

Význam adherence v léčbě atopické dermatitidy

MUDr. Miroslav Kobsa, MBA

Nemocnice s poliklinikou Nový Jičín, a. s. – ambulance pro atopický ekzém

Atopická dermatitida patří k velmi rozšířeným onemocnění, postihující každou věkovou kategorii. Na úspěšném léčení má podstatný podíl, kromě správně zvolené terapie, i dostatečná míra navozené spolupráce pacienta. Zkušenosti ukazují, že pouze polovina pacientů plní doporučení lékaře dostatečně. Ochota pacienta plnit pokyny lékaře se může odehrávat v několika rovinách. Nejvyšší formou je adherence, která zaručuje nejvyšší stupeň shody mezi lékařem a jeho pacientem. Neochota spolupracovat snižuje léčebný výsledek a zvyšuje náklady zbytečnou změnou medikace a ordinováním dalších zbytečných vyšetření. Autor shrnuje svůj pohled na nutné kroky v tomto směru.

Klíčová slova: atopická dermatitida, adherence, compliance, perzistence, Scoring Atopic Dermatitis index.

Importance of adherence in treating atopic dermatitis

Atopic dermatitis is a very widespread disease affecting each age category. In addition to choosing the right therapy, establishing an adequate degree of patient compliance plays a substantial role in successful treatment. Experience shows that only half of patients comply with the physician's recommendations. A patient's willingness to follow the physician's instructions can occur on several levels. The highest form is adherence which guarantees the highest degree of agreement between physician and patient. Failure to cooperate reduces the therapeutic outcome and increases the costs due to unnecessary medication change and ordering further needless tests. The author summarizes his view of the necessary steps in this respect.

Key words: atopic dermatitis, adherence, compliance, persistence, Scoring Atopic Dermatitis index.

Úvod

Dvě strany jedné mince. Asi k tomuto se dal přirovnat stav, kdy lékař na jedné straně a pacient na druhé mají tvořit co nejlepší výsledek. Obě dvě strany potřebují dostatek informací, protože kdo je dobře informovaný, dokáže se lépe rozhodovat, nebo v případě pacienta lépe spolupracovat. Určitě jsou dnes lidé o medicíně informovanější, konec konců informační technologie k tomu přímo vybízí. Pacient získává ale souběžně i protichůdné informace, názor má obvodní lékař, názor má specialista, názor má rodina, známí, je spousta „odborníků“ na nejrůznějších internetových portálech. Otázkou zůstává, zda lidé dokáží tyto informace správně třídit a hlavně oddělovat dobré od špatných. Jak vlastně pacienti vnímají naše doporučení, jak jsou ochotni je realizovat? To jsou otázky,

které musí stále častěji zaměstnávat naše úvahy. Špičková práce lékaře prostě potřebuje i špičkovou spolupráci pacienta. A to vše je zakleto v pojmu adherence.

Adherence obecně

Názor světové zdravotnické organizace je alarmující. Až v polovině případů není spolupráce pacienta dostatečná. Nonadherence jde napříč spektrem zdravotních poruch, jde o dynamický proces, do kterého vstupuje celá řada faktorů a je mimo jiné dokladem, jak ohromně pestrý je pacient a jak obtížně se hledají univerzální cesty. Nonadherence má důsledky nejen zdravotní, ale i ekonomické a sociální. Zdravotní spočívají především v nedosažení léčebného cíle. U ekonomických je to prodražování léčebného procesu, sociální

indukují zvýšenou potřebu sociálních a asistenních služeb, zvýšené nároky na rodiny pacientů. Typickou skupinou s těmito znaky jsou pacienti s chronickou poruchou zdraví a potřebou chronické péče.

Na druhou stranu intenzivnější zájem o adherence vede pozitivně k větší individualizaci péče, se kterou jde ruku v ruce i větší odpovědnost pacienta a navyšování jeho aktivní role v procesu léčby. Z pohledu lékaře je pohled na spolupráci pacienta asi jednotný. Ze strany pacienta ale již nikoliv. Stále více lidí začíná používat internet jako primární zdroj informací, ale filtrovat správné a relevantní informace od těch nesprávných, zavádějících či matoucích umí z laické veřejnosti málokdo. V tomto prostředí se prostě za odborníka prohlásí i učiněný laik. Pak jakoby magickým kouzlem se informace zobrazená na monitoru stává falešně pravdivou. Chybí



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Miroslav Kobsa MBA, miroslav.kobsa@nnj.agel.cz
Dětské oddělení Nemocnice Nový Jičín, a.s.
Purkyňova 2138/16, 741 01 Nový Jičín

Převzato z: Dermatol. praxi 2018; 12(3): 108–110

kontrolní autorita, což může mít někdy i fatální následky. Špatná informace má stejný dopad jako chybně zvolená léčba. Snad jedinou obranou proti špatným informacím je počítat s nimi.

Základní pojmy

Principy chování pacienta jsou stejné u všech okruhů onemocnění, platí tedy samozřejmě i pro pacienty s atopickou dermatitidou. Vztah pacienta k léčbě je vymezen 4 základními pojmy:

- compliance, non-compliance
- perzistence, non-perzistence
- konkordance
- adherence, non-adherence

Compliance, non-compliance

Moderní použití termínu compliance můžeme zasadit do 60. a 70. let minulého století, ale zcela jistě s jeho obsahem pracovali i lékaři dávnořek. Jedná se o soulad chování pacienta s názorem lékaře.

Zásadní otázkou je, zda se jedná u pacienta o pasivní nebo aktivní přístup, prosté podřízení se lékařské autoritě nebo vznik určitého partnerství. Pacient v rámci compliance má několik možností od plné akceptace lékaře po stav, kdy si sám determinuje prostor pro svoje chování tak, aby pokud možno došlo k naplnění cíle. Převažování prvku aktivity pacienta je pak v 80. a 90. letech stavebním kamenem ke vzniku pojmu adherence.

Názory na rozdílnost pojmů compliance a adherence nejsou jednotné, v pojetí některých autorů se vlastně jedná pouze o synonyma téhož. Pro naši potřebu tedy budeme chápat compliance více jako pasivní roli a adherenci více jako aktivní roli pacienta.

Perzistence, non perzistence

Bývá téměř výsadním problémem pacientů s chronickými onemocněními. Jedná se o kvantifikující prvek doby, po kterou je pacient ochoten nebo schopen realizovat doporučení či konkrétní terapeutický postup.

Co je ale vlastně non-perzistence. Je to již několikadenní přerušení léčby nebo občasné vypuštění dávky? Určitě ne, pokud za tímto přerušením je znovu návrat k původnímu.

Konkordance

Pojem konkordance uvádíme spíše jen na doplnění. Je vyjádřením aktivního prvku pacienta, takže ve zkratce bychom mohli říci, že popi-

sovaná aktivní role pacienta v rámci adherence je charakterizována právě pomocí konkordance. „Konkordantní“ pacient má dostatečné množství validních informací o své nemoci a léčbě, které používá pro své rozhodování. Alespoň takto vymezila pojem Britská královská farmaceutická společnost v 90. letech.

Adherence v současném pojetí

Začneme od definice Světové zdravotnické organizace z roku 2003. V její interpretaci je adherence rozsah, ve kterém se chování pacienta shoduje s názorem lékaře. Ať už se jedná o užívání léků, celkový režim, stravování, rehabilitaci a jiné. Nejedná se ale úplně o rovnocenný stav, řídící role lékaře je přeci jen nutná ke zdárnému završení léčebného procesu.

Další, zatím poslední koncept adherence stanovila 13. výroční konference ESPACOMP (European Society of Patient Adherence, Compliance, and Perzistence – 2009 Velká Británie).

Ta vymezila tři základní pilíře:

- adherence k léčivům
- management adherence
- obory související s adherencí

Klíčovou roli hraje první pilíř. Nonadherentní chování je prezentováno pozdním zahájením léčby, nezahájením léčby, nedodržováním nastaveného dávkového režimu, předčasným přerušením léčby.

Druhý pilíř obsahuje:

- soubor procesů sledování a podpory adherence
- dosažení racionální terapie
- aktivity zdravotnických subjektů, zdravotníků, pacientů, sociálních systémů, rodiny

Třetí pilíř představuje:

- obory související s adherencí
- medicína a farmacie
- zdravotnická psychologie
- farmakoinformatika
- ekonomika poskytování péče
- ošetřovatelství

Zastavme se u klíčového problému – non-adherence léčiv. V zásadě vidíme buď použití nesprávného množství léků, nebo jejich nesprávné užití. Nesprávné množství léčiva je velmi pestrobarevné. Vidíme zde stavy úplného odmítnutí, předčasného ukončení užívání, vynecháva-

ní jednotlivých dávek, tzv. „lékové prázdniny“ nebo tzv. „white coat compliance“, kdy pacient užívá léky až před kontrolní návštěvou u lékaře. Nesprávné způsoby použití jsou rovněž mnohotvárné. Vztah ke stravě, k denní době, nesprávná technika aplikace (inhalační a injekční lékové formy, lokální preparáty), nevhodná manipulace s lékem (drcení retardovaných tablet, uchovávání za nestandardních podmínek – teplota, vlhkost), nevhodná kombinace s volně prodejnými léčivy a potravinovými doplňky. Sklony k takovému modelu chování mají především pacienti chroničtí s poměrně asymptomatickým průběhem svého onemocnění. Riziková v tomto směru jsou i psychiatrická onemocnění.

Důsledky lékové non-adherence jsou jasné: špatný léčebný výsledek = chybné následné rozhodnutí a tím další špatný léčebný výsledek + zvýšené náklady + další frustrace pacienta. Chyby nebývají výhradně na straně pacienta. Musíme se snažit při výběru preparátu o dobře tolerované léčivo, dávkovat 1x max. 2x denně, respektovat preferovanou generiku.

Lze adherenci vůbec měřit? Neexistuje zlatý standard pro měření adherence, pouze řada metod, které dělíme na přímé a nepřímé. Mezi přímé patří třeba stanovení koncentrace léčebné látky nebo metabolitů v tělesných tekutinách – málokdy proveditelné v běžné praxi. Ve vztahu k atopické dermatitidě bohužel prakticky neexistuje monitoring lokálních léčiv, zejména dermatologik. Nepřímé metody jsou četnější – výpověď pacienta, evidence předepsaných dávek, monitoring klinických výstupů. Výpověď pacienta je poměrně levný a přesný nástroj, snadno aplikovatelný. Používáme dotazníky, patientské deníky, formu řízeného rozhovoru. Musíme ale počítat s tím, že pacient může mít snahu buď o nadhodnocení: „chci se ukázat v lepším světle“ nebo o podhodnocení: „chci získat větší zájem o sebe“.

Dotazníkové nástroje mohou dnes přecházet od čistě papírové formy k formám elektronickým, což zjednodušuje jejich využití. Je možno využít dotazníky primárně obecné, například - Morisky Medication Adherence Scale – MMAS- 4, MMAS-8. Prvotní 4otázková varianta byla původně konstruována pro monitoring non-adherence antihypertenziv. Zde v roce 2008 došlo k rozšíření o další 4 otázky zaměřené na chování pacienta (1). /Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity

of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986 Jan; 24(1): 67–74. /

Z oborově orientovaných dotazníků se podívejme na vhodné pro pacienty s atopickou dermatitidou:

- Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD) index
- Basic Clinical Scoring System (BCSS)
- Eczema Area and Severity Index (EASI)

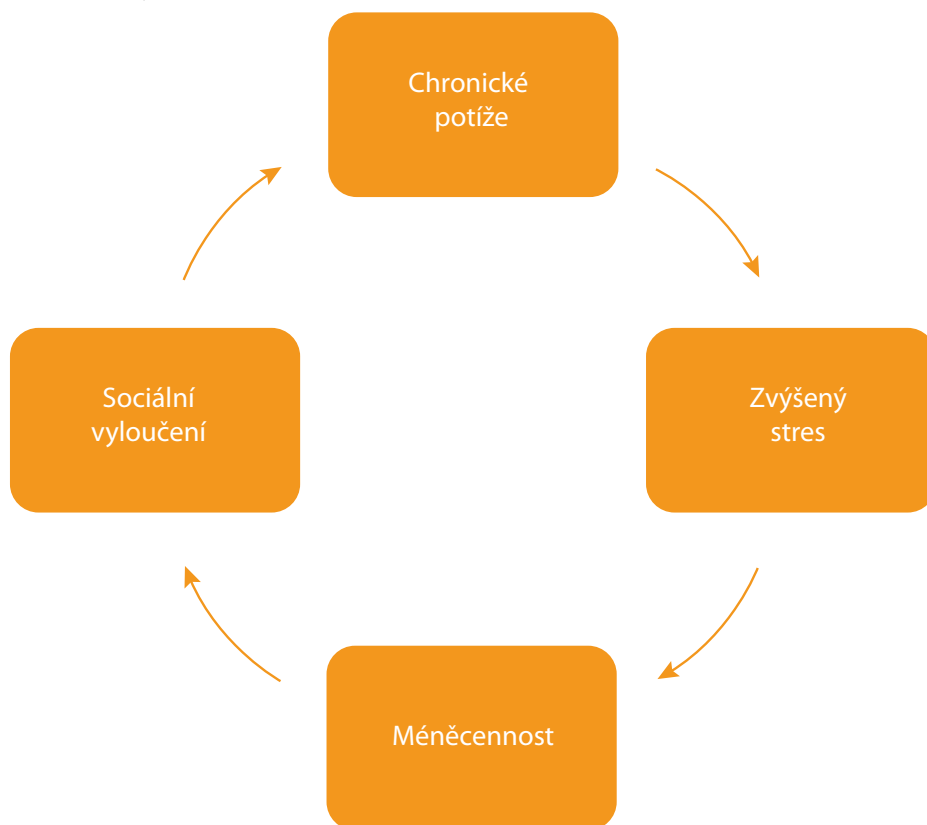
Každý z těchto dotazníků má svoje přednosti, rozhodně nejsou mezi sebou kombinovatelné. Pozitivem pro SCORAD je doplnění dobře fungující mobilní aplikací v české mutaci s možností zasílání výstupů ve formátu PDF i s připojením fotodokumentace. Zajímavá je i automatická tvorba historie výsledků.

Již jsme konstatovali, adherence a nonadherence je především problém chronických onemocnění a zde je atopická dermatitida jedním z klasických příkladů. Pacienti s atopickou dermatitidou jsou svým způsobem typičtí. Jací tedy vlastně jsou? Jejich situace se dá přirovnat k bludnému kruhu, kde se potencují 4 základní faktory (Obr. 1).

Z těchto faktorů vychází různé preference k výsledkům léčby. Jsou odlišné u mužů a žen, jsou odlišné u dětí a jejich rodičů. Pochopení těchto preferencí bývá klíčem k možnému terapeutickému úspěchu. Navození odpovídající adherence komplikuje fakt, že terapie bývá často provázena neúspěchy, málokdy se jedná o monoterapii a na výsledky terapie se poměrně dlouho čeká. Navíc naši pacienti mají různý sociální profil. Vlastní kolaps adherence nemusí být způsoben chybnou léčbou, chybná může být správná interpretace léčby. Do hry vstupují i silné vlivy okolí – rodina, známí, internet, profesní prostředí.

Máme bohužel poměrně málo odborných zdrojů s touto tematikou. Podrobně se tím zabývala studie *Interventions to Increase Treatment Adherence in Pediatric Atopic Dermatitis: A Systematic Review* - Alexandria M. Bass a spoluautoři. Autoři zde potvrzují, že odborná literatura, která se váže k tématu, je velmi chudá. Bylo nalezeno pouze několik validních článků za období 1984–2014, což je zoufale málo. Je to silný apel na zvýšení odborného zájmu o tento segment péče a větší publikační aktivitu.

Obr. 1. Bludný kruh pacientů s atopickou dermatitidou



Jaké jsou cesty vpřed

V otázkách nastavení kompletní terapie nebyvají problémy, postupy a výběr preparátů má svou standardizaci. Jak ale pacienta zapojit plně do procesu? Rork a kol. studovali s velmi dobrým výsledkem použití tzv. písemných akčních plánů ekzému (EAP) (3). Principem je souhrn podrobných pokynů k provádění denní péče. Zvýšil se tak komfort vedení léčby, což posílilo adherentní chování. Moore et al (4) preferují ve své práci tzv. patientské workshopy. Jsou organizovány obvykle odborným personálem dermatologických oddělení. Při monitorování výsledků pomocí SCORAD indexu došlo ke zřetelnému zlepšení stavu u významného počtu pacientů ve studii. Chinn a kol. (5) naopak prokázali, že jednorázová konzultace nebo poučení u specializované dermatologické sestry v trvání 30 minut mělo jen minimální vliv na výsledky léčby. A to je bohužel stav, ve kterém se nachází asi část nejen českých pacientů s atopickou dermatitidou. To, co nám zdá se chybí, je větší edukace dermatologických pracovišť v tomto směru. Určitou chybu lze vidět i v přístupu zdravotních pojišťoven, které by měly zohledňovat vysokou časovou náročnost edukačních procesů. Je potřeba je přesvědčit, že ve výsledku mohou očekávat i určité zlevnění

léčby vyloučením duplicitních přístupů a chybne nastavených léčebných schémat. Obecně ke škodě pacientů nebudujeme ani dostatečné vědomí o závažnosti onemocnění atopickou dermatitidou a jejím vlivu na kvalitu života. Vždyť ti pacienti mají pro někoho „jen ekzém“.

Jaké je tedy shrnutí cesty k dobré adherenci pacientů s atopickou dermatitidou

- péče musí být komplexní a včasná, zapojení více odborností je žádoucí, potřeba koordinátora léčby nutností
- musí existovat vysoká shoda mezi názory lékaře a pacienta
- předpis léků a ordinace vyšetření je pouhou součástí léčby
- musí existovat celý systém léčebné podpory a dostatek kvalifikovaných pracovníků

Kromě nových léčiv jsou zde tedy i nové role pro zdravotníky. Neměli bychom být mentory, ale potřebujeme si osvojit více koučinkového přístupu – způsob taktního a ohleduplného ovlivňování. Koučink je především „cestou k něčemu“ a pracuje primárně s motivací pacienta. Pracuje s jeho silnými stránkami, je ztotožněn s cestou, kterou si pacient vybral, žádná otázka pacienta pro něj není hloupá nebo špatná.

LITERATURA

1. /Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986 Jan;24(1):67-74. /
2. Bass AM, Anderson KL, Feldman SR. Interventions to Increase Treatment Adherence in Pediatric Atopic Dermatitis: A Systematic Review J Clin Med. 2015 Feb; 4(2): 231–242. Alexandria M. Bass a spoluautoři
3. Rork JF, Sheehan WJ, Gaffin JM, Timmons KG, Sidbury R., Schneider LC, Phipatanakul W. Parental response to written eczema action plans in children with eczema. Arch. Dermatol. 2012; 148 :391–392.
4. Moore EJ, Williams A., Manias E., Varigos G., Donath S. Eczema workshops reduce severity of childhood atopic eczema. Australas. J. Dermatol. 2009; 50: 100–106.
5. Chinn DJ, Poyner T, Sibley G. Randomized controlled trial of a single dermatology nurse consultation in primary care on the quality of life of children with atopic eczema. Br. J. Dermatol. 2002; 146: 432–439.