

Jak zlepšit adherenci k lékovému režimu u klinicky komplexních polymorbidních seniorů? Editorial

E. Topinková

Geriatrická klinika 1. lékařské fakulty UK a VFN Praha, přednostka prof. MUDr. Eva Topinková, CSc.

Vepřeková B et al. Compliance starších nemocných s kognitivní poruchou. Vnitř Lék 2013; 59(9): 794–799.

Stárnutí české populace i populace pacientů v péči všeobecného internisty je doprovázeno rostoucí spotřebou léků a obvykle i polyfarmakoterapií. Podle údajů WHO a recentní studie ze Spojených států více než 90 % seniorů užívá alespoň 1 lék, u 81 % se jedná o léky na předpis, u 42 % o léky volně prodejné a 49 % užívá potravinové doplňky [1,2]. Tyto údaje reflektují chronickou polymorbiditu, s níž se u seniorů zejména ve věku nad 75–85 let setkáváme. Nejde však jen o prostý součet přítomných chorob především chronických kardiovaskulárních, cerebrovaskulárních, metabolických, muskuloskeletálních a psychiatrických onemocnění, ale o klinicky vzájemně se ovlivňující a podmiňující nozologické jednotky v terénu stárnoucího organismu, které dotvářejí obraz „klinicky komplexního“ („clinically complex“) geriatrického pacienta. Právě tito pacienti jsou chronickými uživateli zdravotní péče včetně chronické polyfarmakoterapie s častým výskytem závažných nežádoucích polékových reakcí.

Farmakologický management jednotlivých onemocnění se řídí mezinárodními a národními guidelines. Lékaři různých odborností předepisují staršímu pacientovi léčbu „své“ choroby, často jen s omezenou znalostí dalších léků, které nemocný užívá. K tomu přispívá nepochybně i zvyšující se výskyt

kognitivních poruch, kdy informace o užívaných lécích a komplexním lékovém režimu získaná od pacienta je nespolehlivá a ne vždy dostupná. Tato situace může vést k závažným zdravotním rizikům způsobených non-adherencí: selhání léčby, horšení funkčních schopností, nutnost opakovaných urgentních vyšetření, hospitalizací a následné zdravotně sociální péče [1].

V tomto čísle Vnitřního lékařství se autorky Vepřeková a Pokorná ve své původní práci „Compliance starších nemocných s kognitivní poruchou“ zaměřují na deklarovanou adherenci (compliance) s lékovým režimem u souboru starších pacientů průměrného věku 81 let v následné péči typu LDN v souvislosti s jejich kognitivními schopnostmi a fyzickou soběstačností [3]. Potvrzují nejen vysoký výskyt kognitivních poruch v této populaci (49 %) a očekávanou korelaci mezi kognitivním deficitem a non-compliancí (nedostatečná znalost počtu, názvů a dávek užívaných léků a jejich indikací), ale také nespolehlivost údajů poskytnutých pacientem a subjektivní „nadhodnocení“ své compliance. Pacienti s kognitivní poruchou se prezentují zdravotníkům mnohem lépe, než je realita. Proto autorky doporučují kromě standardního dotazu typu „užíváte správně všechny předepsané léky?“ (na který u kognitivně postiže-

ných pacientů dostaneme vždy odpověď „ano“) provést orientační posouzení poznávacích funkcí a podrobnější zhodnocení schopností pacienta užívat správně léky, připravit si a správně obstarat užívané léky, zhodnotit jejich žádoucí i nežádoucí účinky a včas je signalizovat lékaři. Podle autorek článku je test MMSE dostatečně citlivý pro detekci kognitivní poruchy, a tedy pro identifikaci pacientů v riziku non-compliance. Tito pacienti vyžadují specifický přístup k dosažení dostatečné compliance (zajištění dohledu a pomoci při užívání léků) a k předcházení nežádoucích efektů spojených s non-compliancí [3].

Faktory ovlivňující adherenci seniorů

Starší pojem compliance definovaný jako míra souhlasu pacientova chování s doporučením lékaře je nově nahrazen termínem adherence, který odráží také míru spolupráce pacienta, jeho zapojení do rozhodovacího procesu a následné souhlasné chování s doporučeným postupem léčby [4]. V dalším textu proto budeme užívat termín **adherence**, definované v případě lékové adherence jako 80–120% shoda v užívání doporučených léků [1,4]. Dosažení plné adherence s užíváním medicíny by však nemělo být považováno za primární cíl, je pouze prostřed-

kem k dosažení co nejlepších léčebných výsledků a maximální bezpečnosti pacienta.

Adherence starších pacientů je obecně nižší než u dospělých, ale údaje z jednotlivých studií kolísají v rozmezí 40–75 % non-adherentních pacientů. Široký rozptyl hodnot non-adherence souvisí s odlišnostmi v metodologii (odlišné definice adherence, odlišné metody jejího posouzení), studovaných populacích i nemocnosti. Přesto všechny studie potvrzují, že věk samotný není prediktivním faktorem non-adherence [1,5].

Adherence u starších pacientů je ovlivňována řadou faktorů vztahujících se k medikaci (počet léků, léková forma, komplexnost a délka léčby, výskyt nežádoucích účinků), preskribujícímu lékaři (vzdělání, postoje, časový faktor, cena) i pacientovi (závažnost choroby, komorbidita, fyziologické změny v důsledku stárnutí, zdravotní gramotnost, kognitivní a afektivní poruchy postoje a hodnotové orientace). V recentním systematickém přehledu studií Gellad et al potvrdili horší adherenci u pacientů užívajících vyšší počet léků, pacientů s vyšším stupněm komorbidit (hodnocenou Charlson Comorbidity Indexem), s horším subjektivně hodnoceným zdravotním stavem, s kognitivní poruchou, zejména s poruchou exekutivních funkcí, s nežádoucími účinky léků, s horší znalostí léčené nemoci a u pacientů s omezenou schopností obstarat si léky [5]. Podobné výsledky jsme popsali i v české seniorské populaci průměrného věku 82 let sledované v rámci mezinárodního projektu ADHOC [6]. Jako rizikové faktory non-adherence jsme našli následující: užívání 7 a více druhů léků (OR 2,2), 10 a více jednotlivých aplikací denně (OR 2,5), podávání častěji než 2krát za den (OR 2,4), problémová manipulace s léky (OR 4,6), polypragmatie déle než 5 let (OR 5,5) a příprava léků bez dohledu nebo pomoci (OR 2,8). Nejvyšší výskyt non-adherence byl zjištěn u antidepresiv (80 %), antiastmatik (68 %), fibrátů

(60 %), nesteroidních antiflogistik, vazodilatancií a antikoagulancií/antiagregancií (50 %).

Jak optimalizovat adherenci?

Přehled intervencí zlepšujících adherenci v obecné populaci publikovali recentně Vytřísalová a Češka [7]. U geriatrických pacientů metaanalýza 33 randomizovaných kontrolovaných studií (RCT) zahrnující 11 827 pacientů průměrného věku 67 let hodnotila efekt širokého spektra intervencí zaměřených na zlepšení adherence [8]. U intervenovaných pacientů došlo ke statisticky významnému zlepšení adherence (effect size – ES = 0,33; 95% CI 0,22–0,45) a zlepšení znalostí pacientů o užívané medikaci (ES = 0,48; 95% CI 0,20–0,76). Intervence však nevedly ke zlepšení výstupů péče, neovlivnily ani spotřebu zdravotních služeb. Jako účinnější se u starších nemocných ukázaly následující postupy: úprava vhodného balení a přípravy léků (např. dávkovače, individualizované balení více léků v blistru), dále byly účinné tištěné krátké instrukce pro užívání léků, nácvik pravidelného užití léků v rámci rutinních denních aktivit. Autoři uvádějí, že metaanalýza poskytuje dostatek vědeckých důkazů o metodách pro zlepšení adherence. Behaviorální intervence přináší lepší výsledky než intervence založené na prosté edukaci pacienta. Bohužel adherence byla studována v „laboratorních“ podmínkách RCT se seniory v kategorii „mladších“, obvykle s jednou nebo menším počtem léčených chorob (hypertenze, diabetes, artróza) a sledovanou adherencí k pouze malému počtu léků (medián počtu léků = 2). Proto sami autoři upozornili na relativně nízkou použitelnost vědeckých důkazů pro reálnou populaci polymorbidních seniorů vysokého věku nad 80 let s bohatou polypragmazií. Ve většině studií byla intervence prováděna farmaceuty (19 studií), lékař byl zapojen pouze v 6 ze 33 analyzovaných studií.

Topinková et al (2012) publikovali přehled RCT studií hodnotících adhe-

renci u starších pacientů s polymorbiditou (> 3 choroby) a vícečetnou medikací (> 3–4 léky) [4]. Ve všech 9 studiích byla prováděna komplexnější multimodální intervence obvykle kombinující kognitivní (verbální nebo písemná informace) a behaviorální přístupy. Jako přínosné pro zlepšení adherence se ukázaly tyto postupy: podrobné komplexní zhodnocení lékového režimu tzv. „medication review“ lékařem nebo farmaceutem a jeho zjednodušení, individualizovaná edukace pacienta kombinovaná s nástroji „připomínajícími“ užívání léku/ů, např. s pomůckami formou dávkovačů, a dlouhodobější vedení pacienta a opakované návštěvy pacienta zaměřené na lékovou adherenci [4].

Celkově lze shrnout, že většina studií zaměřených na zlepšování adherence v užívání léků se zaměřuje na „technickou“ stránku věci. Jednak sleduje adherenci jako hlavní cílový parametr, pouze výjimečně se zaměřuje na sledování zdravotních dopadů (non)-adherence, jako např. zdravotního stavu, soběstačnosti, kvality života a nákladů na zdravotní služby. Ověřované intervence se výrazně zaměřují na lékovou (farmaceutickou) stránku problému. Nedostačující pozornost je věnována psychosociálním aspektům adherence, jako např. postojovým a hodnotovým orientacím pacienta, strategiím zvládání problému a vyrovnávání se danou situací, sociálním aspektům, jako jsou dostupnost, znalosti a spolupráce pečovatele, motivace pacienta. Současný výzkum v této oblasti zůstává převážně v rukou (klinických) farmaceutů. Je třeba rozvíjet zájem lékařů o tuto problematiku, spolupráci s klinickými farmaceuty a klinický výzkum v této oblasti.

Adherence u pacientů s kognitivní poruchou a demencí

Správné užívání medikace vyžaduje komplexní kognitivní dovednosti zahrnující obstarání si předepsané medikace, porozumění instrukcím o jejím užívání, užívání správné medikace

a dávky ve správnou denní dobu, spojení užívání léku s denní rutinou (např. po snídani), plánování návštěv lékaře k doplnění využívané medikace, posouzení efektu léčby, řešení situace při vynechání dávky nebo užití většího počtu dávek apod. Tyto činnosti vyžadují neporušenou paměť, myšlení, řečové funkce, konstrukční praxi a exekutivní funkce. Proto i mírné kognitivní poruchy a demence významně zhoršují adherenci pacientů. Tito pacienti vyžadují zvýšenou pozornost k zajištění správného lékového režimu. Evidence o metodách, které jsou efektivní, je velmi sporá a je založena na několika málo studiích [9].

V klinické praxi se však stále potýkáme s problémem rozpoznání kognitivní poruchy i již klinicky vyjádřené demence, které mohou být lékařem v rámci krátké kontrolní nebo cílené návštěvy lehce přehlédnuty. Mnozí pacienti s kognitivní poruchou, a to i střední závažnosti, mohou být schopni uspokojivé konverzace a bez provedení alespoň krátkého screeningu není kognitivní porucha diagnostikována. Prvním krokem pro zlepšení adherence a účinnosti léčby je podrobná léková anamnéza, umožňující odhalit nesrovnalosti a nedostatky v informaci poskytnuté pacientem. Krátký screening kognitivních funkcí (vybavení fiktivní adresy, test kreslení hodin) či provedení podrobnějšího zhodnocení s použitím standardizovaného MMSE testu umožní odhalit přítomnost a závažnost kognitivní poruchy (a odeslat pacienta k dalšímu vyšetření specialistou). V rámci odbornosti vnitřního lékařství pak doporučujeme uplatnit strategie zlepšující adherenci – objektivizovat údaje o užívané medikaci od praktického lékaře, rodinného pečovatele nebo agentury domácí péče, snaha o maximální zjednodušení lékového režimu (minimum léků, optimálně podání 1krát denně), využití dávkovačů, zajištění podávání léků rodinným nebo profesionálním pečovatelem apod.

Vzhledem k častým chybám v užívání medikace v seniorské populaci dpo-

Tab. 1. Položky zahrnuté ve standardizovaných testech pro hodnocení schopnosti pacienta samostatně užívat léky.

Instrument/hodnocené dovednosti	DRUGS	Med-MaIDE	MMAA	MAT
identifikovat léky jakýmkoli způsobem	✓		✓	✓
otevřít lahvičku se šroubovacím uzávěrem	✓	✓	✓	✓
otevřít lahvičku s dětskou pojistkou	✓	✓		
vyndat z lahvičky správnou dávku léku	✓	✓	✓	✓
vyjmout dávku léku z blistru	✓	✓		
vyjmout dávku léku z dávkovače		✓		
rozpálit tabletu		✓		
nalít si sklenici vody, polknout a zapít tabletu		✓		
odměřit dávku tekuté medikace (odměrku)		✓		
připravit injekci (např. inzulinu)		✓		
porozumět dodatečné instrukci (např. přečíst a vysvětlit podání léku s jídlem/tekutinou)			✓	
připravit léky na 24 hod podle denního rozpisu ráno–poledne–večer	✓			
připravit medikaci dle rozpisu na 1 podání (např. ranní)	✓			
připravit léky na 24 hod do dávkovače			✓	✓
zapsat/vyjmenovat všechny vlastní užívané léky		✓		
popsat indikace a dávkování vlastní medikace		✓		
paměť/vybavení informace		✓	✓	
znalost termínu, kdy je třeba nového předpisu vlastní (chronické) medikace		✓		
schopnost dojít k lékaři a do lékárny		✓		
časový limit, zhodnocení času k vykonání			✓	✓

DRUGS – Drug Regimen Unassisted Grading Scale, MAT – Medication Administration Test, MedMaIDE – Medication Management Instrument for Deficiencies in the Elderly, MMAA – Medication Management Ability Assessment

ručujeme také jednoduché zhodnocení schopnosti pacienta užívat samostatně medikaci. Zejména pro pacienty s mírnou kognitivní poruchou nebo lehkou formou demence je vhodné zhodnocení založené na pozorování pacienta, nespokojit se pouze se subjektivně hodnocenou mírou adherence nemocným. Optimální je vyšetření geriatrem, a to zejména u pacientů s komplikovaným lékovým režimem nebo podezřením na non-adherenci. Geriatr v rámci komplexního geriatrického hodnocení ob-

vykle kromě zhodnocení zdravotního stavu a geriatrických syndromů a rizik provádí i hodnocení soběstačnosti, kognitivních a afektivních funkcí a sociální situace. Posouzení medikace a schopností pacienta medikaci samostatně užívat je součástí instrumentálních ADL (vyjádřené pouze 1 položkou). Zkušený internista v ambulanci i u lůžka u geriatrických pacientů provádí rozšířenou podrobnější lékovou anamnézu. K podrobnějšímu zhodnocení schopnosti pacienta obstarat „lékový man-

agement“ („medication management“) se v zahraničí užívají standardizované testy, které však u nás nebyly formálně ověřovány ani validizovány.

Pro příklad uvádím v tab. 1 nejčastěji užívané testy včetně dovedností, které jsou v rámci nich hodnocené. Nejčastěji užívaný nástroj pro posouzení je DRUGS (Drug Regimen Unassisted Grading Scale) a dále MedMalDE (Medication Management Instrument for Deficiencies in the Elderly), MMAA (Medication Management Ability Assessment) a MAT (Medication Administration Test) [4]. Tyto testy používají buď vlastní medikaci pacienta, nebo simulovanou medikaci. Jsou časově náročnější, 15–30 min, jsou většinou určeny pro klinické farmaceuty a pouze některé z nich byly validizovány a pilotovány na větších souborech starších pacientů. V současné době probíhá pilotní projekt na Geriatrické klinice v Praze. Jedna z novějších studií popisuje zkušenosti s použitím těchto testů, které u hospitalizovaných seniorů umožnily rozpoznat problémové oblasti v samostatném užívání léků a zahájit nácvik problémových činností ještě za hospitalizace před plánovaným propuštěním. Bylo dosaženo zlepšení

schopností pacienta pro management své medikace a došlo ke zlepšení adherence pacienta po propuštění [10].

Závěr

Komplexní geriatrický pacient s polyfarmakoterapií vyžaduje komplexní přístup i s ohledem na zhodnocení adherence s lékovým režimem, objektivní posouzení schopností pacienta zvládat lékový management včetně jeho ochoty a motivace. Jako klíčové se jeví posouzení kognitivních schopností a soběstačnosti, preferujeme použití standardizovaných škál, např. MMSE (použití vázáno licenční smlouvou s poplatkem za jeho provedení). Alternativně lze dle našich zkušeností využít i MoCa (Montreal Cognitive Assessment), i když jeho validitu je třeba ověřit v českém prostředí. V případě problémů s dodržováním lékového režimu (non-adherencí) pak jsou dostatečné vědecké důkazy o efektivitě některých intervenčních postupů.

Literatura

1. World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, WHO 2003.
2. Campbell NL, Boustan MA, Skopelja EN et al. Medication adherence in older adults with cognitive impairment: A systematic evidence-based

review. Am J Geriatr Pharmacother 2012; 10: 165–177.

3. Vepřeková A, Pokorná A. Compliance starších nemocných s kognitivní poruchou. Vnitř Lék 2013; 59: 794–799.

4. Topinková E, Baeyens JP, Michel JP et al. Evidence-based strategies for the optimization of pharmacotherapy in older people. Drugs Aging 2012; 29: 477–494.

5. Gellad WF, Grenard JL, Marcum ZA. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: Looking beyond cost and regimen complexity. Am J Geriatr Pharmacother 2011; 9: 11–23.

6. Topinková E, Fialová D, Carpenter GI et al. Mezinárodní srovnání lékové compliance a faktorů ovlivňujících non-complianci u seniorů s polyfarmakoterapií. Čas Lék Česk 2006; 145: 726–732.

7. Vytřisalová M, Česka R. Jak podpořit adherenci k farmakologické léčbě. Remedia 2009; 19: 246–250.

8. Conn VS, Hafdaal AR, Cooper PS et al. Interventions to improve medication adherence among older adults: meta-analysis of adherence outcomes among randomized controlled trials. Gerontologist 2009; 49: 447–462.

9. Arlt S, Lindner R, Rösler A et al. Adherence to medication in patients with dementia: predictors and strategies for improvement. Drugs Aging 2008; 25: 1033–1047.

10. Lam P, Elliot RA, George J. Impact of a self-administration of medications programme on elderly in patients' competence to manage medications: a pilot study. J Clin Pharm Ther 2011; 36: 80–86.

prof. MUDr. Eva Topinková, CSc.

www.vfn.cz

e-mail: Eva.Topinkova@vfn.cz

Doručeno do redakce: 20. 8. 2013

www.csgh.info