

## Adherencia Tudástár 2.

# Hogyan mérhetjük a beteg-együttműködést?

*A krónikus betegségek megfelelő kezeléséhez nélkülözhetetlen a páciensek aktív együttműködése, a terápia pontos követése, betartása. Adatokkal igazolható, hogy a nem-együttműködő betegek esetében a terápiás siker elenyészően kis arányban következik be, sőt szinte bizonyos, hogy elmarad a várt eredmény. Tudván, hogy a beteg-együttműködés mértéke döntően befolyásolja a kezelés hatását, célszerűnek tűnik olyan mérési módszertan alkalmazása, amely segít egyértelmű képet alkotni arról, hogy ez a fontos tényező hogyan alakul a gyakorlatban a különböző terápiás területeken.*

### MÉRÉSI MÓDSZEREK

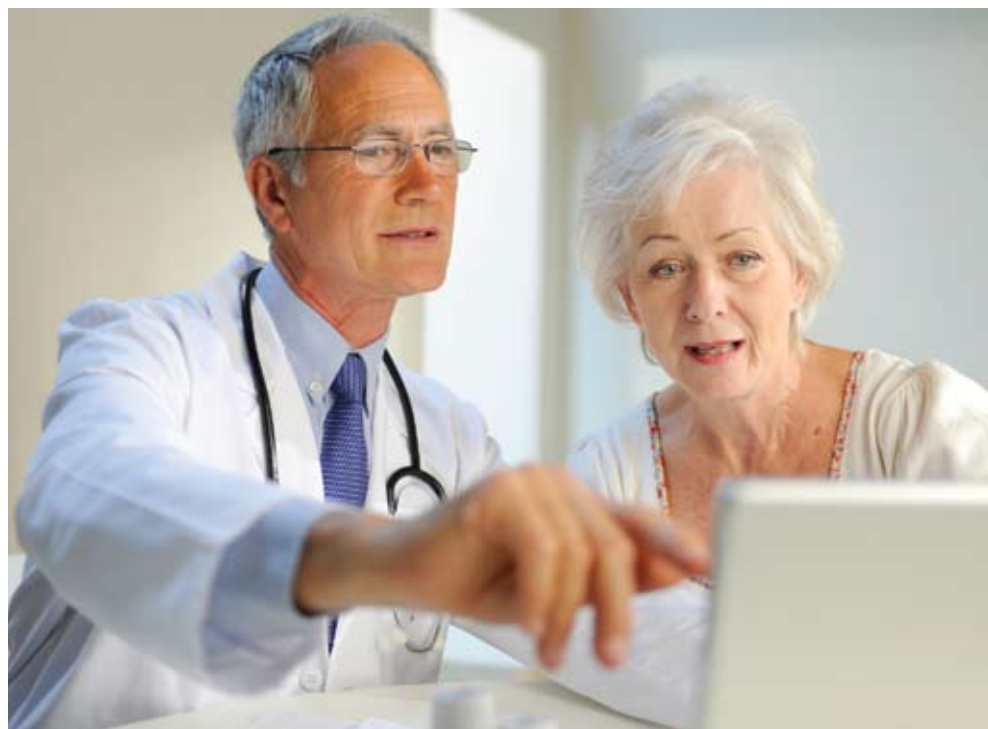
A beteg-együttműködés több aspektusát mérhetjük, így kíváncsiak lehetünk arra, hogy a páciensek milyen mértékben tartják be a gyógyszereszedési instrukciókat, megfelelő adagolási sémát követnek-e, helyes dózist szednek-e, kihagynak-e gyógyszeradagokat, illetve vizsgálhatjuk azt is, hogy a páciensek milyen időtartamon keresztül folytatják a gyógyszerek kiváltását, szedését.

A fenti kérdésekre általában négyféle módszerrel kereshetjük a válaszokat:

- monitorozhatjuk a gyógyszerek jelenlétét az emberi szervezetben,
- műszaki megoldások segítségével olyan adatokhoz juthatunk, melyek a gyógyszer bevitelére utalnak, például alkalmazhatunk különböző gyógyszeradagoló berendezéseket, intelligens blisztereket, melyek rögzítik és továbbítják, hogy a páciens mikor nyitja ki azokat,
- megkérdezhettük magát a páciensről, hogy milyenek a gyógyszereszedési szokásai,
- az egészségügyi informatikai rendszerekből kinyerhetünk a gyógyszerek felírására és kiváltására vonatkozó adatokat.

### PROSPEKTÍV TECHNIKÁK

A gyógyszerek vérszintjének monitorozására a gyakorlatban soha nem kerül sor pusztán azért, hogy információkat gyűjtsünk a beteg-együttműködés mér-



tékéről, hiszen ez egyrészt aránytalanul invazív és kockázatos megoldás, másrészt nagyszámú beteg esetén technikai megvalósítása is akadályokba ütközik. Az intelligens gyógyszeradagoló berendezések a technológia fejlődésének köszönhetően egyre megfizethetőbbek, így a közeljövőben alkalmas eszközvé válhatnak nagyobb betegpopulációk terápiahűségének nyomon követésére is. Ma azonban inkább csak kisebb be-



tegcsoportok kísérleti megfigyelésére – elsősorban a beteg-együttműködés compliance komponensének monitorozására – lehet használni ezeket a készülékeket, amelyek pontos adatokat szolgáltatnak arról, hogy a beteg megfelelő időközönként, megfelelő gyógyszeradagokat vett-e be. A technika hátránya, hogy a gyógyszeradagoló felnyitása nem bizonyítja tökéletesen a hatóanyag elfogyasztását, illetve a beteg vélhetően sokkal nagyobb figyelmet fordít a gyógyszereszedési pontosságra, ha tudatában van annak, hogy egy intelligens gyógyszeradagoló „figyeli” együttműködését, és ez torzíthatja a megfigyelés vizsgálatok eredményeit. Ez utóbbi sajátosság a mérés aspektusából hátrány, a terápia szem-

pontjából viszont inkább előny, hiszen a mérés lehetővé tétele mellett egyidejűleg erősíti a beteg-együttműködést.

### RETROSPEKTÍV ELJÁRÁSOK, BETEGATTITÚDOK

A betegek megkérdezése kézenfekvő eljárás, és számos esetben az egyetlen megvalósítható lehetőség a beteg-együttműködés mérésére. A betegek megkérdezése során mindig figyelembe kell vennünk azt a torzítást, ami az önbevallásos módszereket általában véve jellemzi. Az ilyen mérési eredmények mindig kedvezőbbek lesznek az objektív eszközökkel mért beteg-együttműködésnél, azonban a betegek megkérdezése módot ad arra is, hogy a nem együttműködő pácienseknél rá lehessen kérdezni a terápiahűség hiányának okaira. A hazai adatok szerint a koleszterinszint-csökkentőt szedő betegek 53 százaléka vallotta, hogy problémái merültek fel a rendszeres gyógyszereszedéssel, míg az objektív mérőszámok azt mutatják, hogy csupán a betegek 22 százaléka marad terápian a kezelés megkezdését követő 365. napon.

### EGÉSZSÉGÜGYI ADATOK RETROSPEKTÍV ELEMZÉSE

A modern egészségügyi rendszerek olyan komplex informatikai megoldásokat alkalmaznak, melyekből kinyerhetők a gyógyszerfelírási és gyógyszerkiváltási adatok, így kézenfekvőnek tűnik, hogy ezekből az információkból következtessünk a betegek terápiahűségére. Ezzel a módszerrel sohasem tudjuk meg, hogy a betegek bevették-e kiváltott gyógyszereiket, de azért elég pontosan közelíthetjük a tényleges gyógyszereszedési mintázatokat, ha abból indulunk ki, hogy a beteg két kiváltás között elfogyasztotta a rendelkezésére álló hatóanyag-mennyiséget. A gyógyszerkiváltási adatok elemzése során legtöbbször perzisztenciát mérünk (vagyis azt vizsgáljuk, hogy a páciensek mekkora hányada maradt a kezelésen egy bizonyos idő elteltével), és a vizsgált terápiára specifikus perzisztenciagörbéket rajzolunk fel. Nagyon fontos, hogy ezekből az adatokból egyértelmű és rekonstruálható módszerrel jussunk el a végeredményekig, mivel másként sem a terápiás területeket nem tudjuk összehasonlítani, sem a különböző publikációkban található információk nem vethetők össze egymással. Sajnálatos módon a nemzetközi szakirodalomban található perzisztenciaadatok jelentős hányada részleteiben nem publikált módszerekre épül, ami jelentősen korlátozza az eredmények összevethetőségét. Minden perzisztenciára vonatkozó információ esetén célszerű pontosan megadni az alábbi módszertani sarokpontokat:

- Mindig egyértelműen definiálni kell, hogy mit tekintünk vizsgált terápiának. Egészen más eredményt kapunk, ha a koleszterinszint-csökkentőket együttesen vizsgáljuk, mint ha csak az atorvastatin hatóanyagot, vagy azon belül egy-egy konkrét márkanévű készítményt. A legelső esetben azokat a betegeket is terápián maradónak tekintjük, akik hatóanyagot váltanak, a legutóbbi esetében viszont csupán azokat a pácienseket tartjuk perzisztensnek, akik az adott márkanévű gyógyszer mellett tartanak ki.

- Alapvető jelentőségű, hogy mit tekintünk napi dózissnak, hiszen ezzel az értékkel fogjuk megbecsülni, hogy a páciens által utoljára kiváltott gyógyszeradag hány napnyi kezelést biztosít.

A napi dózist becsülhetjük orvosszakmai alapon, meghatározva, hogy a vizsgált hatóanyagból mennyit célszerű naponta adni, de dolgozhatunk a WHO által megadott napi dózisokkal (defined daily dose, DDD) is. Mindkét megoldás statikus, és független a vizsgált betegkör tényleges gyógyszereszedési mintázatától. Ennél életszerűbb eredményre jutunk, ha megpróbáljuk a napi dózist a vizsgált populáció felhasználási adataiból levezetni. Ennek két fő módja lehet: az egyik, hogy a teljes populációban megvizsgáljuk a felírt napi dózisok (prescribed daily dose, PDD) eloszlását, és a leggyakoribb értékkel dolgozunk tovább, vagy tehetjük azt is, hogy minden egyes vizsgált páciens esetében meghatározzuk a rá jellemző saját napi dózist, és a perzisztencia számításakor ezeket használjuk. Bármelyik megoldás megfelelő eredményre vezet, alapvetően azonban, hogy az eredmények értelmezéséhez szükséges a pontos módszertan ismerete.

- Minden beteg esetében előfordulhatnak hosszabb-rövidebb „kihagyások”, így a harmadik módszertani sarokpont annak definíciója, hogy legfeljebb milyen hosszúságú terápiás szünet esetén tekintünk egy beteget terápián maradónak. A Nemzetközi Gyógyszer-gazdaságtani Társaság (International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research, ISPOR) definíciója maximum 60 napnyi kihagyást enged meg, azonban célszerű a perzisztenciagörbék megrajzolása során több ilyen ún. „grace periódus” alkalmazása mellett is vizsgálatokat végezni. Amennyiben ismerjük a perzisztenciagörbét 60–120–180 napos „grace periódus” mellett is, és a kapott perzisztenciák hasonlóak, minimálisnak tekinthetjük annak esélyét, hogy bármely jelentős torzító tényezőről megfeledeztünk a számítások során.

**Dr. Molnár Márk Péter**



Egyszerűen tudok többet adni



## Míg pihen, a PraxisPlatform dolgozik Ön helyett.

Velünk Ön elsősorban időt és elégedett pácienseket nyerhet. Ön úgy is felügyelheti páciense gyógyulását, ha közben mással foglalkozik: mi informáljuk páciensét a betegségéről és tanácsokkal segítjük, hogy könnyedén betartsa az Ön által felírt terápiát. Páciense egészségügyi adatait bármikor elérheti és akár kapcsolatba is léphet vele a PraxisPlatformon keresztül. A szolgáltatás Önnek és betegének is ingyenes. Használja ki ezt a lehetőséget, hogy páciensei még jobban érezzék az Ön gondoskodását!

powered by



[www.praxisplatform.hu](http://www.praxisplatform.hu)

06 40 630 400