

ZAVZETOST ZA ZDRAVLJENJE Z ZDRAVILI – ZAKAJ JE TAKO NIZKA IN KAJ LAHKO STORIMO?

MEDICATION INTEREST – WHY IS IT SO LOW AND WHAT CAN WE DO ABOUT IT?

AVTOR / AUTHOR:

mag. Rok Antolič, mag. farm.

*Lekarna Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana,
Zaloška 7, 1000 Ljubljana*

NASLOV ZA DOPISOVANJE / CORRESPONDENCE:

rok.antolic@kclj.si

POVZETEK

Po podatkih iz literature povprečno le polovica bolnikov jemlje zdravila tako, kot so jim bila predpisana. Avtorji v novejših člankih odsvetujejo uporabljati povprečje. Predlagajo uporabljati podatke za posamezne bolezni. Izraz zavzetost za zdravljenje z zdravili (ZZZ) v ospredje postavlja bolnika, obenem pa ponudi tudi načine, kako ZZZ izboljšati. Za akutne bolezni je ZZZ običajno višja, za kronične bolezni nižja, za preventivno jemanje pa še nižja. Nizka zavzetost za zdravljenje z zdravili vodi v več zapletov bolezni, več hospitalizacij in, ironično, k večjemu predpisovanju zdravil. Na ZZZ vplivajo medicinski, psihološki in okoljski dejavniki, ki se med seboj prepletajo. Podatki v slovenskem prostoru so omejeni le na posamezne manjše skupine bolnikov, raziskave z večjim številom bolnikov niso bile narejene. Za merjenje ZZZ poleg obstoječih (bolnikova samoocena, anketiranje, pogovor z zdravnikom oziroma svojci; invazivne metode) potrebujemo nove pristope. O ZZZ veliko izvemo s pravilnim postavljanjem vprašanj, povezanih z jemanjem zdravil. Tako ugotovimo, kateri od dejavnikov je pri posameznem bolniku vzrok nizke ZZZ, ter nato usmerjeno delujemo.

KLJUČNE BESEDE:

zavzetost za zdravljenje z zdravili, dejavniki, sodelovanje, bolnikova odgovornost za zdravljenje, merjenje zavzetosti za zdravljenje, motivacija, primerna komunikacija

ABSTRACT

Regarding the literature data only about half of patients are taking medicine as prescribed. Authors of recent articles do not recommend using average values. They propose to use the data for a particular disease. The term medication interest (ZZZ) puts the patient in the centre and offers modes of improving ZZZ. The medication interest is highest for acute diseases, somewhat lower for chronic diseases and the lowest for disease prevention. Low medication interest leads to more complications, more hospitalizations, and ironically, to more prescribing of drugs. The factors that influence medication interest are medical, psychological and environmental and are intertwined. In Slovenia, the

data are known only for smaller groups of patients; studies with more patients were not performed. To measure ZZZ we need newer approaches besides the existing ones (self-evaluation, questionnaires and interview with physician or family; invasive methods). We get much information about ZZZ by putting questions regarding drug taking in the right way. Thus we find out which of many possible reasons is the cause for low ZZZ in the individual patient, and are able to act in appropriate manner.

KEY WORDS:

medication interest, factors, collaboration, patient's responsibility for treatment, measurement of medication interest, motivation, appropriate communication

1 UVOD

Izraz »zavzetost za zdravljenje z zdravili (*medication interest*)« (ZZZ) obsega precej več kot samo upoštevanje navodil. Strokovnjaki na tem področju menijo, da je treba izraza *komplanca* in *adherenca* za zdravila opustiti, ker »preveč poudarjata vlogo zdravnika, obnašanje opisujeta nenatančno in ne osvetlita dovolj motivacij (1)«. V Farmacevtskem terminološkem slovarju (2) je vodljivost (angl.: *compliance*) opisana kot pacientovo upoštevanje navodil zdravstvenega delavca, npr. za jemanje zdravil, sinonimi: *adherenca*, *komplanca*, *voljnost*. Sodelovalnost (angl.: *concordance*) je opisana kot ravnanje pacienta v skladu s partnerskim dogovorom med njim in zdravstvenim delavcem, npr. glede uporabe zdravil, sinonim: *konkordanca*. V Slovarju slovenskega knjižnega jezika (SSKJ) (3, 4) je motiviranje opisano kot navajanje vzroka takega ravnanja, čeprav motivacijo največkrat razumemo kot navdušenje (tudi navedeno v SSKJ). Zavzetost pa je opisana kot velika stopnja duševne pripravljenosti, volje, zanimanja za uresničitev česa. Zaveznitvo med bolnikom, zdravnikom in farmacevtom (ter bolnikovo družino, medicinskimi sestrami, socialnimi delavci in drugimi) je potrebno opisati v pozitivnem smislu. Izraz *interes za zdravljenje z zdravili* tem zahtevam zadosti, še bolj slovensko pa se sliši *zavzetost za zdravljenje z zdravili* (5, 6). Upam, da je to izraz, ki se bo uveljavil v slovenskem prostoru, predvsem pa filozofija, ki je za tem

izrazom, in način, kako to doseči. Izraz sam pove, da morajo bolniki prevzeti svoj del odgovornosti za pravilno jemanje zdravil in da so v središču dogajanja. Nizka zavzetost za zdravljenje z zdravili vodi v več zapletov bolezni, več hospitalizacij in k še večjemu predpisovanju zdravil. Zaradi nizke ZZZ lahko pride do kopičenja zalog zdravil doma, kar je potencialno nevarno in tudi neracionalno. Za merjenje ZZZ potrebujemo nove pristope (7, 8, 9). Kjer pa so citirani članki, v katerih so uporabili izraz *adherenca*, je tudi v tem besedilu uporabljen izraz *adherenca*. *Adherenca* za zdravljenje z zdravili je na splošno nizka, saj je po podatkih iz literature povprečno le okrog petdeset odstotna (10, 11, 12). To pomeni, da le povprečno polovica bolnikov jemlje zdravila v pravilnem odmerku, v pravih časovnih intervalih in predpisano dolgo. Avtorji v novejših člankih odsvetujejo uporabljanje povprečje. Predlagajo uporabljati podatke za posamezne bolezni (13). Raziskovalci se zavedajo, da so podatki o *adherenci*, pridobljeni na različne administrativne načine preko baz podatkov, najverjetneje precejšeni (14). Kljub temu pa so dober pokazatelj področja, kjer moramo ukrepati. Približno polovica vseh bolnikov s kronično terapijo preneha jemati zdravila v roku enega leta. Po oceni skoraj tretjina bolnikov na ta način resno ogroža svoje zdravje (15).

Adherenca je kot samostojen najbolj pomemben spreminljiv dejavnik, ki določa izid, strošek in učinkovitost zdravljenja (16).

Priporočljivo je torej, da ob izdaji zdravila pomislimo tudi na bolnikovo zavzetost za zdravljenje, kajti to ima, po mnenju avtorja, zelo velik pomen za uspešnost zdravljenja.

2 DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA ZAVZETOST ZA ZDRAVLJENJE Z ZDRAVILI

Na zavzetost za zdravljenje z zdravili vplivajo medicinski, psihološki in okoljski dejavniki, ki se prepletajo. Medicinski dejavniki so številni: neželeni učinki zdravil, težja bolezen, zdravstveno stanje, dolgotrajno zdravljenje in drugi.

Med psihološkimi razlogi so predvsem enostavna pozabljenost, kompleksna pozabljenost zaradi odpora proti zdravljenju (bolnik nezavedno ne želi jemati zdravil in jih zato »pozablja«), strah pred neželenimi učinki zdravil, slaba motivacija, zapleteno jemanje zdravil, zanikanje bolezni, za-



menjava vzroka in posledice (bolnik na primer misli, da se mu vrta zaradi zdravil, v resnici pa ima vrtoglavico, ker zdravil ne jemlje redno), strah pred smrtjo, strah pred staranjem (bolnika vsakič, ko vzame zdravilo, to opomni, da je bolan in da se stara), pasivnost bolnika, sramežljivost bolnika, bolnikovo drugačno dožemanje bolezni in zdravljenja, sporočanje v za bolnika tujem jeziku, prepreke različnih izvorov med zdravnikom in bolnikom, vplivi sorodnikov, znancev in sobolnikov, stresne življenjske okoliščine, jemanje zdravil moti bolnikov življenjski slog in dnevne aktivnosti.

Med okoljske dejavnike uvrščamo časovno stisko, slabo dostopnost, visoko ceno, dejstvo, da ni kontinuitete zdravstvene skrbi med ambulantnim in bolnišničnim zdravljenjem, izgled obojnine, težko odpiranje obojnine in druge razloge. Moramo se zavedati, da gibalno ovirani ali starejši včasih težko pridejo do lekarne; tudi čakanje v vrsti v lekarni je za nekatere težje bolnike lahko zelo neprijetno.

Nekateri avtorji pa delijo dejavnike, ki vplivajo na adheenco, na tiste, povezane z bolnikom, z zdravljenjem, z odnosom do tistega, ki nudi zdravljenje, z zdravstvenim sistemom, ter tiste, povezane s težavo oziroma boleznijo (17).

Ponekod v tujini plačevanje predstavlja pomemben dejavnik pri odločanju za zdravljenje ali proti njemu. Pri nas bolniki večinoma želijo dobiti zdravilo, ki so ga do tedaj jemali, in čutijo kot krivico, če jim farmacevt ponudi generično zdravilo. Podatkov za to, kako doplačevanje ali plačevanje zdravil v Sloveniji vpliva na ZZZ, po podatkih, ki jih ima avtor na razpolago, ni. Neučinkovitost generičnih zdravil v primerjavi z originalnimi lahko tako včasih pripišemo psihološkemu razlogom: bolniki so si ustvarili negativno mnenje o generičnem zdravilu in preprosto zavračajo, da bi delovalo. Nasprotno, pa je v tujini to ena izmed rešitev za znižanje izdatka za bolnika. V slovenskem sistemu je to rešitev za znižanje stroškov za zdravstvo in ne za posameznega bolnika.

V stroške zdravljenja je potrebno poleg neposrednih stroškov predpisanih zdravil prišteti tudi stroške zaradi nizke zavzetosti. Ne smemo predpostavljati, da v Sloveniji tega problema ni, saj recimo samo v skupini prebivalcev nad 65 let kar 9000 ljudi jemlje po 10 zdravil, 2000 ljudi pa več kot 15 zdravil, in te številke strmo naraščajo (18). Kako jemanje večjega števila zdravil vpliva na ZZZ v Sloveniji, avtor nima podatkov.

Podatek, da je ena tretjina receptov predpisana za starostnike, ki predstavljajo le eno osmino populacije, nas mora posebej spomniti, da je to skupina, katerim se je tudi zaradi ZZZ treba posebej posvečati. Starostniki imajo že zaradi spremenjenih farmakokinetičnih in farmakodinamičnih lastnosti, ki so posledica fizioloških sprememb staranja, večjo verjetnost za nastanek interakcije (19). Včasih za starejše skrbi večje število oseb, ki si morajo natančno predajati informacijo, ali je bolnik zdravilo že dobil ali ne.

3 KAKO MERIMO ZAVZETOST ZA ZDRAVLJENJE Z ZDRAVILI

Za merjenje zavzetosti za zdravljenje z zdravili so potrebni novi pristopi poleg že obstoječih. Najbolj pogosto uporabljane so subjektivne metode, kot so intervjuji z bolnikom in izpolnjevanje vprašalnikov, samoporočanje bolnika in bolnikovih bližnjih ter bolnikov dnevnik.

Določanje koncentracije zdravila v krvi je invazivna in relativno draga metoda. Sicer je na prvi pogled objektivna, vendar pa lahko bolnik jemlje zdravilo le zadnjih nekaj dni pred pregledom. Tako je koncentracija zdravila v mejah normalnih vrednosti, vendar ni nujno, da je bolnik zdravilo pravilno jemal skozi daljše obdobje. Neposredne metode bolniki slabo sprejemajo (20).

Pri posrednih metodah moramo upoštevati pristranskost poročanja. Taki metodi sta na primer štetje tablet v pakiranju v določenem času ter elektronski nadzor nad odpiranjem škatlice z zdravili, kjer vsako odpiranje pomeni (potencialno) vzet odmerek.

Kadar za merjenje uporabljamo samooceno bolnika, je potrebno vprašati na pravilen način (9). Včasih utegnejo že majhne razlike v vprašanju razkriti resnico. Če bolnika vprašamo: »ali jemljete zdravila, kot so vam bila predpisana?«, lahko pravzaprav odgovori le eno: »Da, seveda.« Bolje je, da bolniku ne vzbujamo občutka, da se ne drži navodil. Zato najprej sami povemo, da je pozabljanje jemanja zdravil nekaj normalnega. »Drugi bolniki mi povedo, da včasih pozabijo vzeti zdravilo. Rad bi našel način, da bo za vas jemanje enostavno in da se boste spomnili vzeti zdravilo«. Nato postavimo časovni okvir, da se bolnik lažje spomni: »Odkar se nisva videla od novega leta, kolikokrat ste povprečno pozabili vzeti odmerke zdravil?«

Bolnik pogosto preceni svojo zavzetost za zdravljenje z zdravili. Vzrok je v spremenjeni sposobnosti bolnika za pomnjenje preteklih dogodkov in pa oklevanje pri priznanju nizke zavzetosti. Bolnik dvigne zdravilo, ker želi biti dober bolnik in meni, da bo tako ustregel zdravniku. V državah, kjer mora za zdravila plačati, se nizka zavzetost za zdravljenje pokaže že v tem trenutku, ko zdravila ne dvigne. Za slovenske razmere pa velja, da dvig zdravila v lekarni ne pomeni, da bo bolnik zdravilo tudi jemal (20).

4 REŠITVE

Bolniku je običajno težko sprejeti na novo diagnosticirano bolezen. Sprejemanje pri različnih osebah traja različno dolgo, nekateri svoje bolezni ne sprejmejo nikoli. Že samo zavedanje in sprejetje diagnoze bolezni je ustrezen korak k dobri ZZZ. Za nadaljevanje zdravljenja je pomembno, da bolnik prevzame odgovornost za nadzor bolezni. Bolniki običajno ne prenehajo jemati zdravil samo zaradi neželenega učinka, ampak zaradi zaznave, da je neželeni učinek preveč neprijeten v primerjavi z učinkovitostjo zdravila (21). Bolniki lahko začnejo dvomiti o zdravilu, če so iz okolice dobili negativna mnenja. Prav tako bolniki ne zaupajo razlagi farmacevta glede jemanja zdravil, če se le-ta razlikuje od navodil zdravnika.

Farmacevt v lekarni se pozanima, kaj bolnik o zdravilu in jemanju zdravila že ve, in kaj bi ga še zanimalo. Bolnika povpraša, kakšen sistem ima, da pravilno jemlje zdravila oziroma, če ima težave s katerim koli od zdravil, ki jih jemlje. Glede na odgovore bolniku nato svetuje. Za to pogosto potrebuje dodaten čas in ločen prostor za svetovanje.

Sodelovanje bolnika, zdravnika in farmacevta je pomembno, saj je tako lažje izbrati način jemanja, ki je za bolnika osebno najbolj ugoden, sistematičen in razumljiv. Sodelovanje dosežemo z osebnim stikom, kljub temu da je komunikacijska tehnologija visoko razvita. Le v osebnem stiku lahko preverimo odziv. Ko gledamo sogovornika v oči, se gradi empatija. Na ta način bolniku lahko tudi pokažemo, da nam je mar zanj.

Običajno smo prekomerno natančni pri administraciji, premalo pa se posvečamo bolniku samemu. Kot primerjavo si predstavljamo, kako natančno izdajamo in kontroliramo

izdajo vsake škatlice in, na drugi strani, kako zdravila jemljejo bolniki. Ugotovimo, da naša natančnost ni v sorazmerju s tem, kako bolniki nato doma jemljejo zdravila. Zato je izjemno pomembno svetovanje o jemanju zdravil ob prvi in ob vseh ponovnih izdajah zdravil.

Posebej pomembno se je posvetiti času prehoda iz bolnišnice v domače okolje (brezšivna skrb). Bolnik dobi nova zdravila, obenem pa lahko pride do ukinitev prejšnjih zdravil med hospitalizacijo, ali pa se le spremeni lastniško ime iste učinkovine. Če bolniku ne razložimo dovolj natančno, je v stiski in ne ve, katero zdravilo naj jemlje še naprej in katero naj opusti. Prav tako tudi družinski zdravnik ne more vedeti, katera zdravila mora bolnik jemati po odpustu iz bolnišnice, če odpustnica ni natančno napisana ali pride po pošti šele čez nekaj dni. Smiselno je, da zdravnik v odpustnici iz bolnišnice napiše, katera zdravila so ukinjena in zakaj, da družinski zdravnik ve, kako ukrepati naprej. Sicer se lahko zgodi, da bolnik po prihodu iz bolnišnice nekatera zdravila podvaja, nekatera pa izpusti. Bolnik naj dobi v roke jasno napisano, kaj je bilo ukinjeno, naveden naj bo razlog ukinitve, kaj je bilo dodano, in razlog zakaj je bilo dodano ter dokončna skupna terapija, natančno napisana (ure, odmerki, prepovedi itd). Tak seznam je pomemben tudi za svojce, ki za bolnika skrbijo.

V času, ko se izdaja že precej obnovljivih receptov, pa je lahko farmacevt v daljšem obdobju edini, ki lahko vpliva na višjo ZZZ.

5 SKLEP

V Sloveniji je farmacevtov in zdravnikov na število prebivalcev manj kot v drugih državah Evropske unije. Tako je tudi manj časa za razlago o zdravilih ter o nujni in stalni motivaciji za jemanje zdravil pri kroničnih boleznih in pri preventivnem jemanju zdravil. To vodi v začaran krog. Namreč, več je obiskov pri zdravniku, še manj časa za razlago, zdravljenje je še bolj neučinkovito in ponovno sledi obisk pri zdravniku. Zaradi nejemanja zdravil se bolezen lahko poslabša in je potrebna hospitalizacija. S pravilnim pristopom, o katerem nas uči filozofija ZZZ, bolniki spoznajo, da je njihovo lastno prizadevanje pri reševanju problemov zelo pomembno. S pomočjo zdravstvenih delavcev lahko spremenijo svoje obnašanje pri jemanju zdravil. ZZZ lahko



najbolj izboljšamo s spremembo dejavnikov, na katere lahko vplivamo. Starosti in spola ne moremo spremeniti, socialnega okolja in izobrazbe ne moremo spremeniti hitro. Lahko pa povečamo zavzetost bolnika z dobro komunikacijo, da razume zakaj naj jemlje zdravilo, se sooči s težavo in želi zavzeto sodelovati pri zdravljenju.

Razlogi za nizko ZZZ so navedeni in na podlagi le-teh ukrepajmo na primeren način. Ne smemo pozabiti na vidik cene pri ZZZ, kar bo v prihodnosti tudi v Sloveniji problem, tako kot je ponekod v tujini že sedaj. Zdravila pomenijo velik delež v zdravstveni blagajni. Visoka ZZZ lahko pomeni prihranek pri zdravlilih.

Pomembno je opravljati prospektivne raziskave na področju ZZZ. Ko bo vpeljan elektronski recept, bo zelo pomembno sproti analizirati dogajanje.

Zaenkrat se zavzetosti za zdravljenje z zdravili premalo posvečamo. To je zelo zanimivo in neraziskano področje, prav zaradi tega lahko naredimo še veliko koristnega. Nujno je torej preusmeriti pozornost od zdravila k bolniku – da le ta postane središče našega delovanja.

ALI STE VEDELI?

- da le okrog polovica bolnikov pravilno jemlje predpisana zdravila?
- da je nizka zavzetost za zdravljenje z zdravili kot samostojen najbolj pomemben spremenljiv dejavnik, ki določa izid, strošek in učinkovitost zdravljenja?
- da približno polovica kroničnih bolnikov preneha jemati zdravila v roku enega leta? Po oceni skoraj tretjina bolnikov na ta način resno ogroža svoje zdravje.
- da visoka zavzetost za zdravljenje lahko vodi v velik prihranek denarja?
- da je po eni od novejših raziskav glede na diagnozo najnižja zavzetost pri diabetesu (51%) in astmi (33%), kar pomeni, da je prostor za izboljšanje ZZZ ravno tu? Ugotovili so tudi, da je ZZZ nižja, če ima bolnik več zdravil zoper kronične bolezni.
- da bo zaradi staranja prebivalstva in več kroničnih bolezni ZZZ v prihodnosti vedno večji izziv za zdravstvene sisteme.

6 LITERATURA

1. Steiner J, Earnest M. *Lingua medica: the language of medication - taking*. Ann Intern Med 2000; 132(11): 926-930.
2. Humar M, Šmid-Korbar J, Obreza A (eds). *Farmacevtski terminološki slovar*. SRC SAZU 2011, str 226 in 260.
3. SAZU (ed). *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. DZS druga knjiga 1975, str 850.
4. SAZU (ed). *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. DZS peta knjiga 1991, str 824.
5. Petek D. *Ovire sodelovanja bolnikov pri zdravljenju*. Med Razgl 2002; 41: 321-327.
6. Ahčin J. *Zavzetost bolnikov z arterijsko hipertenzijo za zdravljenje*. Zdrav Vest 2004; 73: 69-72.
7. Antolič R, Polič M, Stanovnik L, Novak Antolič Ž. *Medication interest in pregnant women*. Zdrav Vest 2011; 80: 899-906.
8. Antolič R, Polič M, Stanovnik L, Novak Antolič Ž. *Interes za zdravljenje z zdravili*. Med Razgl 2012; 51: S1:1-5.
9. Antolič R. *Zavzetost za zdravljenje z zdravili*. Zbornik 1. slovenskega srečanja o klinični farmakologiji: Varna uporaba zdravil. Ljubljana, 25.1.2013: 128-133.
10. Berg J, Dischler J, Wagner D, Raia J, Palmer-Shevlin N. *Medication compliance: a healthcare problem*. Ann Pharmacother 1993; 27(Suppl): S1-S24.
11. Cooper JK, Love DW, Raffoul PR. *Intentional prescription non-adherence (noncompliance) by the elderly*. J Amer Geriatr Soc 1982; 30(5): 329-333.
12. Levine AJ, Hinkin CH, Marion S. *Adherence to antiretroviral medications in HIV: differences in data collected via self-report and electronic monitoring*. Health Psychol 2006; 25(3): 329-335.
13. Mathes T, Pieper D, Antoine S-L, Eikermann M. *50 % adherence of patients suffering chronic conditions – where is the evidence?* Ger Med Sci 2012; 10: Doc16.
14. Rolnick SJ, Pawloski PA, Hedblom BD, Asche SE, Bruzek RJ. *Patient Characteristics Associated with Medication Adherence*. Clin Med Res 2013; 11(2): 54-65.
15. Wahl C, Gregoire J, Teo K, et al. *Concordance, compliance and adherence in healthcare: Closing gaps and improving outcomes*. Healthcare Quarterly 2005; 8: 65-70.
16. WHO. *Adherence to long-term therapies-evidence for action*. 2003. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf> / Dostop: 13.8.2013.
17. Ickovics JR, Meisler A. *Adherence in AIDS clinical trials: A framework clinical research and clinical care*. J Clin Epidemiol 1997; 50: 385-391.
18. Fürst J. *Predpisovanje zdravil na recept starejšim od 65 let*. Recept 2009; 7: 75.
19. Vovk T. *Fiziološke posebnosti starostnikov in njihov vpliv na terapijo z zdravili*. Farm Vestn 2010; 61(4): 221-226.
20. Petek Šter M. *Adherenca pri zdravljenju kroničnih bolnikov*. Med Razgl 2010; 49: S157-S61.
21. Conrad P. *The meaning of medication: another look at compliance*. Soc Sci Med 1985; 20: 29-37.