

PROBLÉMY S PODÁVÁNÍM LÉKŮ VE STÁŘÍ III. - COMPLIANCE

doc. MUDr. Milan Grundmann, CSc.

Ústav klinické farmakologie FNŠP a ZSF Ostravské univerzity, Ostrava

Definice compliance a non-compliance

Pacientova compliance s lékovou terapií je definována jako rozsah dodržování předepsaného lékového režimu. Důsledkem non-compliance, tj. nedodržení správného dávkovacího schématu, může být ohrožení terapeutického výsledku. Podle různých studií byla non-compliance zaznamenána v rozmezí 10–99 %. Nejčastějšími chybami ze strany pacientů bývá vynechání léku, jeho užití ve špatné indikaci, změna dávky, času a četnosti užívání, užití nepředepsaného léku a předčasné ukončení lékové terapie (1).

Faktory ovlivňující compliance

Compliance může být ovlivněna různými faktory, jako povahou léčení, charakteristikou pacienta, typem choroby i samotným lékařem. Compliance se výrazně snižuje s množstvím podaných léků za den a s častějším dávkovacím intervalem než jedenkrát denně (2). Pacient přestává užívat léky, pokud se setká s nežádoucím účinkem léčby, i když prospěšnost léčby převyšuje nevýhody. Non-compliance nalezneme ve všech věkových skupinách. Špatná compliance u dětí bývá často výsledkem nedobré chuti nebo obtížného polykání léků, někdy může být důsledkem rozhodnutí rodičů o stavu onemocnění dítěte. U pacientů ve středním věku musí být lékař obeznámen s pacientovými zvyklostmi (jídlo, spánek, pracovní podmínky). Nemůže předepisovat lék třikrát denně s jídlem, když pacient jí dvakrát denně, nebo spí ve dne a pracuje v noci. Pacienti se často neztotožňují s léčbou asymptomatických chorob (např. hypertenze), neradi jsou dlouhodobě závislí na užívání léků (3).

Špatná compliance bývá u pacientů s těžkým psychickým postižením, např. u schizofrenie. Fyzická neschopnost může být příčinou non-compliance, i když pacienti chtějí být poctivi v užívání léků. Např. pacienti s progresivní polyartritidou nejsou schopni otevřít různé bezpečnostní uzávěry na krabičkách s léky. Pacienti často přerušují antibiotickou léčbu, když jim po dvou dnech vymizí akutní příznaky tonzilitidy. Podobně při léčbě antidepresivy dochází k přerušení léčby při výskytu nežádoucích účinků. Naopak některé choroby zlepšují compliance pacientů, jako např. užívání beta-lytik a dalších antianginóz při angině pectoris.

Lékař sice není schopen z anamnézy poznat, jaká bude pacientova compliance (2), ale pokud nedokáže vysvětlit pacientovi své rozhodnutí a léčebný režim, stává se hlavní příčinou špatné pacientovy compliance (4).

Důsledky non-compliance

Nedostatečná compliance je spojena s horšími terapeutickými výsledky u poměrně širokého spektra různých chorob, k nimž patří hypercholesterolémie, diabetes, epilepsie, infekční onemocnění, hypertenze, ischemická choroba srdeční, dokonce i stavy po orgánových transplantacích.

Non-compliance při hypertenzi může mít čtyři hlavní důsledky (5):

1. účinky po náhlém vysazení terapie (tzn. rebound fenomen po vysazení klonidinu a betalytik)
2. nadměrné účinky léku po opětovném zahájení léčby (např. pokles krevního tlaku po první dávce alfa-lytik nebo inhibitorů angiotenzin-konvertázy)
3. období bez účinného působení léku
4. zvýšené finanční náklady; metaanalýza sedmi studií v USA, zahrnující 2942 hospitalizací ukázala, že v 5,5 % byla příčinou non-compliance (6).

Zvláštnosti compliance ve stáří

Problematika compliance, snížené compliance a non-compliance v geriatrii je složitější než v ostatních klinických oborech (7). Compliance ve stáří je schopnost starého člověka pochopit, respektovat, dodržet a realizovat správné pokyny lékaře. Na všech těchto úrovních může dojít k nesouladu mezi potřebami a cíli v léčbě starého člověka. Non-compliance je úplná neschopnost starého člověka dostát podmínkám účelné a komplexní terapie. Mezi těmito dvěma hraničními stavy existují plynulé přechody, snížená compliance. V geriatrii můžeme rozlišit compliance na nefarmakologickou, farmakologickou, ambulantní, ústavní a specifickým jevem je i sociální compliance (7).

1. Nefarmakologická compliance

je schopnost správně dodržovat dietní opatření, zásady životosprávy, dostatečný pohybový režim včetně rehabilitačních cvičení. Jako příklad možno uvést stavy po cévních mozkových příhodách nebo infarktu myokardu, kde je nezbytně nutné dodržovat zásady správné životosprávy, rehabilitace atd.

2. Farmakologická compliance

je schopnost správně užívat léky předepsané lékařem. Ve stáří je často snížena z důvodů psychických a to kvalitativně i kvantitativně, např. zapomnětlivost starců při demenčním syndromu nebo při aterosklerotické cerebropatii. Také somatické postižení, např. hemiparéza, hemiplegie, extrapyramidový syndrom, vrozené nebo získané tělesné postižení provázené handicapem, vede ke snížení farmakologické compliance. Při smyslovém postižení – porucha zraku, hmatu – může být užívání léků zcela vyloučeno. Uvedená postižení jsou limitujícími faktory pro pobyt starého člověka v ambulantní nebo domácí péči. Pokud není zajištěna odborná péče náhradní, je nutno seniora umístit do ústavní péče. Hovoříme zde o compliance ambulantní a ústavní péče. Ta je v nemocnici nebo ústavu sociální péče zabezpečena odborným zdravotnickým personálem. V gerontologii pak existuje ještě sociální compliance nebo non-compliance, která nastává u rizikového starého člověka.

Tím je osamocený, ovdovělý nemocný, který nemá zajištěnu kontrolu přesného podávání a dávkování léků ze strany druhého partnera.

Obecně je vžitý názor, že compliance u starých pacientů je mnohem horší než u pacientů mladých nebo středního věku. Tento rozdíl však nebude tak výrazný, vezmeme-li v úvahu multimorbiditu a často polyfarmacii u starých lidí a tím i podstatně větší podíl na spotřebě léků.

Metody pro zlepšení compliance

Vztah lékař – pacient musí být brán jako proces instrukce a motivace pro obě strany, vedoucí ke zlepšení zdravotního stavu. Účinnost komunikace lékař-pacient je v inverzním vztahu s chybami v užívání léků. Preskripční doporučení musí obsahovat všechny detaily – jak, s čím, kdy a jak dlouho léky brát. Lékař se musí snažit o zjednodušení dávkovacího schématu, a to buď snížením počtu podání daných léků nebo sníženou frekvencí podávání. Snížení po-

čtu léků je závislé na účelné farmakoterapii s výběrem pouze zásadních léků. V případě podávání více léků je vhodné zvolit kombinace obsažené v jedné tabletě. Snížení frekvence podávání léků můžeme dosáhnout výběrem léků s delším biologickým poločasem nebo pomalým řízeným uvolňováním. Cílem by mělo být dávkování jednou denně. Compliance je též nepochybně zlepšována výchovou pacienta, která se však používá poměrně zřídka, zejména proto, že je časově náročná. Kdykoliv je to možné, musí být pacientovi poskytována vhodná informace. Při podávání informací je nezbytné zdůraznit jejich důležitost, je potřeba používat krátkých slov a jednoduchých vět, nejdůležitější aspekty je třeba neustále opakovat a doporučení pacientovi musí být specifická, detailní a konkrétní (8). Poněvadž i dobře motivovaný pacient může zapomenout, dobrou pomůckou může být „kalendářní balení“ s různými dávkovači na 1 den nebo dokonce na celý kalendářní týden.

Literatura:

1. Grundmann M.: Compliance, Klin. farmakol. farmac. 1999, 13: 3–5.
2. Pullar T., Birtwell A.J., Wiles P.G. et al: Use of a pharmacologic indicator to compare compliance with tablets prescribed to be taken once, twice, or three times daily. Clin. Pharmacol. Ther 1988, 44: 540–545.
3. Grundmann M.: Význam compliance v léčbě hypertenze, Klin. farmakol. farmac. 1999, 13: 6–9.
4. Mazzullo J.M., Lasagna L. and Griner P.F.: Variations in interpretation of prescription instructions. The need for improved prescribing habits. JAMA 1974, 227: 929–931.
5. Meredith P.A.: Therapeutic implications of drug „holidays“. Eur.Heart J., 1996, 17 (suppl. A): 21–24.
6. Sullivan S.D., Kreling D.H., Hazlet T.K.: Non-compliance with medication regimens and subsequent hospitalizations; a literature analysis and cost of hospitalization estimate. J.Res.Pharmaceutic Econ 1990, 2: 19–33.
7. Záboj Z.: Stanovisko geriatra k článku „Compliance ve stáří“, Klin.farmakol.farmac. 1999, 13: 39–41.
8. Mihal V., Kolek A., Kopřiva F.: Zvláštnosti non-compliance v pediatrii, Klin.farmakol.farmac. 1999, 13: 13–16.