

Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej

Przemysław Kardas

I Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Adres do korespondencji: Przemysław Kardas, I Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Narutowicza 60, 90-136 Łódź, e-mail: przemyslaw.kardas@umed.lodz.pl

Abstract

Polish primary care patients' adherence to medication

Patient nonadherence is one of the major clinical problems in primary care settings. Patients who deviate from treatment, or completely discontinue therapy, expose themselves to deterioration of health, additional costs and sometimes even death. Despite that facts, on average, one in every two patients, suffering from chronic disease, does not follow therapeutic recommendations. Unexpectedly, similar is true with acute symptomatic diseases, such as infections. Patient nonadherence is associated with more frequent visits to the doctors, higher number of complications, and therapy ineffectiveness. Fortunately, poor adherence can be effectively prevented. This paper provides comprehensive review of reasons and consequences of nonadherence, as well as methods that family doctors can use in order to improve adherence to therapy in their patients.

Key words: non-adherence to medication, Poland, primary care

Słowa kluczowe: nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych, podstawowa opieka zdrowotna, Polska

Współczesna wiedza medyczna stwarza pacjentom realne szanse wydłużenia życia i poprawy jego jakości. Dzieje się tak dzięki coraz bardziej skutecznej profilaktyce oraz terapii licznych schorzeń ostrych i przewlekłych. Paradoksalnym następstwem tego faktu jest jednak medykalizacja życia. Stan zdrowia znacznej części obywateli, a w niektórych grupach wiekowych nawet ich większości, w coraz większym stopniu zależy od skuteczności prowadzonej terapii. W przewidywalnym okresie czasu nasilenie tego zjawiska będzie wzrastało wraz z postępującym starzeniem się społeczeństw krajów rozwiniętych. W tej sytuacji szczególnego znaczenia nabiera przestrzeganie przez pacjentów zaleceń terapeutycznych, będące warunkiem *sine qua non* osiągnięcia pełnej skuteczności prowadzonego leczenia.

Kolejnym wyróżnikiem współczesnej medycyny jest fakt, że znakomita większość terapii przebiega w warunkach ambulatoryjnych, w tym w znacznej mierze w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Ma to swoje oczywiste dobre strony, pozwala bowiem pacjentom na zachowanie pełnej aktywności i produktywności oraz poprawia ich jakość życia. Z kolei terapia w wa-

runkach domowych prowadzona jest bez bezpośredniego nadzoru ze strony personelu medycznego. W rezultacie mają miejsce rozmaite odstępstwa od otrzymanych zaleceń, aż do całkowitego przerwania leczenia włącznie. Celem niniejszego artykułu jest próba oceny częstości tego zjawiska oraz jego następstw w warunkach polskich i zaproponowanie możliwych do zaadaptowania w warunkach POZ działań naprawczych.

1. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych – terminologia i definicja

Niesystematyczne stosowanie leków przez pacjentów to problem, z którym lekarze stykali się od zarania dziejów. Już Hipokrates zwracał w swoich pismach uwagę na postępowanie pacjentów, którzy „często wprowadzają lekarza w błąd co do zażywania przepisanych im leków”. Współcześnie na opisanie tego zjawiska używa się angielskich określeń *compliance* oraz, ostatnio, *adherence*. Termin *compliance* jest dość często używany również w literaturze polskojęzycznej, choć funkcjonu-

ją obok niego też takie określenia, jak *brak współpracy pacjenta* lub *nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich*. Terminem, który szczególnie wart jest jednak stosowania, jest *nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych*. W odróżnieniu od wyżej wymienionych określeń nie ma on złych konotacji i nie prowadzi do niekorzystnych uproszczeń, które całą „winę” za odstępstwa od otrzymanych zaleceń dotyczących stosowania leków składają na barki pacjenta.

Według uzgodnień europejskiego konsensusu przez *przestrzeganie zaleceń terapeutycznych* rozumie się „zakres, w jakim pacjenci przyjmują swoje leki zgodnie z otrzymanymi zaleceniami” [1]. *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych* polega więc na tym, że część pacjentów nie stosuje przepisanych im leków zgodnie z otrzymanymi zaleceniami. Począwszy od rozpoczęcia leczenia, aż do jego przerwania, przestrzeganie zaleceń terapeutycznych opisywane jest poprzez dwa parametry: bieżącą realizacją terapii (ang. *implementation*), opisującą jak ściśle pacjenci stosują się do otrzymanych zaleceń, oraz wytrwałości (*persistence*), opisującą jak długo pacjenci używają zalecony im lek [1]. Terminologia ta, przedstawiona na **Rysunku 1**, będzie stosowana w dalszej części artykułu.

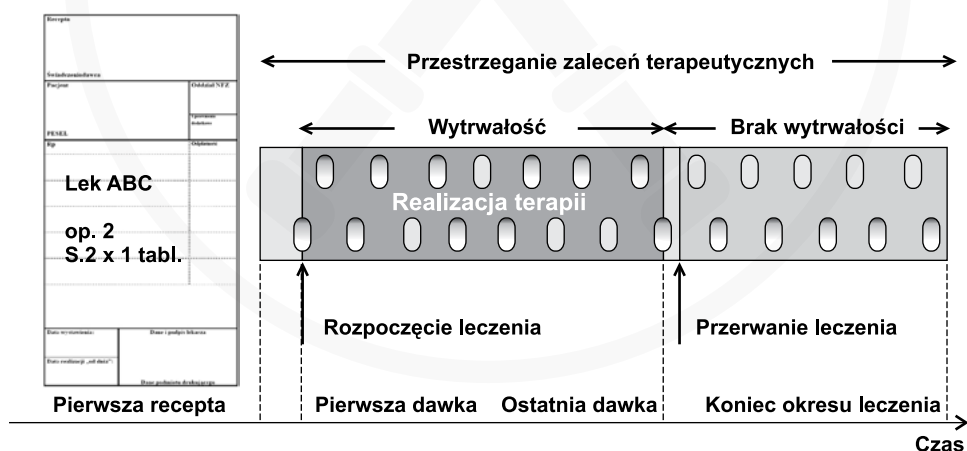
2. Częstość i formy nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych jest problemem dużo częstszym, niż zwykle wydaje się lekarzom [2]. Dotyczy to zarówno bieżącej realizacji terapii, jak i wytrwałości w leczeniu. W badaniu, w którym za pomocą kwestionariusza MMAS (*Morisky Medication Adherence Scale*) oceniono stosowanie się do zaleceń terapeutycznych ponad 60 000 polskich pacjentów leczonych z powodu schorzeń przewlekłych, ujawniono nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych (o typie nie-

prawidłowej *realizacji terapii*) przez ponad 83% pacjentów [3]. Analiza danych dotyczących realizacji recept w lubuskim oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia wykazała, że zaledwie 12% pacjentów leczy się statynami systematycznie (jako miarę przestrzegania zaleceń przyjęto w tym badaniu często stosowane w badaniach kohortowych kryterium użycia co najmniej 80% zaleconych dawek) [4]. Podobnie źle wygląda kwestia *wytrwałości* leczenia: jak wykazała analiza recept wystawionych na leki wziewne w Polsce, odsetek pacjentów kontynuujących leczenie lekami wziewnymi na koniec rocznego okresu obserwacji nie przekraczał 21% w przypadku POChP i zaledwie 13% w przypadku astmy [5].

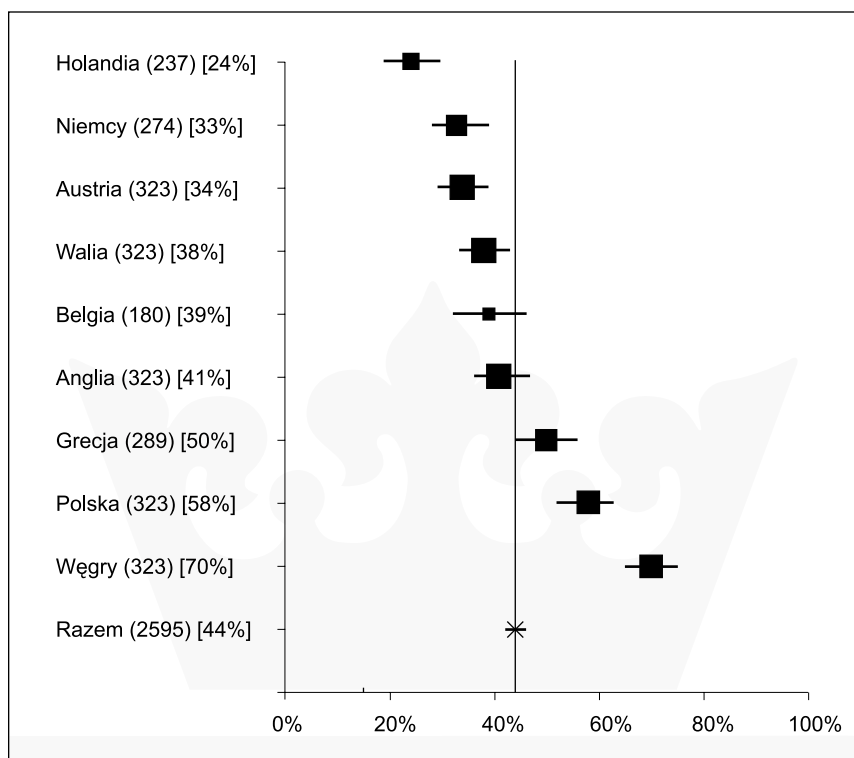
Problem nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów może niepokoić tym bardziej, że dostępne dane wskazują na szersze rozpowszechnienie tego zjawiska w porównaniu z wieloma innymi krajami europejskimi. Badania przeprowadzane w ramach międzynarodowego projektu ABC wykazały, że w przypadku nadciśnienia Polska znalazła się na przedostatnim miejscu na skali rozpowszechnienia nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, z częstością tego zjawiska wynoszącą 58%, przy średniej dla wszystkich zbadanych krajów wynoszącej 44% (**Rysunek 2**).

Wbrew oczekiwaniom nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych nie jest również ograniczone wyłącznie do schorzeń przewlekłych. Wręcz przeciwnie, nawet wówczas gdy schorzenie jest ostre i objawowe, a terapia z natury swojej krótkotrwała, niesystematyczne leczenie jest zjawiskiem nader częstym. Klasycznym przykładem może tu być terapia ostrej infekcji za pomocą antybiotyków. Pomimo faktu, że trwa ona zazwyczaj zaledwie kilka dni, wykazano, że także w takiej sytuacji do zaleceń nie stosuje się blisko 40% pacjentów [6]. Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych należy zatem traktować raczej jako regułę, a nie wyjątek.



Rysunek 1. Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych i opisujące to zjawisko terminy, zgodnie z konsensusem europejskim.

Źródło: Schemat opracowany na podstawie Vrijens B., De Geest S., Hughes D.A., Kardas P., Demonceau J., Ruppert T., Dobbels F., Fargher E., Morrison V., Lewek P., Matyjaszczyk M., Mshelia C., Clyne W., Aronson J.K., Urquhart J., for the ABC Project Team, A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. „*Brit. J. Clin. Pharmacol.*” 2012; 73(5): 691–705, ze zmianami.



Rysunek 2. Rozpowszechnienie nieprzebrzegania zaleceń terapeutycznych w przypadku terapii nadciśnienia w wybranych krajach europejskich (ocena oparta na deklaracjach pacjentów).

Źródło: Na podstawie ABC Project Final Report, 2012. www.ABCproject.eu; dostęp: 23.11.2014.

- Nierealizowanie recept
- Nierozpoczęcie leczenia posiadanym lekiem
- Opóźnianie rozpoczęcia leczenia
- Nieświadome pomijanie pojedynczych dawek leku
- Świadome pomijanie pojedynczych dawek leku
- Systematyczna zmiana częstości dawkowania leku
- Okresowe przyjmowanie zmniejszonej/zwiększonej liczby dawek leku
- Kilkudniowe lub dłuższe przerwy w leczeniu (tzw. wakacje od leków)
- Przedwczesne kończenie, przerywanie kuracji

Tabela I. Najczęstsze formy nieprzebrzegania zaleceń terapeutycznych.

Źródło: Na podstawie Kardas P., Lewek P., Nieprzebrzeganie zaleceń terapeutycznych. „Terapia” 2012; XX(5): 19–22.

Przy tak dużym rozpowszechnieniu nieprzebrzeganie zaleceń terapeutycznych siłą rzeczy musi przyjmować różne formy. Najczęstsze z nich zestawiono w **Tabeli I**. Z praktycznego punktu widzenia szczególne znaczenie mają: nierealizowanie recept, nieświadome opuszczanie pojedynczych dawek leków oraz przedwczesne kończenie lub przerwanie kuracji. Co ważne, każda z tych form nieprzebrzegania zaleceń ma inne przyczyny i wymaga od lekarza podejmowania odmiennych działań.

3. Przyczyny nieprzebrzegania zaleceń terapeutycznych

Podobnie jak liczne są różne formy nieprzebrzegania zaleceń terapeutycznych, tak liczne są również przyczyny niestosowania się pacjentów do zaleceń terapii. Niedawno opublikowany przegląd systematyczny literatury przedmiotu zidentyfikował ponad 700 pojedynczych czynników, które są związane z zachowaniem się pacjentów w tej sytuacji [7]. Zgodnie ze schematem zaproponowanym przez Światową Organizację Zdrowia [8] można je podzielić na pięć głównych grup:

- **Przyczyny dotyczące pacjenta** – np. przekonania pacjenta dotyczące niecelowości prowadzenia leczenia, zagrożeń związanych z wystąpieniem działań niepożądanych itp. Do negatywnie wpływających na systematyczność leczenia należą nadal często pokutujące wśród polskich pacjentów przekonania, że „leki szkodzą na wątrobę” oraz że „antybiotyków nie należy łączyć z alkoholem”. Podobnie wielu pacjentów obawia się również użycia leków zawierających wszelkie hormony, a zwłaszcza steroidy, nawet wówczas gdy są one w postaci wziewnej i nie niosą realnego zagrożenia objawami niepożądanymi, charakterystycznymi dla zastosowania systemowego większych dawek.
- **Przyczyny dotyczące schorzenia** – skąpo-, a zwłaszcza bezobjawowy charakter choroby zmniejsza motywację pacjentów zarówno do rozpoczęcia, jak i kontynuacji leczenia. Jest to o tyle istotne, że najczęstsze

schorzenia przewlekłe, jakimi zajmuje się w szczególności lekarz POZ – a mianowicie nadciśnienie, hiperlipidemia czy cukrzyca typu 2 – właśnie do takich schorzeń należą. Z kolei w przypadku chorób objawowych skuteczna terapia, prowadząca do ustąpienia objawów, paradoksalnie zmniejsza motywację pacjenta do kontynuacji leczenia i jest często przyczyną jego przerwania – tak z kolei dzieje się często w przypadku astmy czy POChP.

- **Przyczyny dotyczące terapii** – im bardziej leczenie jest „nieprzyjazne pacjentowi”, tym gorsze jest przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Dotyczy to zwłaszcza takich parametrów, jak częstość dawkowania leków: z każdą kolejną dawką dobową istotnie spada odsetek pacjentów, którzy wypełniają zalecenia terapii. Podobny skutek wywiera forma leku – pacjenci niechętnie stosują np. czopki czy zastrzyki. Zdecydowanie zniechęcająco na kontynuację leczenia działa wreszcie pojawienie się działań niepożądanych.
- **Przyczyny dotyczące systemu opieki zdrowotnej** – utrudniony dostęp do lekarza, zwłaszcza do lekarza specjalisty, może przeszkodzić pacjentowi w zdobyciu recept i systematycznym leczeniu. Z niedawno przeprowadzonego badania wynika, że co 10. pacjent, przerywający terapię chorób przewlekłych robi to z powodu braku recept [9]. W ramach obecnie obowiązującego porządku prawnego istotnym problemem jest też kwestia zaświadczenia od lekarza specjalisty – przy jego braku lekarze POZ obawiają się wypisywać swoim pacjentom recepty na leki stosowane w terapii wybranych chorób przewlekłych ze zniżką, a to z kolei zniechęca pacjentów do realizowania recept.
- **Przyczyny społeczne i ekonomiczne** – brak wsparcia ze strony rodziny i innych osób sprzyja niesystematycznemu leczeniu. Podobny skutek daje rzeczywisty lub domniemany brak akceptacji dla samego leczenia – dlatego tak rzadko widzi się np. pacjentów sięgających po leki wziewne lub iniekcje z insuliny w miejscach publicznych. Wśród polskich pacjentów istotną przeszkodą leżącą na drodze do systematycznego leczenia jest często także wysoka cena leków, wynikająca z ich niskiej refundacji i dodatkowych ograniczeń prawnych, opisywanych w poprzednim akapicie.

4. Następstwa nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych może mieć różnorakie skutki w zależności od schorzenia, na które cierpi pacjent, leku, jakiego dotyczy, oraz stopnia odstępstwa pacjenta od otrzymanych zaleceń. I tak w przypadku najczęstszej choroby przewlekłej – nadciśnienia tętniczego – ich zakres może się wahać od dodatkowych wizyt u lekarza POZ do możliwych do uniknięcia hospitalizacji, od łagodnych zaostrzeń, po stanowiący bezpośrednie zagrożenie życia przełom nadciśnieniowy itd. Opuszczenie przez pacjenta pojedynczej dawki leku może przynieść skutki nieznaczne albo nawet niezauważalne, tak jak ma to miejsce przy stosowaniu leków obniżających stężenie cholesterolu. W innych przypadkach

takie samo odstępstwo od zaleceń, sprowadzające się do pominięcia jednej dawki, może dać skutki natychmiast zauważalne dla pacjenta – jak ma to miejsce w przypadku opuszczenia dawki leku bronchodylatoryjnego przed wysiłkiem fizycznym na zimnym powietrzu u chorego na astmę, a w wybranych przypadkach może być wręcz groźne dla życia (np. opuszczenie dawki leku przeciwpadaczkowego prowadzące do ataku padaczki zakończonego wypadkiem komunikacyjnym). Ogólną regułą jest jednak to, że im gorsze jest przestrzeganie zaleceń, zarówno w zakresie realizacji terapii, jak i wytrwałości, tym gorsze wyniki daje leczenie [10]. W przypadku większości schorzeń przewlekłych warunkiem osiągnięcia korzyści ze stosowanego leczenia jest przyjęcie co najmniej 80–90% przepisanych dawek, a przyjęcie mniejszego odsetka prowadzi do obniżenia skuteczności leczenia, wzrostu ryzyka powikłań, a nawet zgonów [11, 12].

Jak już wspomniano, nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych niemal równie często, jak w schorzeniach przewlekłych, występuje w chorobach ostrych. Następstwem niezgodnego z zaleceniami stosowania antybiotyków i innych leków przeciwniektynnych w tych schorzeniach może być pojawienie się i rozprzestrzenianie patogenów lekoopornych [13].

Lekooporność na stosowane chemioterapeutyki nie jest jedynym następstwem nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, które wykracza poza poziom pojedynczego pacjenta, który „sam sobie jest winny”. Zjawisko to ma także inne poważne konsekwencje dla całej populacji. Dzieje się tak, ponieważ im gorzej pacjenci stosują się do otrzymanych zaleceń, tym bardziej rosną wydatki systemu ochrony zdrowia. Następstwa finansowe tego zjawiska są niebagatelne: w Stanach Zjednoczonych bezpośrednie koszty związane z nieprzestrzeganiem zaleceń terapeutycznych szacuje się rocznie na co najmniej 100 miliardów dolarów [14]. W Polsce następstwa finansowe nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych dla samego tylko Narodowego Funduszu Zdrowia można ostrożnie szacować na około 10% jego budżetu, co obecnie przekłada się na ponad 6 mld zł rocznie. Składają się na to wydatki na dodatkowe hospitalizacje, porady lekarskie, badania diagnostyczne, a także na refundację leków, których stosowanie nie przynosi wymiernych rezultatów [14]. Na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej następstwa nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych w postaci kosztów bezpośrednich (badania laboratoryjne i obrazowe) oraz kosztów „niefinansowych” (godziny pracy poświęcone świadczeniu dodatkowych porad swoim pacjentom) spadają na barki lekarza POZ.

5. Ocena stopnia realizacji terapii

Mimo znaczenia tego problemu obiektywna ocena stopnia realizacji terapii nie jest łatwa. W codziennej praktyce lekarskiej można się pokusić o liczenie wykorzystanych tabletek w oryginalnych opakowaniach leku lub dawek w inhalatorach z licznikiem. Warunkiem użycia obiektywnych wyników jest jednak przeprowadzenie tego liczenia w sposób niezapowiedziany, co nie jest łatwe w warunkach poradni. Lekarz rodzinny może natomiast w tym celu wykorzystać wizytę domową lub

poprosić o podjęcie tej czynności pielęgniarkę środowisko-rodzinną.

Jedynie w wybranych przypadkach lekarz jest w stanie zweryfikować systematyczność stosowania leków przez pacjentów na podstawie badania przedmiotowego. Dotyczy to takich sytuacji, w których działanie leku prowadzi do łatwych do zaobserwowania objawów (np. szybki puls jest dość pewnym dowodem niestosowania beta-blokerów). Podkreślić jednak należy, że próby oceny systematyczności leczenia na podstawie doraźnej oceny stanu klinicznego pacjenta w większości przypadków zawodzą, podobnie jak wnioskowanie oparte na systematyczności wizyt pacjenta. O ile bowiem niezgłaszanie się pacjenta na ustalone wizyty kontrolne jest sygnałem alarmowym, pozwalającym spodziewać się niesystematycznego leczenia, o tyle systematyczne wizyty kontrolne nie są gwarantem przyjmowania wszystkich leków zgodnie z otrzymanymi zaleceniami.

Pogłębiona analiza dokumentacji pacjenta na poziomie POZ pozwala jednak przeprowadzić dość skuteczny screening w kierunku niesystematycznego leczenia. Dobrą długoterminową miarą niesystematycznego leczenia choroby przewlekłej może być zbyt rzadkie zgłaszanie się pacjenta po kolejne recepty (miara niepełnej *realizacji terapii*) lub całkowite zaprzestanie odbierania recept na dany lek lub schorzenie (niska *wytrwałość terapii*). Przed postawieniem rozpoznania nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych lekarz powinien oczywiście upewnić się, czy pacjent nie uzyskuje recept z innych źródeł, np. od specjalisty, lekarza zakładowego albo znajomego.

Mniej czułą, ale za to niezmiernie prostą metodą oceny przestrzegania zaleceń jest włączenie do rutynowego wywiadu pytania w rodzaju „Czy nic nie przeszkodziło Pani/Panu codziennie brać swoje leki na naciśnięcie (cukrzyce itd., w zależności od sytuacji)?”.

Oczywiste ograniczenie tej metody wiąże się z tym, że w ten sposób można się dowiedzieć tylko o tych przypadkach nieprzestrzegania zaleceń, które pacjenci popełniają świadomie, nie można natomiast ujawnić tych nierzadkich przypadków, kiedy nieprzestrzeganie zaleceń wynika z zapomnienia o przyjęciu leków przez pacjenta. Pomimo to ze wszach miar warto tego typu pytanie włączyć do standardowego wywiadu, pozwoli to bowiem nie tylko w wielu przypadkach potwierdzić przypuszczenie niesystematycznego leczenia, ale także, wskazując na jego przyczynę, będzie stanowiło dobry punkt wyjścia do interwencji mających na celu poprawę przestrzegania tych zaleceń.

Unikać należy natomiast zadawania pytań sformułowanych w taki sposób, który utrudnia pacjentowi przyznanie się do odstępstw od otrzymanych zaleceń. Przykładem może być pytanie „Czy na pewno brał Pan przepisane przeze mnie leki zgodnie z zaleceniami?”. Na takie pytanie większość pacjentów odpowie przecząco, niezależnie od faktów. Odpowiedź pozytywna stawiałaby ich bowiem automatycznie w sytuacji konfliktowej z lekarzem. To właśnie takie pytania powodują, że pacjenci „często wprowadzają lekarza w błąd co do zażywania przepisanych im leków”, jak pisał Hipokrates.

6. Metody poprawy przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych

Z wielu powodów nieprzestrzeganiu zaleceń terapeutycznych lepiej jest zapobiegać, niż próbować likwidować jego następstwa po ich wystąpieniu (**Tabela II**). W gabinecie lekarza rodzinnego zapobieganie należy rozpocząć od edukacji pacjenta co do celów i sposobu leczenia – pacjent musi wiedzieć nie tylko, na co choruje, ale także jakich korzyści może się spodziewać w wyniku prowadzonego leczenia (a nie jest to bynajmniej takie

Podczas spotkania z pacjentem:

1. Pacjenci mają małą motywację do leczenia schorzeń skąpo- lub bezobjawowych. Poinformuj pacjenta, co jest głównym celem prowadzonego leczenia – czy jest to ustąpienie objawów schorzenia, czy też np. przedłużenie życia.
2. Przeanalizuj częstość zgłaszania się na kolejne wizyty oraz liczbę wystawianych recept. Jeśli pacjent leczy się na chorobę przewlekłą (nadciśnienie, cukrzyca, POChP), a recepty wystawiane są raz na kilka miesięcy i za każdym razem pozwalają na realizację 1- lub 2-miesięcznej terapii, to albo pacjent leczy się niesystematycznie, albo uzyskuje recepty także z innego źródła.
3. Zapytaj pacjenta, czy nic nie stanęło na przeszkodzie w realizacji zaplanowanego poprzednio leczenia, czyli w systematycznym przyjmowaniu leków. Jeśli pacjent ujawni odstępstwa od zaplanowanego schematu terapii, spróbuj się dowiedzieć, co było ich przyczyną, i wraz z pacjentem spróbuj zaplanować alternatywną terapię, której będzie mu łatwiej przestrzegać (np. leki o rzadszym dawkowaniu, o lepszych parametrach organoleptycznych, w wygodniejszej dla pacjenta formie lub drodze podania, zmiana pory przyjmowania leków itd.).
4. Przepisując nowe leki lub zmieniając sposób dawkowania leków, zapisz pacjentowi schemat leczenia na kartce, najlepiej w formie przejrzystej tabeli z dawkowaniem leków.
5. Definiując pory przyjmowania leków, staraj się powiązać je z posiłkami albo innymi rutynowymi czynnościami, ewentualnie – porami dnia, a nie ściśle określonymi godzinami. Pacjentom łatwiej będzie pamiętać o przyjęciu leku „z kolacją” lub „wieczorem” niż punktualnie o 20.00.
6. Niektóre leki wymagają demonstracji ich prawidłowego użycia – dotyczy to zwłaszcza leków wziewnych. Zadbaj, aby pacjent miał okazję zobaczyć, jak się to robi – jeśli dysponujesz opakowaniem leku lub stosownym aplikatorem. Ponieważ nie zawsze będziesz dysponował taką pomocą dydaktyczną, możesz poprosić pacjenta, aby po wykupieniu leku w aptece wrócił do poradni w celu demonstracji jego użycia.
7. W dokumentacji pacjenta prowadź aktualizowaną na bieżąco listę leków stosowanych przewlekle. Przy każdej wizycie pacjenta weryfikuj, czy pacjent ma i stosuje wszystkie leki z tej listy. W razie wątpliwości wypisz kolejny komplet recept – aby uniknąć sytuacji, gdy pacjent przerywa leczenie z powodu braku recept na leki dostępne tylko na receptę.

Tabela II. Zagadnienia wiążące się z przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych, warte omówienia z pacjentem.

Źródło: Na podstawie Kardas P., Lewek P., *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. „Terapia” 2012; XX(5): 19–22.*

oczywiste, zwłaszcza w przypadku chorób bezobjawowych, z nadciśnieniem na czele). Warto również, żeby pacjent orientował się, jakie ryzyko wiąże się z niesystematycznym leczeniem. Stosowna informacja warta jest włączenia do dokumentacji, ma bowiem swoje ważne następstwa prawne, podobnie jak wpis o samym fakcie niestosowania się do zaleceń. Proponowane sformułowania mogą brzmieć następująco:

- „Pacjenta poinformowano, że zaniechanie regularnej terapii hipotensyjnej może prowadzić do udarów oraz innych stanów zagrożenia życia” [15].
- „Pacjent nie przestrzega zaleceń. Ponownie poinformowano o konsekwencjach niewłaściwego leczenia lub zaprzestania leczenia choroby nadciśnieniowej” [16].

Następnie warto włączyć pacjenta do procesu decyzyjnego dotyczącego wybierania metod leczniczych, ze szczególnym uwzględnieniem indywidualnych preferencji pacjenta co do stosowanych leków. Zapobiegnie to skutecznie tej części problemu nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, która wiąże się z brakiem akceptacji pacjenta dla zaplanowanego leczenia (np. cena, rodzaj leku, częstość jego dawkowania czy wreszcie forma jego podania).

Szczególnie godne polecenia jest aktywne włączenie pacjenta w proces leczniczy, dzięki zaangażowaniu go w szeroko pojętą samokontrolę. Samodzielne dokonywanie pomiarów (np. ciśnienia krwi, poziomu glukozy, przepływu szczytowego w drogach oddechowych, PEF), systematyczna samoocena stanu zdrowia z wykorzystaniem odpowiednich testów czy wreszcie prowadzenie dzienniczków samokontroli nie tylko stwarzają później lekarzowi możliwość precyzyjnej oceny stopnia kontroli choroby, ale także przyczyniają się do ściślejszego włączenia pacjenta w proces terapeutyczny i w rezultacie – do bardziej systematycznego leczenia.

Jeśli jednak działania zapobiegawcze nie przyniosły spodziewanych skutków i pacjent nie przestrzega zaleceń terapeutycznych, to rozpoznanie przez lekarza tego faktu można potraktować jako dobry punkt wyjścia do podjęcia z pacjentem dyskusji o jego przyczynach i znalezienia metod zaradczych. To właśnie może być moment, w którym warto powtórzyć krótką edukację pacjenta dotyczącą korzyści z systematycznego leczenia oraz przedstawić mu straty wynikające z leczenia niesystematycznego. Jak bowiem wynika z niedawnego badania przeprowadzonego wśród osób chorujących na choroby przewlekłe, pacjenci dobrze zdają sobie sprawę z poważnych, ale jednocześnie odległych następstw niesystematycznego leczenia, takich jak zawał czy udar, są natomiast całkowicie nieświadomi następstw bezpośrednich, wynikających np. z krótkotrwałego przerwania terapii czy opuszczenia pojedynczych dawek leku [17].

Okazuje się jednak, że pojedyncze interwencje, mające na celu poprawę przestrzegania zaleceń terapeutycznych, mają umiarkowaną skuteczność. Najlepsze rezultaty osiąga się więc, łącząc kilka działań, szczególnie o różnym charakterze: obejmujące edukację, uproszczenie schematu stosowanego leczenia, samokontrolę, szeroko rozumiane wsparcie oraz wszelkiego rodzaju elemen-

ty przypominające o konieczności leczenia (np. łączenie przyjmowania kolejnych dawek leków z posiłkami lub innymi czynnościami rutynowo podejmowanymi przez pacjenta). Ponieważ skutek jednorazowej interwencji nie jest długi – z reguły nie przekracza 6 miesięcy, wskazane wydaje się cykliczne ponawianie działań mających na celu poprawę przestrzegania zaleceń [18].

Skupiając się na korzyściach, które z systematycznego leczenia może odnieść pacjent, nie należy jednak zapominać o perspektywie lekarza. Bardziej systematyczne leczenie się jego pacjentów to dla lekarza POZ pewniejsze osiągnięcie sukcesu, przy mniejszych kosztach.

Piśmiennictwo

1. Vrijens B., De Geest S., Hughes D.A., Kardas P., Demonceau J., Ruppert T., Dobbels F., Fargher E., Morrison V., Lewek P., Matyjaszczyk M., Mshelia C., Clyne W., Aronson J.K., Urquhart J., for the ABC Project Team, *A new taxonomy for describing and defining adherence to medications*. „Brit. J. Clin. Pharmacol.” 2012; 73(5): 691–705.
2. Kardas P., Lewek P., Strzondała M., *Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów leczących się z powodu astmy i POChP w ocenie lekarzy prowadzących*. „Pneumol. Alergol. Pol.” (w druku).
3. Kardas P., *Rozpowszechnienie nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych wśród pacjentów leczonych z powodu wybranych schorzeń przewlekłych*. „Pol. Merk. Lek.” 2011; XXXI(184): 215–220.
4. Wiśniewska B., Skowron A., *Evaluation of patients' adherence to statins in Poland*. „Curr. Med. Res. Opin.” 2011; 27(1): 99–105.
5. Kardas P., Czeleko T., Śliwczyński A., *Ciągłość i systematyczność leczenia astmy i POChP w Polsce – ocena przestrzegania zaleceń terapeutycznych na podstawie analizy krajowej bazy danych realizacji recept*. Proceedings of The 10th International Conference of the Polish Pharmacoeconomics Society – ISPOR Poland Chapter, Warsaw 2012.
6. Kardas P., Devine S., Golembesky A., Roberts R., *A Systematic Review and Meta-Analysis of Misuse of Antibiotic Therapies in the Community*. „Int. J. Antimicrob. Agents” 2005; 26(2): 106–113.
7. Kardas P., Lewek P., Matyjaszczyk M., *Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews*. „Front. Pharmacol.” 2013; 4: 91. doi: 10.3389/fphar.2013.00091.
8. Sabate E. (red.), *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization, Geneva 2003.
9. Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny, *Raport „Polskiego pacjenta portret własny”*, Warszawa 2010.
10. Hughes D.A., Bagust A., Haycox A., Walley T., *The impact of non-compliance on the cost-effectiveness of pharmaceuticals: a review of the literature*. „Health Econ.” 2001; 10: 601–615.
11. Simpson S.H., Eurich D.T., Majumdar S.R., Padwal R.S., Tsuyuki R.T., Varney J., Johnson J.A., *A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality*. „BMJ” 2006; 333(7557): 15.
12. Peterson A.M., Takiya L., Finley R., *Meta-analysis of interventions to improve drug adherence in patients with hyperlipidemia*. „Pharmacotherapy” 2003; 23(1): 80–87.

13. Kardas P., *Patient compliance with antibiotic treatment for respiratory tract infections*. „J. Antimicrob. Chemother.” 2002; 49: 897–903.
14. Kardas P., *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych na świecie i w Polsce*, w: *Polskiego pacjenta portret własny*. Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny, Starogard Gdański 2010: 25–35.
15. Tymiński R., *Informacja o terapii*. „Med. Dypl.” 2013; 22(12): 27.
16. Tymiński R., *Pacjent nie przestrzega zaleceń*. „Med. Dypl.” 2014; 23(7–8): 29.
17. *Polskiego pacjenta portret własny*. Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny, Starogard Gdański 2010.
18. Haynes R.B., Ackloo E., Sahota N., McDonald H.P., Yao X., *Interventions for enhancing medication adherence*. Cochrane Database Syst Rev. 2008; (2): CD000011.
19. Kardas P., Lewek P., *Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych*. „Terapia” 2012; XX(5): 19–22.
20. *ABC Project Final Report*, 2012. www.ABCproject.eu; dostęp: 23.11.2014.

