

COMPLIANCE PACIENTA

PharmDr. Lenka Práznovcová, PhD.

1. PŘEDMLUVA

V současnosti nabývá na významu hodnocení přínosu (benefitu) farmakoterapie pro jednotlivé nemocné a individuální úprava dávkovacího režimu. To znamená, že nelze spoléhat pouze na optimální volbu léčivého přípravku ve vztahu k diagnóze. Z tohoto pohledu farmakoterapie prošla určitým vývojem.

V 50.-70. letech se pozornost věnovala zejména bezpečnosti (rizikům) farmakoterapie, v jejímž pozadí stála thalidomidová aféra. Za novou etapu lze považovat přístup k hodnocení farmakoterapie, kdy výsledný benefit je posuzován podle dvou hledisek - podle účinku léčby a podle jejích rizik.

Účinek i rizika se posuzují v průběhu léčby pomocí bioindikátorů. Z nich zásadní důležitost mají bioindikátory zástupné, které dovolí predikovat klinický efekt terapie (možné toxicity). Je proto pochopitelné, že v současnosti se studiu bioindikátorů věnuje celosvětově neobyčejná pozornost. Vytváří se tak kritéria, která má lékař po ruce k hodnocení své práce.

Avšak i sám nemocný hraje v tomto procesu velmi důležitou roli, mimo jiné i proto, že také on ovlivňuje průběh farmakoterapie. Z tohoto pohledu je zásadní jeho poučenost lékařem a důvěra v lékaře. Pokud nemocný zaznamená nežádoucí účinky, které značně omezují kvalitu života (sexuální dysfunkce u mladších jedinců), jeho ochota řídit se radami lékaře se snižuje.

Nemocní pak užívají léčivé přípravky podle svého laického úsudku či je neužívají vůbec, poté ovšem očekávaného benefitu farmakoterapie není možné dosáhnout. Lékárnici by mohli uvádět příklady z každodenní praxe, kolik nevyužitých originálních balení se vrací zpět do lékárny po úmrtí nemocného. Jedná se především o léčivé přípravky předepsané pro starší pacienty, u kterých je častá polymorbidita a také polypragmatie.

Z celospolečenského a ekonomického pohledu pak přistupuje další významný faktor a tím jsou **finanční ztráty**. Kvalifikované rozbory ukazují, že výdaje na léky se neustále zvyšují. Podílí se na tom nejen zvyšování nákladů v důsledku stárnutí populace (celosvětový trend), ale také nástup biotechnologických léků na farmaceutický trh. Právě tato kategorie léků představuje nové farmakoterapeutické možnosti zejména v oblasti kardiologie, onkologie a neurologie, ale je také známo, že patří k lékům nejdražším. Proto je pro každou společnost důležité, aby léky byly užívány účelně a v souladu s předepsaným dávkovacím režimem spotřebovány.

2. COMPLIANCE

2.1. Vysvětlení pojmu compliance a non-compliance

Compliance je termín, který znamená míru, s jakou subjekty účastníci se farmakoterapie dodržují doporučení, ustanovení a příslušná pravidla, která se k farmakoterapii vztahují. Má dvě hlavní úrovně: **compliance lékaře** (znamená míru, jakou se lékař řídí doporučeními výrobce, regulačních autorit a odborných společností, vyplývajícími z hodnocení léčivých přípravků a vztahujícími se k jejich účelné preskripci), a konečně compliance nemocného. **Compliance nemocného** může být definována jako míra spolupráce, s jakou se nemocný řídí doporučeními lékaře, event. dalších kompetentních zdravotníků či písemnými pokyny (příbalová informace, porada s lékárníkem apod., viz dále), a která je podmíněna ochotou, možnostmi a schopnostmi pacienta řídit se radou lékaře nebo farmaceuta (týkající se úpravy životosprávy, dietních opatření, způsobu a četnosti užívání léků, dokončení doporučených vyšetření a dalších pokynů). Záleží pochopitelně na schopnosti a motivaci jednotlivce řídit se radou a užívat lék podle předpisu, zúčastňovat se podle plánu určených klinických kontrol a dokončit doporučená vyšetření. Důležitý je také charakter kontaktu a vazby, které se vytvořily mezi nemocným a ošetřujícím lékařem, popř. dalším zdravotnickým pracovníkem a na důvěře, kterou k nim nemocný chová.

Naopak **non-compliance** nemocného znamená situaci, kdy nemocný neužívá léčivé přípravky tak, jak je předepsáno. Některé studie ukázaly, že se může týkat až poloviny z počtu nemocných.

Formy non-compliance:

- jasné (otevřené) odmítnutí léčby
- samovolné zvyšování nebo snižování jednotlivé či denní dávky
- vysazení léčby („lékové prázdniny“)
- compliance „z bílých plášťů“ - nemocný užívá předepsané léčivé přípravky jen před návštěvou lékaře
- opomenutí vzít si další dávku
- nedodržení časových intervalů mezi dávkami

Non-compliance lze rozdělit také na úmyslnou a neúmyslnou.

Úmyslná non-compliance znamená, že nemocný záměrně nespolupracuje, nepodrobuje se řádnému léčebnému režimu.

Nejčastěji znamená záměrné vysazení léčby nebo úpravu dávkování pro nedůvěru k léčbě, lékaři nebo systému zdravotnictví, odmítání diagnózy nemoci, chybné vnímání zdravotního stavu a neadekvátní posuzování účinku léčby.

Dalším projevem je užívání léčivých přípravků nevhodných pro dané onemocnění - léčivé přípravky od příbuzných, přátel, z předchozí farmakoterapie, neodůvodněná preference léčivých přípravků zahrnovaných do kategorie OTC (over the counter) dostupných bez lékařského předpisu spod.

Bojovat proti tomuto druhu non-compliance je velmi těžké, protože nemocný nemůže být ke spolupráci nucen. Rozpoznat a měnit výše uvedené faktory je obtížné a časově náročné.

Neúmyslná non-compliance přichází v úvahu tehdy, pokud nemocný není schopen vyjmout léčivý přípravek z obalu nebo není schopen léčivý přípravek užít příslušnou cestou podání, nemá dostatek informací o léčbě, není schopen si zapamatovat léčebný režim nebo režim neodpovídá jeho životním zvyklostem aj.

Nedostatek informací nemocného o farmakoterapii a léčivém přípravku samotném (nesprávné pochopení dávkového režimu, tj. frekvence dávek v čase, účelu nebo cesty aplikace) může být způsoben: špatným zrakem, sluchem, zmateností nemocného a jeho selhávající pamětí, ale i složitým návodem na užívání, nedostatkem nebo nesrozumitelností instrukcí.

Špatné chápání způsobu farmakoterapie může být ovlivněno: vzděláním nemocného, mentálními schopnostmi, jeho životním stylem a sociálním prostředím.

Mezi **hlavní rizikové faktory non-compliance** vztahující se k nemocnému lze zařadit:

- psychické onemocnění - stupeň compliance je nižší než u jiných onemocnění
- věk nad 65 let - nízká compliance se může vyskytovat v každé věkové skupině, ale zhoršené fyzické a psychické schopnosti ve stáří jsou známou příčinou významně nižšího stupně compliance
- fyzická neschopnost (handicap)
- sociální izolace
- rozdíl mezi uvědomováním si nemoci a posuzováním léčby tak, jak je nemocný pociťuje na straně jedné a skutečným stavem na straně druhé

Rizikovými faktory vztahujícími se k dávkovému režimu jsou:

- obtíže týkající se manipulace s obalem léku
- parenterální cesta podání
- dlouhodobá léčba u chronického onemocnění
- počet užívaných léčivých přípravků (>4 druhy/den)
- frekvence užívání (>2 dávky/den)

Následující tabulky uvádějí nemocné s žádoucí compliance (v procentech z posuzovaného souboru) ve vztahu k užívání různého počtu léčivých přípravků/den (tab. 1) a při stoupající frekvenci dávek (tab. 2).

Tab. 1. Compliance nemocných a počet léčivých přípravků/den

Počet léčivých přípravků/den	Compliance
1	89 %
2	87 %
3	80 %
4	78 %
5	74 %

Tab. 2. Compliance nemocných a počet dávek léčivých přípravků/den

Počet dávek / den	Compliance
1	73 %
2	70 %
3	52 %
4	42 %

Kvantitativně lze compliance definovat jako úplnou, jestliže dosahuje žádoucí míry > 80% nemocných, a jako částečnou, je-li dodržována u 20-79 % nemocných. Nižší míra spolupráce (<20 %) se posuzuje jako non-compliance.

Důsledky non-compliance:

- neefektivní farmakoterapie vede k prodlužování doby léčby
- eventuální neúčelné zvyšování dávek léčivého přípravku vede k vyšší incidenci nežádoucích účinků
- ztráta důvěry nemocného v léčebný systém
- zvyšování nákladů na léčbu (včetně možnosti delší pracovní neschopnosti pacienta)

V některých případech je non-compliance „přínosem“. Je to v případě, kdy lékař předepíše zbytečně vysoké dávky léčivého přípravku. Jestliže nemocný se příslušnými doporučeními neřídí, tj. dávky snižuje, prodlužuje interval mezi podáními nebo v tomto směru modifikuje obě složky dávkového režimu, pak se daná situace označuje jako **racionální non-compliance** (výskyt je však zcela ojedinělý).

Je třeba zdůraznit, že problematika compliance je celosvětovým problémem. Z průzkumu vyplývá, že faktory ovlivňující compliance se v jednotlivých zemích prakticky neliší. V současnosti se celosvětově prosazuje úsilí o optimalizaci compliance. Cestou k ní je vytvoření takového stupně spolupráce mezi lékařem, lékárníkem a nemocným, který umožní jak nemocného vhodnou cestou informovat, tak získat od něho dostatek zpětnovazebných informací na začátku a během léčby. Tyto informace lze využít k účelné individuální modifikaci léčby.

S velkou pravděpodobností již v blízké budoucnosti nebude stačit, aby lékař „jen předepsal“ léčivý přípravek a lékárník ho „jen vydal“. Je třeba si uvědomit, že nároky nemocných stoupají. Zdokonaluje se přístup k informacím, včetně využití Internetu, kde má každý možnost získat určitý přehled o své eventuální nemoci, včetně terapie. Vzhledem k tomu, že i pro Evropu lze předpokládat zvyšující se finanční spoluúčast na doplatecích za léky, je možné předvídat i rostoucí požadavky nemocných na zvyšující se kvalitu farmakoterapie. Pak úroveň odborných znalostí, schopnost uplatnit je v praxi a získat nemocného ke spolupráci jsou jedny z nevyhnutelných předpokladů pro úspěšnou terapii.

Je potřebné, abychom se i v současných českých podmínkách zamýšleli nad danou problematikou. Je důležitá pro lékaře a lékárníky tzv. první linie? Odpověď je jednoznačně ano, a to nejen z hlediska účelné terapie nemocného a celospolečenských finančních úspor. Pro odborníka snažícího se získat a udržet si klientelu za rostoucí

konkurence není jiná alternativa. Nebude stačit doporučení na způsob: „3x denně 1 tabletu“ z úst lékaře či lékárníka. To je příliš málo. Nemocnému je třeba věnovat více času. A to v míře, jaká je běžná směrem na západ od našich hranic. K nemocnému je třeba přistupovat individuálně. Nelze popřít, že nemocný přežije a možná se i vyléčí „jen“ na základě výše uvedeného doporučení dávkového režimu. Je také možné, že lékař ani lékárník nebezpečí konkurence zatím nepociťují. Ovšem, pak zůstává otevřena otázka profesionálního přístupu.

2.2. Konkordance, adherence, non-adherence

Myšlenka compliance se objevila před více než dvaceti lety. Současný výzkum ukazuje na potřebu kvalitativního posunu od compliance k aktuálně projednávané konkordanci. V dnešní době by měl být překonán model léčení, kdy nemocný pouze přijímá pasivní roli, naslouchá rady zdravotníka. Naopak je zdůrazňována aktivní role nemocného při léčbě.

Královská farmaceutická společnost ve Velké Británii podporuje konkordanci jako liberální model vztahu mezi lékařem a pacientem.

Konkordance je nově se rozvíjející koncepcí, založenou na myšlence vzájemného porozumění mezi pacientem a zdravotnickým profesionálem ve vztahu k užívání léků a rozvoji terapeutické spolupráce. Je založena na vztahu (nikoliv na počínání jedné osoby) lékaře nebo farmaceuta. Požaduje aktivní účast a podíl jak pacienta, tak i zdravotníka. **Konkordanci** lze definovat jako maximální míru oboustranné spolupráce mezi pacientem a lékařem, kdy pacient se stává rovnocenným partnerem pro lékaře a obě strany se musí vzájemně respektovat. V modelu konkordance je dán prostor pacientům pro vyjádření jejich názorů, na které lékař (lékárník) reflektuje a posiluje se tak oboustranná důvěra. Jedná se tedy o oboustranný vztah. Za nejdůležitější rozhodnutí se považují ta, která byla učiněna společně (lékářem a pacientem). U konkordance je důležitá i emocionální spoluúčast pacienta.

V současnosti má být koncepce compliance nahrazena koncepcí konkordance. Jedná se o dlouhodobý proces, ve kterém by se měly postupně vytvářet liberální vztahy mezi lékařem a pacientem. Na rozdíl od compliance, kde se pacient řídí radou lékaře (názor lékaře je racionální, odborný, a tedy směrodatný), u modelu konkordance se akceptuje i přesvědčení a přání pacienta (oba zúčastnění tvoří tým se stejným cílem - uzdravení pacienta na základě účinné farmakoterapie).

Závěrem je ve vztahu k definicím potřebné zdůraznit, že neexistuje jednoznačná definice k daným termínům (compliance, adherence, konkordance). Dané termíny se doposud částečně překrývají.

Nejdůležitější je pochopení kvalitativního posunu ve vztahu lékař-pacient, kdy v blízké budoucnosti lze očekávat mnohem aktivnější přístup pacientů v procesu vlastní léčby.

Pro některé profesionály, zejména lékaře a lékárníky, může být konkordance zdrojem problémů. Pokud se totiž pacient rozhodne, že daný lék nechce užít nebo neakceptuje způsob jeho aplikace, musí lékař jeho rozhodnutí vzít v úvahu, popř. léčbu upravit. Jinými slovy, pacient může odmítnout léčbu, ale lékárník nebo lékař nemůže odmítnout pacienta kvůli jeho rozhodnutí. Pacient by měl být respektován a jeho názory by měly být brány v úvahu při vytváření účinné farmakoterapie.

V modelu konkordance je konzultace mezi pacientem a zdravotníkem neopomenutelná. Konzultace zahrnuje výměnu informací a vzájemného pochopení. Obě strany si jsou vědomy rozdílů, které existují, a jsou schopny o nich diskutovat a činit vzájemné kompromisy a dohody. Dále je velmi důležité uvědomění si ze strany lékaře a lékárníka pacientovo chápání a vysvětlování si nemoci a důležitost přístupu ze strany odborníků vůči pacientům.

Pacient by měl vyjádřit zájem o svou léčbu a měl by být podnícen k účasti na rozhodování o léčbě. Některé studie ovšem ukázaly, že někteří pacienti si nepřejí být „vtaženi“ do tohoto procesu a spíše uvítají zkušenosti lékaře nebo lékárníka.

Přijmutí a vlastní provádění konkordance jako podílejícího se modelu konzultace může být nejdůležitější změnou v medicíně za poslední desetiletí.

Ze strany zdravotníků brání uplatňování konkordance:

- nejistota a nezkušenost v tomto typu vyjednávání
- nedostatek času na takové jednání
- potíže respektovat pacientova přání a přesvědčení

Z pacientova pohledu patří mezi překážky

- strach, že nebude respektován
- strach z odmítnutí
- obava ze zodpovědnosti za odchýlení se od doporučené léčby

Informovanost pacienta o jeho zdravotním stavu a spokojenost s péčí, které se mu dostává, jsou velmi důležité. Informovaný a spokojený pacient při terapii lépe spolupracuje a terapie je efektivnější. V dnešní době je snadný přístup k mnoha informacím především díky Internetu. To je jistě dobře, nicméně ne všechny z těchto informací jsou kvalitní a na profesionální úrovni. Ty pak značně ovlivňují samotného pacienta, což se může na spolupráci při léčbě negativně odrazit. Pacient není schopen se v informacích vyznat a většinou se zaměří jen na upozornění na nežádoucí účinky léčby. Platí to i o informacích poskytovaných farmaceutickým průmyslem ve formě příbalového letáku. Z tohoto důvodu je potřeba uvést pacienta do diskuse, podat mu veškeré informace a dát mu možnost volby. Ten může poté prohlásit, že je již plně seznámen s léčbou, vše mu bylo vysvětleno a on se rozhodl podstoupit, nebo nepodstoupit danou léčbu.

Adherence

Adherence (dodržování léčby, spolupráce pacienta při léčbě s ošetřujícím lékařem) je definována jako rozsah, ve kterém se chování nemocného shoduje s radou či doporučením lékárníka.

Adherence předpokládá aktivní spolupráci ze strany pacienta tak, že lze očekávat dosažení požadovaného terapeutického výsledku mnohem snadněji než u compliance, kde pacientovi je přisuzována pasivní role, tj. pouze akceptování a dodržování pokynů zdravotníků. Adherence je tím lepší, čím je větší motivace pacienta k uzdravení.

Non-adherence

Non-adherence je definována jako selhání schopnosti navázat spolupráci pacienta se zdravotnickým pracovníkem.

Non-adherence k léčbě je často výsledkem rozhodnutí pacienta. Pacientovo vnímání nezbytnosti terapie pro zlepšení zdravotního stavu je bilancováno s obavami z možných nežádoucích účinků. Pacienti, kteří mají větší obavy ohledně předepsané léčby, užívají často méně léků, než by užívat měli.

2.3. Lékař a compliance nemocného

Role lékaře v podpoře compliance, včetně kontroly případů nedodržení příslušných doporučení, je významná. Výsledky mnoha studií ukázaly, že lékaři nedovedou odhadnout míru compliance svých nemocných. Ukázalo se dokonce, že ve většině případů ošetřující lékař netuší, že nemocný nehodlá následovat jeho doporučení.

Jak již bylo uvedeno, asi polovina počtu nemocných neužívá léčivé přípravky tak, jak je účelné. Přitom preskripce léčivého přípravku je považována za finalizaci lékařovy práce, které předcházela správná diagnóza. Aby farmakoterapie mohla být účinná, je nezbytná spolupráce mezi lékařem a nemocným. Vzájemné nedorozumění těchto dvou subjektů je často zapříčiněno chybou v komunikaci ze strany lékaře. Nedostatek zpětnovazebných informací o průběhu léčby (nežádoucí účinky), její nedostatečná kontrola (např. počtu předepsaných balení) a nedostatečné vyhodnocování jejího benefitu patří mezi základní příčiny neúspěšné léčby. Švédské studie uvádějí, že jedna třetina z počtu nemocných, kteří obdrželi předpis na léčivý přípravek, zažívá nejrůznější problémy s léčbou a jen u jedné desetiny z této skupiny jsou tyto problémy rozpoznány a řešeny.

Non-compliance zpětně ovlivňuje práci lékaře:

- nemocný se vrací do ordinace s neléčenými nebo nedostatečně léčenými příznaky onemocnění
- původně správná diagnóza je zpochybněna a znovu

přehodnocována

- jsou prováděna další (nepotřebná) vyšetření
- nemocný je neúčelně „lécen“ vyššími dávkami nebo jinými léčivými přípravky

Přitom se odhaduje, že přibližně u dvou třetin pacientů, u kterých selhala léčba z důvodu neadekvátního užívání léčiv, lze tomuto selhání předcházet. Pozitivní kroky k podpoře compliance může učinit lékař tím, že poskytne nemocnému dostatek vhodných informací o povaze onemocnění a vlastní léčbě a umožní mu klást otázky. Podle studie, která proběhla ve Spojených státech a Kanadě, nemocní, kterým lékaři kladli vhodné formulované otázky týkající se průběhu léčby, mnohem otevřeněji vyjádřili své pochyby, nejistotu nebo i nespokojenost s léčbou či obavy nebo problémy s dodržováním léčebných doporučení. častěji reagovali ti, kteří hodnotili svůj zdravotní stav jako závažný, také nemocní vyššího věku a muži. Svá stanoviska adresovali ochotněji mladšímu lékaři. Během diskuse položilo jednu či více otázek 45 % nemocných. Naopak se ukázalo, že mladší lékaři a ženy-lékařky komunikovali s nemocnými efektivněji. Jedna čtvrtina odpovídajících nemocných přiznala, že si buď upravila dávkování, nebo přestala užívat léky či zapomněla doporučené dávkování. Polovina z počtu lékařů využila těchto zpětnovazebných informací ke změně farmakoterapie.

Lékař by měl získat důvěru nemocného tím, že i on sám bude vnímat léčbu jako důležitou a prospěšnou. To platí především o prvních týdnech terapie, kdy nemocný vnímá vliv farmakoterapie subjektivně nejcitlivěji, o léčbu se nejvíce zajímá a je vnímavější k instrukcím, pokud jsou jasné a srozumitelné.

Lékař by měl přehodnotit a upravit dávkovací režim, pokud nemocnému zjevně nevyhovuje. Bylo již zmíněno, že procento compliance klesá s rostoucím počtem jednotlivých dávek na den. Optimální se zdají 1 až 2 denní dávky.

Compliance nemocného by měla být prověřována při každé návštěvě. Přitom není vhodné klást otázky, na které dostaneme jednoslovnou odpověď (ano či ne). Mnohem efektivnější je klást tak zvané „otevřené otázky“, na které dotázaný odpoví alespoň jednou celou větou. Pokud se lékař o užívání léku nezajímá, pak nemocný může nabýt pocitu, že jeho terapii není přikládána velká váha, a podle toho k léčbě taky sám přistupuje.

Nespokojenost s přístupem lékaře k nemocnému je častá. Vyjádřilo ji až 64 % nemocných, kteří naopak velmi pozitivně hodnotí, jestliže lékař nebo jiný pracovník ve zdravotnictví má zájem o jejich starosti a naděje, jestliže se jimi zabývá. Úkolem stojícím před lékařem je proto osvojit si dovednost budovat náležitý vztah k nemocnému, vzbuzující důvěru a podmiňující optimální spolupráci.

2.4. Finanční náklady spojené s non-compliance

Non-compliance nemocného sice může zpočátku redukovat finanční náklady na léčbu (například tím, že nemocný nenavštěvuje lékaře, nevyzvedává si léky), ale pozdější dopad tohoto jednání může být příčinou vysokých ztrát. Je ekonomicky výhodnější léčit méně závažné onemocnění, než je nechat rozvinout a poté vynakládat na terapii finančních prostředků mnohem více. Jako příklad lze uvést léčbu hypertenze. Finanční náklady jsou relativně nízké, ale samovolné vysazení farmakoterapie je častou záležitostí. K původním nákladům na léčbu se přidají i další výdaje způsobené komplikacemi nedokonalé léčby (infarkt myokardu apod.). Jiným příkladem je léčba obezity, kde výdaje zahrnují také farmakoterapii komplikací, k nimž obezita vede (non-inzulín dependentní diabetes mellitus, angína pectoris aj.).

Problémem je také plýtvání léky. Nemocní často opakovaně vyzvedávají léky a přitom je neužívají. Důvodů může být mnoho. Obvykle lékař o tom není informován a nemá možnost tuto formu non-compliance odhalit.

Autoři různých studií uvádějí, že až třetina neotevřených balení předepsaných léků se vrací do lékáren. Kolem 10 % léků hrazených pojišťovnou není vyzvednuto. Nespotřebované léky nashromážděné v domácnostech obyvatelstva představují medicínský, profesionální, finanční i ekonomický problém. Vysoké procento non-compliance podpořilo zájem o ekonomickou bilanci, která ukázala, že celosvětově činí

finanční ztráty asi třicet miliard dolarů ročně.

Nízká compliance může způsobit nejen plýtvání finančními zdroji, ale může mít nepříznivé účinky i na kvalitu zdravotní péče. A to:

- snížením benefitu preventivní nebo léčebné péče
- u léčby infekčních onemocnění může mít za důsledek zvýšení rezistence na antibiotika
- nízká compliance během klinického hodnocení léčivých přípravků může vést k nadhodnocení terapeutických dávek a být příčinou pozdější toxicity v běžné praxi
- non-compliance pak vede k nesprávné diagnostice, event. k další léčbě, což znamená zbytečný nárůst finančních nákladů

Ve studiích, které proběhly ve Spojených státech, uvedli autoři zajímavé výsledky při pokusu zvýšit pacientovu compliance finančními stimuly. Finančními stimuly byly peníze, kupony, lístky do loterie, dary a poukazy v různé hodnotě (od 5 USD do 1 000 USD). Zmíněných 5 USD se ukázalo jako velmi účinných při léčbě tuberkulózy mezi bezdomovci. Zvýšení compliance vedlo k redukci ceny léčby, při prevenci pak i k přínosu pro celou společnost.

Dále bylo použito finančních částek a darů k podchycení zájmu o léčebný program u závislých na kokainu, zájmu rodičů o imunizaci dětí a o návštěvu pediatrických klinik, o preventivní prohlídky u zubních lékařů a o účast na programech s cílem redukovat tělesnou hmotnost. V deseti z jedenácti studií se prokázalo, že vlivem finančních stimulů skutečně dochází ke zvýšení compliance nemocných. Příznivým důsledkem je celkové snížení nákladů na léčbu a zvýšení benefitu léčby.

2.5. Compliance u vybraných onemocnění

Compliance je velmi důležitá v léčbě hypertenze. Přibližně 50 % nemocných užívajících antihypertenziva přestane léky užívat v prvním roce léčby („hypertenze nebolí“). Průměrná doba, za kterou dochází k přerušení terapie, je devadesát dní. Je závislá na typu léčivého přípravku a jeho nežádoucích účincích. Compliance je vyšší u žen, a pokud je předepsán nižší počet léčivých přípravků. V prvním roce léčby dosahuje compliance při 2 dávkách/den 29 % a při jedné dávce/den 56 %. Liší se i podle skupin antihypertenziv. U antagonistů angiotenzinu II je 69 %, při užívání inhibitorů ACE 58 %, antagonistů vápníkového kanálu 50 % betablokátorů 43 % a thiazidových diuretik 38 %.

Předpokládalo se, že **léčba nemocí s periodickými, intenzivními bolestmi, jako je angína pectoris**, bývá spojena s vysokým stupněm compliance, která není ovlivněna počtem denních dávek. Výzkumy, jež proběhly ve Francii, však tento předpoklad nepotvrdily. Naopak ukázaly, že režim denních dávek má významný vliv na míru compliance. Například podíl nemocných vykazujících dobrou compliance (>0,8) při terapii diltiazemem byl vyšší při 1 dávce denně (36,1 0/0) ve srovnání se 2 dávkami/den (25,9 %) a 3 dávkami/den (27,1 %).

Při léčbě **hypolipidemiky** se odhaduje, že k vysazení léčby nemocnými po prvním roce farmakoterapie dochází v 50 % případů, po druhém roce pak v 85 % případů. Během studie, která proběhla ve Skotsku, z celkového počtu 6 595 nemocných léčených pravastatinem vykázalo 26 % non-compliance. Dalším zajímavým zjištěním bylo, že redukce rizika kardiovaskulárního úmrtí u nespolupracujících nemocných byla o 5 % nižší než u nemocných s úplnou compliance, v případě koronárního úmrtí nebo rizika nefatálního infarktu myokardu byla nižší o 7 %.

V jiné, skandinávské, studii byli nemocní léčeni simvastatinem. Ačkoliv většina užívala správně předepsaný lék a dodržovala léčebný režim, nezanedbatelným trendem bylo snižování dávek, které vedlo k opětovnému zvýšení hladiny cholesterolu. Důsledkem bylo, že průměrná dávka na začátku terapie 27 mg simvastatinu/den po jednom roce klesla na 14 mg simvastatinu/den.

V USA a Kanadě podobné analýzy studií ukázaly na častější přerušení léčby u nemocných s nižším příjmem. Zajímavé přitom bylo, že na výdaje za léky v Kanadě nemocní nepřispívali a ve Spojených státech nezaplatili více než 2 USD za každou

preskripci. Přesto se zdá, že celková finanční situace nemocných značně ovlivnila jejich compliance. Opět byly patrné rozdíly v zastoupení kontinuální léčby, a to v závislosti na typu hypolipidemik. Zatímco farmakoterapie pokračovala nepřerušeně u nemocných užívajících statiny (lovastatin, pravastatin, simvastatin) v 64,3 % případů, u nemocných léčených niacinem, probukolem, gemfibrozilem nebo cholestyraminem tomu tak bylo pouze u 36,6 0/0.

U nemocných s revmatickou artritidou léčených nesteroidními antirevmatiky se projevil určitý pokles spolupráce nemocných se vzestupem počtu dávek/den (tab. 3).

Tab. 3. Compliance nemocných při léčbě nesteroidními antirevmatiky v závislosti na počtu dávek/den

Počet dávek / den	Compliance
1	78 %
2	72 %
3	64 %
4	60 %

Nemocní užívající dlouhodobě **antiepileptika** (Conrad P. The meaning of medications: another look at compliance. Soc Sci Med 20;1985:29-37) si až ve 42 % sami upravovali dávkování. Dávky buď redukovali, nebo např. antiepileptika přestali užívat úplně. Své počínání odůvodňovali snahou „získat kontrolu nad nemocí“ nebo tím, že dávkový režim nevyhovuje jejich životnímu stylu. Vysazení léčby bylo také důsledkem odmítnutí uvěřit diagnóze nemoci.

Non-compliance nemocných je důležitým problémem v léčbě astmatu (Meng Y, Leung K, Berkgigler D, Halbert R, Lergorreta, A. Compliance with US asthma management guidelines and speciality care. Eur Respir J 14;1999(2):288).

Data získaná ve čtrnácti zemích během společně organizované studie European Community Respiratory Health Survey, do níž bylo zapojeno 1 771 astmatiků ve věku 20-44 let, odhalila obecně nízkou compliance ve všech zúčastněných zemích. Compliance nemocných, kterým bylo předepsáno antiastmatikum v jediné dávce, se průměrně pohybovala kolem 67 0/0, i když s velkými rozdíly mezi jednotlivými zeměmi. Zatímco v USA dosahovala přibližně 40 %, na Islandu až 72 %. Výsledky jasně poukázaly na nutnost výchovy nemocných ke spolupráci a k vytvoření mezinárodně platných léčebných doporučení. Mezi faktory podmiňujícími nízkou compliance nemocných byl vytipován mladší věk, méně závažná forma astmatu, kuřáctví, vysoká pracovní zátěž nemocného a léčba spíše praktickým lékařem nežli specialistou.

K zajímavým výsledkům se také dospělo u adolescentů (Kyngas H, Rissanen M. Support a crucial predictor of good compliance of adolescents with a chronic disease. Value in Health, 2001;4(2):81), ve věku 13-17 let, s chronickým onemocněním - bronchiálním astmatem, epilepsií, juvenilní revmatoidní artritidou, inzulin dependentním diabetem. Celkem 42 % adolescentních astmatiků vykazovalo úplnou compliance s doporučenou léčbou, zatímco 18 % přiznalo nízkou compliance. U nemocných s juvenilní revmatoidní artritidou byla compliance nejnižší. Pouze 3 % uvedla úplnou compliance. Na její nedostatečné míře se podílel věk nemocných, rodinné prostředí, kuřáctví, konzumace alkoholu a tělesná zátěž. Pozitivní asociace byla zjištěna, pokud nemocní měli náležitou motivaci k léčbě, dobrou zkušenost s výsledky terapie, absencí komplikací farmakoterapie a nekontrolovatelné bolesti. Za velmi důležitou se pokládala podpora a pomoc rodičů, lékařů, zdravotních sester a přátel.

2.6. Compliance v geriatricii

Problematika compliance a non-compliance nemocných ve vyšším věku je složitá. Ve stáří je snížena schopnost člověka pochopit, respektovat, dodržet a realizovat správné pokyny zdravotníků.

Zde můžeme **compliance** rozdělit na:

- nefarmakologickou - zahrnující dietní opatření, životosprávu a

pohybový režim

- farmakologickou ambulantní a ústavní

Compliance je ve stáří často snížena kvalitativně i kvantitativně z důvodů psychických i somatických postižení. Při smyslovém postižení (porucha zraku, hmatu) může být některý typ farmakoterapie zcela vyloučen. Důležitou roli hraje i léková forma, jednoduchost léčebného plánu a srozumitelnost doporučení. Starší nemocný musí léčebný plán dostatečně pochopit a fyzicky zvládnout. V gerontologii se posuzuje ještě sociální compliance (non-compliance) u osamocенého nemocného, jenž nemá zajištěnou pravidelnou a průběžnou kontrolu doporučeného dávkového režimu partnerem či příbuznými.

Non-compliance je obvykle častější z důvodu polymorbidity a polypragmzie. Analýza této situace byla cílem studie u nemocných starších 65 let (McElnay JC, McCallion CR, AI-Deagi F. Self-reported medication non-compliance in the elderly. Eur J Clin Pharmacol 1997;53(3/4):171-178), kteří byli ochotni přiznat míru dodržování předepsané farmakoterapie. Jednalo se zejména o vytipování faktorů, které u této věkové kategorie hrají významnou roli. Dostatečnou informovanost o příslušných léčivých přípravcích včetně názvu, indikace a dávky prokázalo 23,8 % nemocných, 12,7 % nemocných znalo pouze název léčivého přípravku, 26 % znalo barvu, tvar nebo počet tablet/den a 6,8 % nebylo schopno podat jedinou relevantní informaci. Mimoto 4,8 % nemocných přiznalo, že má potíže s otevřením obalu, s náležitým zacházením s pomůckami (inhalátory) apod. Méně než 1 % uvedlo, že neužilo žádný z předepsaných léků, 13,7 % nemocných přiznalo non-compliance ve smyslu vynechání dávky, nebo naopak užití více dávek, než bylo doporučeno. S nižší compliance byla spojena farmakoterapie bronchodilatancii.

Mezi významné faktory ovlivňující compliance patří lékové formy, počet a druh užívaných lékových přípravků a doba podávání. Nemocní se určité době neradi přizpůsobují (podání v nočních hodinách). Naopak nemívají problémy s užíváním léčivého přípravku kdykoliv během dne.

2.7. Lékárník a compliance nemocného

Také lékárník má důležitou úlohu - opakuje nebo zdůrazňuje doporučení lékaře a vhodným způsobem poskytuje další doplňující informace o lécích (např. jak podávat léčivý přípravek vzhledem k jídlu). Zároveň je třeba, aby rozpoznal hranice svého vlivu a respektoval potřeby a možnosti nemocného.

75

Lékárníkovi se nabízí možnost zjistit pacientovy potíže na začátku a během léčby a také preference některých léčivých přípravků. Konzultuje výběr léků při samoléčení. Svými postoji může významně přispívat ke spolupráci s nemocným, protože jeho nespornou výhodou je skutečnost, že jej nemocný může snadno a kdykoliv vyhledat. Je také na samém konci procesu spojeného s preskripcí a vydáním léčivého přípravku do rukou nemocného, a často je tak posledním zdravotnickým profesionálem, se kterým nemocný přijde do kontaktu těsně před prvním nebo dalším užitím léku.

Nicméně odhaduje se, že 10-20 % nemocných se nedostaví do lékárny s lékařským předpisem, aby vyzvedlo předepsané léky. Důvodů může být několik:

- obtížný přístup do lékárny - někdy problém pro fyzicky postižené občany
- dostupnost (otevírací hodiny) lékárny - nemocný nemá možnost vyzvednout si předepsané léky během této stanovené doby, například kvůli vlastní odlišné pracovní době
- nemocný vnímá poskytovanou farmaceutickou péči jako neplnohodnotnou - proto je důležitá pozorná péče a přátelský přístup lékárníka k nemocnému
- nedostatečně profesionální prostředí bez osobní konzultační zóny
- doba dispensace (dlouhé fronty v lékárně) - zkušenost říká, že nemocní jsou ochotni čekat hodiny u lékaře, ale nejsou ochotni čekat deset minut v lékárně

Špatný dopad mají následující postoje lékárníka:

- neposkytnutí informace nebo její omezení na zcela nezbytné minimum
- distancované, chladné chování
- kritika lékařského předpisu

Z uvedených důvodů je třeba zdůraznit, že vedení a výchova nemocných k náležitému užívání předepsaných léčivých přípravků jsou nezbytnou součástí úlohy lékárníka-konzultanta. Potřebu poradenství poskytovaného lékárníkem zdůrazňují studie, které dokumentují, že nemocní zapomínají až polovinu předchozích doporučení sdělovaných lékařem během 5 minut po opuštění ordinace (Raynor T Patient compliance/Keep taking the tablets/. National Pharmaceutical Association 1995;13-87).

Naopak lékárníkův prospěch z podporu compliance zahrnuje:

- získání spokojeného a vděčného nemocného (klienta)
- zlepšení vzájemné komunikace s nemocným
- profesní satisfakce

2.8. Způsoby zjišťování compliance

Nejpoužívanějšími metodami jsou vhodně vedené rozhovory s nemocným, lékové záznamy, stanovení hladin léčiv v tělesných tekutinách, sledování počtu spotřeby jednotlivých lékových forem a kontrola farmakoterapeutického účinku.

Získání informací od pacienta

Řada nemocných své problémy týkající se farmakoterapie spontánně nesvěřuje. Lékárník však může vytvořit takové prostředí, které nemocným dodá odvahy.

Aktivní naslouchání je velmi potřebné. Bohužel závěry studie prováděné ve Velké Británii, která tyto možné funkce farmaceutů zkoumala, dopadly v jejich neprospěch. Záznamy rozhovorů nemocných s lékárníkem odhalily mylnou představu lékárníků o příčinách vedoucích k nespokojenosti nemocných s farmakoterapií.

Aby byl lékárník schopen posoudit compliance, musí umět položit nemocnému správně formulovanou otázku. Otázky by měly být srozumitelné, chápající, zdůrazňující, že rozhovory na podobné téma jsou vedeny s většinou nemocných. Jako příklad lze uvést: „Někteří lidé zapomínají čas od času užívat své léky, popište mi Vaši zkušenost s užíváním léků.“ (Stalo se Vám někdy, že jste si lék zapomněl vzít?)

Využití záznamů nemocných

Pacientovy lékové záznamy (běžné v Kanadě - viz brožura Lékové záznamy pacienta, vydaná firmou Apotex v roce 2000) se řadí mezi základní metody hodnocení compliance. Compliance lze nepřímo posuzovat podle časového intervalu, v jakém nemocný vyžaduje léčivý přípravek. Na základě pacientových lékových záznamů je možné odvodit non-compliance zejména u nemocných:

- a) dlouhodobě léčených, kteří si přicházejí pro lék později, než odpovídá předpokládanému termínu
- b) požadujících lék naopak častěji
- c) u kterých předepisující lékař často mění léčivý přípravek podávaný pro stejnou nemoc.

Brown bag prescription evaluation program

Jedná se o edukační program, se kterým se můžeme setkat v některých zemích (Velká Británie, USA). Jde o rozbory nepoužitých léčivých přípravků vrácených do

lékáren, které provádějí lékárníci ve veřejných lékárnách ve spolupráci s praktickými lékaři. Rozbory se stávají účinnými prostředky, jež napomáhají primární péči dosáhnout optimálního farmakoterapeutického benefitu, nebo naopak identifikovat problémy a redukovat plýtvání léky na minimum. Upozorní na případy, kdy je zejména potřebná konzultace s nemocnými, především starších věkových skupin. Preventivně přispěje k redukci všech forem nesprávných jevů ve farmakoterapii, např. k zamezení předpisu a užívání duplicitních léčivých přípravků, nadměrnému užívání léků i

nedostatečnému dávkování, lékovým interakcím a nežádoucími účinkům. Podpoří schopnost nemocných zapamatovat si informace, jak užívat předepsaný léčivý přípravek.

Užívání léku a elektronické monitorování

Lékovka je vybavena mikročipem, který zaznamenává každé otevření a uzavření lékovky. Informace jsou vyhodnocovány v počítači. Výsledky umožní rozpoznat, kdy a jak často bylo podání léčivého přípravku nemocným opomenuto.

Bez těchto monitorovacích systémů je obtížné v praxi s určitostí rozpoznat, zda nemocný užívá léčivý přípravek tak, jak bylo lékařem doporučeno. Jak již bylo popsáno, někteří nemocní neužívají léky pro nežádoucí účinky, jiní si jednoduše lék zapomenou vzít. Sami jsou pak překvapeni výsledky poskytnutými prostřednictvím monitorovacích systémů, které dokazují, kolikrát byla dávka vynechána.

System byl vyzkoušen u hypertoniků (>140/90 mm Hg), kteří užívali antihipertenziva 3krát denně. Nemocní věděli, že jsou monitorováni, ale nebyli informováni o hodnotách TK. Compliance se pohybovala od 70 do 100 %. U jedné třetiny nemocných klesl diastolický TK na normální hodnoty, u dvou pětín i tlak systolický. Samotné vědomí, že jsou monitorováni, vedlo k poklesu tlaku krve.

Využití monitorovacích systémů v medicínské praxi bylo v minulosti omezeno jejich vysokou cenou. V současnosti však výrobní cena klesla. Životnost systému je dva roky.

2.9. Lékárníkova podpora compliance nemocného

Při samotné dispenzační činnosti je důležité nejen získávání informací od nemocného, ale i jejich poskytování lékárníkem. Lékárník by měl volit srozumitelná slova, podávat stejné informace jak slovem mluveným, tak psaným, čitelným a přiměřeně velkým písmem v jazyce nemocného. Opakování poskytnuté informace umožní nemocnému, aby si ji zapamatoval. Položením vhodných otázek by se měl lékárník ujistit, že nemocný radám a informacím porozuměl. V některých zemích se osvědčily tzv. drug reminder charts, individuálně psané informace ve formě karty.

Při výdeji léků by měl lékárník navázat s nemocným kontakt. Měl by zdůraznit důležitost léčby, vysvětlit, proč je compliance významná pro samotný úspěch terapie, event. demonstrovat aplikaci lékové formy a její použití.

V poskytování informací nemocnému a v podpoře spolupráce s ním je lékárník nezastupitelný. Zdrojem informací jsou také například příbalové informace, ale jejich funkce je spíše obecně vzdělávací. Kompletují podané verbální informace lékaře i lékárníka, rozhodně je však nenahrazují.

V dokumentech Mezinárodní farmaceutické federace (FIP) o Správné lékařenské praxi v Evropě se uvádí, že informace poskytnuté nemocným za účelem správného užití léků jsou životně důležité, jejich nedostatek nebo nepochopení mohou způsobit selhání farmakoterapie, popř. ohrozit zdraví pacienta.

Ve Finsku studovali dopad intervence prováděné farmaceuty, která měla za úkol monitorovat a řešit terapeutické problémy astmatiků. Nejčastěji šlo o důsledek nežádoucích účinků léků, nesnáze při zacházení s inhalátory, neužívání léků podle rady lékaře. V průměru absolvoval každý nemocný pět konzultací s lékárníkem během jednoho roku. Po absolvování těchto konzultací 60 % z nich uvedlo, že problém byl vyřešen. Většina (90 %) byla s poučením a radou farmaceuta spokojena.

Téměř čtvrtina nemocných, kteří poprvé obdrželi léky na chronické onemocnění, již po deseti dnech uvedla, že občas léčbu vynechala (pharmj.tom/Editorial/20000520/clinical/compliance.html). Po telefonickém rozhovoru, který s nimi vedl lékárník, se zjistilo, že 21 % nemocných potřebovalo více informací o lécích a jejich účincích, 9 % chtělo více instrukcí o tom, jak léky užívat, tj. o čase, kontraindikacích a vlivu potravy, a 14 % se zajímalo o nežádoucí účinky a interakce. Telefonický rozhovor mezi nemocným a lékárníkem může být vhodným prostředkem pro získání informací.

Lékárník může zlepšit léčbu nemocného konzultacemi, během kterých identifikuje a řeší problémy. Podle jedné ze studií pouze dvě procenta nemocných s artritidou, dýchacími a mentálními onemocněními konzultovala své rozhodnutí týkající se samoléčby s lékárníkem. Nemocní uvedli, že nedostali od zdravotníků dostatek informací

o léčbě.

V Kanadě jsou běžné konzultace pacienta s lékárníkem, kdy se pacient u lékárníka objedná a farmaceut odpovídá na dotazy pacienta, vysvětlí dopodrobna danou problematiku onemocnění a léčby. V některých provinciích tyto konzultace jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami.

K podpoře compliance mohou přispět i tzv. enhanced compliance programmes (ECP). Například při eradikaci *Helicobacter pylori* (Kolektiv autorů. A randomized controlled trial of an enhanced patient compliance program for helicobacter pylori therapy. Arch Intern Med 1999;159:2312-2316) byli nemocní rozděleni do dvou skupin: kontrolní skupiny a skupiny, která podstoupila výše zmíněný program. Program zahrnoval poradenství (písemné i ústní) poskytnuté farmaceutem, mini pili box, kalendář s vyznačeným dávkovacím režimem (medication calendar) a telefonický rozhovor s farmaceutem. Podle výsledků ECP program významně zvýšil compliance.

Compliance mohou pozitivně ovlivnit také dávkovače léků. Dávkovač je zařízení, ve kterém je po určitou dobu uchovávána pevná léková forma pro perorální užití. Je určen pro nemocné se sníženou schopností zapamatovat si příslušná doporučení, kteří zapomínají a pro které je dávkový režim příliš složitý. Mezi tato zařízení patří pomůcky typu Dosett a monitorovací dávkové systémy typu Nomad. Lékárník může vyplnit některý ze systémů adjustovanými léčivými přípravky, a tím užívání usnadnit. Odborných publikací na toto téma je dosud málo.

Je třeba zdůraznit, že tento způsob má i své stinné stránky. „Vzdaluje“ nemocného od aktivní účasti na léčbě. Nemocní, kteří používali tyto pomůcky, v 68 % neznali ani jeden název z takto užívaných léků. vzdalují se i lékárníkovi, a to v případě opakované preskripce a doručování systému až do domu nemocného. Tento problém se týká především zemí kde podobné služby běžně fungují (např. Anglie či Kanada). Lékárník tak v některých případech vůbec nepřijde do přímého kontaktu s nemocným, nemá možnost s ním komunikovat a zaznamenávat jeho potřeby.

3. KAZUISTIKY

Na základě lékových záznamů pacienta je možná identifikace případů non-compliance.

Dále uvedené příklady byly získány z lékových záznamů pacientů (LZP) ve veřejné lékárně v Torontu v Kanadě.

PŘÍPAD Č. 1

Diagnóza: asthma bronchiale

Lékové záznamy vedeny od: 07/01/2001

Intervence:

Na základě LZP má lékárník možnost posoudit non-compliance daného nemocného, a tak pozitivně ovlivnit kvalitu jeho života jak z krátkodobého, tak i dlouhodobého hlediska.

V tomto případě nemocný nadměrně užívá salbutamol (inhalátor) 100 µg (v dávkovém režimu 1-2 vdechy každé 4-6 hodin v případě potřeby), a tím zvyšuje riziko prevalence nežádoucích účinků. Nemocný však nedodrží správné užívání Flovent 250 (fluticasone propionate) v dávkovém režimu dva vdechy dvakrát denně, a tím snižuje efektivitu léčby, která zpětně může vést k non-compliance a následujícímu selhání farmakoterapie.

Závěr:

Se změnou názoru na patogenezi asthma bronchiale byly přijaty i nové léčebné postupy. Vedle symptomatické léčby se klade důraz také na protizánětlivou léčbu k potlačení chronického zánětu. Lékárník doporučil nemocnému užívat oba léčivé přípravky podle dávkového režimu a vysvětlil mu přínos kombinace obou léčiv i rizika nadměrného používání salbutamolu (nežádoucí účinky: třes rukou, neklid, tachykardie, závrať, pocení a cefalea). Při závažné intoxikaci může dojít až ke komorové fibrilaci, infarktu myokardu, výjimečně i k paradoxní bronchokonstrikci. Pacient instrukce pochopil a compliance se zlepšila.

PŘÍPAD Č. 2

Diagnóza: těžká deprese

Lékové záznamy vedeny od: 01/06/1998

Intervence:

Nemocnému byl předepsán Effexor XR (venlafaxine HCl) v dávkovém režimu dvě kapsle (po 37,5 mg) dvakrát denně. Nemocnému bylo vydáno 60 kapslí 20. června 2001. Nemocný si přišel vyzvednout nový recept až 10. září 2001. Na základě lékového profilu je možné usoudit na non-compliance nemocného v užívání Effexoru XR.

Závěr:

Lékárník informoval ošetřujícího lékaře o non-compliance nemocného v užívání Effexoru. Ukázalo se zároveň, že nemocný v minulosti nedodržel ani dávkový režim léků Paxil 20 (paroxetine hydrochlorid) a Paxil 30. Non-compliance nemocného tak mohla v minulosti přimět lékaře ke zvýšení dávky Paxilu 20 na Paxil 30 a posléze i ke změně předpisu Paxilu 30 na Effexor XR. Lékař požádal lékárníka, aby nemocnému Effexor XR na opakovací recept již nevydával a zároveň aby lékárník informoval o výsledku rozboru i nemocného. Byla dohodnuta návštěva lékaře u pacienta.

PŘÍPAD Č. 3

Diagnóza: manická deprese, hypertenze, diabetes mellitus II. Typu

Lékové záznamy vedeny od: 13/02/1995

Intervence:

Nemocnému byl předepsán Gen-metformin 500 mg (metformin HCl) v dávkovém režimu 1 tableta dvakrát denně. Nemocnému se pravidelně vydává na opakovací recept 60 tablet. Na základě rozboru lékového profilu lze usoudit, že nemocný užívá Gen-metformin nepravidelně.

Závěr:

Lékárník pohovořil s nemocným a zdůraznil nutnost řídit se instrukcemi předepisujícího lékaře. Očekává se zlepšení compliance.

PŘÍPAD Č. 4

Diagnóza: manická deprese, hypothyroidismus, sclerosis multiplex

Lékové záznamy vedeny od: 28/04/1995

Intervence:

Nemocné bylo předepsáno 100 tablet Thyroid 60 mg v dávkovém režimu 1 tableta každé ráno po dobu tří měsíců. Poslední opakovací recept byl vydán asi před půl rokem. Ze záznamu v lékovém profilu se zjistilo, že nemocná v minulosti neužívala pravidelně i jiné léčivé přípravky, např. Thyroid 30 mg.

Závěr:

Lékárník doporučil nemocné užívat daný léčivý přípravek pravidelně jako prevenci komplikací vyplývajících z její non-compliance. Pacientka přislíbila dodržet pokyny.

PŘÍPAD Č. 5

Diagnóza: deprese, artróza, menopauza, hypothyroidismus, migréna

Lékové záznamy vedeny od: 19/01/1996

Intervence:

Nemocné bylo předepsáno 60 tablet léčivého přípravku Vioxx 25 mg (rofecoxib) v dávkovém režimu 2 tablety denně podle potřeby. Na základě lékového profilu si nemocná vyzvedla svůj lék již před 12 dny. Vzhledem k tomu, že velikost balení by měla být postačující pro jednoměsíční léčbu, je zřejmé, že nemocná užívá více tablet než počet, který vyplývá z dávkovacího schématu. Pokud bychom předpokládali, že nemocná užívala průměrně 5 tablet denně, pak by její denní dávka rofecoxibu činila 125 mg.

Výsledky klinických studií, kdy nemocní užívali jednorázovou dávku 1 000 mg rofecoxibu anebo dávku 250 mg rofecoxibu 4krát denně po dobu 14 dnů, neprokázaly

žádné závažné známky předávkování.

Závěr:

Lékárník nemocnou upozornil na nadměrné užívání přípravku Vioxx 25 mg.

PŘÍPAD Č. 6

Diagnóza: chronická bolest (léková závislost na opiátech)

Léková alergie: kodein

Pacientovy lékové záznamy vedeny od: 12/03/1997

Intervence:

Nemocnému byl předepsán MS Contin 60 mg (morfin). Na základě lékového profilu pacienta byl stejný léčivý přípravek již před 10 dny předepsán jiným lékařem.

Závěr:

Charakter předchozích intervencí, které souvisely s častým užíváním tohoto léčivého přípravku, vedly lékárníka k podezření na lékovou závislost. Všichni předepisující lékaři poté přijali náležitá opatření, která by měla v budoucnosti nemocnému zabránit, aby dále zneužíval opiáty.

PŘÍPAD Č. 7

Diagnóza: asthma bronchiale Zdravotní stav: asthma bronchiale

Pacientovy lékové záznamy vedeny od: 28/05/1996

Intervence:

Nemocnému byl předepsán Ventodisk 400 µg (salbutamol). Na základě lékového profilu si nemocný vyzvedl Ventodisk 400 µg o týden dříve. Nemocný tak užíval Ventodisk 400 µg (120 dávek) častěji, než uváděl dávkový režim (4krát denně 1 vdech podle potřeby).

Závěr:

Lékárník nemocného poučil o zvýšeném riziku incidence nežádoucích účinků, které vyplývají z nadměrného užívání Ventodisku. Mezi tyto nežádoucí účinky patří třes rukou, neklid, tachykardie, závrať, pocení a cefalea. Při těžkém předávkování může dojít až ke komorové fibrilaci, vývoji infarktu myokardu, výjimečně i k paradoxní bronchokonstrikci.

4. ZÁVĚR

CEIOSPOLEČENSRÝ DOPAD COMPLIANCE

Teoreticky je tento fenomén velice dobře rozpracován. V širším kontextu je potřebné, aby se v blízké budoucnosti compliance stala celospolečenským úkolem a cílem (největším argumentem jsou finanční ztráty). Příkladem může v tomto směru být Velká Británie, kde se compliance zabývají z pohledu celospolečenského, a to jak instituce např. ministerstvo zdravotnictví, územní správy, jednotlivá zařízení zdravotní péče (ambulantní, nemocniční), tak i pacienti jsou aktivními účastníky.

Jsme přesvědčeni, že i v České republice se compliance a konkordance stanou nedílnou součástí běžné léčby. Za předpokladu, že by se podařilo vše zrealizovat podle zvolených standardů, je možné očekávat kromě finančních úspor také zvýšení kvality života pacientů.