterolemii, podejmowanie decyzji refundacyjnych wpływających na polepszenie *compliance/adherence* do takich terapii.

STAN REALIZACJI W POLSCE – w ocenie eksperta – słaby, niezadawalający

dr n. med. Anna Szyndler
prof. dr hab. n. med. Krzysztof Narkiewicz

Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii,
Gdański Uniwersytet Medyczny

Współodpowiedzialność to proces angażowania pacjentów w podejmowanie decyzji zdrowotnych, realne zaangażowanie ich w proces diagnostyczny i terapeutyczny z pełną świadomością konsekwencji odstępstwa od ustalonych zasad/planu.

Do realizacji „zasad" współodpowiedzialności konieczna jest edukacja pacjentów na temat samej choroby, sposobów zapobiegania, organizacji instytucji ochrony zdrowia oraz ich kompetencji na różnych etapach. Konieczne jest również jasne określenie zadań (praw/obowiązków) w ramach proponowanego/ustalonego planu i systemu. Niezbędnym warunkiem współodpowiedzialności jest możliwość realnego, uświadomionego wyboru oraz uzyskiwanie informacji zwrotnej. Brak „kultury" informacji zwrotnej w systemie opieki zdrowotnej – zarówno na linii pacjent – system, jak i system – lekarz, oraz lekarz – pacjent uniemożliwia pełną współodpowiedzialność.

Współodpowiedzialność jest procesem – składa się na niego odpowiednia edukacja na każdym etapie, zarówno w zakresie przyczyn, samych chorób, jak również sposobów zapobiegania chorobom, prawo/regulacje „ułatwiające/ promujące" podejmowanie odpowiedzialnych wyborów prozdrowotnych, jasno zdefiniowane „obowiązki i prawa" każdej ze stron uczestniczących w procesie leczenia – pacjenta, lekarza, farmaceuty, pielęgniarki itp., czytelny system opieki wraz z określonymi wyraźnie kompetencjami poszczególnych osób korzystających i pracujących w systemie, system motywacyjny, zarówno pacjentów do brania odpowiedzialności, jak i lekarzy do przekazywania odpowiedzialności, otwartość na informację zwrotną w obu kierunkach.

Nieodzownym elementem podejmowania odpowiedzialności jest świadomość możliwości wpływu/wyboru na sytuację – wybór leczenia, lekarza, sposobu kontaktu, dostęp do informacji, wsparcia w sytuacjach kryzysowych itp. oraz zaufanie poszczególnych osób zaangażowanych w proces leczniczy, zarówno do siebie nawzajem, jak i do systemu (wspieranie vs. utrudnianie).

Innym czynnikiem związanym z terapią, który będzie wpływał na jakość współpracy pacjenta z lekarzem, są działania niepożądane leków, czyli bezpośrednie negatywne konsekwencje ich stosowania. Preparaty wywołujące u pacjentów złe samopoczucie (np. senność, przybieranie na wadze, biegunki, bóle brzucha i inne) będą wpływały negatywnie na stopień współpracy. Terapie takie będą częściej przerywane lub efekt terapeutyczny nie będzie mógł zostać osiągnięty przez redukcję dawki. Istotną kwestią w zakresie działań niepożądanych leków jest też zjawisko polipragmazji, czyli stosowania równolegle wielu różnych terapii. W literaturze fachowej można znaleźć informacje na temat interakcji dwóch pojedynczych substancji. Natomiast w warunkach klinicznych często zdarza się, że pacjenci przyjmują pięć czy siedem terapii przewlekle. W takim wypadku interakcje są bardzo trudne do zidentyfikowania, a objawy, które dają, mogą być niespecyficzne. Przykładowo, badanie przeprowadzone przez White i współautorów[19] dokumentuje wcześniej nieznaną interakcję pomiędzy popularnym lekiem na obniżenie cholesterolu oraz antydepresantem, które w kombinacji powodowały u pacjentów hiperglikemię, będącą jednym z objawów cukrzycy. Interakcję tę udało się ustalić poprzez analizę słów wyszukiwanych przez użytkowników w internecie. Badanie wskazało, że konieczne jest utrzymanie wzmożonej czujności, zarówno ze strony pacjentów, jak i lekarzy w przypadkach, gdy stosowane jest wiele różnych leków mogących dawać w kombinacji groźne objawy.

Czynniki związane z pacjentem

Na stopień współpracy w zakresie realizowania zaleceń lekarskich wpływ ma również sam pacjent. Czynniki behawioralne często mają charakter nieświadomy. Od indywidualnych cech pacjenta będzie przykładowo zależeć otwartość, z jaką będzie informował lekarza o swoim zdrowiu lub odstępstwach od zaleceń. Zrozumienie konsekwencji nieprzestrzegania zaleceń, sumienność i dokładność w stosowaniu leków czy wytrwałość w realizacji kolejnych recept to wybrane czynniki związane z pacjentem, które będą wpływały na poziom współpracy.

Kluczowym elementem ze strony pacjenta jest akceptacja choroby, świadomość jej konsekwencji oraz wiedza na temat terapii, jej przebiegu, skutków oraz mechanizmu działania.

4. Konsekwencje

Konsekwencje niestosowania się do zaleceń lekarskich lub braku współpracy pacjenta z lekarzem można podzielić na trzy główne kategorie:

- **Konsekwencje kliniczne** – obniżenie skuteczności terapii, pogorszenie wyników zdrowotnych, zaostrzenia oraz powikłania,
- **Konsekwencje społeczne** – niepełnosprawność, przedwczesne zgony,
- **Konsekwencje gospodarcze** – koszty bezpośrednie (leczenie komplikacji, powikłań i zaostrzeń) i pośrednie (renty, zwolnienia, obniżenie produktywności) terapii.

Intensywność wpływu poszczególnych rodzajów odstępstw od zaleceń lekarskich przedstawionych w części drugiej zależy od wielu czynników, między innymi od: jednostki chorobowej, intensywności odstępstwa (przykładowo: liczby pominiętych dawek, długości opóźnienia we wdrożeniu terapii), stanu klinicznego pacjenta oraz podjętych kroków zaradczych (chociażby od faktu, czy pacjent powrócił do stosowania się do zaleceń lekarskich).

Tak jak wspomniano, niestosowanie się do zaleceń lekarskich jest szczególnym wyzwaniem w przypadku chorób przewlekłych, niedających bezpośrednich silnych objawów. Do takich chorób zaliczają się przykładowo nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, osteoporoza. Ze względu na ograniczone możliwości obserwowania efektów terapii (które są widoczne przede wszystkim w parametrach klinicznych), niektórzy pacjenci rezygnują z prawidłowego przyjmowania leków, narażając się tym samym na zwiększone ryzyko komplikacji zdrowotnych. Sytuacja ta nie pozostaje obojętna dla systemu ochrony zdrowia oraz dla społeczeństwa, gdyż wiąże się ze zwiększonymi bezpośrednimi kosztami leczenia powikłań, ale także z kosztami pośrednimi, takimi jak utracona produktywność, zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia socjalne, niezdolność do pracy czy przedwczesne zgony.

Monika Zientek

Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się Razem”

Współodpowiedzialność jest odpowiedzialnością zarówno pacjenta i lekarza włożoną w proces dochodzenia do omówionych i ustalonych efektów terapeutycznych. Relacja ta jest równa i partnerska. Aby współodpowiedzialność była skuteczna powinna być podjęta w otwartej i szczerej komunikacji. Zarówno pacjent jak i lekarz powinni nauczyć się mówić i słuchać o sytuacjach trudnych w tym procesie, powinna być nastawiona na ciągłe uczenie się siebie nawzajem. Relacja ta wymaga wzajemnego zaangażowania zwłaszcza w przypadku leczenia chorób przewlekłych.

Ważnym elementem współodpowiedzialności jest edukacja oraz mówienie o chorobie pacjenta w sposób dla niego zrozumiały, możliwy do przyswojenia, uwzględniający możliwości poznawcze pacjenta np. problemy z zapamiętywaniem zaleceń. Pacjent powinien zdobywać wiedzę o swojej chorobie, konsekwencjach jej zaniedbania czy szukania ratunku w leczeniu alternatywnym. Także lekarz powinien stale podnosić swoje kompetencje, aby być wiarygodnym źródłem wiedzy dla pacjenta. Edukacja, oprócz farmakoterapii, powinna uwzględniać także pomoc w zmianie stylu życia czy naprawie nieprawidłowych nawyków żywieniowych.

W przypadku współodpowiedzialności należałoby zwrócić uwagę na trzy elementy. Po pierwsze na jakość relacji pacjent – lekarz. Wymaga to poświęcenie większej ilości czasu na poznanie przez lekarza potrzeb pacjenta, co dla pacjenta będzie wyznacznikiem sukcesu terapeutycznego, jak zaangażować go w proces leczenia.

Po drugie zwrócić uwagę na jakość życia uwzględniającą potrzeby życiowe i psychologiczne pacjenta. Ważnym stanie się wtedy ustalanie planu leczenia dostosowanego do aktualnej sytuacji chorego i jego możliwości. Plan leczenia i dochodzenia do optymalnej sytuacji zdrowotnej pacjenta powinien uwzględniać chęć założenia przez pacjenta rodziny i posiadania potomstwa, zachowanie aktywności edukacyjnej, zawodowej czy prowadzenie życia społecznego. Wydaje się, że te elementy są w ochronie zdrowia pomijane. Pierwszeństwo mają bowiem terapie najtańsze, niekoniecznie uwzględniające możliwości łączenia pracy i leczenia. Dalej wiele terapii podawane jest w trybie hospitalizacji, zamiast w ambulatorium. Terapie z podawania ambulatoryjnego mogłyby zaś przechodzić do otwartej sprzedaży aptecznej, bliżej pacjenta. Procesy te zachodzą w naszym systemie zbyt wolno. Pacjent, któremu zależy na samodzielnym życiu, będzie odwlekał moment podjęcia optymalnej dla niego decyzji terapeutycznej jeśli warunkiem leczenia będzie np. dojeżdżanie raz w miesiącu do szpitala po ampułkostrzykawkę, którą mógłby podawać sobie sam w domu.

I na końcu element współodpowiedzialność powinna uwzględniać możliwości socjo-ekonomiczne pacjenta. Jest to istotne zwłaszcza wśród pacjentów chorujących przewlekle, gdzie często choroba prowadzi do ograniczenia i wykluczenia z życia zawodowego już na początku kariery, a w konsekwencji prowadzi do zubożenia pacjenta. Warto w tym miejscu wspomnieć o tym, że w przypadku chorób przewlekłych, wraz z czasem trwania choroby mamy do czynienia z wielochorobowością, co indukuje kolejne koszty.

Współodpowiedzialność jest procesem złożonym i wieloetapowym. Przy zmaganiu się z brakami w kadrze medycznej należałoby się przyjrzeć w jaki sposób można zaangażować personel pomocniczy i ten wśród którego pacjent już funkcjonuje czyli pielęgniarki, farmaceuci, rehabilitanci a także coraz częściej psycholog. Być może uważniej trzeba się przyjrzeć jak wykorzystać wsparcie społeczne, które pacjent mógłby otrzymać w swojej okolicy. Należałoby pomyśleć jak można wykorzystać potencjał np. stowarzyszeń czy tematycznych grup wsparcia.

Tabela 2 Wybrane konsekwencje niektórych chorób przewlekłych w Polsce

Jednostka chorobowa	Populacja chorych w Polsce	Konsekwencje kliniczne obniżonego adherence	Znaczenie dla systemu
Nadciśnienie tętnicze	9,9 mln (2018) [20]	Udary, zdarzenia sercowo-naczyniowe	258 mln PLN (koszty świadczeń udzielonych pacjentom z nadciśnieniem tętniczym, NFZ 2018)[20] 14 mld PLN (szacunkowe koszty leczenia nadciśnienia tętniczego w Polsce, 2001)[21]
POChP	10% populacji powyżej 40 r.ż. 0,5 mln leczonych pacjentów (2012)[22]	Niewydolność oddechowa, niewydolność serca, zatorowość tętnicy płucnej	442 mln PLN (koszty bezpośrednie POChP, 2014); 775 mln PLN (koszty pośrednie, 2014)[23]
Cukrzyca	3,5 mln (2017)[24]	Retinopatia, niewydolność nerek, zdarzenia sercowo-naczyniowe, amputacje	2 mld PLN (wydatki NFZ na leczenie powikłań cukrzycy, 2013)[24]
Osteoporoza	2,7 mln (2010)[25]	Złamania (między innymi szyjki kości udowej, kręgosłupa)	500 mln PLN (koszty leczenia złamań osteporotycznych według danych NFZ, 2018)[26]

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [20,21,22,23,24,25,26]

5. Możliwe działania nakierowane na poprawę sytuacji

Aby uniknąć negatywnych skutków niestosowania się pacjentów do terapii w chorobach przewlekłych, może być konieczne wdrożenie kompleksowych strategii przeciwdziałania przerywaniu leczenia. Takie działania powinny mieć charakter kompleksowy i odpowiadać na cały zakres przyczyn zjawiska. Dodatkowym czynnikiem mogącym potęgować ich skuteczność będzie dostosowanie ich do specyfiki konkretnej jednostki chorobowej.

Niemniej jednak, aby takie strategie były możliwe do zaimplementowania, konieczne jest przeprowadzenie szerokiej, interdyscyplinarnej analizy przyczyn specyficznych dla danej choroby przewlekłej. Przyczyny braku przestrzegania zaleceń lekarskich będą bowiem wynikać z innych czynników w przypadku nadciśnienia tętniczego, a z innych w przypadku osteoporozy czy cukrzycy. Różne nasilenie konkretnych czynników przy danej chorobie pozwoli na lepsze dopasowanie działań nakierowanych na ich minimalizację.

W pierwszym kroku ważne byłoby określenie populacji pacjentów, do których dana kampania edukacyjna miałaby być skierowana. Kluczowymi elementami będzie liczebność populacji, jej zróżnicowanie pod kątem demograficznym oraz socjalnym, kwestia wykształcenia, zamożności, dostępu do internetu i biegłości w korzystaniu z nowych technologii, dostęp do konkretnych świadczeń ochrony zdrowia itp. Wiedza na temat skuteczności konkretnych działań i kanałów dotarcia będzie umożliwiała wdrożenie celowanych projektów dotykających przyczyny występowania zjawiska braku stosowania się do zaleceń w konkretnym segmencie populacji pacjentów danej choroby.

PRZESTRZEGANIE ZALECEŃ TERAPEUTYCZNYCH - PRZEGLĄD ROZWIĄZAŃ DOSTĘPNYCH W POLSCE

Stefan Bogusławski,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego

1. Relacja i komunikacja między lekarzem a pacjentem

Dane WHO wskazują, że przeciętnie co drugi chory nie przestrzega prawidłowo zaleceń terapeutycznych. W Polsce odsetek ten jest jeszcze wyższy i w przypadku niektórych chorób sięga ponad 70%[27]. Konsekwencje niskiej *adherencji* generują koszty dla systemu ochrony zdrowia i dla samych pacjentów. Zmniejsza się skuteczność leczenia, wzrasta zapotrzebowanie na kolejne porady lekarskie, pojawia się konieczność hospitalizacji, której można było uniknąć, pojawiają się dodatkowe koszty dotyczące powikłań i bardziej zaawansowanych stanów chorobowych. Nieprzestrzeganie zaleceń terapii stanowi przyczynę powikłań, obniża jakość życia pacjentów, powoduje wzrost prawdopodobieństwa rozwoju odporności na leki, marnotrawienie zasobów opieki zdrowotnej i obniża zaufanie ludzi do systemu ochrony zdrowia[28]. Z tego względu w Polsce rośnie zainteresowanie **wdrożeniem działań wspierających prawidłową realizację zaleceń terapeutycznych.**

Znakomita większość publikacji dotyczących problematyki przestrzegania zaleceń terapeutycznych jako kluczowy czynnik wpływający na właściwą realizację terapii wymienia dobrą komunikację pomiędzy pacjentem a lekarzem. Z obserwacji wynika, że ta relacja to w dużej mierze podstawa dobrej adherencji. Jest to szczególnie istotne w leczeniu przewlekłym. Według przeprowadzonych badań już w drugim miesiącu terapii ponad 25% chorych rezygnuje z leczenia lub zmienia jej założenia. Po 6 miesiącach leczenie kontynuuje mniej niż połowa pacjentów. W szczególności dotyczy to osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego, cukrzycą i dyslipidemią, czyli chorobami, których powikłania wskutek nieskutecznego leczenia najbardziej obniżają czas życia w zdrowiu. W przypadku schorzeń dróg oddechowych, a także zdiagnozowanej depresji, po roku leczenie podtrzymuje mniej niż 20% pacjentów. Pracownicy służby zdrowia powinni poznać chorego i dostosować proces leczenia do jego potrzeb i możliwości. Polepszenie współpracy można osiągnąć, prowadząc **dialog motywujący** i angażując chorego w ustalanie planu terapii, podczas którego pracownik służby zdrowia dowartościowuje i wspiera poczucie własnej sprawczości pacjenta[27].

W komunikacji z pacjentem bardzo istotne jest używanie **zrozumiałego, potocznego języka** oraz unikanie zwrotów ściśle medycznych i farmaceutycznych, które często nie są zrozumiałe dla pacjenta. Bariera językowa w rozmowach z lekarzem czy farmaceutą niejednokrotnie jest przyczyną niezrozumienia informacji dotyczących sposobów prawidłowego stosowania leków oraz ich działania[29]. Sama komunikacja powinna zostać oparta na kilku cechach, które umożliwiają dobrą rozmowę i wspierają budowanie właściwych relacji, czyli **życzliwość, otwartość i odpowiedzialność**. Lekarz z takimi cechami i nastawieniem do komunikacji będzie w stanie osiągnąć lepsze wyniki w zakresie przestrzegania zaleceń terapeutycznych wśród swoich pacjentów. Skuteczność tak prowadzonego dialogu z pacjentem jest przejawem faktycznej współodpowiedzialności obu stron za efekty leczenia.

Same zalecenia dotyczące przyjmowania leków powinny być maksymalnie proste i wydane pacjentowi w **formie pisemnej**. Polecaną formą zaleceń jest **forma tabelaryczna**, która daje przejrzystość, ułatwia zrozumienie i wdrożenie leczenia. Jeśli leczenie uwzględnia również działania takie, jak np. spożywanie dużej ilości płynów, odpoczynek, aktywność fizyczną, stosowanie określonej diety, warto umieścić je w tej samej tabeli, w której znajdują się zalecenia dotyczące farmakoterapii. Zwiększa to prawdopodobieństwo traktowania procesu terapeutycznego jako całości i tym samym zwiększenia jego skuteczności. Niezależnie od informacji przekazanych na piśmie bardzo ważne jest **ustne wytłumaczenie zaleceń** i upewnienie się, że pacjent je zrozumiał. Przeprowadzone dotychczas analizy[9] i zebrane doświadczenia wskazują na kilka narzędzi, które może zastosować lekarz:

- odwołanie się do doświadczeń innych pacjentów,
- włączenie do realizacji terapii bliskich chorego – jest to szczególnie istotne np. w przypadku konieczności zmiany diety,
- polecenie stowarzyszeń pacjentów,
- polecenie wiarygodnych źródeł wiedzy w internecie.

Szczególną uwagę należy zwrócić na **komunikację z pacjentami starszymi**, ponieważ często mają oni różne **błędne przekonania** dotyczące zdrowia, przyczyn nękających ich przypadłości, a także metod leczenia, w tym sposobów stosowania leków. Wykazano, że starsi pacjenci lepiej pamiętają informacje medyczne i przestrzegają zaleceń, jeśli są one zgodne z ich wcześniejszą wiedzą i przekonaniami. W związku z tym ważne jest wykrywanie błędnych przekonań dotyczących zdrowia i choroby poprzez zadawanie prostych pytań, takich jak np.: *Co Pan już wie na temat swojej choroby? Jak, według Pana, powinno przebiegać leczenie?* i korygowanie ich. Zalecane jest używanie raczej **bezpośrednich zaleceń** niż ostrzeżeń np.: *„proszę przyjmować ten lek po jedzeniu"*, a nie *„proszę nie brać tego leku na pusty żołądek"*. Drugi wariant może u chorego, przekonanego wcześniej o lepszym działaniu leków przyjmowanych na czczo, spowodować paradoksalne utwierdzenie się w błędnym przekonaniu i niestosowanie się do zaleceń[30].

Kluczowe elementy składające się na dobrą komunikację pomiędzy lekarzem a pacjentem podsumowano na Rysunku 5.

Rysunek 5 Podstawy dobrej komunikacji lekarz – pacjent wspierającej adherencję

Właściwa realizacja zaleceń terapeutycznych może być wspierana poprzez **dobrą komunikację lekarz – pacjent**, w szczególności:

- Dialog motywujący
- Używanie prostego języka
- Stosowanie formy ustnej i pisemnej do przekazywania zaleceń
- Formułowanie zaleceń bezpośrednio
- Stosowanie formy ustnej i pisemnej do przekazywania zaleceń

Źródło: Opracowanie własne

Anna Śliwińska

Polskie Stowarzyszenie Diabetyków

Polscy pacjenci nierzadko wydają się sądzić, że – czy to system opieki zdrowotnej, czy placówki lecznicze, czy wreszcie lekarz – powinni się nim zaopiekować i go wyleczyć. Niestety spory procent osób nie rozumie, że za stan własnego zdrowia ogromną odpowiedzialność ponosi sam pacjent, ponieważ swoim postępowaniem, tzn. przestrzeganiem bądź nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich, może swój stan zdrowia zasadniczo poprawić lub pogorszyć.

System opieki zdrowotnej oraz lekarze dają diagnozę, narzędzia, ekspertyzę, możliwość wykonania czynności mających na celu ratowanie zdrowia, jednakże istnieje wiele elementów procesu leczenia, które zależą od samego pacjenta. Jeżeli pacjent przykładowo nie będzie regularnie i prawidłowo zażywał leków, nie będzie zważał na interakcje, będzie stosował nieodpowiednią dietę oraz szkodliwe używki, nie będzie stawiał się na wizyty kontrolne mające na celu kontynuację lub modyfikację terapii itd., w większości przypadków nie może liczyć na to, że jego stan zdrowia ustabilizuje się za pomocą samych leków, sprzętów czy działań lekarza. Przeciwnie, nierzadko bywa tak, że pacjent swoim brakiem współodpowiedzialności niweczy starania lekarzy i personelu medycznego, żaląc się potem na nieskuteczność terapii i obwiniając wszystkich i wszystko dookoła za brak poprawy swojego stanu zdrowia.

Koniecznym jest, aby lekarze i personel medyczny uświadamiali pacjentów, jak ważna jest ich współodpowiedzialność za proces leczenia lub kontrolowania choroby przewlekłej i na jakie elementy szczególnie należy zwracać uwagę oraz aby robili to w zrozumiały dla danej osoby sposób. Być może lekarze powinni także nie bać się pytać pacjentów o przestrzeganie ich zaleceń – gdy pacjent będzie wiedział, że zostanie o to zapytany, istnieje szansa, że bardziej się do tego przyłoży. Warto także rozważyć kampanie społeczne mówiące o współodpowiedzialności oraz wydawanie stosownych materiałów edukacyjnych rozdawanych przez pracowników służby zdrowia. Ogromną rolę mają w tym względzie do odegrania również organizacje pacjenckie. Wielce pożądanym byłoby, aby pacjenci mający szczególne trudności z przyjęciem na siebie współodpowiedzialności w procesie leczniczym otrzymywali w tym zakresie pomoc psychologiczną.

2. Działania systemowe na rzecz zwiększania poziomu adherencji

Skala konsekwencji klinicznych, społecznych i gospodarczych niestosowania się pacjentów do zaleceń terapeutycznych powoduje rosnące zainteresowanie opracowaniem **kompleksowego programu naprawczego**. W obecnym czasie nie stworzono w Polsce spójnej strategii wraz ze zdefiniowanymi inicjatywami, harmonogramem działania i jednostkami odpowiedzialnymi za ich realizację. Koniecznym będzie opracowanie działań w podziale na poszczególne obszary terapeutyczne, choć na pewno znalezienie wspólnej osi działań i systemowe uporządkowanie problematyki adherencji będzie korzystne dla pacjentów oraz podmiotów funkcjonujących w sektorze ochrony zdrowia.

Badania dotyczące przestrzegania zaleceń terapeutycznych w Polsce nie owocowały dotąd zbyt licznymi publikacjami i analizami. Niewiele jest istotnych publikacji, które analizują problem i wskazują propozycje rozwiązań. Jedną z przyczyn są trudności metodologiczne w prowadzeniu badań adherencji. Za przykład może posłużyć stan wiedzy na temat adherencji w cukrzycy typu 2[31]. Niewiele jest badań oceniających poziom dostosowania do zaleceń pacjentów z cukrzycą oraz czynniki warunkujące właściwą realizację zaleceń. Dostępne publikacje opisują bardzo zróżnicowane poziomy korelacji wieku, płci i czasu trwania choroby z poziomami przestrzegania zaleceń. W związku z tym wskazuje się na konieczność dalszych analiz przyczyn nieprzestrzegania terapii, identyfikowanie pacjentów narażonych na *non-adherence* oraz wdrażanie metod mających na celu poprawę przestrzegania zaleceń leczenia.

W badaniach porównujących różne metody zwiększania stopnia zaleceń lekarskich często nie można wskazać jednego najskuteczniejszego sposobu znamiennie poprawiającego adherencję. Dlatego też podkreśla się, że dopiero wyeliminowanie kilku czynników wpływających na niezdyscyplinowanie pacjenta może przynieść zadowalające rezultaty[29].

Do kluczowych narzędzi poprawiających właściwe stosowanie zaleceń terapeutycznych można zaliczyć wymienione w tabeli 3.

Tabela 3 Narzędzia mające na celu poprawę właściwego stosowania zaleceń terapeutycznych

Kategoria	Narzędzia
Systemowe	Zwiększanie świadomości społecznej znaczenia stosowania się do zaleceń terapeutycznych
Systemowe	Opieka pielęgniarska i farmaceutyczna
Systemowe	Edukacja pacjentów i opiekunów
Medyczne	Model terapii i leczenie skojarzone
Finansowe	Wsparcie w finansowaniu terapii
Technologiczne	Nowe technologie

Źródło: Opracowanie własne na podstawie piśmiennictwa wykorzystanego w publikacji

Zwiększanie świadomości społecznej znaczenia stosowania się do zaleceń terapeutycznych

Budowanie świadomości społecznej w zakresie znaczenia właściwej realizacji wytycznych terapeutycznych to proces trudny i wymagający czasu. Niemniej jednak jest on niezwykle istotny z perspektywy osiągania długofalowych celów w poprawie poziomu *adherencji*.

Istnieje wiele powodów, dla których realizacja zaleceń wymienionych w poprzednim rozdziale nie jest wykonywana, dlatego komunikacja mająca na celu zwiększanie świadomości społecznej powinna adresować poszczególne zagadnienia. Warto również rozważyć zaplanowanie komunikacji dedykowanej określonym obszarom terapeutycznym. Dzięki temu pacjenci oraz ich bliscy i opiekunowie będą mogli w większym stopniu identyfikować się z przekazem.

Kampanie społeczne wspierane przez różnych interesariuszy, a w szczególności przez autorytety medyczne i inne (np. sportowców), regulatora i stowarzyszenia pacjentów mogą przyczynić się do zbudowania nowej jakości w obszarze adherencji.

Opieka pielęgniarska i farmaceutyczna

Istotnym wyzwaniem jest rozwój współodpowiedzialności za efekt leczenia wśród wszystkich profesjonalistów medycznych współpracujących z pacjentami. Ważna rola przypada tu farmaceutom, którzy zadanie to mogą realizować w ramach opieki farmaceutycznej.

Celem farmaceuty sprawującego opiekę farmaceutyczną jest zapewnienie możliwie największej skuteczności i bezpieczeństwa farmakoterapii. Wymaga to m.in. **współpracy farmaceuty, lekarza oraz pacjenta** w rozpoznawaniu i rozwiązywaniu aktualnie występujących problemów związanych z farmakoterapią oraz zapobieganiu, by potencjalne problemy nie przekształciły się w rzeczywiste.

Opieka farmaceutyczna jako nowa forma aktywności zawodowej farmaceutów jest szansą na pełną i skuteczną realizację właściwie pojętej współpracy lekarza i farmaceuty. Farmaceuta jako specjalista z zakresu wiedzy o leku może **wspierać lekarza**, sprawując kontrolę nad przyjmowanymi przez pacjenta lekami. Istotne jest, aby również farmaceuta wyjaśnił pacjentowi konieczność stosowania się do wskazań lekarskich w zakresie dawkowania i czasu trwania terapii[32]. Przykładowym narzędziem, które może być wykorzystywane przez farmaceutów, jest odpowiednia kompozycja „koszyka zakupowego" poszczególnych pacjentów, biorąca pod uwagę wszystkie przyjmowane produkty, w tym leki bez recepty i suplementy diety. Innym może być zmniejszanie poziomu dopłat pacjentów przez wykorzystanie substytucji aptecznej, czyli proponowanie tańszych zamienników dla przepisanych leków. Jest to szczególnie istotne w sytuacji, w której ograniczenia finansowe mogą uniemożliwić właściwą realizację zaleceń terapeutycznych.

System opieki zdrowotnej, w którym pacjenci korzystają z opieki farmaceutycznej, to m.in. system w Wielkiej Brytanii. Pacjenci są aktywnie zachęcani do korzystania z porad w aptece poprzez różne kampanie społeczne i informacyjne, których komunikat przewodni zbudowany jest wokół myśli: Idź do farmaceuty, zamiast do lekarza. Umacnia to rolę farmaceuty w systemie i buduje świadomość społeczną.

W procesie realizowania recept i dyspensowania leków najprzydatniejszą metodą jest **wywiad**, który może być przeprowadzony w chwili wydawania leku. W trakcie rozmowy z pacjentem farmaceuta może zapytać wprost o regularne stosowanie leku lub dopytać o odczucia pacjenta i jego oczekiwania wobec leku, co może pomóc wykryć postawy lub przekonania zdrowotne, które mogą skutkować nieprzestrzeganiem przez pacjenta zaleceń terapeutycznych. Ujawnienie w trakcie rozmowy z pacjentem, że nie przestrzega on zaleceń terapeutycznych, wymaga podjęcia działań. Wśród narzędzi, które są dostępne dla farmaceuty wymieniane są:

- **przekazanie odpowiedniej informacji i instrukcji dotyczącej stosowania leku,**
- **zaproponowanie edukacji prozdrowotnej, która umożliwi zmianę zachowań zdrowotnych pacjenta,**
- **wdrożenie odpowiednich strategii podawania i przygotowania leków, które zwiększą szansę na ich prawidłowe i zgodne z zaleceniami stosowanie przez pacjenta[9].**

Badania wskazują na jednoznaczne korzyści wynikające ze współpracy farmaceuty z lekarzem. W badaniach ankietowych[33] dotyczących oceny relacji między nimi oceniano trzy obszary mające największy wpływ na jej rozwój: jej zainicjowanie, wiarygodność i podział ról. Obie grupy zawodowe deklarowały wysoki stopień zaufania dla partnera. Najczęściej to właśnie farmaceuta nawiązywał współpracę, a jej efektywność była zależna od częstotliwości komunikacji. Badanie wykazało, że właściwa współpraca jest uzależniona od odpowiedniego podziału kompetencji. Do zadań farmaceuty należy wspieranie działań lekarza poprzez edukację pacjenta i skupienie się na kontroli przebiegu leczenia farmakologicznego, podczas gdy rolą lekarza jest podejmowanie ostatecznych decyzji terapeutycznych[33].

Jeden z przykładów wsparcia farmaceutów wskazano w badaniu Odegard i Christensen[34], w którym zastosowano wsparcie farmaceutów w postaci ustnej lub pisemnej **edukacji** (35,6%) oraz innych metod wsparcia, takich jak **telefon od farmaceuty z przypomnieniem** konieczności uzupełnienia leku (40,7%) dla pacjentów z cukrzycą typu 2, wśród których 27,1% ma problemy z przyjmowaniem i dawkowaniem leków, a 26,3% zapomina uzupełniać leki hipoglikemizujące. Metoda zastosowana w badaniu okazała się być stosunkowo tania i skuteczna[31].

W praktyce stosowane są rozwiązania, które wzmacniają wsparcie farmaceuty. Do takich narzędzi należą m.in.: działania nakierowane na **personalizację leczenia**, rozumianą np. jako imienne dyspensowanie leków czy też personalizowane wskazówki dotyczące przyjmowania leków drukowane podczas wizyty. Zwiększanie u pacjenta poczucia, że terapia została zaprojektowana specjalnie dla niego może pozytywnie oddziaływać na jego przekonanie o dopasowaniu leczenia i może poprawić *adherencję*.

Z punktu widzenia organizacji opieki i roli farmaceuty istotne wydaje się być przeanalizowanie możliwości **udostępnienia wybranych danych z historii leczenia pacjenta w systemie aptecznym**. Taka funkcjonalność pozwoliłaby farmaceutom pełniej realizować skuteczne wsparcie pacjentów w prawidłowej realizacji zaleceń terapeutycznych.

Kluczowe elementy składające się na opiekę farmaceutyczną wspierającą podsumowano na Rysunku 6.

Rysunek 6 Podstawy opieki farmaceutycznej wspierającej adherencję

Źródło: Opracowanie własne

mgr farm. Piotr Lengiewicz

Członek Zarządu Gemini Polska

Współodpowiedzialność to całościowe spojrzenie na proces leczenia. Obejmuje aktywne działania realizowane przez wszystkie osoby oraz grupy zawodowe biorące w nim udział, tzn. pacjentów, lekarzy, farmaceutów, pielęgniarki, fizjoterapeutów, ale również decydentów odpowiedzialnych za określenie ustawowych instrumentów opieki nad pacjentem. Współodpowiedzialność ma wielowymiarowy wpływ na uzyskiwany efekt zdrowotny. Przede wszystkim polega na akceptacji warunków umowy procesu leczenia, tzn. prawa do korzystania z opieki, ale i obowiązków wynikających z włączenia się w proces diagnozy i leczenia. Rozpoczęcie procesu leczenia jest swoistym kontraktem z prawami i obowiązkami każdej ze stron. Wymaga, z jednej strony, świadomości i odpowiedzialności za poszczególne etapy procesu leczenia wszystkich zaangażowanych grup zawodowych, a z drugiej, nakłada na kreujących system ochrony zdrowia obowiązek stworzenia warunków, w których pacjenci będą mieli możliwość uzyskania informacji o znaczeniu procesu leczenia, konstrukcji systemu opieki zdrowotnej oraz zapewnienia jego sprawności. Rzetelne prowadzenie procesu leczenia musi opierać się na nowoczesnych narzędziach, które pomogą w jego uproszczeniu, a co za tym idzie, w pozytywny sposób wpłyną na życie pacjenta. To pacjent powinien stać w centrum zainteresowania wszystkich działań podejmowanych przez przedstawicieli zawodów powiązanych ze Służbą Zdrowia, którzy powinni mieć możliwość wymiany wiedzy czy udzielania rekomendacji odnośnie jego stanu zdrowia.

W procesie podnoszenia poziomu współodpowiedzialności w procesie leczniczym mogą pomóc następujące działania:

1. Podniesienie świadomości wszystkich grup aktywnych w procesie
2. Zwiększenie motywacji i zaangażowania uczestników procesu
3. Edukacja wszystkich uczestników procesu, kształcenie zarówno na poziomie studiów, w ramach kursów doszkalających
4. Wykorzystanie potencjału zawodowego farmaceutów dla poprawy jakości zdrowia pacjentów poprzez wprowadzenie opieki farmaceutycznej.
5. Efektywna i prosta komunikacja do uczestników procesu

Wprowadzenie opieki farmaceutycznej może przynieść wymierne korzyści dla wszystkich uczestników procesu leczenia. Pacjentowi zapewni bezpośrednią, łatwo dostępną poradę w aptece np. w pobliżu miejsca zamieszkania. Już teraz to farmaceuta nierzadko jest tym pierwszym ogniwem, do którego pacjent zwraca się z prośbą o pomoc. To farmaceuta często ma również kontakt z członkami rodziny czy opiekunem pacjenta, co niejako samoistnie angażuje ich w cały proces leczenia.

Wprowadzenie opieki farmaceutycznej pozwoli również na optymalizację działań lekarzy, którzy w pełni będą mogli skupić się na postawieniu diagnozy i określeniu optymalnego procesu leczenia, bez konieczności udzielania dodatkowych wyjaśnień, których mógłby w ramach swoich uprawnień zawodowych udzielić farmaceuta. Niezaprzeczalnie mogłoby to wpłynąć na zmniejszenie się kolejek w przychodniach, optymalizację farmakoterapii, zmniejszenie nadmiernego stosowania leków. Zintegrowany system informatyczny, który udostępniałby dane na temat zdrowia pacjenta, wsparłby wszystkich uczestników wspomagających proces leczenia, a farmaceutom pomógłby w identyfikowaniu interakcji, które teraz często prowadzą do komplikacji czy rozwoju choroby, a co za tym idzie, zmuszają Państwo do poniesienia dodatkowych kosztów. Reasumując, z powyższego wyłania się obraz farmaceuty jako znaczącego ogniwa szeroko rozumianego procesu leczenia zarówno w obszarze *compliance*, jak i *adherence*.

Obok farmaceuty istotną rolę w procesie leczenia pełnią **pielęgniarki środowiskowe**, głównie w przypadku schorzeń przewlekłych wymagających opieki długotrwałej, ale też w sytuacjach ostrych zachorowań. Praca pielęgniarki z pacjentem w jego środowisku zamieszkania daje możliwość **rozpoznawania oraz optymalizacji nieprzestrzegania zaleceń** terapeutycznych na poziomie indywidualnego pacjenta, rodziny, społeczności oraz na poziomie współpracy z innymi członkami zespołu medycznego.

Warto podkreślić, że Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stoi na stanowisku, że pielęgniarki mogą i powinny odgrywać kluczową rolę w przygotowaniu pacjenta do przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Pielęgniarki zostały przygotowane do **przekazywania pacjentowi wiedzy** i **wyuczenia** odpowiednich umiejętności niezbędnych do wprowadzenia zaleceń terapii i zmiany stylu życia w danej jednostce chorobowej[35].

Istnieją różne metody oceny przestrzegania zaleceń terapeutycznych, z których może korzystać pielęgniarka[9]:

- elektroniczne systemy monitorujące (Medication Event Monitoring System, MEMS), czyli urządzenia monitorujące i zapisujące czas otwarcia pojemnika z lekami,
- liczenie tabletek i/lub pomiar ubytku leku w tzw. tabletkach licznikowych pokazujących kolejną dawkę leku pobranego z pojemnika,
- pomiar poziomu leku lub jego metabolitu we krwi lub w moczu,
- pomiar znaczników biochemicznych zawartych w tabletkach,
- wywiad i obserwacja,
- kwestionariusze i testy.

Model terapii i leczenie skojarzone

Wytyczne terapeutyczne jako takie i sam dobór leków mogą w mniejszym lub w większym stopniu wspierać ich właściwą realizację. Badania wskazują na **korzystny wpływ preparatów złożonych** na poprawę stosowania się do zaleceń terapeutycznych. Dzięki zredukowaniu liczby tabletek przyjmowanych przez pacjenta, zmniejsza się koszt leczenia oraz poprawia profil bezpieczeństwa stosowanej farmakoterapii. Przykładem są preparaty złożone z leków hipotensyjnych (dwuskładnikowe: inhibitor ACE z diuretykiem, inhibitor ACE z antagonistą kanałów wapniowych, inhibitor ACE z beta-adrenolitykiem, diuretyk z antagonistą kanałów wapniowych, sartan z diuretykiem, sartan z antagonistą kanałów wapniowych oraz trójskładnikowe, np. inhibitor ACE z diuretykiem i antagonistą kanałów wapniowych), leków przeciwcukrzycowych (pochodna biguanidu z sulfonylomocznikiem) czy też złożone preparaty leków wziewnych stosowanych w astmie (glikokortykosteroid z β2-mimetykiem). Zastosowanie preparatów złożonych z dwóch leków hipotensyjnych może poprawić adherencję pacjentów o około 20%. Podobnie, osobne dawkowanie dwóch leków przeciwcukrzycowych prowadziło do przyjmowania średnio 54% zalecanych dawek leku, podczas gdy zastosowanie preparatu złożonego pozwoliło na poprawę *compliance* do 77%[29]. Coraz częściej wprowadza się także preparaty złożone, które w swym składzie zawierają leki adresujące różne jednostki chorobowe lub czynniki ryzyka, jak połączenia leku hipotensyjnego i statyny.

Przykład skutecznego zastosowania leczenia złożonego wykazano m.in. w następujących badaniach [36,37,9]:

» w badaniu klinicznym ACCOMPLISH, w którym terapia preparatem „2 w 1" w leczeniu nadciśnienia tętniczego, zawierającym inhibitor enzymu konwertującego angiotensynę i antagonistę wapnia spowodowała zmniejszoną częstość punktu końcowego badania, na który składał się zgon z przyczyn sercowo-naczyniowych oraz niezakończony zgonem zawał serca i udar mózgu (o 21%), zmniejszenie o 14% częstości rewaskularyzacji tętnic wieńcowych oraz ograniczenie częstości hospitalizacji. Badanie porównywało dwa schematy terapeutyczne z leków złożonych, pokazując, że ten zawierający ACE inhibitor z CCB daje lepsze rezultaty od leku zawierającego ACEI i diuretyk tiazydowy;

» w badaniu opartym na rejestrach medycznych prowadzonych w Australii w którym wykazano, że stosowanie leku złożonego (perindopril + amlodypina w jednej tabletce) w stosunku do schematu opartego na przyjmowaniu tych leków w postaci dwóch tabletek ogranicza dyskontynuację terapii, zwiększa „persistence" terapii (mediana dla leku złożonego 42 miesiące, dla wolnego połączenia dwóch preparatów 7 miesięcy) i redukuje śmiertelność;

» w badaniu[38], które wskazuje, że niewłaściwa realizacja planu terapeutycznego przez pacjentów po zawale serca jest najważniejszą przyczyną ograniczonej skuteczności leczenia. Po miesiącu od wyjścia ze szpitala z zaleceniem przyjmowania kwasu acetylosalicylowego, b-adrenolityka i statyny, 12% pacjentów przerwało przyjmowanie wszystkich trzech leków, 4% — dwóch leków i 18% — jednego leku;

» w badaniu[39], gdzie odsetek chorych niestosujących się do zaleceń rósł wraz z liczbą leków: w grupie osób stosującej 1 lek było ich 7%, 2 leki – 38%, a 3 i więcej – 55%;

» w badaniu RESPONSE[40], w którym ponad 60% chorych deklarowało, że chciałoby stosować mniej leków, a w hierarchii ważności atrybutów terapii według pacjentów chorych na astmę stosowanie jak najmniejszej liczby inhalatorów zajmuje pierwszą pozycję[41];

» w badaniu[42], w którym udowodniono, że stosowanie leku złożonego zawierającego wGKS i LABA w jednym inhalatorze w miejsce dwóch osobnych inhalatorów zmniejsza o 17% ryzyko zaprzestania terapii, co w konsekwencji zmniejsza o 17% częstość umiarkowanych i ciężkich zaostrzeń astmy.

Powyższe przykłady wskazują na istotny potencjał **leków złożonych**, które w jednym preparacie będą zawierać więcej niż jeden lek.

Na pogorszenie adherencji mogą wpłynąć również problemy z połykaniem zbyt dużych tabletek, nieprawidłowe dzielenie preparatów o modyfikowanym uwalnianiu substancji leczniczej czy też trudności z prawidłową inhalacją aerozoli leczniczych. Potwierdziły to wyniki jednego z badań dotyczącego opieki farmaceutycznej u pacjentów geriatrycznych. Odnotowano, że problemy z połykaniem tabletek czy kapsułek mogą utrudniać zachowanie przestrzegania zaleceń terapeutycznych ponad 11% pacjentom, podobnie jak sama czynność otwierania opakowania z lekiem (12%) czy jego nieprzyjemny smak (14%)[29]. Z tego względu istotny jest **właściwy dobór formy leku** i potwierdzenie z pacjentem, czy dana formuła nie sprawia problemów.

Dobór właściwej formy leku powinien uwzględniać dopasowanie przyjmowania leku poprzez maksymalne **wspieranie systematyczności**. Z tego względu warto brać pod uwagę leki, które dają możliwość zmniejszenia częstotliwości przyjmowania w wyniku **wydłużenia czasu uwalniania substancji leczniczej**. Dotyczy to szczególnie sytuacji, kiedy chorzy mogą przyjmować preparaty o przedłużonym uwalnianiu raz na dzień, zamiast 2-3 razy na dzień. Nieco innego rodzaju problemem jest dyscyplina pacjentów psychotycznych w regularnym przyjmowaniu leków – w okresie nawrotu objawów zaprzestają oni terapii. W ostatnich latach wprowadzono na rynek innowacyjne rozwiązania w postaci injekcji pozwalającej na podanie leku raz na trzy miesiące. Niektóre innowacyjne terapie poza wartością kliniczną niosą ze sobą coraz częściej korzyści w postaci wspierania adherencji. W terapii niektórych ze schorzeń przewlekłych, takich jak osteoporoza, wieloletnie utrzymanie dyscypliny przez pacjentki jest trudne. Chore z osteoporozą nie odczuwają dolegliwości, dopóki nie wystąpi złamanie kości, Wprowadzone na rynek w ostatnich latach nowoczesne leki biologiczne adresują ten problem także poprzez znaczne zmniejszenie częstości podań – są to iniekcje stosowane raz na pół roku. Efektywność kosztowa tej terapii nie wynika tylko z jej efektywności klinicznej vs komparatory, ale także z poziomu adherencji. Skutecznie leczone pacjentki nie doznają złamań i dłużej żyją w zdrowiu.

prof. dr hab. med. Ewa Sewerynek

Kierownik Zakładu Zaburzeń Endokrynnych i Metabolizmu Kostnego, Katedry Endokrynologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Kierownik Poradni Endokrynologicznej i Regionalnego Ośrodka Menopauzy i Osteoporozy Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. WAM w Łodzi

W procesie terapeutycznym istotną rolę odgrywa współpraca pomiędzy lekarzem a pacjentem. Jej celem jest zmotywowanie pacjenta do systematycznego i ciągłego przyjmowania leków, a to z kolei wpływa na efektywność leczenia. Wykazano, iż przyjmowanie w trakcie leczenia długoterminowego osteoporozy mniejszej ilości niż ok. 60% zapisanych dawek leków może znacząco zmniejszać efektywność terapii. Zaburzenie współpracy może wynikać z błędów ze strony lekarza lub błędów ze strony pacjenta, w czym istotną rolę odgrywają błędy w komunikowaniu. Ponadto, nieprawidłowa organizacja służby zdrowia może wpływać na relacje pacjent – lekarz. Istotą prawidłowej współpracy w terapii jest współodpowiedzialność lekarza i pacjenta. Lekarze powinni poznać, zrozumieć i uszanować poglądy, przekonania i życzenia pacjentów. Następnie powinni przedstawić wiarygodne i przystępne informacje, dostosowane do potrzeb i oczekiwań chorych. Z kolei, pacjenci powinni zaakceptować aktywny udział w procesie decyzyjnym, a także uzmysłowić sobie konsekwencje nieprzestrzegania zaleceń lekarskich. Finalnie pacjenci powinni być przygotowani na dzielenie się z lekarzem współodpowiedzialnością za powodzenie i niepowodzenie leczenia.

Jak wspomniano wcześniej, podstawową rolę w obniżeniu efektywności współpracy pomiędzy pacjentem a lekarzem odgrywają błędy w komunikacji. Jest to pojęcie wyjątkowo złożone. Lekarze popełniają błędy, źle oceniając możliwość percepcji pacjenta, działając w pośpiechu, niedostatecznie przedstawiają problem kliniczny i konsekwencje braku leczenia, nie określają czasu terapii, sposobu kontaktu w razie problemów. Dodatkowym czynnikiem może być brak wiedzy na temat stosowanych leków, ich ilości i tym samym możliwych interakcji oraz współistniejących chorób i możliwości finansowych pacjenta. Błędy ze strony pacjenta można ująć w następujących pojęciach: brak motywacji do podjęcia leczenia, brak zaufania do lekarza i postawionej diagnozy, brak materiałów pomocniczych podkreślających sposób przyjmowania leków i postępowania oraz brak wiedzy o kosztach i zdefiniowanych schematach spotkań. Uwarunkowania zjawiska utrzymania w długoterminowej terapii mogą zależeć także od organizacji służby zdrowia, w tym: częstości i terminowości wizyt, dostępności do lekarza prowadzącego i lekarza specjalisty, a także ograniczeń formalnych, t.j.: narzuconych limitów przyjęć, ograniczonej dostępności do badań diagnostycznych czy wysokich kosztów leczenia.

W długoterminowym procesie terapeutycznym bardzo ważnym elementem jest pierwszy kontakt pacjent – lekarz, w czasie którego omawiany jest proces diagnostyczno-terapeutyczny. Celem jest określenie schematu postępowania, monitorowania leczenia i kontaktu z lekarzem. Stanowi to podwaliny do stworzenia dobrych relacji pomiędzy pacjentem a lekarzem prowadzącym do budowania motywacji i zaufania do podjęcia działań terapeutycznych. Wykazano, iż ok. 13% pacjentów chorych na osteoporozę w ogóle nie rozpoczyna leczenia, nie realizując recept. Środkiem oceny tego parametru jest wizyta druga, która powinna się odbyć w zależności od rodzaju leczenia (dawki co tydzień, co miesiąc, ½ roku czy rok) w odpowiednim przedziale czasowym (najczęściej co 3 m-ce), gwarantując przedłużenie dostępu do leku poprzez realizację kolejnej recepty. Wykazano, iż po roku mniej niż 50% pacjentów przyjmuje leki antyresorpcyjne. Jedną z form poprawy *compliance* jest stosowanie leków podawanych co miesiąc, 3 m-ce, a jeszcze lepiej co 6 m-cy czy rok. Oczywiście takie narzędzia leczenia istnieją w przypadku osteoporozy. Bardzo ważnym parametrem jest poprawa monitorowania pacjentów. Nie można także pominąć udziału zespołu interdyscyplinarnego, t.j. dietetyka, rehabilitanta, pielęgniarki i oczywiście dostępności do zespołu lekarzy różnych specjalności (ginekologa, ortopedy, reumatologa i innych). Wszystkie działania powinny być poparte szeroko zakrojoną edukacją zarówno lekarzy, jak i pacjentów.

Podsumowując, czynnikami wspierającymi sukces terapii w zakresie samego modelu leczenia są[29,9]:

- **ograniczenie do minimum liczby stosowanych leków**,
- **zmniejszenie częstości dawkowania leków**, poprzez stosowanie preparatów o przedłużonym działaniu,
- **stosowanie leków innowacyjnych wspierających adherencję** (np. iniekcje raz na pół roku),
- stosowanie leków ułatwiających zapamiętanie przez pacjenta, do czego służą np. charakterystyczne kształty i żywe kolory tabletek oraz kapsułek (np. serduszka),
- **unikanie nieregularnych schematów dawkowania** (np. co drugi dzień),
- zalecanie przyjmowania leków w **dogodnej porze** – badania wykazały, że pacjenci najlepiej radzą sobie z przyjmowaniem leków w godzinach porannych,
- stosowanie leków **wygodnych w użyciu** i zgodnych z upodobaniami pacjenta – zdecydowana większość pacjentów preferuje doustne formy leków,
- wybieranie leków w **łatwych do użycia opakowaniach z przyjaźnie formułowanymi ulotkami**,
- stosowanie leków **z najmniejszą liczbą działań niepożądanych** (o ile to możliwe), w szczególności częstych i poważnych,
- obniżanie ceny płaconej przez pacjentów,
- stosowanie **terapii krótkotrwałych** (o ile to możliwe przy danej jednostce chorobowej) – ponieważ z różnych powodów wraz z upływem czasu maleje motywacja pacjentów do leczenia.

Publikacje dotyczące przestrzegania zaleceń u dzieci wskazują na istotę stosowania **uproszczonych schematów dawkowania, doustnych płynnych postaci leków o przyjemnym smaku, różnych form przypomnienia o konieczności podania leku[43].**

Kluczowe elementy składające się na budowę optymalnych modeli terapii wspierających adherencję podsumowano na Rysunku 7.

Rysunek 7 Podstawy optymalnych modeli terapii wspierających adherencję

Właściwa realizacja zaleceń terapeutycznych może być wspierana poprzez **wdrożenie optymalnych modeli terapii**, w szczególności:

- Unikanie nieregularnych schematów dawkowania
- Optymalizację częstości dawkowania leków
- Zalecanie przyjmowania leków w dogodnej porze
- Stosowanie leków wygodnych w użyciu
- Wybieranie leków w łatwych do użycia opakowaniach
- Stosowanie leków z najmniejszą liczbą działań niepożądanych
- Obniżanie ceny płaconej przez pacjenta
- Stosowanie terapii krótkotrwałych
- Ograniczenie do minimum stosowanych leków – stosowanie leków złożonych

Źródło: Opracowanie własne

Marcin Kargul

Kierownik ds. Informacji Medycznej, Servier Polska

Współodpowiedzialność może być zdefiniowana jako proces umożliwiający pacjentom (i ewentualnie ich bliskim) oraz personelowi medycznemu wspólne podejmowanie decyzji dotyczących prowadzenia procesu diagnostycznego, terapeutycznego i opieki, opartych na aspektach klinicznych, ocenie korzyści i ryzyka, ale też z uwzględnieniem preferencji pacjenta oraz istotnych dla niego wartości (*ang. shared decision-making*).

Najważniejsze elementy to umożliwienie aktywnego udziału pacjenta w podejmowaniu decyzji i jego prawo do otrzymania informacji o wszystkich możliwych opcjach, dyskusje na temat preferencji co do postępowania i możliwości terapeutycznych, wyrażenie przez pacjenta świadomej zgody lub sprzeciwu, przejęcie przez niego współodpowiedzialności za proces i efekt leczenia, zaangażowanie wszystkich osób biorących udział w opiece i podjęcie wyborów uzgodnionych solidarnie przez pacjenta (i jego bliskich) oraz personel medyczny.

Kluczowe dla efektu zdrowotnego są z jednej strony, nastawienie personelu medycznego i umiejętność komunikacji z pacjentem, a z drugiej, gotowość pacjenta do przejęcia współodpowiedzialności oraz jego wiedza i edukacja.

Zastosowanie koncepcji współodpowiedzialności w opiece medycznej, dzięki aktywnej roli pacjenta, podnosi jakość leczenia i zwiększa zadowolenie pacjentów. Pacjenci, którzy mają rzetelną wiedzę na temat przedstawionych im procedur i opcji terapeutycznych oraz biorą realny udział w podejmowaniu decyzji, lepiej przestrzegają zaleceń. Aktywne uczestnictwo pacjenta w procesie terapeutycznym wpływa również na poprawę zaufania i zmniejszenie ryzyka wystąpienia nieporozumień czy roszczeń.

Dewiza firmy Servier brzmi „Dobro pacjenta przede wszystkim". Z perspektywy 27-letniej obecności w Polsce podejmowaliśmy i podejmujemy liczne działania mające na celu poprawę współodpowiedzialności w procesie leczniczym:

- edukacja pacjentów poprzez (i) szeroką dystrybucję materiałów edukacyjnych poświęconych m.in. nadciśnieniu tętniczemu, chorobie wieńcowej, niewydolności serca czy cukrzycy, (ii) aplikacje mobilne ułatwiające m.in. proces monitorowania skuteczności leczenia, (iii) internetowy biuletyn naukowy Vademecum stanowiący przegląd najnowszych danych medycznych, (iv) 24/7 telefoniczną informację medyczną w zakresie produktów leczniczych firmy Servier;

- bezpłatne ogólnopolskie programy profilaktyczno-edukacyjne: „Servier dla Serca", „Forum Przeciw Depresji", „Servier – wyłącz raka", których celem jest szerzenie wiedzy na temat profilaktyki przewlekłych chorób cywilizacyjnych, a także zachęcanie pacjentów do wykonywania systematycznych badań diagnostycznych pozwalających na wykrycie schorzeń w ich początkowym stadium.

  W ramach tych programów profilaktycznych, badaniami diagnostycznymi objęto już ponad 78 000 pacjentów;

- udział w międzynarodowych edukacyjno-profilaktycznych projektach, jak „May Measurement Month" (Maj Miesiącem Mierzenia Ciśnienia), „Because I say so" (Bo ja tak mówię), „Angina Awareness Initiative" (Poznaj Dławicę Piersiową);

- wszechstronna działalność edukacyjna skierowana do profesjonalistów medycznych, współpraca naukowo-badawcza z lekarzami i farmaceutami;

- rozwój i wprowadzanie nowych leków złożonych (*SPC*, *single pill combinations*) w obszarze nadciśnienia tętniczego i zaburzeń lipidowych, które pozwalają na ograniczenie liczby przyjmowanych tabletek, poprawę przestrzegania zaleceń lekarskich, a tym samym skuteczności leczenia.

Edukacja pacjentów i opiekunów

Edukacja pacjentów i opiekunów jest narzędziem, które wymieniane jest w znakomitej większości publikacji jako oczywisty i podstawowy element poprawy *adherencji*. Sama edukacja oczywiście nie rozwiąże wszystkich problemów, a personel medyczny niestety nie zawsze jest chętny do działania w tym zakresie, ale dotychczasowe analizy i badania potwierdzają, że warto inwestować w ten obszar. Wśród istotnych elementów skutecznej edukacji wymieniane są:

- właściwy zakres edukacji, czyli kluczowe informacje, które pacjent powinien otrzymać:
  - rozpoznanie (*choruje pani/pan na..., choroba ta, w ogólnym zarysie, polega na tym, że...; w celu terapii – przepisuję pani/panu ten lek, bo/aby...),*
  - właściwe zalecenia terapii (*ten lek proszę przyjmować ... razy dziennie po ...tabletek w porze ...*)[9]
- używanie zrozumiałego języka i unikanie zwrotów ściśle medycznych i farmaceutycznych.

Specyficzną formą edukacji jest wymieniana w publikacjach **aktywizacja pacjentów**. Dzięki temu pacjentowi będzie łatwiej odzyskać poczucie kontroli nad sytuacją i jednocześnie możliwe stanie się samodzielne obserwowanie efektów terapii. Pacjent zaangażowany staje się dla lekarza partnerem do rozmowy i ułatwia podejmowanie decyzji terapeutycznych.

O konieczności edukacji pacjentów i zmiany nastawienia do leczenia świadczy m.in. badanie, które przeprowadzono wśród uczestników Uniwersytetu Niegasnącej Młodości i szkoleń dla pacjentów i ich rodzin w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II w 2013 roku, w trakcie szkolenia związanego z przestrzeganiem zaleceń[28]. Uniwersytet Niegasnącej Młodości to projekt edukacyjny skierowany do seniorów w wieku 60+, realizowany w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II. Do przeprowadzenia badania zaproszono 66 uczestników i wykorzystano zmodyfikowaną Skalę Morisky'ego (MMS), składającą się z pytań oceniających motywację i poziom wiedzy oraz pytania dotyczące stylu życia, przyczyn nieprzestrzegania zaleceń oraz metod poprawiających przestrzeganie zaleceń. Badani ocenili stopień przestrzegania zaleceń średnio na poziomie 7,78 w skali od 0 do 10. Badanie wykazało m.in., że:

- 66,66% zapominało przyjąć leki,
- 51,51% nie przestrzegało godzin przyjmowania leków,
- 28,71% pomijało dawkę leku, jeżeli czuli się dobrze,
- 31,81% pomijało dawkę leku, kiedy czuli się źle,
- 81,81% nie zapominało o przedłużeniu recepty na leki,
- do przestrzegania zaleceń badaną grupę skłoniłyby: szkolenia dla pacjentów, osobiste przekonania, tańsze leki,
- w badanej grupie stwierdzono niski poziom motywacji (zapominanie, nieprzestrzeganie godzin, przerywanie leczenia) przy jednocześnie dużej wiedzy,
- istnieje potrzeba zmiany zachowań pacjentów z zakresu przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

dr hab. Anna Staniszewska
Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Fundacja Obywatele Zdrowo Zaangażowani
dr hab. Dominik Olejniczak
Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Fundacja Obywatele Zdrowo Zaangażowani

Powodzenie procesu terapeutycznego zależy nie tylko od funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i pracy personelu medycznego, ale przede wszystkim od zaangażowania samego pacjenta. Wskazuje na to również Światowa Organizacja Zdrowia. Co niezwykle istotne, wszyscy korzystający ze świadczeń opieki zdrowotnej powinni znać chociaż podstawowe prawa pacjenta oraz odpowiednio z nich korzystać. Wyedukowany pacjent, zainteresowany stanem własnego zdrowia ma realny wpływ na przebieg procesu leczenia. Świadomy, odpowiedzialny pacjent, po rozpoznaniu u siebie znanych objawów, wie w jaki sposób właściwie i racjonalnie zażywać leki samodzielnie, a w jakiej sytuacji powinien niezwłocznie zgłosić się do lekarza. Umie przygotować się do wizyty lekarskiej, m.in. poprzez spisanie listy przyjmowanych leków, zalecanych przez innych lekarzy, jak i stosowanych samodzielnie. Podczas wizyty potrafi komunikować się z lekarzem, informuje o odstępstwach od terapii, zgłasza działania niepożądane leków, nie boi dopytywać się o szczegóły, a także współuczestniczy w podejmowaniu decyzji w przebiegu terapii, efektywnie współpracując z personelem medycznym. Współodpowiedzialność za zdrowie obejmuje także jego ochronę i wzmacnianie poprzez właściwe zachowania zdrowotne. W przypadku choroby odpowiedzialny pacjent stosuje się do zaleceń terapeutycznych dotyczących dawki leku, pory oraz sposobu jego przyjmowania, a także czasu trwania terapii. Ważnym aspektem jest również świadomość pacjenta na temat konieczności odwoływania wizyty wobec niemożności skorzystania z niej. Świadomy i odpowiedzialny pacjent jest immanentną częścią każdego, dobrze funkcjonującego systemu ochrony zdrowia, dlatego też jednym z celów polityki zdrowotnej jest edukacja społeczeństwa w tym zakresie.

Jako modelowy przykład edukacji pacjenta może posłużyć inicjatywa Fundacji Obywatele Zdrowo Zaangażowani, która kierując się swoją misją, przeprowadziła warsztaty „Przewietrz Apteczkę!". W trakcie 35 spotkań w całej Polsce, wyedukowanych zostało ponad 1500 seniorów. Działania były prowadzone równolegle w mediach społecznościowych, w których treści były kierowane do osób młodych. W ramach warsztatów wyjaśniano jak postępować z lekami przeterminowanymi, jak przechowywać leki oraz jak prawidłowo je zażywać, by terapia była skuteczna i bezpieczna. W trakcie spotkań również omówiono w jaki sposób współodpowiedzialny za zdrowie pacjent wpływa na system ochrony zdrowia. Rozmawiano o tym jak powinna wyglądać komunikacja z lekarzem oraz w jaki sposób należy się przygotować do wizyty lekarskiej, aby zjawisko *adherence* i *compliance* było na wysokim poziomie. W ramach akcji została przygotowana i bezpłatnie dystrybuowana publikacja „Abecadło lekowe". W tym materiale edukacyjnym zawarte zostały podstawowe informacje z zakresu bezpiecznej farmakoterapii i komunikacji z lekarzem, zaś w kolejnym opracowaniu pt.: „Suplementarz" wyjaśniono różnice między suplementami diety i lekami, omówiono grupy mogące wymagać dodatkowej suplementacji oraz opisano główne grupy.

Wyedukowany pacjent, jest osobą współodpowiedzialną za zdrowie swoje i innych oraz cennym ogniwem systemu ochrony zdrowia. Warto także rozważyć kampanie społeczne mówiące o współodpowiedzialności oraz wydawanie stosownych materiałów edukacyjnych rozdawanych przez pracowników służby zdrowia. Ogromną rolę mają w tym względzie do odegrania również organizacje pacjenckie. Wielce pożądanym byłoby, aby pacjenci mający szczególne trudności z przyjęciem na siebie współodpowiedzialności w procesie leczniczym otrzymywali w tym zakresie pomoc psychologiczną.

Wsparcie w finansowaniu terapii

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych bywa również związane z ograniczonymi możliwościami ponoszenia kosztów terapii przez pacjentów, co skutkuje brakiem realizacji recept. Światowa Organizacja Zdrowia zwróciła uwagę na ten czynnik, wymieniając go wśród istotnych przyczyn nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych[5].

Wśród narzędzi wspierających finansowanie terapii wymieniane są w szczególności[9]:

- zamiana leków przepisanych przez lekarza na tańsze odpowiedniki,
- pomoc społeczna, taka jak np. zasiłki celowe, których zadaniem jest refundowanie leków osobom najuboższym (np. w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Łodzi funkcjonuje program „Apteka komunalna", w ramach którego najubożsi mieszkańcy miasta mogą otrzymać dofinansowanie pilnego zaopatrzenia w niezbędne leki i środki opatrunkowe),
- wparcie przez organizacje pozarządowe, np. osoby najuboższe mogą się zwrócić do oddziału Caritas o pomoc w pozyskaniu leków (W 2012 r. Caritas Polska pozyskała od firm farmaceutycznych i przekazała przez Caritas diecezjalne leki o wartości 2,7 mln zł szpitalom i osobom chorym),
- odliczenia od podatku – każdy pacjent z orzeczonym stopniem niepełnosprawności ma możliwość odliczenia w każdym miesiącu kwoty wydanej na leki powyżej 100 zł miesięcznie. Choć nie jest to bezpośredni i szybki sposób uzyskania pieniędzy na leki, pozwala w ujęciu rocznym zaoszczędzić część pieniędzy przeznaczonych na wykupienie farmaceutyków,
- Dodatki z ZUS – dodatek pielęgnacyjny czy dodatek kombatancki.

Nowe technologie

Nowe technologie i rosnąca powszechność stosowania komputerów i smartfonów oferują ogromne możliwości w obszarze wzmacniania właściwego stosowania zaleceń terapeutycznych. Technologie informacyjne i telekomunikacyjne, a także rozwój aplikacji są szansą na wprowadzenie zmiany jakościowej.

W zakresie nowych technologii istotnych dla poprawy adherencji najczęściej wymieniane są[9,a]:

a. *Przykłady takich rozwiązań można znaleźć: https://www.medcontrol.pl/p/182/automatyczny-dozownik-lekow-med-control-z-pokrywa-przezroczysta; https://medium.com/@medipense/2017-the-year-of-the-iot-automated-pill-dispenser-ca1d41f0592b*

1 ZIP – Zintegrowany Informator Pacjenta (www.zip.nfz.gov.pl)

Narzędzie to daje możliwość weryfikacji realizacji recept wystawionych danemu pacjentowi przez różnych lekarzy. Bezpośredni dostęp do tego narzędzia ma wyłącznie pacjent, ale przy dobrej komunikacji z lekarzem narzędzie to może być wykorzystywane m.in. do monitoringu realizacji zaleceń. Zintegrowany Informator Pacjenta ma szereg funkcji zarządczych i może stać się centralnym miejscem wymiany informacji pomiędzy lekarzem (różnych specjalizacji), farmaceutą, pielęgniarką a pacjentem, który powinien zostać zaangażowany w aktywne i świadome realizowanie terapii.

2 Telemonitoring

Badania prowadzone w tym obszarze wykazały, że przesyłanie drogą elektroniczną wyników pomiaru poprawia współpracę chorego z lekarzem oraz proces leczenia. Chorzy mogą posługiwać się telefonami komórkowymi, smartfonami bądź wieloma portalami on-line. Łatwy dostęp do różnych technologii informacyjnych poprawia kontakt chorego z lekarzem, a co za tym idzie — skuteczność leczenia[44]. Co więcej, urządzenia monitorujące (wearables) można wykorzystać w celu przypominania o przyjęciu leków.

3

Zdalne konsultacje dotyczące zaleceń terapeutycznych oraz ewentualnych problemów związanych z farmakoterapią. Tego rodzaju konsultacje mogłyby być realizowane zarówno przez lekarza, jak i przez farmaceutę i pielęgniarkę.

4 Aplikacje

Aktualnie na rynku dostępne są już dziesiątki aplikacji, których celem jest przypomnienie o przyjęciu kolejnych dawek. Być może korzystne byłoby umożliwienie połączenia funkcji przypominania poprzez aplikację w telefonie komórkowym z e-receptą i z ZKP.

Wśród ciekawych aplikacji wymieniane są m.in.:

- Amerykańskie Towarzystwo Farmaceutyczne (APhA) przekonuje do korzystania ze specjalnych aplikacji (MyMedSchedule, MyMeds i RxmindMe) przygotowanych dla różnych systemów operacyjnych smartfonów z myślą o chorych z trudnościami w regularnym stosowaniu leków[27].
- VisiMed (Kamsoft) – to aplikacja mobilna zapewniająca użytkownikowi dostęp do Indywidualnego Konta Zdrowotnego w OSOZ. Umożliwia m.in.:
  - dostęp do asystenta leczenia, w tym dawkowania leków i kontroli interakcji leków oraz leków z żywnością,
  - powiadomienia o konieczności przyjęcia leku.

- Dławica pod kontrolą (Angina Control) – łatwe w użyciu narzędzie dla pacjentów cierpiących z powodu dławicy piersiowej. Najważniejsze funkcje aplikacji:
  - zużycie tabletek nitrogliceryny w raportach dziennych, tygodniowych i miesięcznych,
  - ocena liczby napadów dławicy piersiowej.
- MyBP Coach – aplikacja pełniąca funkcję trenera/coacha dla pacjentów z nadciśnieniem tętniczym.
  - Porady dla chorych przygotowane przez ekspertów z różnych dziedzin dotyczące m.in. diet, aktywności fizycznej, wiedzy na temat choroby.
- MyHF – aplikacja dla chorych na niewydolność serca pozwalająca na:
  - ocenę zmiany parametrów medycznych m.in. masy ciała, ciśnienia tętniczego, częstości akcji serca,
  - edukację chorych poprzez praktyczne wskazówki na temat diety i ćwiczeń.
- Przypomnienia o lekach i dziennik zdrowia (MyTherapy) – aplikacja przypominająca o zażyciu leków. Najważniejsze funkcje aplikacji:
  - tworzenie listy zażywanych leków wraz z informacją o dawkowaniu i funkcją przypomnienia (np. co X dni/godzin, dawka),
  - funkcja Team – angażowanie rodziny i znajomych w osobiste przypomnienia,
  - możliwość wydrukowania miesięcznego raportu w formacie pdf w celu podzielenia się z lekarzem i lepszej kontroli leczenia.
- Weź tabletkę (level38) – aplikacja przypominająca o lekach. Najważniejsze funkcje aplikacji:
  - przypomnienie o leku,
  - organizer do tabletek,
  - zarządzanie lekami.
- Zarządzanie Lekami (Medisafe) – aplikacja wspierające realizację zaleceń terapeutycznych. Najważniejsze funkcje aplikacji:
  - przypomnienia o lekach,
  - możliwość zapisywania wyników pomiarów – takich jak ciśnienie krwi czy waga,
  - przypomnienia o konieczności uzupełnienia leków,
  - raporty ze statystykami zażywania leków.
- W populacji nastolatków poprawę *adherence* uzyskano dzięki wykorzystaniu komputerowej gry motywacyjnej Re-Mission (www.re-mission.net), w której gracze kontrolowali i zwalczali nanorobota, znajdującego się w trójwymiarowych ciałach pacjentów z diagnozą ALL[27].

5 Elektroniczne urządzenia wspierające zarządzanie terapią

- Automatyczny dozownik leków to urządzenie dedykowane w szczególności osobom w starszym wieku z zaburzeniami pamięci, zdolności motorycznych lub z zaburzeniami wzroku, które używają leków w środowisku domowym, ale równie dobrze mogące wspierać każdego pacjenta, który leczony jest przewlekle:
  - zmniejsza ryzyko błędów i pomyłek w zażywaniu leków – przedawkowanie, zażycie innych dawek niż się powinno lub zapomnienia użycia leków,
  - szersze zastosowanie tego rodzaju dozowników mogłoby być wspierane i zalecane przez farmaceutów angażujących się w proces leczenia.

- Dyspensery elektroniczne, np.:
  - Livi – osobisty dozownik pigułek do użytku domowego, który może dozować do 15 tabletek o różnych rozmiarach i kształtach, wiele razy dziennie lub w razie potrzeby. Kiedy nadchodzi czas przyjmowania leków, świeci zielona kontrolka.
  - HERO – osobiste, inteligentne urządzenie do użytku domowego, które przechowuje, dozuje i zarządza tabletkami. Ma funkcję autosortowania leków i może przechowywać miesięczny zapas dziesięciu różnych tabletek. Urządzenie jest blokowane i chronione hasłem.
  - Dodatkowym usprawnieniem mogą być dyspensery z rejestracją wydania leku i przesłaniem przez sieć komórkową.

Nowe technologie będą stanowić istotną dźwignię w poprawie adherencji. Wszelkie programy przypominające o zażyciu leku mogą mieć znaczny wpływ na zwiększenie przestrzegania zaleceń w przewlekłej doustnej farmakoterapii. Należy podkreślić, że niezbędne są dalsze badania celem określenia, czy przypomnienia wygenerowane przez system/aplikację poprawiają adherencję u pacjentów niestosujących się do zaleceń oraz czy mają wpływ na długofalową poprawę zażywania leków.

3. Wdrożenie działań interwencyjnych i kontrolnych

Według Światowej Organizacji Zdrowia **interwencje mające na celu poprawę adherencji mają znacznie większy wpływ na zdrowie niż rozwój leczenia**. Opisane w niniejszym opracowaniu narzędzia mogą stanowić bazę do opracowania kompleksowego programu naprawczego.

Przy projektowaniu takiego programu warto zwrócić uwagę na trudność wdrożenia poszczególnych narzędzi, koszty i czas, jakich będą wymagać, a także wziąć pod uwagę perspektywę pacjenta m.in. w kontekście łatwości zrozumienia i eksploatowania poszczególnych rozwiązań.

Poniższy rysunek stanowi zestawienie oceny wybranych parametrów wdrożenia dla zebranych narzędzi wspierających poprawę *adherencji*.

Rysunek 8 Ocena parametrów wdrożenia poszczególnych narzędzi wspierających adherencję

Narzędzie wspierające poprawę adherencji	Trudność wdrożenia	Kosztochłonność	Łatwość zrozumienia/ korzystania dla pacjenta	Czasochłonność
Komunikacja pacjent – lekarz	★☆☆	☆☆☆	★★★	★☆☆
Zwiększenie społecznej świadomości znaczenia stosowania się do zaleceń terapeutycznych	★★★	★★☆	★★☆	★★★
Opieka farmaceutyczna	★★☆	★★☆	★★★	★★☆
Opieka pielęgniarska	★★☆	★★☆	★★★	★★☆
Edukacja pacjentów i opiekunów	★★☆	★★☆	★★☆	★★★
Model terapii i leczenie skojarzone	★☆☆	★☆☆	★★☆	★☆☆
Wsparcie w finansowaniu terapii	★★☆	★★★	★★☆	★☆☆
Nowe technologie	★★★	★★★	★☆☆	★★★

Źródło: Opracowanie własne

Z publikacji na temat właściwej realizacji zaleceń terapeutycznych wynika, że największą skuteczność może przynieść połączenie kilku narzędzi wspierających adherencję. Badania porównujące różne metody zwiększania stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich nie wskazują jednego najskuteczniejszego sposobu.

REKOMENDACJE

1. Narzędzia w walce z niskim poziomem współodpowiedzialności:

1 Zwiększanie społecznej świadomości znaczenia stosowania się do zaleceń terapeutycznych

Poprzez odpowiednią edukację pacjentów, wspieranie specjalistów ochrony zdrowia w budowaniu relacji z pacjentami oraz krytyczne podejście do oceny docierających do pacjentów treści będzie pozytywnie wpływać na opisywany problem. Jednym z istotnych elementów z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia jest odpowiednie rozróżnienie leków i suplementów diety, pod kątem ich skuteczności oraz wagi w procesie leczniczym. Do kluczowych działań należy zatem odpowiednia edukacja co do długoterminowych konsekwencji zdrowotnych chorób przewlekłych, podana w sposób zrozumiały dla pacjenta, oraz wspólne wypracowanie najlepszej ścieżki postępowania mającej na celu długoterminowe utrzymanie skuteczności terapii.

2 Komunikacja pacjent – lekarz

Relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem ma kluczowe znaczenie dla powodzenia wdrożonej terapii. Dzięki temu lekarz ma możliwość prowadzenia bezpośredniej obserwacji stanu pacjenta oraz bieżącego reagowania na pojawiające się sygnały lub informacje. Wymaga to jednak zaufania pomiędzy stronami, umiejętności prowadzenia rozmowy oraz otwartości w dyskutowaniu o możliwych przyczynach braku współpracy.

3 Opieka pielęgniarska i farmaceutyczna

Pielęgniarki i farmaceuci należą do zawodów cieszących się największym zaufaniem w społeczeństwie[45]. Pacjenci chętnie korzystają z wiedzy i porady specjalistów związanych z ochroną zdrowia. Stanowią oni zatem duży potencjał w zwiększaniu stopnia skuteczności terapii, zarówno w zakresie edukacji pacjentów, profilaktyki, identyfikacji istotnych działań niepożądanych lub skutków polipragmazji, a także możliwości optymalizacji terapii w taki sposób, aby pacjentom było łatwiej jej przestrzegać. Co więcej, kryzys kadrowy w ochronie zdrowia, rosnące zapotrzebowanie na usługi medyczne oraz zmiany w sposobie pozyskiwania informacji na temat zdrowia sprawiają, że konieczne jest zastosowanie wielokanałowego, interdyscyplinarnego podejścia do opieki nad pacjentem, wykorzystującego wszelkie dostępne zasoby i możliwości.

4 Rozbudowa terapii i leczenie skojarzone

Łatwość stosowania terapii, dawkowanie oraz forma podania mają duże znaczenie dla powodzenia terapii. Dodatkowo, badania wskazują, że wybór pierwszego leku też odgrywa znaczącą rolę w utrzymaniu *adherence*[46]. Przy ordynowaniu leczenia warto zatem rozważyć wiele czynników mających wpływ na to, czy pacjent będzie w stanie długoterminowo przyjmować przepisane leki, szczególnie w kontekście czynników tak behawioralnych, jak i ekonomicznych. Duże możliwości w tym zakresie dają leki złożone. Przykładowo w leczeniu nadciśnienia tętniczego wykazano, że zastosowanie dwóch substancji o różnych mechanizmach działania ma addytywny efekt terapeutyczny zapewniający większy odsetek odpowiedzi na leczenie oraz szybsze osiągnięcie celów terapeutycznych przy zachowaniu dobrego profilu bezpieczeństwa[47]. Co więcej, z punktu widzenia zarówno pacjenta, jak i płatnika publicznego, leczenie lekami skojarzonymi może być związane z niższym całkowitym kosztem niż leczenie za pomocą dwóch monoterapii[48]. Warto także podkreślić, że od 2018 leki złożone są rekomendowane przez wytyczne europejskie, a od roku 2019 także polskie do rozpoczynania i intensyfikacji terapii u większości chorych na nadciśnienie tętnicze.

2. Metody kontroli poziomu przestrzegania zaleceń lekarza

Dotychczas przeprowadzone obserwacje i analizy pokazują, że wdrożenie działań mających na celu poprawę przestrzegania zaleceń lekarza powinno zostać poparte działaniami kontrolnymi. Istnieją sposoby, które umożliwiają określenie, czy pacjent leczy się zgodnie z wytycznymi[9,29,49].

1 Wizyty kontrolne – osobiste lub poprzez telewizyty

Sam fakt wyznaczenia i zrealizowania wizyty kontrolnej wspomaga realizację procesu leczenia zgodnie z założeniami. Z jednej strony jeśli pacjent nie przychodzi na taką wizytę i nie daje znać o swojej nieobecności, wskazuje to najczęściej na to, że pacjent nie traktuje leczenia jako czegoś priorytetowego i z dużym prawdopodobieństwem można sądzić, że nie stosuje się do zaleceń terapeutycznych.

Z drugiej strony, fakt pojawienia się na wizycie kontrolnej nie jest jednoznacznym dowodem realizacji zaleceń leczniczych. Obecność na kontroli może wynikać z innych przesłanek, takich jak np. spełnienie obietnicy danej partnerowi czy też konieczność pozyskania zwolnienia lekarskiego. Nie należy traktować pojawienia się pacjenta na wizycie jako potwierdzenia stosowania się do zaleceń terapeutycznych.

2 Efekty kliniczne

Stosowanie oceny stopnia przestrzegania zaleceń leczniczych poprzez obserwację efektów klinicznych jest narzędziem ocenianym raczej jako mało skuteczne. Aktualny stan pacjenta pokaże stosowanie leku w ostatnich dniach, a nie przez dłuższy czas.

Wnioskowanie o zadowalającym przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych na podstawie braku objawów przedmiotowych lub dobrego stanu klinicznego pacjenta jest bardzo ryzykowne. Naturalny przebieg wielu schorzeń, który charakteryzuje znaczna zmienność nasilenia objawów, w znacznej mierze nie zależy od stosowanych leków.

3 Wywiad

Wywiad jest metodą oceny przestrzegania zaleceń, która jest dostępna i nie wymaga ponoszenia nakładów finansowych. Należy mieć świadomość, że może ujawnić tylko przypadki świadomego nieprzestrzegania zaleceń przez pacjentów.

Kluczowe jest właściwe przeprowadzenie wywiadu i takie sformułowanie pytań, które pozwoli pacjentowi przyznać się do błędów, wskazać na problemy w realizacji terapii i jednocześnie pozwoli mu „zachować twarz" pomimo przyznania się do błędu czy też zaniechania. Przykładem pytania, które ma pozytywny charakter z perspektywy pacjenta, jest np.: „Czy nic nie stanęło pani/panu na przeszkodzie w przyjmowaniu leków zgodnie z ustalonym przez nas poprzednio schematem?". Skupienie się na przyczynach jest dobrym punktem wyjścia do podjęcia działań zmierzających do poprawy systematyczności leczenia.

4 Historia wystawiania recept

Równie prostą i dostępną metodą kontroli jest analiza wystawionych recept. Jeśli pacjent leczy się przewlekle, to zbyt duży odstęp pomiędzy wystawionymi receptami może świadczyć o niewłaściwej realizacji zaleceń terapeutycznych.

Analiza taka staje się coraz łatwiejsza dzięki informacjom o zrealizowanych przez pacjenta receptach dostępnym w Zintegrowanym Informatorze Pacjenta. Dzięki temu uprawniony pracownik służby zdrowia będzie w stanie zobaczyć historię realizacji recept i zaobserwować przypadki niesystematycznego leczenia oraz wdrożyć działania naprawcze.

5 Liczenie wykorzystanych dawek

Jest to metoda prosta, ale jednocześnie czasochłonna. Dodatkowo konieczne jest przygotowanie do jej przeprowadzenia, aby jej wynik nie został zafałszowany. Liczenie przyjętych dawek leku należy zatem przeprowadzać w sposób niezapowiedziany, ale zawsze za zgodą pacjenta. W przypadku chorób przewlekłych, szczególnie u osób starszych, wdrożenie takiej metody kontroli jest pozytywnie odbierane przez pacjentów i ich rodziny.

6 Analiza kwestionariuszy wypełnianych przez pacjentów lub ich opiekunów

Test Morisky'ego-Greena służy do samooceny stopnia współpracy pacjenta z lekarzem i jest prostym testem obejmującym cztery pytania:

- *Czy kiedykolwiek zapomniałeś wziąć swoje lekarstwo?*
- *Czy zdarza ci się nie przestrzegać godzin przyjmowania leków?*
- *Czy pomijasz kolejną dawkę leku, jeśli czujesz się dobrze?*
- *Kiedy czujesz się źle i wiążesz to z lekiem, czy pomijasz kolejną dawkę?*

7 Stosowanie elektronicznych urządzeń monitorujących każdorazowe otwarcie pojemnika

Urządzenia te pozwalają kontrolować pobieranie leków za pomocą specjalnych pojemników wyposażonych w mikroprocesory rejestrujące datę i godzinę otwarcia pojemnika. Wadą tej metody jest to, że pacjent może wyjąć lek z opakowania, co nie jest jednoznaczne z przyjęciem leku.

8 Wykorzystanie okresowych badań z zakresu medycyny pracy do kontroli realizacji wytycznych terapeutycznych w przypadku chorób przewlekłych

Korzystny wpływ takiej kontroli potwierdza badanie przeprowadzone na grupie 1010 pracowników skierowanych przez pracodawców na obowiązkowe badania lekarskie (wstępne, okresowe lub kontrolne) od lutego do lipca 2015 r. w jednym z miast w Polsce. Badanie wykazało, że obowiązkowe profilaktyczne badania lekarskie pracowników umożliwiają lepszy nadzór nad analizowaną jednostką chorobową (nadciśnienie tętnicze) u pacjentów z niekontrolowanym przebiegiem klinicznym tej choroby. Obowiązkowy i cykliczny charakter badań medycyny pracy wywiera presję zarówno na pacjenta, jak i na lekarza w kontekście skutecznego leczenia. Zwiększa to szansę na prawidłową realizację wytycznych terapeutycznych i daje możliwość regularnej kontroli.

9 Program monitoringu adherencji w wybranych terapiach

Systemowa kontrola stopnia prawidłowej realizacji wytycznych terapeutycznych da lepsze zrozumienie wyników leczenia, efektywności kosztowej terapii i da możliwość kształtowania zmian w terapiach proponowanych pacjentom.

Opisane powyżej metody kontroli dają pewne pole do weryfikacji zastosowania zaleceń terapeutycznych. Są one jednak obarczone ryzykiem błędu, przez co do wyników kontroli należy podchodzić z należytym dystansem. Niemniej jednak wszelkie działania mające na celu weryfikację adherencji są istotne, ponieważ stanowią punkt wyjścia dla miary skali zjawiska, jego przyczyn i są istotne dla sformułowania skutecznych działań naprawczych.

Łączenie kilku metod kontroli wydaje się być na ten moment rozwiązaniem najbardziej racjonalnym. Jednocześnie należy podkreślić konieczność wypracowania nowych metod, które będą obarczone mniejszym ryzykiem błędu.

PIŚMIENNICTWO

1. Zolnierek H. KB, DiMatteo MR. (2009): Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-Analysis. Medical Care 47(8):826-34; doi:10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.
2. Institute of Medicine (2007): Preventing Medication Errors. Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/11623.
3. Lindenfeld, J. and Jessup, M. (2017): 'Drugs don't work in patients who don't take them' (C. Everett Koop, MD, US Surgeon General, 1985). Eur J Heart Fail, 19: 1412-1413. doi:10.1002/ejhf.920.
4. Sokol Daniel K. (2014): Beware the lies of patients. BMJ; 348 :g382.
5. WHO (2003): Adherence to long term therapies. Evidence for action, World Health Organization. https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
6. Fraser S. (2010): Concordance, compliance, preference or adherence. Patient preference and adherence, 4, 95–96. doi:10.2147/PPA.S17167.
7. Lawn S. (2011): Compliance, concordance, and patient-centered care. Patient preference and adherence, 5, 89–90. doi:10.2147/PPA.S17822.
8. Chakrabarti S. (2014): What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. World journal of psychiatry, 4(2), 30–36. doi:10.5498/wjp.v4.i2.30.
9. Gaciong Z., Kardas P. (red.) (2015): Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych – od przyczyn do praktycznych rozwiązań, Naukowa Fundacja Polpharmy, Warszawa.
10. GUS (2019): Budżety gospodarstw domowych w 2018 roku, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
11. Caro JJ, Salas M, Speckman JL, Raggio G, Jackson JD (1999): Persistence with treatment for hypertension in actual practice. Can Med Assoc J; 160:31–37(b)
12. Deshpande S, Quek RGW, Forbes CA, de Kock S, Kleijnen J, Gandra SR, Simpson RJ (2017): A systematic review to assess adherence with statins Current Medical Research and Opinnion; 33:769-778.
13. Charakterystyka Produktu Leczniczego Xarelto, URPL. http://leki.urpl.gov.pl/files/Xarelto.pdf
14. Charakterystyka Produktu Leczniczego Warfin, URPL. http://leki.urpl.gov.pl/files/Warfin_tabl_dwiedawki.pdf
15. Bielecki S, et al. (2018): The market for oral anticoagulants, Nature Reviews Drug Discovery 17, 617–618, https://doi.org/10.1038/nrd.2018.89
16. NFZ (2019): Komunikat DGL NFZ za 2018 rok, Narodowy Fundusz Zdrowia; czerwiec 2019.
17. Dane sell-in IQVIA, ATC3 B01E oraz B01F, za rok 2018.
18. Tykarski A., Widecka K., Narkiewicz K. (2019): Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym – 2019 rok. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. Próba komentarza na temat zmian i ich zasadności Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce; tom 5 nr 2 str. 151.
19. White RW, Tatonetti NP, Shah NH et al. (2013): Web-scale pharmacovigilance: listening to signals from the crowd, J Am Med Inform Assoc;20:404–408. doi:10.1136/amiajnl-2012-001482

20. NFZ (2019): Raport NFZ: Nadciśnienie tętnicze w Polsce i na świecie, Nardowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2019. https://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultstronaopisowa/349/44/1/nadcisnienie-tetnicze-raport-nfz-2019-small.pdf
21. Hermanowski T, Jaworski R, Czech M, Pachocki R (2001): Ocena kosztów związanych z występowaniem nadciśnienia tętniczego w Polsce, Nadciśnienie Tętnicze; 5(2): 83-91
22. Gałązka-Sobotka M. (red.) (2014): Obturacyjna Choroba Płuc – Analiza Kosztów Ekonomicznych I Społecznych. Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego; https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/RAPORT_POChP.pdf
23. EY (2016), Koszty POChP w Polsce, EY Warszawa.
24. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej (2017): Strategia prewencji i leczenia cukrzycy w Polsce 2015-2025, 2017. http://cukrzyca.ippez.pl/cukrzyca2/wp-content/uploads/2017/08/Cukrzyca-20251.pdf
25. Europejska Fundacja Osteoporozy i Chorób Mięśniowo-szkieletowych (2015): Raport Osteoporoza – cicha epidemia w Polsce.
26. Wypowiedź Adama Niedzielskiego, prezesa NFZ z dnia 20 października 2019. http://nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/nfz-mowi-glosno-o-cichym-zlodzieju-kosci,7486.html
27. Winnicki M., Basiński K., Szyndler A. et al.; (2016): Jak poprawić stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych i jakość współpracy lekarz–pacjent; ChorobySercaiNaczyń2016, 13;3, 194-202; https://journals.viamedica.pl/choroby_serca_i_naczyn/article/view/45491.
28. Milaniak I. (2014): Ocena stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych wśród uczestników Uniwersytetu Niegasnącej i szkoleń dla pacjentów i ich rodzin; Państwo i Społeczeństwo XIV; 1.
29. Jasińska M., Kurczewska U., Orszulak-Michalak D. (2009): Zjawisko non-adherence w procesie opieki Farmaceutycznej; Opieka Farmaceutyczna 65;11.
30. Sobów T. (2011): Przestrzeganie zaleceń medycznych przez pacjentów w wieku podeszłym. Postępy Nauk Medycznych, XXIV, 8.
31. Świątoniowska N., Jankowska-Polańska B. (2017): Dostosowanie się do zaleceń terapeutycznych pacjentów leczonych na cukrzycę typu 2, Journal of Education, Health and Sport. 2017;7(4):542-562.
32. Waszyk-Nowaszyk M., Simon M., Szukalska B. (2013): Opieka farmaceutyczna płaszczyzną współpracy lekarza i farmaceuty. Nowiny Lekarskie 82;3.
33. Snyder ME, Zillich AJ, Primack BA, et al. (2010): Exploring successful community pharmacist-physician collaborative working relationships using mixed methods. Res Social Adm Pharm. 6(4):307–323. doi:10.1016/j.sapharm.2009.11.008
34. Odegard PS, Carpinito G, Christensen DB (2003): Medication adherence program: adherence challenges and interventions in type 2 diabetes. J Am Pharm Assoc (2003). 53(3).
35. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (2010): Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego z 22.09.2010 r. w sprawie konieczności włączenia się pielęgniarek w przygotowanie pacjenta do przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

36. Pylak Piwko O., Nieradko Iwanicka B. (2017): How patient's adherence could be improved – a short review., Journal of Education, Health and Sport 7;8.
37. Kubica A et al. (2010): Compliance, concordance, adherence w przewlekłej terapii. Folia Cardiologica Excerpta, 5,2, 54–57.
38. Spertus, John; et al. (2006) – The Prospective Registry Evaluating Myocardial Infarction: Events and Recovery (PREMIER) - Evaluating the impact of myocardial infarction on patient outcomes. American heart journal 97;151.
39. Agh T, Inotai A, Meszaros A (2011): Factors Associated with Medication Adherence in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Respiration 82:328-334.
40. Stahl S.M. (2002): Antipsychotic Polypharmacy: Squandering Precious Resources? J Clin Psychiatry 63(2):93-94.
41. Haughney, J., Fletcher, M., Wolfe, S. et al. (2007): Features of asthma management: quantifying the patient perspective. BMC Pulm Med 7, 16.
42. Marceau, C. et al. (2006): Persistence, adherence, and effectiveness of combination therapy among adult patients with asthma; Journal of Allergy and Clinical Immunology. 118;3.
43. Krzysik M., Wiela-Hojeńska A. (2015): Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w onkologii pediatryczne. Farmacja Współczesna 8; 2.
44. Adherence and compliance in the treatment of hypertension; Rycombel A., Lomper K., Uchmanowicz I., 2014
45. Deloitte (2018): Jak wprowadzić opiekę farmaceutyczną w Polsce?. https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pl/Documents/Reports/pl-raport-jak%20wprowadzic-w-Polsce-opieke-farmaceutyczna.pdf
46. Wilimski R., Niewada, M. (2006): Koszty nieskutecznego leczenia nadciśnienia tętniczego. Nadciśnienie Tętnicze 10; 6.
47. Law M.R., Wald N.J., Morris J.K., Jordan R.E. (2003): Value of low dose combination treatment with blood pressure lowering drugs: analysis of 354 randomised trials. Br. Med. J. 326.. doi:10.1136/bmj.326.7404.1427
48. Czech M., Jasiński Z., Krupa D. (2015), Real-life treatment patterns and medication costs in patients with hypertension treated with ramipril monotherapy or ramipril loose and fixed combinations in Poland, Journal of Health Policy and Outcomes Research, 2; doi:10.7365 / JHPOR.2015.2.4
49. Marcinkiewicz A., Plewka M. (2018): Is it possible to improve compliance in hypertension and reduce therapeutic inertia of physicians by mandatory periodic examinations of workers? Kardiol. Pol. 76(3).

ISBN 978-83-953359-6-9