

Adherencia – a betegek terápiás együttműködésének javítási lehetőségei

Lektor: Dr. Hankó Zoltán, Dr. Somogyi Orsolya

2019.08.01.

Tartalom

Vezetői összefoglaló.....	4
Bevezető.....	16
1. A beteg-együtműködésről általánosságban.....	21
1.1 Definíció és koncepcionális keretek.....	22
1.1.1 Compliance.....	22
1.1.2 Adherencia.....	23
1.1.3 Non-adherencia és non-compliance	25
1.1.4 Konkordancia	25
1.1.5 Perzisztencia.....	26
1.1.6 A fogalmak kapcsolódása.....	26
1.2 A beteg-együtműködés szerepe az eredményesség, hatásosság, hatékonyság területén.....	27
1.3 A beteg-együtműködés hiányának főbb okai és következmények.....	29
2. Az együtműködést befolyásoló tényezők, potenciális előrejelzők.....	32
2.1 Általános tényezők.....	32
2.2 Magatartási modellek	39
2.3 Az egészségnevelés és egészségkultúra fogalma, mint a beteg-együtműködést befolyásoló tényező és módszer.....	42
3. Az adherencia támogatása során használható gyakorlati eszközök, beavatkozások.....	44
3.1 A beteg-együtműködés mérése	44
3.1.1 Direkt és indirekt mérési módszerek	45
3.1.2 Prospektív és retrospektív mérések	46
3.1.3 További csoportosítási lehetőség.....	47
3.4 A mérési technikák mérőszámai.....	48

3.5 Kérdőív.....	49
3.6 További példa az életmódváltás nyomon követésére, mérésére.....	49
3.7 Adherencia javítását célzó beavatkozások	50
3.7.1 Az egészségügyi szakemberek szemléletformálása	50
3.7.2 A páciensek lehetséges beteg-együttműködést ösztönző eszközei.....	51
4. Lehetséges beavatkozási szintek és módok.....	62
4.1 Rendszerszintű megközelítés	62
4.2 Betegellátási szint.....	63
5. Egyénre szabott beavatkozási lehetőségek.....	65
5.1 Betegek bevonása az előírt kezelésre vonatkozó döntésekben és az adherencia támogatása.....	65
5.2 Probléma alapú megközelítés	72
6. Az alapellátás szervezeti keretei között megvalósítható lehetséges programelemek	0
6.1 Beteg-együttműködést javító stratégiák, eszközök csoportos/szervezett adherencia program esetén.....	0
6.2 Főbb krónikus betegségcsoportok mentén képezhető stratégiák.....	2
6.2.1 Kardiovaszkuláris megbetegedések.....	2
6.2.2 Multimorbiditás és idős/idősödő korosztály.....	8
6.2.3 További, beteg-együttműködés szempontjából meghatározó krónikus betegségek.....	11
6.3 Stakeholderek és szerepkörök és lehetséges startégiák	23
6.3.1 Alapellátásban dolgozó egészségügyi szakemberek szerepe	23
7. Célzott terápiamenedzsment programok tervezési keretei	31
7.1 Elérni kívánt célok meghatározása a beteg-együttműködés javításán belül.....	31
7.2 Tervezés	32
7.3 Felkészülés	33
7.4 Program indítása és működtetése	34
7.5 Beteg-együttműködést támogató programok monitorozása	35

8. A beteg együttműködését javító stratégiák megvalósítása hazánkban és külföldön	38
8.1 Hazai feltételek.....	38
8.2 Hazai kezdeményezések.....	42
8.2.1 A kezdetek - Praxisplatform.....	42
8.2.2 Egészségfejlesztési Irodák.....	43
8.2.3 Praxisközösségek (Svájci program, EFOP 1.8.2/VEKOP 7.2.3)	45
8.2.4 VM.Komm	46
8.2.5 A jövő - Gyógyszereim 5xM és a gyógyszerészek szerepe.....	47
8.2.6 A jövő - Három generációval az egészségért program.....	58
8.3 Nemzetközi kitekintés	60
Összefoglalás.....	64
Források.....	69
Mellékletek.....	77
Beteg beleegyező nyilatkozat - Adatkezelési nyilatkozat	77
Adatgyűjtés adherencia programban résztvevő páciensről.....	78
Morisky 8-pont gyógyszeres kezelés beteg-együttműködést mérő kérdőíve (MMAS-8).....	79
A páciens hozzáállása a terápiához	81
Beteg-együttműködést elősegítő eszközök – választó lista.....	86
Emlékeztető matrica – Minta	87
Betegnapló - minta	88
Naptár – minta.....	91
Gyógyszerszedés ütemterv - Minta	92

Vezetői összefoglaló

Előzmény

A Népegészségügyi Program megvalósítása keretében, összhangban az egészségügyi alapellátás további fejlesztését célzó kormányhatározattal az Emberi Erőforrások Minisztériuma 2018. decemberében meghirdette a „Három generációval az egészségért programot”. A program elsődleges célja szív- és érrendszeri prevenciós és gondozási program megvalósítása az alapellátás keretei között, praxisközösségek létrehozásával.

A program szakmai támogatója a Gottsegen György Kardiológiai Intézet és az Állami Egészségügyi Ellátó Központ, amely egyben a pályázat lebonyolítója is. A szakmai támogatás keretében feladat a megalakuló praxisközösségek szakmai, módszertani támogatása a projektben szereplő tevékenységekhez kapcsolódva. A program eszközei között szerepel sok más mellett (egészségi állapot mérés - kockázatbecslés, az egészséges életmód elősegítése, az egészségértés javítása) a terápia hűség javítása is.

Jelen dokumentum célja

A betegek adherenciájának javítását célzó szakmai-módszertani megalapozó dokumentum készítése, az alábbiak figyelembevételével:

- a célcsoport elsődlegesen az alapellátásban dolgozók, azon belül is a „Három generációval az egészségért” programban résztvevő praxisközösségek
- az indikációs célterület a krónikus nem fertőző betegségek, azon belül is a kardiovaszkuláris betegségek, illetőleg az ezekhez kapcsolódó egyéb akut és krónikus betegségek
- a dokumentum alkalmas legyen a programban résztvevők számára tartandó képzés megalapozására, annak oktatási háttéranyagaként kiadható legyen
- tartalmát tekintve egyaránt tartalmazzon szemlélet formáló részeket, elméleti áttekintést és gyakorlati tudnivalókat

A dokumentum tartalmi vázlatát a szerződésben rögzített elvárt fejezetek alkotják. A könnyebb áttekinthetőség érdekében az alábbiakban összefoglaljuk a dokumentum főbb részeit és azok kulcs-üzeneteit.

1. ADHERENCIA FOGALMI KERETEIT, AZ ADHERENCIA KULCSSZEREPÉT A BETEGEK EREDMÉNYES KEZELÉSÉBEN

A beteg terápia követésének különböző szintjeit jelentő compliance, adherencia és konkordancia elkülönítése fontos a pontos szóhasználat érdekében. A **krónikus, nemfertőző betegségek esetén az adherencia a célzott szint**, mely nem csak a gyógyszeres terápia megtartását jelenti (compliance), hanem az életmód-változtatási javaslatok követését is. Az életmód-változtatás a krónikus nem fertőző megbetegedések esetében nagyon fajsúlyos része a terápiának, a betegség menedzsmentjének. Ezek a betegségek nem gyógyíthatók, de egyensúlyban tarthatók, progressziójuk megállítható vagy legalább lassítható, ha a beteg mind a gyógyszeres terápiát betartja, mind az életmódját a szükséges irányba módosítja. Az élethosszig tartó állapot miatt nem elégséges ideig-óraig diétát tartani, vagy eljágni mozogni. Fontos annak elfogadtatása a beteggel, hogy ez nem egy átmeneti állapot, hanem ezentúl **ezzel kell élnie**, így tartósan ehhez érdemes igazítani az életmódját – így a **betegsége – egészsége menedzselhető**.

Napjaink meghatározó betegségeiben az eredményesség kulcsa a beteg együttműködése. **Az orvos tudásának annyi haszna van a beteg számára, amennyire használni tudja azt** – vagyis amennyiben együttműködik a terápiás javaslatok megtartásában. A terápiás tényezők közül a beteg adherenciája kiemelkedő fontosságú minden krónikus ellátást biztosító, non-invazív területen, így az alapellátásban is.

Az adherencia nem csak a beteg dolga, az orvos felelőssége nem érhet véget a terápia elrendelésével. Ennek elfogadása új szemléletet igényel az ellátást végző szakemberek, így az orvos részéről is. Az adherencia támogatásához tartozó ismeretek és készségek ugyanolyan fontos részei az eredményes orvosi munkának, mint a klinikum és a gyógyszerteran. Ha a beteg nem adherens, nincs eredményes terápia. Ugyanakkor a - **szükséges ismeretek és készségek hiányoznak az orvosok és szakdolgozók képzéséből**, és így eszköztárából is. Ily módon ahhoz, hogy a betegeknek segíteni tudjunk a terápia követésében, az azt gátló tényezők leküzdésében, ahhoz a szakembereknek is segíteni kell megtanulni, hogy hogyan csinálják.

A tanulmány első fejezetében bemutatjuk a beteg-együttműködéssel kapcsolatos legfontosabb fogalmakat, a beteg-együttműködés szerepét és hatását a terápia kimenetelében, valamint az együttműködés hiányának főbb okait és következményeit, melynek köszönhetően a témával kapcsolatos háttér és fogalmak megismerhetővé válnak az olvasó számára. A szakemberek lehetséges szerepe, adherenciát elősegítő és támogató tevékenységei több fejezetben is érintőlegesen említésre kerülnek, de főként az 5. fejezet (Beteg-együttműködést javító stratégiák, eszközök) boncolgatja e témát.

2. AZ ADHERENCIÁT MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK SZÉLES KÖRŰ ÁTTEKINTÉSE

Az adherencia, mint emberi viselkedés számos tényezőtől függ. A különböző vizsgálatok során számbavételre kerültek azok a fő tengelyek és azokon belüli főbb tényezők, melyek hatással vannak arra, hogy egy ember adott helyzetben hogyan viselkedik az orvossal, a betegségével, illetve annak kezelésére kapott terápiás javaslatokkal. Ezek tényezők az alábbi nagy csoportokba sorolhatók:

- **beteg jellemzői - általános az embert jellemző, viselkedést meghatározó tényezők** (személyiség, érzelmi állapot, hiedelmek, szokások, kulturális tényezők, gazdasági-társadalmi státusz, értékrend, iskolázottság, kapcsolatok, család, mentális állapot, életmód, életkor, élethelyzet stb.)
- **betegséggel és terápiával kapcsolatos tényezők** (betegség tünetei, súlyossága, ko- és multimorbiditás, kezelés hossza, intenzitása, összetettsége, egészségértés, egészségmagatartási jellemzők, betegséggel/terápiával kapcsolatos ismeretek, gyógyszerek sajátosságai – dozírozás, gyógyszerformák, mellékhatások, kombinált/retard/depó készítmények, ellátást végző - beteg kapcsolat, kommunikáció minősége, konzultációk hossza, stb.)
- **ellátórendszer szolgáltatásainak elérhetősége** (távolság az orvostól/labortól, szakellátástól, közlekedési lehetőségek, térítésmentes/fizetős szolgáltatások köre, gyógyszer-ártámogatás mértéke, közgyógyellátási rendszer, lakóhelyközeli szolgáltatások megléte, kapacitása, szociális alap- és szakellátás szolgáltatásai és azok elérhetősége, stb.)

A listák nem teljeseek, sokféle alábontás megtalálható. A különböző csoportokba tartozó tényezők nem teljesen függetlenek egymástól – pl. a hozzáférés vagy a terápia költsége magasabb gazdasági-társadalmi státusz esetén kevésbé van hatással. Az ellátórendszerrel és betegséggel kapcsolatos tényezők általában standardabbak, jobban megjósolható a hatásuk, míg a beteg személyes megéléseihez tartozó tényezők (félelmek, remények, hiedelmek, bizalom, stb.) sokféle viselkedési reakciót válthatnak ki, betegenként nagyon eltérő módon - pl. betegség súlyosság egyéntől függően lehet ijesztő és nagyobb motiváltságot jelenthet, illetőleg reménytelenséget is kiválthat, elvesztve a motivációt, valamint fizikailag-mentálisan is akadályozhatja a súlyos betegség az adherenciát. A konkrét egyén esetében mindig csak célzottan tudható meg, hogy neki éppen mi az akadályt jelentő tényező, függetlenül a statisztikától.

A **WHO 2003-as jelentésében** összefoglalja a legfontosabb tényezőket, melyek hatását vizsgálatok igazolták. A napi gyakorlat szempontjából igazából nem a listák teljessége fontos, hanem annak ismerete, hogy mennyiféle körülmény van/lehet hatással a beteg adherenciájára. Háromféle megközelítésben használhatóak ezek az ismeretek:

- **egyéni szinten, egy konkrét beteg terápiája során** támpontot adnak ahhoz, hogy mi mindent érdemes végig gondolni, számba venni, kideríteni az adott beteg/betegség kapcsán, ami hatással lehet arra, hogy mennyire képes a terápiával való együttműködésre. Jellemzően egy páciens kapcsán néhány kulcs tényező van, ami a fő gátat jelenti, melynek megoldása nagyban javíthatja a beteg adherenciáját. Minden beteg adherenciája egyéni tényezőkből áll össze, és egyéni megközelítést igényel, nincsenek univerzális megoldások.
- amennyiben **célzott terápia menedzsment (akár kutatási céllal is) és /vagy egészségpolitikai programot kívánunk tervezni** valamely betegségre és/vagy betegcsoportra, akkor ezekből lehet kiválasztani, hogy mely tényezőket célozza elsősorban a program
- bizonyos betegségek, illetve betegcsoportok esetében ismertek általánosan előforduló adherencia gátló tényezők (ezek sem feltétlenül, de gyakran), mint például:
 - o depressziósoknál az antidepresszánsok nehezen tolerálható mellékhatásai,
 - o időseknél feledékenység, látás-hallás problémák, pénzügyi nehézségek
 - o serdülők fatalizmusa, lázadása
 - o generalizált szorongók félelmei
 - o hiperlipidémia, hipertónia, II. típusú diabetes estében a tünetek némasága és a terápia mellékhatásai, illetve a „nem érzett terápiás hatás”

A célcsoportban egyre gyakrabban előforduló **multimorbiditás** esetében (mely különösen időseknél gyakori) nagyon fontos annak felismerése, hogy **sok esetben a terápia eredményeinek maximalizálásához a beteg által szedett gyógyszerek mennyiségének csökkentése a kulcsfontosságú tényező**. A multimorbiditás jellemzően polipragmáziát von maga után, amit sokszor súlyosbít, hogy a beteg több orvos kezelése alatt áll egyszerre, akik között nincs rendszerszerű kommunikáció. A sok gyógyszer egy idejű szedése önmagában jelentős kockázata a non-adherenciának – főként elfelejtés, összekeverés, nem jókor szedés, sok mellékhatás miatt. Ugyanakkor azt is látni kell, hogy ebben az esetben **a teljes adherencia a terápiák sokaságához nem biztos, hogy a kívánt eredményre vezet**. A gyógyszerek közötti interakciókat általában páronként vizsgálják, nem vizsgált és így nincs információ 3-5-8 együtt szedett különböző hatóanyag közötti interakciókra vonatkozóan. Az idősek esetében pedig számos korrall járó élettani változás is befolyásolja az eloszlási térfogatot, a gyógyszerek felszívódását, lebontását, a terápiás dózis alakulását. **Multimorbiditás esetén érdemes a terápiás – és így az adherencia - fókusz az életmódi tényezők felé tolni** a gyógyszeres terápiák felől.

A 2. fejezetben az együttműködést befolyásoló tényezőket vizsgáljuk elsősorban a WHO tanulmányában is megjelent öt faktor kiemelésével, továbbá magatartási modellek mentén vesszük sorra a páciensek, szakemberek szerepét a beteg-együttműködés területén.

3. AZ ADHERENCIA TÁMOGATÁSA SORÁN HASZNÁLHATÓ GYAKORLATI ESZKÖZÖK, BEAVATKOZÁSOK ISMERTETÉSÉT.

A jelen dokumentum **megemlíti a rendszerszintű beavatkozási lehetőségeket** – egészségpolitikai, szociálpolitikai beavatkozások, gyógyszer gyártók lehetőségei, **de részletesen nem fejt ki** ezeket. A dokumentum **elsősorban az alapellátás szempontjából vizsgálja a kérdést**, melynek hatókörén kívül esnek a rendszerszintű beavatkozások.

Az adherenciát javító eszközök párba állíthatók a hatótényezőkkel. A napi gyakorlat során érdemes is **problémaközpontú megközelítést** alkalmazni - mi a beteg konkrét problémája, azt milyen eszközökkel lehet megsegíteni, támogatni.

Az eszközök 3 csoportba sorolhatók:

- **adherencia mértékének mérési lehetőségei** – direkt és indirekt technikák ismertetése, előnyeik, hátrányaik, és használhatóságuk korlátainak számbavételével
- **non-adherencia okait vizsgáló kérdőívek** - főként a szervezett programok esetében biztosítják a kérdések és besorolások standardizáltságát, de jó támpontot adhatnak az egyéni folyamatokban is, mintegy az adherenciára vonatkozó félig strukturált interjú váza, mely ki tud egészülni a beszélgetés során felmerülő egyéni szempontokkal.
- **adherencia javítását célzó beavatkozások** – a beavatkozások megjelenhetnek mind az ellátók, mind a beteg oldalán, illetőleg a kapcsolatban is:
 - o Az **ellátók oldalán a legfontosabb a képzés és készségfejlesztés**, szemléletformálás, IT támogatás biztosítása (pl. EESZT strukturált lekérdezési lehetőségek), **hálózatépítés** az ellátásban résztvevő szakemberek között (házi orvos-szakorvosok, orvos-gyógyszerész, szakdolgozók-orvos, stb.)
 - o A **betegek oldalán** is vezető az **edukáció** – a betegségről, a gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelési alternatívákról, a kezelés elmaradásának következményeiről, mellékhatásokról, az adherencia fontosságáról, eszközök használatáról, stb. Ezenkívül **technikai eszközökkel** (gyógyszeradagoló, emlékeztetők, matricák, stb.) **életviteli, szervezési tanácsokkal, támogató szolgáltatáshoz kapcsolással** (szociális ellátás, EFI szolgáltatások, betegklubok, csoportok, stb.) család bevonásával lehet még további segítség nyújtani.
 - o A **kapcsolatban** megjelenő beavatkozások elsődleges pontja a **megfelelő rapport** kialakítása a terápiás triásszal (empátia, elfogadás, hitelesség,) majd ezen keretek között

az egyéni **terápiás szerződés** kialakítása, végig tárgyalása., következő alkalmakkor **követés, visszajelzés, újratárgyalás**, ha szükséges.

Az eszközök ismertetése során a hangsúly a beteg személyes jellemzőire, a terápia sajátosságaira, illetve az ellátó-beteg kapcsolatot befolyásoló eszközökre került. Ezen a szinten nem hangsúlyozható eléggé, hogy **az eredményesség kulcsa az orvos-beteg (ellátó-beteg) kapcsolat minősége** – létrejön-e az a bizalmi kapcsolat, amiben a beteg mer kérdezni, őszintének lenni, ahol helye van a párbeszédnek, nincs hibáztatás, neheztelés, akár annak is helye van, hogy a beteg elutasítsa a kezelést, vagy annak elemeit. Minden technikai segítség is elsősorban ezen keretek között működik.

A dokumentum mellékleteiben található dokumentum minták, listák nem etalonok, csak minták, ötlet adó segédletek, azok szabadon módosíthatók az egyes projekttervezések során. Ez alól kivétel a Morisky-féle kérdőív mely jelen formájában több vizsgálatban használt, standard kérdőív. Ezért amennyiben olyan vizsgálatot tervez valaki, melynek eredményeit szeretné összehasonlítani más vizsgálatokéval, vagy standardizált adatgyűjtés a célja, úgy célszerű a kérdőív változtatás nélküli használata. Amennyiben csak az egyéni folyamatok során való gátló tényező feltárásának segítésére kívánjuk használni, úgy szabadabban kiegészíthető, változtatható saját tapasztalataink és igényeink alapján.

4. A LEHETSÉGES BEAVATKOZÁSI SZINTEK ÉS MÓDOK SZÁMBAVÉTELÉT

Az adherencia javítását - ami a modern orvostudomány egyik legnagyobb kihívása - számos módon lehet támogatni aszerint, hogy ki melyik pontján áll az ellátórendszernek.

- **Politika szinten**

Ide tartozik **közvetetten minden, az érintettek társadalmi-gazdasági helyzetét befolyásoló intézkedés**, program, jogszabály alkotás – területfejlesztési programok, adó jogszabályok, foglalkoztatási jogszabályok és fejlesztési programok, közlekedés fejlesztése, stb.

Ennél szűkebb kör a kifejezetten **egészségpolitikai beavatkozások**, melyek az **ellátórendszerhez való hozzáférés javításával** (ideértve a szakember biztosítását, a szolgáltatások lakóhelyközeli elérését valamint a finanszírozási rendszer alakítását is), a **egészségügyi szakemberek képzési rendszereinek fejlesztésével**, országos vagy helyi kommunikációs **kampányokkal**, **szociális ágazattal való**

együttműködés erősítésével valamint **érdekeltségi rendszerek kialakításával** tudnak legtöbbet tenni a célok elérése érdekében.

- **Egészségipari szereplők szintjén**

Egyik körben a **technológia fejlesztés** kapcsolódik ide - mind **gyógyszer- és gyógyászati segédeszközgyártói oldalról** (könnyebben használható gyógyszerformák, kombinált készítmények, új hatóanyagok, mérőeszközök, stb.) mind **infokommunikációs technológiai oldalról** (okos eszközök, jelzőrendszerek, figyelmeztető eszközök, applikációk, terápiamenedzsment informatikai programok, stb.)

Másik körben a **gyógyító ellátást kiegészítő, ahhoz kapcsolódó szolgáltatások** fejlesztése ami idetartozik – kereskedelmi programok („gyógyszerfutár”, „receptőr”, egyedi gyógyszeresomagolás), életmódváltást támogató programok (terápiamenedzsment programok, testsúlykontroll, stresszmenedzsment, mozgásprogramok, dohányzás leszokástámogatás, balesetmegelőzés időkorban, sikeres idősödés programok, stb.) Ezek olyan szolgáltatások melyek jelenleg nem részei a közfinanszírozott ellátásnak, de részben piaci alapon elérhetőek, illetőleg pont a praxisközösségi, valamint EFI programok keretében törekvések vannak arra, hogy lakóhelyközeli szolgáltatásokként, közfinanszírozott formában elérhetővé váljanak a lakosság minél szélesebb rétegei számára.

- **Közvetlen betegellátás szintjén**

Itt lehetnek helyi célzott programok egy-egy praxisközösség, EFI, vagy szakellátó intézmény szervezésében – terápia menedzsment programok betegcsoportra, vagy betegsége.

Alapvető cél az ellátási folyamatba épített egyéni adherencia menedzsment, mint működésmód lenne az egyedi orvos-beteg, ellátó-beteg találkozások természetes részeként. Igazán jelentős változást az hozhat, **az adherencia, mit az ellátási folyamat egyik része szervesen beépülne a napi ellátási rutinba.** Annak külön kezelése némiképpen művi, hiszen a beteggel való kapcsolat kialakítás, az anamnézis felvétel, a tájékoztatás a betegségről, a terápiás lehetőségekről most is alapvető része kell legyen az ellátásnak, miközben alapvető részei az adherencia támogatásának is. A különbség a szemléletmódban van – tudatosnak lenni az adherencia kérdésre, tanulni és használni olyan készségeket, technikákat, amik erősítik a terápiás kapcsolatot, rendszeresen rákérdezni a terápia haladásra, akadályokra, problémákra. Ennek létrejöttéhez fontosak a szervezett programok, melyekhez kapcsolódó képzések, szűkített konkrét tennivalók segítenek elsajátítani a szükséges készségeket, kipróbálni azokat a gyakorlatban, így megalapozzák, hogy az fokozatosan áthassa az ellátás teljes folyamatát.

5. AZ ELLÁTÁSI FOLYAMATBA ÉPÍTETT EGYÉNI ADHERENCIA JAVÍTÁSÁT CÉLZÓ FOLYAMATOK ÉS TEVÉKENYSÉGEK BEMUTATÁSÁT

Amint azt az előzőekben megfogalmaztuk, elsődleges cél az lenne, hogy az adherencia támogatás közvetlen betegellátási folyamat szerves részeként épüljön be, se térben, sem időben nem elválva attól. Legalábbis ami az orvos általi központi magját, az egyéni terápiás szerződés megkötését, nyomon követését, felülvizsgálatát illeti. A kiegészítő funkciókban (pl. életmódváltás támogatás, tanácsadások, eszközhasználat, stb.) természetesen megjelenhetnek (sőt célszerű is megjelennie) egyéb rendszer szereplőknek is – más helyen, rendelési időn kívül is.

Ennek az egyénre szabott, személyes folyamatnak az ismertetése a NICE 2009-ben megjelentetett vonatkozó irányelve alapján történik, mely széles körűen tartalmazza a folyamat során végzendő tevékenységeket, követendő szempontokat.

Az irányelv gyakorlati célként a nyílt, őszinte hozzáállás kialakítását, beteg- és információ központú megközelítést, valamint az egyéni akadályok azonosítását jelöli meg.

Alapelvként az alábbiakat rögzíti:

- az egyéni igényekre reflektálni – nem kell mindenkinek minden eszközt bevetni, csak amire neki szüksége van, annak tudatába, hogy a páciens adherenciáját befolyásolhatják aggodalmai, hiedelmei is
- beteg- és információ központú megközelítést alkalmazni, a beteg számára leghatékonyabb kommunikációs formát és módot használni annak érdekében, hogy a megértés legjobb szinten elérhető legyen – könnyen érthető, szakzsargon mentes információk, írásos anyagok, képek, piktogramok használata
- biztosítani a lehetőséget, hogy a páciens vegyen részt a terápiát érintő döntésekbe
- a páciensnek joga van úgy dönteni, hogy nem kíván valamilyen terápiás eljárást alkalmazni, ez esetben tájékoztatni kell őt ennek előnyeiről és kockázatairól, hogy tájékozott döntést hozhasson
- a páciens dönthet arról, hogy egy terápiát befejez
- non-adherencia gyakori jelenség, rendszeresen vizsgálni kell elfordulását, illetve egy betegnél is változhat a helyzet, rendszeresen nyomon kell követni a terápia hűség és a beteg testi-lelki-szociális állapotának alakulását.

Az irányelv ajánlásai 4 fő területre térnek ki:

- **a beteg bevonása a kezelés folyamatába**

A **páciens bevonását a terápiával kapcsolatos döntésekbe elsősorban jó kommunikációval** érhetjük el - egyéni igények figyelembevételével (fizikai vagy tanulási korlátozottság, látás vagy hallás problémák, olvasás vagy beszélgetés nehézségei), kérdésre való ösztönzéssel, nyitott kérdések használatával, szükséges konzultációs készségek javításával.

Az irányelv alapján a **páciensek fokozatos bevonása a döntéshozatali folyamatba** megköveteli, hogy **az egészségügyi szakemberek meg- és elismerjék a betegek véleményét a betegségről, a kezeléséről**, valamint, hogy a szakemberek mellett a páciensek is szerepet játszanak a kezeléssel kapcsolatos döntések meghozatalában. A betegek bevonása a döntéshozatali folyamatokba nem növeli szükségszerűen adott konzultációs alkalom és a kezelés időtartamát, hiszen egyszerű beavatkozásokkal is biztosítható. A páciensek szerepkörének bővítése igazolhatóan pozitív hatással van a krónikus betegségekre. **A pácienseknek információra van szükségük** állapotukról és a kezelésről, ha részt kívánnak venni a gyógyszerekkel kapcsolatos tájékozott döntések meghozatalában. **A rendelkezésre álló információk formátuma és tartalma meg kell, hogy feleljen adott beteg igényeinek.**

- **az adherencia megvalósulásának támogatása**

A **beteg-együttműködés mérése nem elsősorban ellenőrzési célból történik, hanem annak megállapítására törekszik, hogy felmérje, mennyi információra, támogatásra van szüksége a betegnek.** Non-adherens páciens esetében tisztázni szükséges a háttérben álló okokat, fel kell ismerni, hogy szándékos vagy nem szándékos terápia-elhagyásról van szó. Meg kell kérdezni a páciens, hogy a gyógyszerre fordított kiadás problémát okoz-e. Ha igen, meg kell fontolni a költségcsökkentés lehetőségeit.

- **a gyógyszeres kezelés felülvizsgálata**

A páciensek krónikus betegségek esetében hosszú távon szedik gyógyszereiket, ezért **rendszeresen** felül kell vizsgálni a gyógyszerek felírására vonatkozó kezdeti döntést, a **betegek tapasztalatainak figyelembevételével.** Ha non-adherencia tapasztalható tisztázni kell az okokat, meg kell határozni a következő lépéseket, cselekvési tervet kell készíteni. Minden tervnek tartalmaznia kell a következő olyan időpontot, amikor újra felülvizsgálják a gyógyszeres kezelést.

- **kommunikáció az egészségügyi szakemberek között**

Tekintettel arra, hogy a pácienseket **egyszerre több orvos kezelheti** (akár különböző szakterületeken), az egészségügyi szakemberek között megfelelő kommunikációra van szükség ahhoz, hogy **az ellátás ne legyen széttöredezett**.

A teljes irányelv, benne a részletes ajánlásokkal a dokumentum 5.1 pontjában található.

A WHO 2003-as jelentésében javasolja az egyéni adherencia probléma-orientált megközelítést – kezelését. Ennek a megközelítésnek a lényeg, hogy elsődleges dolog feltárni, hogy az adott beteg esetében mi az adherenciát akadályozó legfőbb tényező(k) – és ennek megfelelő segítséget adni.

Az irányelvben rögzítettek kiegészítéseként szerepel egy táblázat, mely az egyes gyakori (így általánosnak tekinthető) adherencia problémákhoz rendelhető megoldási lehetőségeket tartalmazza.

6. AZ ALAPELLÁTÁS SZERVEZETI KERETEI KÖZÖTT MEGVALÓSÍTHATÓ LEHETSÉGES PROGRAMELEMEK ÉS PARTNEREK SZÁMBAVÉTELÉT

Tekintettel arra, hogy a krónikus betegségek többségének gondozása háziiorvosi kompetencia, így az **alapellátásban dolgozó egészségügyi szakemberek szerepe meghatározó** az adherencia kialakításának, fenntartásának, javításának területén. Kiemeli a háziorvos szerepét az a tény, hogy ő látja leginkább egyben a beteget, vagyis ismeri minden betegségét, láthatja minden elrendelt terápiáját, így neki van leginkább módja arra, hogy az adherenciát akadályozó tényezőket legszélesebb körben felismerje, és eredményesen be is tudjon avatkozni.

A „Három generációval az egészségért” program célcsoportja is az alapellátásban dolgozó szakemberek - a háziorvos, a szakdolgozók, kiegészülve új szereplőkkel (gyógytornász, dietetikus, lelki egészséget támogató szakember). Az alapellátás sajátossága, hogy a szereplők mögött nem áll adminisztratív szervezeti kapacitás – amelyik szakmai, módszertani ismereteket gyűjt, feldolgoz, szervezési feladatokat lát el, adminisztrál. Így minden fejlesztésnek kulcsa, hogy ki biztosítja ezeket a funkciókat az alapellátásban dolgozók számára. A szakmai-módszertani háttérrel tudják biztosítani a háttérintézmények (jelen esetben az ÁEEK Alapellátási igazgatósága, a GOKI). A szervezési-adminisztratív feladatokra a pályázatok keretében megvalósított fejlesztések esetében általában van lehetőség kapacitás bővítésre, a pályázat idejére. Ugyanakkor ideálisak körülmények között is megkerülhetetlen, hogy az alapellátás együttműködjön a területén elérhető többi szolgáltatóval (EFI,

szociális ellátórendszer, civilszervezetek, önkormányzatok, stb.) programok biztosításában. Sokkal szélesebb körű szolgáltatáshoz tudja juttatni betegeit az a praxis, amelyiknek van információja a területén, vagy annak közelében elérhető életmódváltás támogató szolgáltatásokról, csoportokról, klubokról, kiadványokról, eseményekről.

7. CÉLZOTT TERÁPIAMENEDZSMENT PROGRAMOK TERVEZÉSI KERETEINEK ISMERTETÉSÉT

A folyamatba épített egyéni megközelítésen túli, szervezett/célzott projektek indításához összeszedésre kerültek azok a tervezői lépések, melyek szükségesek egy adherencia projekt összeállításához. Ezek a lépések részben általános projektgenerálási lépések, kisebb részben tartalmazzak a témára speciális lépéseket. A lehetséges projektelemezeket nagy mértékben meghatározza, hogy mi a cél, kik a célcsoport és milyenek a szervezeti és pénzügyi keretek, hogy valamiféle mintaprojekt összeállításának nem láttuk értelmét. A dokumentum tartalmazza a projekttervezéshez szükséges ismereteket, potenciálisan használható eszközök listáját, melyek egy-egy konkrét projektötletre szabhatóak.

8. NEMZETKÖZI ÉS HAZAI PROJEKTEK, KAPCSOLÓDÓ PROGRAMOK ISMERTETÉSÉT

A jövőbeni kapcsolódások, esetleges intervenciók tervezési-megvalósítási támogatása érdekében összegyűjtésre kerültek

- a hazai szabályozás környezet elemei,
- korábban elindult, illetve jelenleg is zajló a témában érintett projektek, programok
- néhány nemzetközi program, projekt ismertetésre került.

A hazai környezet bemutatása a teljesség igényével készült annak érdekében, hogy jól látható legyen milyen lehetőségek, és adott esetben akadályok vannak, melyekkel hazai programok tervezésénél számolni kell, illetve lehet. Fontos, hogy a már meglévő tapasztalatok minden továbblépési tervekészítésénél hasznosuljanak. A legfontosabb programok a praxisközösségi programok (Svájci, EFOP/VEKOP, illetve a „Három generáció”), a járási egészségfejlesztési irodák (EFI-k) által létrehozott központok működése, valamint a jelenleg párhuzamosan, az előzőektől némileg elszigetelve fejlődő gyógyszerészi oldalról induló programok (gyógyszerészi gondozás, 5xM program)

A nemzetköz példák csak bemutató jellegűek két okból:

- a teljesség igénye beláthatatlan méreteket jelentene és a WHO 2003-as jelentése az addig elérhető eredményeket feldolgozta, integrálta, így ebben a dokumentumban ez került bemutatásra
- a fókuszban a folyamatba épített egyéni beavatkozások kerültek, melyek szempontjából kevésbé relevánsak standardizált célzott projektjellegű beavatkozások részletes ismertetése. amennyiben valaki szervezett programot készül tervezni, úgy ötletadásnak szerepel néhány különböző támadáspontú projekt rövid ismertetése, mely a továbbkeresést tudja segíteni.

Tapasztalatok szert az egyes programok annyi speciális peremfeltétellel rendelkeznek, hogy változatlan formában való átültetésük nem lehetséges. Az egyes projektek olyan részletességű bemutatása, mely alkalmas lehet az adaptálásra terjedelmi okokból jelen dokumentumban nem lehetséges.

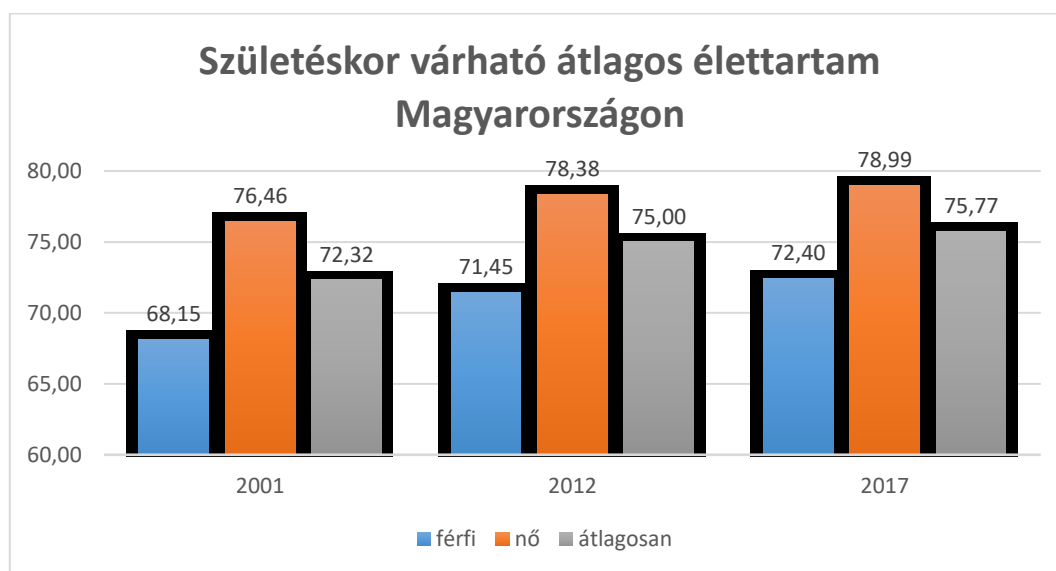
Behivatkozásra került Molnár Márk 2015-ben a témában készült doktori értekezése, mely részletes nemzetközi kutatási eredmény áttekintést tartalmaz.

Bevezető

A **beteg-együttműködés** témakörének, fejlesztési lehetőségeinek központi témává válása mögött olyan meghatározó okok húzódnak, mint az utóbbi évtizedekben lezajlott **változások az egészségi állapotot és az egészségügyi rendszereket érintően**.

Ilyen nagy horderejű átalakulás érhető tetten a **betegségek átstrukturálódása** területén, hiszen a fertőző betegségek okozta morbiditási és mortalitási fenyegetést a várható élettartam előrehaladtával átvette a krónikus betegségek előtérbe kerülése. E kórképeknél pedig a terápiahűség meghatározó szerepet játszik a kezelésben, gyógyulásban, az egészségi állapot javításában vagy szinten tartásában. „*Hatásvadász módon azt is lehetne mondani, hogy míg a 19. század járványait baktériumok és vírusok okozták, addig a 21. század járványát a beteg-együttműködés hiányára lehet visszavezetni.*” (Molnár, 2015)

A várható élettartam kitolódásával megjelennek a gyakran **élethosszig tartó kezelést igénylő krónikus betegségek**. A **születéskor várható élettartamot**, bár elmarad a fejlettebb országokétól, Magyarországon is növekedő tendencia jellemzi.

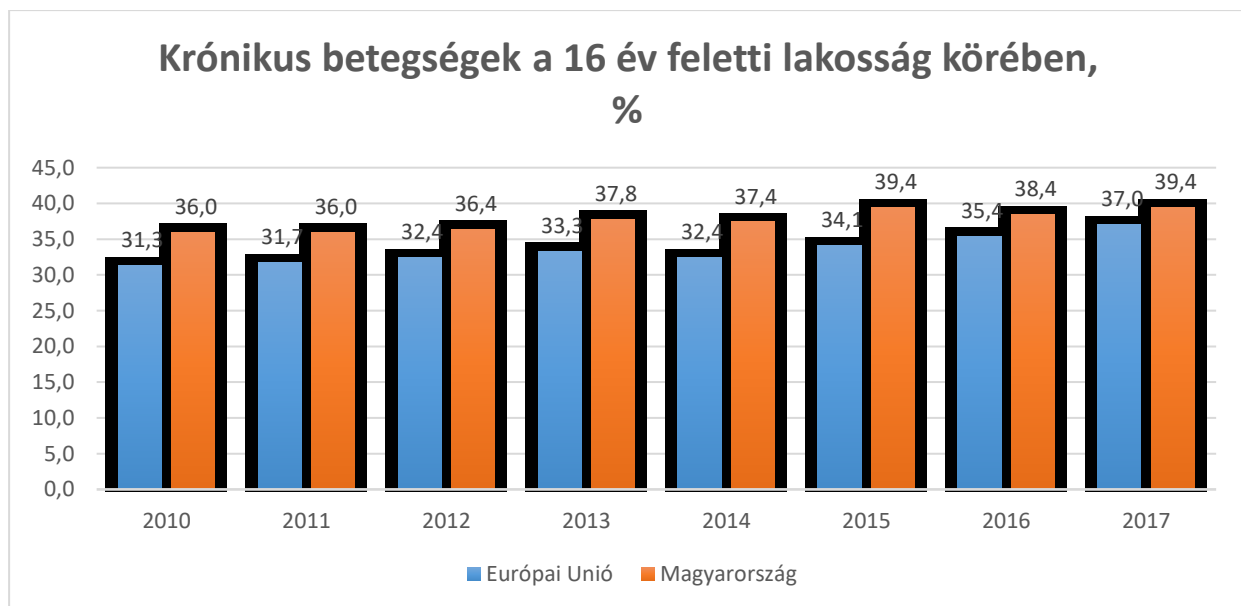


1. ábra: Születéskor várható élettartam növekedése Magyarországon (Saját ábra, adatforrás: KSH)

Az úgynevezett népbetegségnek számító **krónikus betegségek prevalenciájának¹** növekedése mind a fejlett, mind pedig a fejlődő országok esetében tetten érhető, azonban hazánkban valamivel rosszabb

¹ Egy betegség előfordulási gyakorisága adott populációt érintően, konkrét időpontban vagy időintervallumban

képet kapunk. Az arányok növekedésének hátterében olyan okok állnak a várható élettartam kitolódása mellett, mint például a lakosság előregedése, az egészségtelen életmód megléte (egészségtelen táplálkozás, kevés, rendszertelen testmozgás, dohányzás, mértéktelen alkoholfogyasztás, nagymértékű stressz), az egészségértés és egészségkultúra hiányosságai.



2. ábra: Krónikus betegséggel élő lakosság (Saját ábra, adatforrás: KSH)

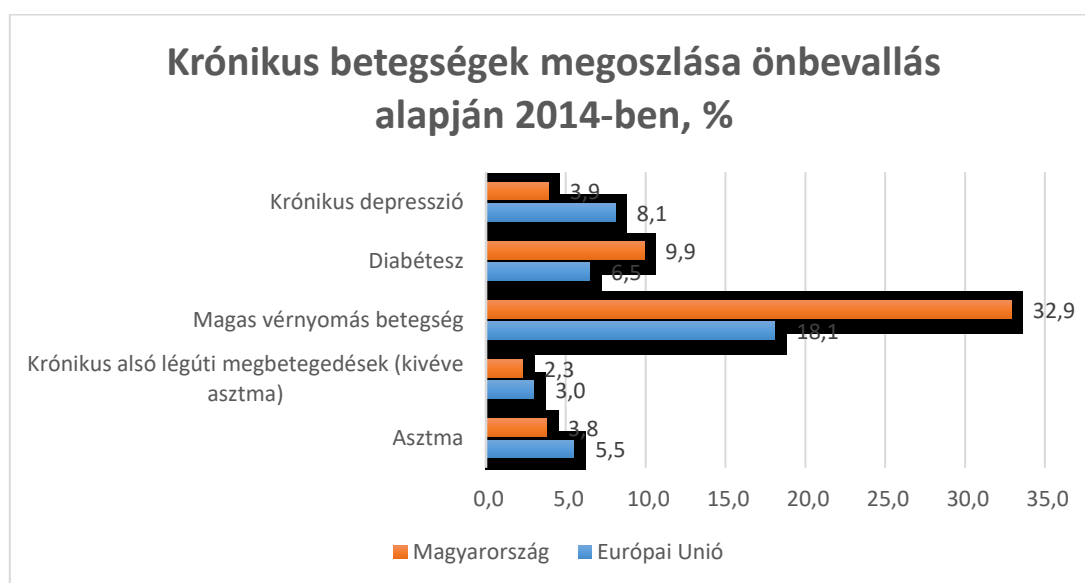
A krónikus betegségek **nagyobb betegségteherrel** járnak, akár **folyamatos egészségügyi ellátást** igényelnek, mely **magas költségeket** jelent mind a páciensek, mind pedig az egészségügy, gazdaság számára.

Tehát a fentiek értelmében a beteg-együttműködés kialakítása és támogatása sokkal meghatározóbb terület/cél e betegségek esetében, mint a fertőző betegségek vagy akut kórképek területén. A mindennapokban megjelenő, kommunikációs csatornákból áramló információk alapján köztudott, hogy Magyarországon a krónikus megbetegedések és az ezekhez köthető halálozás kiemelkedően magas.



3. ábra: Halálozási adatok vizsgálata 2017-ben (SHH) (Saját ábra, adatforrás: KSH)

Hazánkban az Uniós átlaghoz viszonyítva közel kétszer annyi a magas vérnyomás betegséggel élő páciens. A kardiovaszkuláris megbetegedések tipikusan azon betegségek közé tartoznak, melyek kezelésében az egészséges életmód és a beteg-együttműködés kiemelt jelentőséggel bír.



4. ábra: Morbiditási adatok Magyarországon és az Európai Unióban (28) (Saját ábra, adatforrás: EUROSTAT)

A diagramokon is látható a negatív változás, a javuló tendencia hiánya, és ezen **adatok kedvezőtlen alakulását befolyásolja a beteg-együttműködés hiánya** is (nem csak a kardiovaszkuláris megbetegedések tekintetében), ha a páciens nem vagy nem megfelelően alkalmazza kezelőorvosa által javasolt terápiáját. Pedig a javasolt kezelés és életmódváltás követésével az egyén esetében többek között nagyobb mértékű egészségi állapotjavulás, jobb életminőség érhető el, míg az egészségügyi rendszer és a gazdaság esetében akár számottevő költség ráfordítás takarítható meg, így javítva a hatékonyságot és fenntarthatóságot.

A beteg-együttműködés meglétét **számos tényező befolyásolja** (bővebben lásd 3. fejezet), így meghatározó például az orvos és páciens **kommunikációját** is érintő változás, az **információs rendszer átalakulása**. Az internet segítségével napjainkban egyre nagyobb számban érhető el (sajnos nem minden esetben megfelelő) adat a betegségekről, a különböző kezelésekről, alternatív módszerekről. Kiemelkedő szerephez jut tehát a kommunikáció és annak minősége, milyensége. A **páciens aktív közreműködése**, nagyobb felelőssége saját gyógyulásában egyre jelentősebb tényező, melyben **az orvos** egyfajta **támogatóként, társként funkcionál** felváltva a hierarchikus orvos-beteg viszonyt.

Az **egészségügyi rendszer más szereplői**, így a gyógyszergyártó cégek, forgalmazók, és a páciensekkel közvetlenül is kapcsolatot tartó **gyógyszerészek, gyógyszerértékesítők szerepe is változik**, formálódik. A betegségek változása, **multimorbiditás** megléte és a betegek vagy „fogyasztók” attitűdjének változása kapcsán elmondható, hogy sokkal inkább a **komplex termékek és szolgáltatási csomagok dominálnak** és érnek el nagyobb hatást, vagy akár hatékonyságot a gyógyulásban, életminőség javulásban. Ezek alkalmazásában/használatában azonban másfajta, aktívabb segítségre van szüksége a betegnek, így nagyobb szerephez jutnak az e területen dolgozó szakemberek is.

Kutatások támasztják alá, hogy a **gyógyszerek nem fejtik ki hatékony működésüket**, ha a betegek nem tartják be a szedésükre vonatkozó előírásokat. A probléma a fejlett országokban is tapasztalható, hiszen körülbelül a páciensek 50%-a tartja be a terápiás előírásokat és javaslatokat. Becslések szerint a betegek körében 20–30 % nem tartja be a gyógyító vagy tüneteket enyhítő gyógyszerelési előírásokat, valamint 30–40 % pedig a prevenció, életmódváltással kapcsolatos terápiás előírásokat. Krónikus betegségek gyógyszerereinél az adherencia nagyjából 50%-ra tehető. (Dankó 2013, Kamil 2017)

A gyógyszeres terápiára vonatkozó előírások be nem tartása nem csak egyszerűen az jelenti, hogy a beteg nem akkor és nem annyi gyógyszert szed be, mint amit előírtak neki, hanem jelentheti azt is, hogy más gyógyszereket (is) szed, mint az előírt, az orvos tudta nélkül. Ennek köszönhetően nem csak az

várható, hogy nem egészen vagy egyáltalán nem hat az adott gyógyszer, hanem jelentheti azt is, hogy **előre nem látható mellékhatások, interakciók jönnek létre.**

Az utóbbi években a beteg-együttműködés kapcsán **több hazai és nemzetközi projekt**, intézkedés tapasztalható, de továbbra is szükséges változásokat eszközölni a javulás érdekében. Mind az egészségügyi rendszer szereplőinek hozzáállásán, mind pedig a betegek viselkedési, együttműködési normáival kapcsolatban fejlődést kell elérni ahhoz, hogy a javuló tendencia elinduljon. Nagyon fontos annak felismerése, hogy **az adherencia mértékét** nem csak a beteg sajátosságai határozzák meg, hanem **az ellátórendszer sajátosságainak, az ellátást végzős szakemberek ismereteinek és készségeinek, a társadalom szemléletének, valamint a beteg sajátosságainak változatos egymásra-hatásai alakítják.** Ezért annak felelőssége nem hárítható kizárólag a betegre.

Akár a terápiához való hűség, akár az életmódváltásra vonatkozó javaslatok betartása és e téren nyújtott segítség előre mozdíthatja a beteg-együttműködést.

A tanulmány folyamán kiemelten foglalkozunk az **alapellátás szerepének** lehetőségeivel, valamint az alapellátás tevékenységeit támogató, szorosan **együttműködő szakemberek** (például gyógyszerészek) lehetséges eszközeivel, feladataival, tekintve, hogy a páciens az ellátórendszerbe lépéskor (a legtöbb esetben) a házi orvosával találkozik első ízben, továbbá a gondozás is e szinten valósul meg. Tehát az alapellátásban dolgozó szakemberek (elsősorban házi orvos, házi gyermekorvos, asszisztenseik) kapuőri szerepe a beteg-együttműködés szempontjából is meghatározó. Be kell látni, hogy a krónikus betegek gondozásának eredményessége – és ezzel az életminőség és életkilátások alakulásának - szempontjából a legfontosabb tényező az, hogy mennyire vagyunk képesek elérni a betegek terápiás ajánlásokkal való együttműködését.

„A terápiahűség fokozása a népesség egészségi állapotát hatékonyabban javítja, mint a specifikus orvosi kezelés bármely formája.” (Dr. Hidvégi Tibor)

A tanulmány összefoglalja a témát érintő szakirodalmak, kutatások eredményeit mind hazai, mind pedig nemzetközi tapasztalatok bemutatásával annak érdekében, hogy átfogó képet nyújtson a beteg-együttműködés fontosságáról és annak befolyásolási lehetőségeiről.

Az első fejezetekben a beteg-együttműködés koncepcionális keretét mutatjuk be a különféle definíciókon és kapcsolatukon keresztül. Ennek köszönhetően betekintést nyerhetünk a fejlődési folyamatba, aminek köszönhetően napjainkra az adherencia megvalósítása lett a beteg-

együtműködés fő célja. A fogalmi háttér tisztázását követően az együtműködés szerepét, egészségügyben betöltött funkcióját vesszük górcső alá. Hogy teljesen megértsük a folyamatokat az együtműködés kialakulásának, fejlesztésének hátráltató tényezőit is meg kell ismernünk.

A téma összetettségét bizonyítja, hogy számos tényező van hatással a beteg-együtműködésre. Ezeket különböző csoportosítások mentén gyűjtöttük össze.

A terápiahűség egyes aspektusainak mérésére különböző eszközöket alkalmazhatunk attól függően, hogy mire vagyunk kíváncsiak. Adott alfejezet több mérési módszert, lehetőséget mutat be az olvasó számára.

Az együtműködést javító stratégiákat a főbb krónikus betegségeken keresztül (elsősorban kardiovaszkuláris fókusszal), az alapellátás szerepének lehetőségeivel és konkrét eszközökkel, gyakorlati megvalósítást segítő technikákkal prezentáljuk.

Végül a hazai és nemzetközi törekvések összefoglalásával látható, hogy az elmúlt években hogyan, miként alakult és fejlődött e terület, illetve bizonyosságot nyer, hogy a beteg-együtműködés javítása meghatározó szerepet tölt be az egészségügy kardinális problémáinak megoldásában.

1. A beteg-együtműködésről általánosságban

Tény, hogy napjainkra a beteg-együtműködés lehetséges eszközeivel, módszereivel is számolnunk kell, ha a terápia hatását, minőségét és hatékonyságát biztosítani szeretnénk. El kell fogadni, hogy az **adherencia befolyásolásának eszközei** - legyenek akár ismeretek, készségek, vagy tárgyi/technikai eszközök **ugyanolyan fontossággal bírnak a betegek kezelésében, mint a gyógyszeres ismeretek és terápiás evidenciák naprakészsége**. Hiába kapja a beteg a legkorszerűbb gyógyszert, a legpontosabb adagolással, ha nem tudjuk elérni, hogy beszedje, nem fog segíteni rajta. Hiába gyűlnek az evidenciák az életmódi tényező alapvető szerepét illetően a leggyakoribb krónikus betegségek kialakulásában/progressziójában, ha nem tudjuk eredményesen támogatni az életmód megváltoztatását. Noha igaz, hogy senki nem tud a beteg helyett bevenni gyógyszert, vagy életmódot váltani, szakemberként fontos annak ismerete, felismerése és megértése, hogy a betegnek milyen külső és belső akadályokkal kell megküzdenie ehhez.

Bizonyított, hogy a beteg-együtműködés hiánya rontja az életminőséget, az egészségállapotra irányuló megtartó és javító törekvéseket, és ezért az ellátás növekvő költségekkel jár, mely negatívan befolyásolja az egészségügyi rendszer(ek) fenntarthatóságát.

Mi is az a beteg-együttműködés? Milyen fogalmi rendszerrel írható körül? Milyen fejlődési folyamatokon ment át definíciója az utóbbi időkben?

1.1 Definíció és koncepcionális keretek

A szakirodalmak **több fogalmat** említenek a beteg-együttműködés leírására. Ezen definíciókat **tévesen** gyakran **szinonimaként** említi mind a szakmai, mind pedig a köznyelv. A különbség azonban meghatározó a leírások között, sőt egyfajta **fejlődési folyamat** követhető végig a fogalmak megismerése során.

Két fogalommal találkozhatunk a leggyakrabban nemzetközi és hazai szinten is. Ezek a compliance és adherencia. Utóbbi, vagyis „magyarosan” a terápiahűség az, ami jelenleg a leginkább használatos, és a legjobban körülírja az együttműködés lényegét, folyamatát.

A fejezet során további fogalmak is bemutatásra kerülnek, hogy átfogó képet kapjunk a témát illetően. Így a definíciók bemutatása részben a compliance és adherencia kifejtésén felül a non-adherencia és non-compliance mellett a konkordancia, perzisztencia jelentésének ismertetésén lesz a hangsúly, melyhez a különböző fogalomtárak, szakmai cikkek, tanulmányok nyújtanak segítséget (Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Medicalonline, Pharmaonline).

1.1.1 Compliance

A **compliance**, mint a beteg-együttműködésben használatos fogalom bizonyos szempontból (jelen tanulmány célját figyelembe véve) elavultnak tekinthető. Ennek két oka is van:

- a hivatalos definíció szerint a compliance arra utal, hogy a páciens az ellátó orvos utasításainak megfelel. E szerint a betegséggel küzdő egyén passzív szereplő, megteszi azt, amire utasítják.
- kizárólag a gyógyszeres terápiára vonatkozik, ami a legfontosabb népegészségügyi jelentőségű nem fertőző krónikus betegégek esetében nem elégséges a megfelelően eredményes terápiához, gondozáshoz.

Az utasítás szó negatív és elvárásokat is jelző értelmezése miatt a páciens nem vallja be a „fehér köpenyes varázslónak”, ha nem tudja tartani valamilyen oknál fogva az előírt terápiát. Az okok mögött számos tényező állhat, így például a gyógyszeres kezelés mellékhatásaival való küzdelem vagy azoktól való félelem, rossz anyagi helyzet és így a gyógyszerek ki nem váltása, a nem szedés hatásaival kapcsolatos tájékoztatás hiánya, egyéb információhiány, lelki okok (félelem a betegségtől, más prioritások a magánélet területén), feledékenység, az egészségkultúra, tudatosság hiánya, stb.

A rossz compliance például a rendszertelen, vagy a rossz időpontokban történő szedést, a terápia folytonosságának megszakítását, illetve idő előtti abbahagyását jelenti. (Molnár, Dankó 2010) Sokszor a páciens „önhatalmúlag” hoz döntést a gyógyszeres kezelését illetően a kezelőorvosa vagy gyógyszerésze bevonása nélkül áttérve más szer szedésére. Ez esetben a páciens vélhetően nincs minden szükséges információ birtokában, nincs tisztában azzal, hogy éppen saját egészségi állapotát veszélyezteti, hiszen a nem optimális terápiakövetés szövődményekhez, akár életminőség romláshoz is vezethet.

Bár Magyarországon általános tapasztalatként felismerhető, hogy a gyakorlatban a compliance fogalma érvényesül (akár nem is tudatosan beépülve a mindennapi ellátás folyamatába), célszerű felismernünk, hogy az orvos és a beteg közötti viszony változott, kevésbé hierarchikus, hiszen a terápia sikeressége összességében nem csak az orvoson múlik. Az információs aszimmetria az információáramlás gyorsulása és a nagyobb mennyiségű tudás elérésének lehetőségével változott, hiszen manapság egy tünet tapasztalásakor „felcsapjuk” az internetet, „ráguglizunk” a tapasztalt tünetekre, és máris teljes kórképeket diagnosztizálhatunk (sajnos sokszor tévesen). Ugyanakkor az orvosnak továbbra is több ismerete arról, hogy a beteg valójában mit csinál, mit tart be a javasolt terápiából, csak akkor van, ha a beteg elmondja neki. Az informatikai fejlesztések (EESZT) eredményképpen ugyan a háziornosnak meg van az elvi lehetősége arra, hogy bizonyos adatokat megismerhessen (alapvetően a gyógyszerek kiváltásával kapcsolatosan), azonban ennek még nem adottak a rendszerszintű működtetéstámogatáshoz szükséges feltételei (riportolási és monitoring funkciók)

A fentiek miatt mondhatjuk, hogy **a compliance napjainkra elévült**, és a fogalomban fellelhető hiányosságokat az adherencia fogalma pótolhatja.

1.1.2 Adherencia

Ha az idegen szavak értelmezésénél keressük az **adherencia definícióját**, láthatunk többféle megnevezést, de egy különösen fontos a tanulmány szempontjából. Ez a definíció a kíséret.

A WHO 2003-ban megjelent adherenciával foglalkozó kutatása/tanulmánya szerint az adherencia **a páciens által az egészségügyi szakemberrel egyeztetett ajánlások betartása, mely érinti a gyógyszereszedés és életmód-változtatás területét is**. E szerint az egyén, azaz **a beteg a gyógyítás aktív szereplőjévé válik**, akinek az együttműködése nélkül nem érhető el javulás, változás.

A legnagyobb különbség tehát abban rejlik compliance és adherencia között, hogy az adherencia, azaz a terápiához magatartás egyetértést feltételez orvos és páciense között. A páciens megérti, elfogadja a kezelést és a kapcsolódó ajánlásokat, javaslatokat, melyeket az életminőség javulása és gyógyulása érdekében tennie kell.

Így, visszakanyarodva az idegen szavak értelmezésében jelzett definícióra, a kíséret vonatkozik egyrészt az egészségügyi szakemberre, hiszen kíséri, támogatja a páciens a kezelés folyamán, de éppen úgy vonatkozhat a páciensre is, hiszen figyelemmel kíséri a kezelését illetően javasoltakat, nem csupán a szakembertől várja/várhatja a gyógyulását, többé már nem passzív szereplő a rendszerben.

Más megközelítésben az adherencia négy különböző, a terápiás hűséget érintő fogalom egységéből áll össze (Szekeres, 2011):

- elfogadás (acceptance)
- egyetértés (concordance)
- kitartás (persistence)
- engedelmesség (compliance)

Az adherencia az ellátásban résztvevő **szakemberek ajánlásainak való megfelelés mértékét is jelöli**, azaz azt, hogy az egyén mennyire, milyen mértékben követi ezeket a gyógyszeres kezelés, diétakövetés, egyéb életmódváltást érintő javaslatok terén. A **krónikus betegségek** esetében igen gyakori az **életmódváltás szükségessége** így nem csak az orvos, hanem az egész egészségügyi rendszer és a páciens környezete, magatartása is hatással van állapotára, gyógyulására. Ez azt jelenti, hogy nem csak a beteg számára jelent sokszor mélyreható változásokat, az ellátórendszernek is át kell állnia a beteg gondozását teamként biztosító, több szakember konzisztens együttműködését megvalósító szemléletre, ahol az orvos csak az egyik szakember.

Az adherencia a fentiek szerint egyfajta **konszenzusos megállapodás** az ellátásban résztvevő szereplők között, mely során a beteg életviteli, élethelyzeti sajátosságai, prioritásai, féltelmei is meghatározzák a beteg-együttműködést. Azt is mondhatjuk, hogy az együttműködés eredményeként egy fajta „**terápiás szerződést**” kötnek a szakemberek a pácienssel.

E szerződésnek meghatározó szerepe van, ebből indul ki a terápiás keret, ez mutatja, hogy szakember és páciens szövetségre lépett egymással. Ez jellemzően egy **informális, szóbeli elköteleződés** a felek részéről, aminek célja, hogy keretet adjon, védjen, biztonságot, kiszámíthatóságot, tájékozódást nyújtson. Ugyanakkor mindkét oldal szemléletváltását és a beteg elköteleződését nagymértékben támogathatja, ha a terápiás szerződés explicit módon megkötetik – egy írásban rögzített, mindkét fél által szignált terápiás terv formájában.

A szerződésnek köszönhetően a felek által vállalt szerepek tisztázottak. A beteg részéről az együttműködést, nyitottságot, míg az orvos részéről a szaktudást, figyelmet és titoktartást jelenti. Más néven nevezhetjük **egyéni terápiás terv**nek is, melynek összeállítása történhet akár írásban is, de a lényeg, hogy mindkét fél elfogadja azt. Más szakirodalmi források **terápiamenedzsment program**nak is hívják az adherencia javítására tett intézkedések egységét.

A beteg-együttműködés, terápiahű magatartás mérésének több lehetősége is adott, számos szakirodalom taglalja. Bemutatásuk a vonatkozó fejezetben olvasható.

1.1.3 Non-adherencia és non-compliance

A **non-adherencia és non-compliance a beteg-együttműködés hiányát jelző fogalmak**, melyek a gyógyszeres terápia, életmódváltás tényezőit is lefedik. Más szóval vagy erősebb kifejezéssel élve a terápiás szerződés megszegését jelentik. Így például azt, ha a beteg a felírt gyógyszert nem megfelelő arányban, időben szedi, kezelésében résztvevő szakemberekkel nem egyeztetve módosít a terápiaján, terápiás céljain (másik gyógyszerre tér át, teljesen elhagyja azt, nem követi az életmódot érintő javaslatokat stb.)

A non-adherencia kiszűrése, **felismerése gyakran nehézségekbe ütközik**, hiszen a páciensek többsége elhallgatja ezt és a kiváltó okokat a szakemberek elől, melynek hatására feleslegesen módosított terápia, felírt gyógyszerek következnek, és így állapotromlás alakulhat ki. E tényezők is jelzik, hogy az orvos-beteg vagy gyógyszerész-beteg **kommunikáció kiemelkedően fontos**, és nagymértékben meghatározza az adherencia kialakulását, megtartását.

Mielőtt egy páciens kezelése során non-adherencia vagy non-compliance lépne fel, szükséges meghatároznunk azt az időtartamot, amin túl „*terápiaelhagyónak*” tekintjük a beteget. Ez az időtartam az úgynevezett **Grace periódus** lehet, mely „*tűrelmi időszak*” a Nemzetközi Gyógyszergazdaságtani Társaság (International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research, ISPOR) javaslata szerint **két hónapos** időtávot jelent. (Molnár, 2015)

1.1.4 Konkordancia

A konkordancia **teljes összhangot, harmóniát jelent**, ebben az esetben a „tökéletes” együttműködést. E kifejezés azt jelzi, hogy a páciens és az egészségügyi szakemberek között **abszolút az egyetértés** az előírt kezelést illetően, valamint a beteg részéről is megfigyelhető a nagymértékű aktív részvétel a terápia kialakításától a teljes elfogadásig, kivitelezésig terjedő időszakban.

A fogalom **egyelőre elméleti síkon** létezik, kialakítása bonyodalmakba ütközik, mert a szereplőknek változtatniuk kell jelenlegi hozzáállásukon, fejlődniük szükséges ahhoz, hogy azt a kultúrát megteremtsék az egészségügyben, ami a konkordancia megvalósulásához kell. Ehhez egy másfajta, elsődlegesen egyenrangúságra épülő, kölcsönös bizalmi alapokon nyugvó kapcsolatnak kell létrejönnie.

1.1.5 Perzisztencia

További fogalomként a témakörhöz kapcsolódóan nem hagyható ki a **perzisztencia** és definíciója.

A perzisztencia azt az **időtartamot** foglalja magában, amíg **egy páciens a számára előírt/javasolt terápiát betartja**. Így tehát ez inkább egy **indikátor** (Medicalonline), és ennek segítségével mérhető az adherencia megvalósulásának sikeressége.

A perzisztenciát olyan gyógyszerek, készítmények esetében fontos figyelembe venni és mérni, amelyeknél a kezelés megszakítása az egész terápia hatását veszélybe sodorja. Nincs konszenzusos megállapodás annak tekintetében, hogy mely betegeket tekinthetjük perzisztensnek, azaz „terápián maradónak”. (Medicalonline) Előfordulhat feledékenység, szabadság, stresszes életszakasz, mely következtében kisebb-nagyobb kihagyások, szünetek keletkeznek a terápiában, de alkalmazható a Grace-periódus is.

1.1.6 A fogalmak kapcsolódása

Az egyik megközelítés alapján a compliance, az adherencia és a konkordancia **egymást követő megállók, fejlődési szintek** az együttműködés területén. A következő lépcsőfok létrejövetele **pozitív változást** feltételez az egészségügyi szakember és páciens kapcsolatában, illetve a páciens aktívabb szerepvállalását, sőt felelősségvállalását jelzi.

Más megközelítés szerint azonban nem feltétlenül lineárisan követik egymást, és nem feltétlenül kell, hogy fejlődést írjanak le az orvos-beteg kapcsolatban. **Figyelembe kell venni az egyes páciensek személyiségi, magatartási jellemzőit, igényeit az együttműködés mértékére.**

Vannak olyan betegek, akik a teljes folyamatot érteni és ismerni szeretnék, utánajárnak a lehetőségeiknek, információt gyűjtenek, fontosnak érzik egyéni prioritásaik figyelembevételét. Az ő esetükben az adherencia vagy konkordancia alkalmazása lehet célszerű a beteg-együttműködés elősegítésére. Számukra az egészségügyi szakember távolságtartó, kizárólagos szakmai szempontokon és a gyógyításon alapuló szemlélete, magyarázat nélküli terápia elrendelése nagyobb valószínűséggel vált ki non-compliance-t. Esetükben a partnerség érzetének megteremtése lehet célravezető.

Azonban vannak olyan páciensek is, akik számára rémisztő lehet, akiket bizonytalansággal tölt el, ha nagyobb önállóságot követel a kezelőorvos, nem érzik magukat erre alkalmasnak, készek. Az ő esetükben a konzultatív-kérdező megközelítés esetén a non-adherencia és non-compliance kialakulása valószínűbb, hiszen cserbenhagyásként élhetik meg a számukra idegen szerepet, és a bizalmatlanság miatt nem követik megfelelően az ajánlásokat.

Ezért fontos, hogy a szakemberek ismerjék ezeket a szerepeket, elvárásokat és szükségleteket és a beteg állapotának, felkészültségnek és képességeinek felmérését követően a megfelelő kommunikációt és működési módot tudják alkalmazni. Ezek az ismeretek és készségek jelenleg nem képezik tárgyát az orvos és más egészségügyi szakember képzésnek.

Az együttműködést befolyásoló tényezőket az 3. fejezet taglalja.

1.2 A beteg-együttműködés szerepe az eredményesség, hatásosság, hatékonyság területén

A beteg-együttműködés fogalmának előtérbe kerülésével és annak **készség szintű fejlesztésével** (mind az egészségügyi szakemberek, mind pedig a páciensek esetében) javíthatunk rossz morbiditási és mortalitási mutatóinkon, javulhat az életminőség, csökkenhetnek az egészségügyi kiadások. Így a beteg-együttműködés mindenképpen **jelentős szerepet** kell, hogy betöltsön a mai egészségpolitikai, egészség-gazdaságtani döntésekben.

A páciensek esetében kórképtől függően gyorsabb javulás érhető el, **növekedhet az egészségben eltöltött évek száma és az életminőség**. A megfelelő kezeléssel és szakemberek javaslatainak betartásával, így életmódváltással kordában tartható a betegség, a panaszok csökkenése, akár panaszmentesség érhető el. A szövődmények csökkenhetnek, társbetegségek kialakulása előzhető meg, valamint csökkenés tapasztalható a rossz gyógyszeresedés miatt kialakult mellékhatások, valamint a gyógyszer interakciók számában is. Nem mellékes továbbá, hogy az **orvos-beteg viszony bizalmi szintjében bekövetkezett pozitív irányú fejlődésnek** köszönhetően, a beteg fizikailag és lelkileg is jobban fogja érezni magát a betegségében eltöltött idő alatt, valamint az orvosával kialakított kapcsolatban is.

Rendszer szinten az együttműködés megvalósulásával és javításával **csökkenthetők a felesleges orvos-beteg találkozások**, a kezelés sok esetben az alapellátás szintjén marad, nem igényel szakellátást, vagy

éppen kórházi kezelést, így elkerülhető a hospitalizáció, vagy az, hogy a kezelést végző személy feleslegesen drágább, bonyolultabb terápiát rendeljen el.

Tehát makroszinten **direkt megtakarítások** is elérhetőek, egyrészt az egészségügyi készítmények használatában, másrészt a szolgáltatások igénybevételének realizálásával. Mindeközben közvetett megtakarítások is jelentkeznek, hiszen a páciens életminősége, társadalmi helyzete megtartott, esetleg javul.

A beteg-együtműködés relevanciája érzékelhető a **hatásosság és eredményesség** területén is. Az egészség-gazdaságtani szaknyelv e két fogalmat használja a gyógyszeres kezelés által kifejtett hatás megismerésére. A gyógyszerek kontrollált klinikai körülmények között mért hatásossága (hatásosság – efficacy) gyakorta eltér a mindennapi életben tapasztalt hatástól (eredményesség – effectiveness). (ÁEEK, Egészségtudományi fogalomtár)

A két meghatározás közötti különbség részben a terápiahű magatartás, hozzáállás hiányát is jelenti. A beteg-együtműködés megléte így egészségügyi, valamint egészségi állapot béli, továbbá a gazdasági fenntarthatóság szempontjából meghatározó szerepet tölt be, s hiánya gyakorta hatékonyságromlást okoz.

A hatásosság és eredményesség közötti különbséget egyéb más tényezők is befolyásolják, így például a randomizált, kontrollált vizsgálatok beteg kiválasztási, terápiakövetési és egyéb módszertani meghatározói, környezeti sajátosságok. De a két terminus közötti különbséget nagyban meghatározza a be nem tartott farmakoterápia, így a beteg-együtműködés javítása ebből a szempontból is kiemelt jelentőséggel bír.

Tehát a **rossz adherencia közvetlenül és közvetetten is nagymértékű többletköltséget** jelenthet mind a **páciensek, mint a finanszírozók (biztosítók), mind a gyógyszer gyártók** számára. A legtöbb esetben e három érintett osztozik a beteg-együtműködés okozta károkon, valamint a megfelelő terápiahűség esetén az előnyökön is. Például, ha egy készítményt a páciens TB támogatással vásárol, de mégsem alkalmaz megfelelően, az a páciens esetében egészségromlást eredményezhet, míg a biztosító esetében felesleges kiadást (felesleges ártámogatást, illetve állapotromlás kezelési költségeit). A gyógyszergyártó közvetetten érdekelt lehet abban, hogy a forgalmazott készítmény hatásokat érjen el, hiszen a finanszírozó intézkedései negatívan hathatnak a gyártóra. (Molnár, 2015)

A fentiek figyelembevételével elmondható, hogy nem csak a hatásosság és eredményesség javul, de költségcsökkenés is elérhető, így egy **hatékonyabb egészségügyi rendszert működtethetünk** az adherencia segítségével, mely rendszerben a szereplők pozitívabb tapasztalatokat szerezhetnek.

1.3 A beteg-együttműködés hiányának főbb okai és következmények

Jelen fejezet a **beteg-együttműködés hiányának lehetséges okaival** foglalkozik, melyek felderítésével és megértésével közelebb kerülhetünk az adherencia eléréséhez.

A krónikus betegségek terápiái kapcsán a szakirodalmak és kutatások 17-80% közöttire teszik a beteg-együttműködés általános meglétét. Köszönhetően bizonyos páciens követő programoknak, kezdeményezéseknek, fejlesztéseknek (például elektronikus gyógyszerzedést monitorozó eszközök) **számos okot sikerült azonosítani** a non-adherencia tekintetében.

A legtöbb, gyógyszeres terápia terén jelzett beteg-együttműködés elmaradása mögött a **kezelés megszakítása, feledékenység vagy időpont béli csúszás, késés** rejlik.

Az orvossal történő találkozást követően körülbelül 5 napig magasabb a beteg-együttműködés, más szóval perzisztens a páciensek gyógyszerzedési magatartása. De hasonlóan jobb értéket mutat a terápiahűség azelőtt, mielőtt a páciensek kontroll vizsgálatra mennének kezelőorvosukhoz. A **fehér köpeny effektus** magyarázza ezt a viselkedést, hiszen a szakemberrel való találkozás több pácienset feszélyez, kellemetlenül érzi magát, akár lelkiismeret furdalása van azért, mert nem tartotta be a „fehér köpenyes varázsló” által elmondottakat. **Az adherencia kialakítása, azaz a beteg-együttműködés és az orvos-beteg kommunikáció javítása segítségével kiszűrhetjük azon eseteket, amiket a fehér köpeny effektus okoz.**

Az elektronikus gyógyszerzedést monitorozó rendszerek 6 különböző gyógyszerzedési viselkedési típust különböztettek meg. E szerint a következők különíthetők el:

- közel tökéletesen követi a terápiát,
- szinte az összes gyógyszert beszedi, de az időzítésben némi szabálytalanságot követ el,
- kihagy egy-egy gyógyszert, ezen felül az időzítésben mutat kevés inkonzisztenciát,
- hosszabb időszakot kihagy a gyógyszeres terápiában 3-4-szer évente, 1-2 dózist kihagyva,

- havonta vagy gyakrabban hagy ki egy-két adagot
- alig vagy egyáltalán nem szedi az előírt gyógyszert, miközben úgy tesz, mintha megfelelően követné az előírt gyógyszereszedési terápiát.

A rossz beteg-együttműködés, non-adherencia vagy non-compliance okait több tanulmány is vizsgálja. **Leggyakrabban a feledékenységet** emelik ki, de további érdekes tényező, hogy a páciens számára más prioritás kerül előtérbe, ezért kevésbé összpontosít a kezelésre.

A tudatos terápia felfüggesztés, az információhiány és az érzelmi tényezők is a terápiakövetés hiányosságainak okai között szerepelnek. Ezek nagy része a kommunikáció javításával, a beteg támogatásával (lásd későbbi fejezetek), megelőzhetőek volnának.

Dankó 2010-es cikkében említ egy kutatást, melyet a Semmelweis Egyetem, a Szegedi Tudományegyetem, illetve a Budapesti Corvinus Egyetem végzett eltérő krónikus kórképek területén vizsgálva az együtt-működés hiányának okait Magyarországon.

A megkérdezettek válaszadása alapján első helyen az adott szer **mellékhatásaitól való félelem** szerepelt. A fenntartások, félelem érzete miatt gyakran el sem kezdik a terápiát, vagy előbb utóbb teljesen elhagyják azt. Másik gyakori okként említik, hogy a tünetmentes krónikus betegségek esetében, mint például a magas koleszterinszint, a gyógyszeres **terápia mellékhatásai kellemetlenebbek**, mint a betegséggel/állapottal való együttélés.

A kutatás szerint a **támogató családi környezet javítja** a beteg-együttműködést, hiszen a családtagok figyelmeztethetnek a pontos és megfelelő gyógyszereszedésre.

A terápiahűség elérésében befolyásoló tényező az **ellátásban résztvevő szakember**, azaz hogy milyen szerepet tölt be az ellátás folyamán, és folyamatában milyen hatást tud gyakorolni a páciensre. Amennyiben a páciens úgy érzi, hogy foglalkoztak vele, megfelelően tájékoztatták, figyelembe vették a félelmeit, szorongásait, nagyobb valószínűséggel fogja követni az orvos ajánlásait. Ide kapcsolódik még a szakemberek által nyújtott tájékoztatások esetleges különbözősége. Ha a szakorvos és a háziorvos egymásnak ellentmondó diagnózist és javaslatokat fogalmaznak meg, az bizalomvesztéshez vezet akár az egész ellátó rendszer iránt.

Az **alternatív gyógymódok** térhódítása többek között az „*elszemélytelenedő*” ellátórendszernek tudható be, hiszen egyre fontosabb a betegek pszichés tényezőinek, aktuális érzelmeinek figyelembevétele is a kezelés sikeressége szempontjából. Az alternatív gyógymódok teljes elutasítása a szakemberek részéről

tovább rontja a páciens együttműködési hajlandóságát, hiszen érzelmeit, hiedelmeit kritizálja az ellátó szakember.

A kutatás alapján, az adherencia hiányának okait vizsgálva egyértelműen az **attitúd alapú tényezők dominálnak** a non-adherencia területén is, így a cikk szerzője a kezelőorvosok szakmai továbbképzésére, kommunikációjának fejlesztésére és a kulcsüzenetek szakmai társaságok általi megfogalmazását tartja szükségesnek. (Dankó, 2010)

2. Az együttműködést befolyásoló tényezők, potenciális előrejelzők

A non-adherencia okozta hátrányokat az úgynevezett három (egészségügyi szakemberekkel együtt négy) stakeholder szenvedni el, így a páciensek, a finanszírozók, és a gyógyszergyártók. Természetesen a megfelelő beteg-együttműködés előnyeit ezen szereplők élvezik. (Molnár 2015) Ahhoz, hogy elérjük és fenntartsuk a terápiához való magatartást feltétlenül ismernünk kell a beteg-együttműködést befolyásoló összetett tényezőket.

2.1 Általános tényezők

A WHO 2003-as jelentése szerint öt összetevő fejt ki hatást, illetve határozza meg az adherens viselkedést a pácienseknél.



6. ábra: Együttműködést befolyásoló tényezők (Molnár, 2010)

Az 5 fő tényező a **társadalmi- és gazdasági tényezők; az egészségügyi rendszertől, az ellátástól és az egészségügyi szakembertől függő tényezők; a páciens aktuális egészségi állapota; a páciensről függő tényezők; valamint a konkrét kezeléstől, terápiától függő tényezők.**

A társadalmi-gazdasági faktor alatt az alábbi résztényezőket különítik el a szakirodalmak:

- életkor
- szegénység,
- iskolázottság, képzettség,
- jövedelmi státusz,
- a munkanélküliség és munkahelyi körülmények,
- vagy éppen stresszel járó munkavégzés,
- laikus hiedelmek a betegségekkel és azok kezelésével kapcsolatban
- az alternatív gyógyászathoz való hozzáállás

Az egészségügyi ellátásától és ellátótól függő tényezők alatt a következőket említik a témát boncolgató tanulmányok:

- a szolgáltatás igénybevételének bonyolultsága, elérhetőség (például várólisták, földrajzi távolság)
- az ellátást nyújtó egyén és a páciens viszonya,
- konzultációk hossza,
- az ellátó személyzet hozzáállása,
- egymásnak ellentmondó egészségügyi szakemberek,
- az egészségügyi szakemberek kommunikációja,
- visszacsatolások megléte,
- az ellátással, betegséggel kapcsolatos frusztráció,
- megfelelő, részletes tájékoztatás megléte,
- a túl nagy távolság az egészségügyi szolgáltatótól, gyógyszeráraktól.

Az egészségügyi rendszert érintően érdemes kiemelni a páciens számára elérhető egészségügyi és egészségfejlesztési lehetőségeket. Nem minden településen érhetőek el könnyen, „karnyújtásnyira” a szükséges vagy javasolt szolgáltatások, legyen szó akár az alapvető, háziiorvosi szolgáltatásról, vagy dietetikusról, vagy egészséges életmódot ösztönző programokról.

A terápiától függő tényezők alatt említhető:

- a kezelés hossza,
- magas kezelési költségek,
- előző sikertelen kezelések hatása,
- kezelés gyakori változtatása,
- mellékhatások erőssége,
- a gyógyszereszedéssel kapcsolatos teendők (beviteli mód nehézsége, adagolás, gyakoriság),
- gyógyszer formája, állaga, színe, mérete,
- kezelés komplexitása
- egymásnak ellentmondó egészségügyi szakemberek javaslatai.

A páciens egészségi állapotán belül a lentiek határozzák meg a beteg-együttműködés milyenségét:

- az adott betegség és a tünetek súlyossága vagy akár láthatósága,
- a korlátozottság szintje,
- a progresszió mértéke,
- bizonyos betegségek együttes megléte (multimorbiditás, komorbiditás),
- a betegség ismerete,
- a betegséggel, gyógyulással kapcsolatos várakozások,
- a betegség hatása a mindennapi életre.

Magától a **pácienstől függő tényezők** közül pedig az alábbiak befolyásolhatják a terápiához való magatartást:

- a beteg attitűdjei, ismeretei, hozzáállása, hiedelmei, előfeltevései, várakozásai,
- a feledékenység,
- a motiváció hiánya,
- a diagnózisra és a kezelés sikerességére vonatkozó hitetlenség,
- a reménytelenség,
- társas kapcsolatok, támogatás megléte vagy hiánya,
- páciens csoporthoz való tartozása (család, párkapcsolat, stb.)
- páciens életkora,
- páciens képzettsége, jövedelmi státusza,
- páciens személyisége,
- egészségtudatosság mértéke.

Tehát ahhoz, hogy eredményesen tudjunk javítani a páciens terápiahűségén, számos szempontot kell figyelembe vennünk, nem elég csupán a szakmai irányelvek, eljárásrendek szerinti lehető legjobb terápiát javasolni. „*A beteg-együttműködés javítása azoktól a beavatkozásoktól remélhető, melyek egyszerűen több tényezőre tudnak eredményesen hatni!*” (Molnár, 2015)

A WHO egy **másik megközelítés** szerint is csoportosítja a gyógyszeres compliance-t előidéző tényezőket, melyek éppen úgy befolyásolhatják az adherencia mértékét is. Itt hat szempont mentén határozza meg a beteg-együttműködést, melyek pozitív vagy negatív hatását tanulmányok eredményeire alapozzák. Az összegyűjtött eredményekből látható, hogy ugyanaz a tényező bizonyos esetekben növeli, míg más esetekben csökkentheti a compliance mértékét. Ez a konkrét esettől, a beteg jellemzőitől, (személyiség, hiedelmek, élethelyzet, érzelmi állapot, stb.) a betegség jellegétől, fenálló komorbiditástól, vagy multimorbiditástól függ. Összeségében a kutatási eredmények elősorban azokat a szmeotkat átrják fel, amire az orvosnak érdemes gondolni, mikor az egyes betege esetén keresi az adherencia javításának lehetőségeit, hiányának okait.

1. Családi/kulturális jellemzők

Növeli: családi, szociális támogatás; családi összetartás; családi alkalmazkodóképesség; stabil családi háttér

Csökkenti: mások ápolását végző személy kezelése

Nincs rá hatással: háztartás nagysága

2. A páciens demográfiai sajátosságai

Növeli: életkor, magasabb képzettség, egészségbiztosítás megléte, családi állapoton belül a házasság

Csökkenti: alacsony műveltség, etnicitás

Nincs rá hatással: családi állapot, nem

3. A betegséggel kapcsolatos tényezők

Növeli: a betegség súlyossága, tájékozottság a betegségről

Csökkenti: a betegség súlyossága, megnövekedett tünetek száma, észlelt betegség kockázat és a betegség kockázat észlelésének hiánya

Nincs rá hatással: a betegség hossza

4. Pszichoszociális és magatartási sajátosságok

Növeli: a terápia eredményességébe vetett hit, öngondoskodás, mellékhatások kezelésének képessége, motiváltság, belső kontroll, pozitív attitűd, kötekedő/harcos szellem

Csökkenti: depresszió, más neuropszichológiai rendellenességek, korlátozott kognitív funkciók, feledékenység, öngondoskodás, düh, stressz, szorongás, alkoholizmus/dohányzás/drogfogyasztás, komorbid állapotok, rossz egészségi állapot, reménytelenség

Nincs rá hatással: elégedettség az étellel, megfelelő kompetencia érzet

5. A terápia sajátosságai

Növeli: előzőleg jó terápiás beteg-együttműködés, elégedettség a terápiával kapcsolatos tájékoztatással

Csökkenti: mellékhatásoktól való félelem, drága gyógyszerek, egyéb gazdasági problémák, a gyógyszerek száma (több mint 3), a terápia komplexitása, szociális izoláltság, kényelmetlenségek a terápia során

Nincs rá hatással:

6. Egészségügyi rendszer jellemzői

Növeli: az ellátáshoz való hozzáférhetőség, férfi szakemberek, gyakoribb részvétel a járóbeteg szakrendeléseken, pozitív/támogató/bizalmi viszonyon alapuló kapcsolat az egészségügyi szolgáltatóval

Csökkenti: gyógyszeresedés nélküli terápia

Nincs rá hatással:

A páciensről függő tényezőket vizsgálhatjuk Kübler-Ross féle **gyászreakció² modell** mentén is.

Minden veszteségélmény gyász reakciót válthat ki. A krónikus nem fertőző betegségek esetében véglegesnek tekintett állapot, melyben megfelelő terápia betartása esetén a tünetmentesség vagy lassú progresszió a terápiás ígért, de gyógyulást az orvostudomány mai állása szerint nem tudunk ígérni. A betegséggel való szembesülés az egészség elvesztésének élménye. A terápiával való együttműködés lemondásokat, változtatásokat követel a betegtől a megszokott életvitelében, hobbijai, szenvedélyei területén, amit szintén veszteségként élhet meg. Az állapotának súlyosbodása, szövődmények kialakulása, funkcióvesztések, fogyatékoságok megjelenése további veszteségeket jelent. Gyógyíthatatlan (vagy annak hitt) betegségek esetében az egészség elvesztése mellé a halálfélelem is megjelenik. A gyász folyamat a haldokló, vagy a halál veszélyével találkozó esetében is elkezdődhet (anticipált gyász), mely ugyanolyan sajátosságokat mutat, mint a klasszikus gyász folyamat.

² A haldoklás öt pszichológiai fázisa. (Fittler, 2015)

A gyászreakció modell szerint a gyászreakció a következő 5 fázisból áll:

1. Elutasítás
2. Agresszió és düh
3. Tárgyalási kísérlet
4. Depresszió
5. Aktív elfogadás

Az 5 fázisnak lépésnek megfelelően a következőképpen alakul a beteg együttműködési hajlandósága:

Gyászreakció 5 fázisa	Adott fázisra vonatkozó jellemző	Beteg-együttműködés megléte, szintje
Elutasítás	A páciens nem ismeri be, nem fogadja el a betegség tényét.	Non-adherencia
Düh	A megjelenő betegségtudat kapcsán elkeseredettség érzete, miértek és felelősök keresése.	Non-adherencia
Tárgyalás	Alternatív megoldások keresése, egyezkedés	Nem teljes beteg-együttműködés
Depresszió	Kudarcérzet, kiszolgáltatottság, reményvesztettség	Részleges beteg-együttműködés
Aktív elfogadás	Együttműködés az egészségügyi szakemberekkel	Adherencia

(Fittler, 2015)

A beteg-együttműködés szempontjából további befolyásoló faktorként lehet számon tartani a **páciens csoport béli elhelyezkedését**.

➤ **Életkor, mint csoport**

Kiemelt csoportként kezelendők az **idősek**, a krónikus betegségek őket érintik a leginkább, esetükben okoznak magasabb szintű életminőség romlást, komolyabb tüneteket, valamint e korosztály szenved a leginkább a **multimorbiditás** okozta egészségügyi gondoktól. A **társadalom elöregedésével** mind fontosabb hangsúlyt helyezni ezen csoport beteg-együttműködésének növelésére. A többféle gyógyszer,

számos kezelési procedúra, mellékhatásokra szedett gyógyszerek mellett az aktív időskör megélésének elősegítése mind indukálja a terápiahűség elősegítését és növelését.

Kiemelt csoportként kezelendők a **tinédzserek, fiatal felnőttek**. Esetükben az életkorból fakadóan kifejezetten rossz beteg-együtműködés tapasztalható. Sajnos a krónikus betegségek a rossz életmódból, genetikai tényezőkből fakadóan nem válogatva egyre fiatalabb korban okoznak élethosszig tartó megbetegedéseket a fiatal generáció körében is. Megoldás lehet a megfelelő **egészségre nevelés, oktatás, tudatosítás**. Például a megfelelő tájékoztatásnak köszönhetően megérthetik, hogy milyen veszélyeket hordoz egészségi állapotuk romlása akár a jelenben, akár a jövőben. Ugyanakkor nagyon fontos annak oktatása is, hogy nem törvényszerű és elkerülhetetlen állapotának súlyosbodása, szövődmények kialakulása, funkcióvesztések, fogyatékoságok megjelenése – lehetséges ezt befolyásolni. A beteg-együtműködés fejlesztésében ösztönzők segítségül hívása lehet hasznunkra, hogy pozitív élményként rögzüljön a terápia helyes alkalmazása.

➤ **Betegség, mint csoport**

Nem csak életkor mentén csoportosíthatjuk a megfelelő beteg-együtműködést gátló tényezőket, hanem például **betegségcsoportonként**, betegségfajtánként. Az egész tanulmány folyamán kiemelt jelentőségű a krónikus betegségben szenvedők terápiahűségének megléte, befolyásolhatósága. Azonban különösen veszélyeztetett csoport a **krónikus és tünetmentes (vagy csak enyhe tünetekkel járó) betegségben szenvedők** köre. A gyógyszeres terápia, de akár az életmódváltás kapcsán is kellemetlenebbnek, sőt rosszabbnak érezhetik egészségi állapotukat a mellékhatások fellépése, a terápia szervezetre gyakorolt hatása, valamint az erőfeszítések/lemondások miatt. Ezért sok esetben ők azok, akik hamarabb befejezik a terápiát, még mielőtt hatást érhetnének el. Esetükben is megoldás a széleskörű információnyújtás, oktatás és a kezelő szakemberek támogatása.

Célszerű azonban szem előtt tartanunk, hogy a pácienseket nem lehet minden esetben valamilyen csoport mentén kategorizálni. A terápiahű magatartás elérésében **fontos a páciens személyiségjegyeinek ismerete** és annak feltérképezése, hogy mi akadályozza meg a helyes beteg-együtműködési viselkedés kialakulását. Ez talán az egyik legnehezebb, hiszen ahány beteg, annyi probléma, így a tényezők is sokszínűek lehetnek, akár félelem, információhiány, mentális problémák, stressz, stb. Ezek közül néhányat az alábbi alfejezetben fejtünk ki a magatartási modellek mentén.

2.2 Magatartási modellek

A páciens viselkedését, beteg-együtműködési hajlandóságát számos tényező befolyásolja, melyek mentén különböző magatartási modellekről beszélhetünk. Egy, a témában készült szakdolgozat (Berki, 2013) által feldolgozott szakirodalmak (Leventhal H., Cameron L. (1987): Behavioral theories and the problem of compliance. Patient Education and Counseling) szerint öt különböző modell különíthető el.

Biomedicinális vagy biomedikális megközelítés

E szerint a non-adherens viselkedés adott, meglévő tulajdonság, a **páciensek** tehát **passzív szerepet** töltenek be terápiájuk kivitelezésében. A megoldást, azaz a terápiához magatartás elérését a beteg negatív tulajdonságainak csökkentésében látta e modell. Ebből fakadóan a biomedikális megközelítés hátránya, hogy **figyelmen kívül hagyja a beteg** betegségével, kezelésével kapcsolatos **érzéseit**.

Viselkedési modell

Modernebb megközelítés, mely a biomedikális modellel szemben a beteg **gondolatait, érzéseit** is figyelembe veszi. A fókusz az **előzmények és következmények vizsgálatán** van, azaz hogy azok milyen hatással vannak a beteg-együtműködésre. A modell alkalmazásával kapcsolatos nehézséget az okozza, hogy nem állapítható meg egyértelműen, hogy valós vagy vélt gondolatokról, érzésekről van szó. E bizonytalan tényező kiküszöbölhető azzal, hogy ha az ellátás előzményeit és az ellátást követő időszakot is figyelemmel kísérik.

Kommunikációs megközelítés

Ez alapján az adherens viselkedést elsősorban az **egészségügyi szakemberek és a páciens oktatása, felkészültségi szintje befolyásolja**. Tehát ha az egyik szereplő készségeit fejlesztjük, az hatással lesz a beteg-együtműködésre. Például az ellátásban résztvevő egészségügyi szakemberek **kommunikációs irányú képzése** hatással van az orvos-beteg viszonyra, a kapcsolat javuló tendenciát mutat és a terápiához magatartás könnyebben elérhető. Más megközelítés szerint, ha a beteg egészségfejlesztéssel, egészségmegőrzéssel kapcsolatos tudását elmélyítjük (**egészségnevelés, betegegynevelés**), az hatással lesz a terápia kapcsán javasolt életmódbeli változtatások követésére. A modell adherenciára gyakorolt pozitív hatása nem kézzel fogható, viszont az tény, hogy a kommunikáció javulása, kölcsönös megértés és együtműködés szakemberek és páciens között javítja a terápiához magatartást.

Kognitív megközelítés

Még nagyobb hangsúlyt helyez a **páciensek gondolatainak, érzéseinek megértésére**. A betegséggel kapcsolatos érzelmek, mint félelem, düh, kétségbeesés negatívan befolyásolhatják az adherens magatartást. Amennyiben ezek akár a kezelő orvos, akár lelki egészséget támogató szakember segítségével feloldásra kerülnek, könnyebben elérhető a beteg-együtműködés a kezelés során.

Önszabályozási megközelítés.

A modell már a **beteg tudatosságára** épít. Ez esetben a beteg már mérlegeli a következményeket, nehézségeket, tehát kialakít egy adott hozzáállást a terápiájával kapcsolatosan. A modell lényege, hogy az adherens viselkedés a beteg betegségtudatától függ.

Bár a fenti modellek már jobban figyelembe veszik az ellátás során az egyének sokszínűségét, mégsem nyújtanak teljes körű megoldást az adherenciát befolyásoló tényezők megértéséhez és ezáltal javításához.

Motivációs-Viselkedési modell

Átfogó és összetett módon egyesíti a betegséggel és terápiájával kapcsolatos alaptudást (**információ**), a beteget körülvevő környezetet és annak beteghez és betegséghez való viszonyát (**motiváció**), valamint a beteg viselkedését (**viselkedési képesség**). (Fittler, 2015)

Transzteoretikus modell

A **beteg érzelmei helyett a cselekvéseire koncentrál**. A dohányzásról való leszokás támogatással is összefüggő modell hat lépésben írja le a beteg viselkedésében bekövetkező változásokat. Lényege, hogy egy új betegség kezelésének kivitelezése során, illetve életmódváltás területén adott betegek hasonló állapotokon esnek át. E modell arra is kísérletet tesz, hogy megértsük a páciens non-adherens viselkedésének okát, és ezen változtatva elérjük az együtműködést. A hat lépés a következő:

1. Elhatározás előtti állapot: Az elkövetkezendő fél évben a beteg önbizalomhiányának, az alulinformáltságnak vagy a korábbi sikertelen próbálkozás okán érzett kudarcának köszönhetően **nem akar változtatni** se az életmódján, se a gyógyszerelésén, se az orvoshoz/gyógyszerészhez fordulási szokásain.

2. Elhatározás: Ugyan a beteg már **elhatározta**, hogy például következő fél év során változtatni fog hozzáállásán, **de a tényleges cselekvés még nem** következett be. Az előnyök és a hátrányok mérlegelésre kerültek, azonban azok még kiegyenlítették.

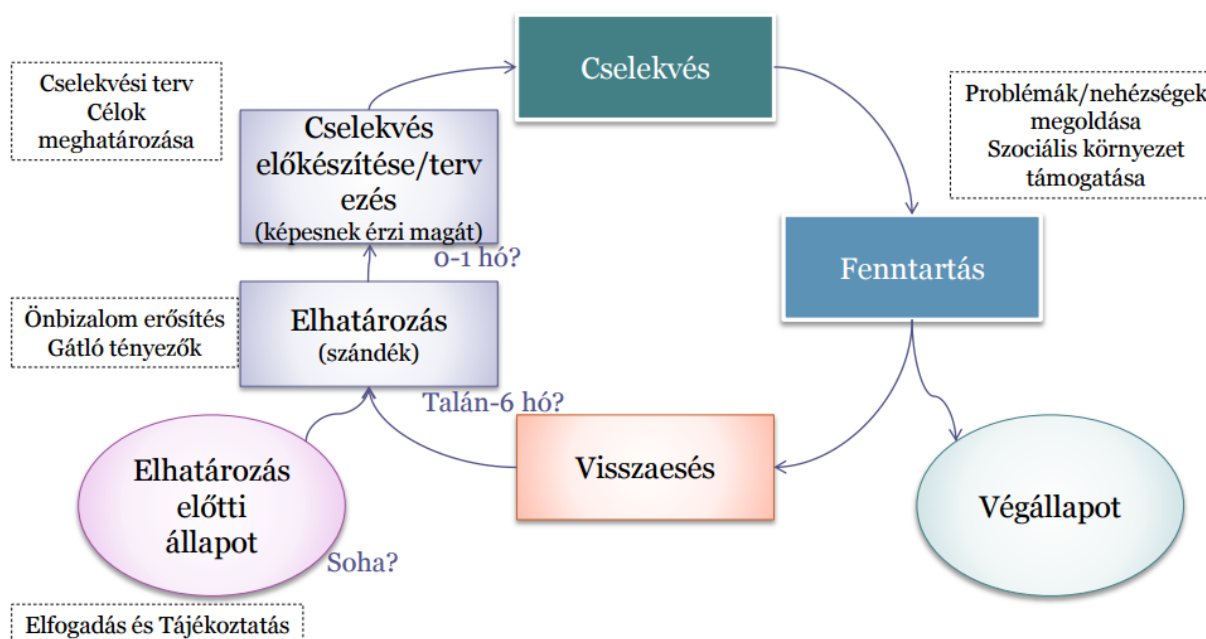
3. Cselekvés előkészítése: A beteg hozzáállása megváltozott, **sokkal nyitottabb** lett a változtatásokat illetően. Ebben a fázisban az előnyök a hátrányok fölé kerekedtek, amelynek következtében a beteg **célokat tűz ki** maga elé és egy hónapon belül meg akarja kezdeni a változást.

4. Cselekvés: A beteg az elmúlt hat hónapban **változtatott viselkedésén**, s ennek során a korábban felállított célok mentén haladt. Azonban az őt ért kudarcoknak köszönhetően hite megrendült.

5. Fenntartás: A beteg már elhatározta, hogy **változtat életmódján**, betegségéhez való hozzáállásán. Döntése **azonban bármikor meginoghat**, a legfontosabb feladat tehát ennek megakadályozása. Ez a fázis akár öt éves időtartamot is felölelhet.

6. Végállapot: A visszaesés valószínűsége **csökken**, a beteg már bízik önmagában.

Ebből következően a beteg-együttműködés javítása, a fázisokon történő előrehaladás biztosítása **tapasztalati és magatartási stratégiákkal** érhető el. A transzteoretikus modell előnye a többi modellel szemben főként **gyakorlatiasságában** rejlik. (Fittler, 2015 és Hankó (MGYT))



7. ábra: Transzteoretikus modell lépései (Fittler, 2015)

2.3 Az egészségnevelés és egészségkultúra fogalma, mint a beteg-együttműködést befolyásoló tényező és módszer

Egészségnevelés

„A WHO meghatározása szerint: az **egészségnevelés** (health education) tudatosan létrehozott tanulási lehetőségek összessége, melyek segítik az egyént és a közösséget egészségük előmozdításban tudásuk bővítésével, életmódjuk, magatartásuk alakításával.” (ÁEEK, Egészségtudományi fogalomtár)

Az egészségnevelés **több területet** érint, így az orvostudomány és pedagógia mellett a pszichológiát, szociológiát, neveléstudományt. Szerepe így tágabb, figyelembe veszi az ember **biológiai állapotát, lelki/mentális egészségét, a társadalombéli elhelyezkedését, társas kapcsolatait, gazdasági helyzetét, esetleges beilleszkedési problémáit**. Ezek együttes hatását alapul véve határozhatjuk meg az egészségnevelés eszközeit.

Az egészségnevelés **célja, hogy a tudás, ismeretek bővítésével, az életmód formálásával segítse az egészség megtartását és helyreállítását, fejlesztését, valamint a betegségek megelőzését**. (ÁEEK, Egészségtudományi fogalomtár)

Az egészségnevelés tehát egy olyan **tanulási és tanítási folyamat**, mely különféle eszközökkel és módszerekkel éri el az egészséggel kapcsolatos tudás, készségek fejlesztését, így közvetetten javítva az emberek egészségét. A repertoár igen tág, olyan tématerületeket foglal magában, mint **személyi higiénia, az egészséges táplálkozás, a rendszeres fizikai aktivitás, a szabadidő aktív kitöltése, a lelki egyensúly megőrzése, a harmonikus párkapcsolati, családi háttér, családtervezés, az egészséges és biztonságos tárgyi környezet megléte, az egészségkárosító magatartásformák**.

Tekintettel az oktatási funkcióra, az egészségnevelésben kiemelkedő szerepe van az **iskoláknak**. Mindazonáltal idősebb korcsoportok számára is biztosítani szükséges az egészségnevelést más színtereken, így például az **aktív korúak számára a munkahelynek** van kiemelt szerepe. Napjainkra ezt a legtöbb munkáltató felismerte és számos programmal, egészségügyi szolgáltatással igyekeznek fejleszteni munkavállalóik egészséggel kapcsolatos ismereteit, egészségtudatosságát. A már gazdaságilag nem aktív, **idős korosztály egészség neveléséhez elsősorban lakhelyükhöz közeli intézmények** (művelődési házak, idősek számára kialakított klubok) és az egészségügyi rendszer járulhat hozzá.

Egészségkultúra

Az egészségnevelés célja az egészségkultúra kialakítása.

Az **egészségkultúra** magában foglalja az **egészségi állapot aspektusait** (szomatikus, pszichés), valamint az **egészséges életmódot befolyásoló tényezőket** (feltételek, lehetőségek, szükségletek, megszokott életvitel).

Az egészségkultúrához kapcsolódó alapfogalmak az egészségi ismeret, mely nélkülözhetetlen alapja az egészségmagatartásnak; az egészségi készség, szokás, szükséglet.

Az egészségkultúra, mint az egészségnevelés eszköze segítségével az egyén alkalmassá válik arra, hogy az egészségi állapotával kapcsolatos szükségleteit önmaga elégítse ki.

Az egészségneveléssel biztosítható az **egyének preventív szemléletének, egészséget támogató magatartásának kialakítása**. Ezt a fenti tudományterületek ötvözésével elméleti és gyakorlati elemekkel éri el, a személyiség és a személyiség fejlesztés fókuszával.

Az egészségnevelést olyan alapvető tudás és információ átadásával kell kezdeni, mint a társadalom és egészség viszonya, a következő lépcsőfok az elméletre épülő, ahhoz szorosan kapcsolódó foglalkozásokon, tevékenységeken való részvétel támogatása. Ilyen tevékenységek segítségével szolgálhatnak bármely korcsoport számára. (Centroszet)

A későbbi fejezetek során az egészségnevelés konkrét eszközeként a betegedukációt emeljük ki.

3. Az adherencia támogatása során használható gyakorlati eszközök, beavatkozások

Az adherenciát javító eszközök párba állíthatók a hatótényezőkkel. A napi gyakorlat során érdemes is **problémaközpontú megközelítést** alkalmazni - mi a beteg konkrét problémája, azt milyen eszközökkel lehet megsegíteni, támogatni.

Az eszközök 3 csoportba sorolhatók:

- **adherencia mértékének mérési lehetőségei** – direkt és indirekt technikák ismertetése, előnyeik, hátrányaik, és használhatóságuk korlátainak számbavételével
- **non-adherencia okait vizsgáló kérdőívek** - főként a szervezett programok esetében biztosítják a kérdések és besorolások standardizáltságát, de jó támpontot adhatnak az egyéni folyamatokban is, mintegy az adherenciára vonatkozó félig strukturált interjú váza, mely ki tud egészülni a beszélgetés során felmerülő egyéni szempontokkal. (Lásd: Mellékletek - A páciens hozzáállása a terápiához és Morisky 8-pont gyógyszeres kezelés beteg-együttműködést mérő kérdőíve (MMAS-8))

Az eszközök ismertetése során a hangsúly a beteg személyes jellemzőire, a terápia sajátosságaira, illetve az ellátó-beteg kapcsolatot befolyásoló eszközökre került. Ezen a szinten nem hangsúlyozható eléggé, hogy **az eredményesség kulcsa az orvos-beteg (ellátó-beteg) kapcsolat minősége** – létrejön-e az a bizalmi kapcsolat, amiben a beteg mer kérdezni, őszintének lenni, ahol helye van a párbeszédnek, nincs hibáztatás, neheztelés, akár annak is helye van, hogy a beteg elutasítsa a kezelést, vagy annak elemeit. Minden technikai segítség is elsősorban ezen keretek között működik.

A dokumentum mellékleteiben található dokumentum minták, listák nem etalonok, csak minták, ötlet adó segédletek, azok szabadon módosíthatók az egyes projekttervezések során. Ez alól kivétel a Morisky-féle kérdőív mely jelen formájában több vizsgálatban használt, standard kérdőív.

3.1 A beteg-együttműködés mérése

Korábbi fejezetek kapcsán felmerült, hogy hazánkban bár az adherencia megvalósítása lenne a cél, mégis a gyakorlatban érezhetően a compliance megszilárdítása dominál (remélhetőleg csak egyelőre).

Így a beteg-együttműködés mérése terén elérhető szakirodalmak is javarészt e területre fókuszálnak, középpontban a gyógyszersedés és a terápiakövetés vizsgálatával az életmódra vonatkozó tényezők minimális érintettségével.

A beteg-együttműködés mérése kapcsán további probléma, hogy **nehezen számszerűsíthetők** az eredmények. További **kérdés, hogy mit mérünk?** A terápia kezdését, befejezését, a kezelés megvalósítását, vagy a kezeléssel kapcsolatos javaslatok követésének mértékét. Tehát **a terápiahűség egyes aspektusainak mérésére különböző eszközöket alkalmazhatunk**, de olyan módszert nem találunk, mely a terápiahűség teljességét tökéletesen leírná. (Molnár, 2015)

A terápiahűség számszerűsítése, mérése előtt mindenképpen tisztázandó, hogy mi a **célunk**, a beteg-együttműködés mely részét szeretnénk vizsgálni. További szempont az **idő** tényező, azaz **előrettekintő (prospektív) vagy visszatekintő (retrospektív) módszert** alkalmazunk. A mérés célja lehet továbbá **terápiás vagy elemzési** jellegű. Az esetek többségében ez utóbbi a cél.

E fejezet a jelenleg széles körben ismert és alkalmazott mérési technikák bemutatását taglalja.

3.1.1 Direkt és indirekt mérési módszerek

Hazai és nemzetközi források szerint a beteg-együttműködés mérése többféle csoportosítás mentén végezhető. Fontos leszögezni, hogy ezek közül nincs egy kiemelt, legjobb gyakorlat, mindegyik mérési opciónak megvan az előnye és a hátránya is.

Az egyik megközelítés az indirekt és direkt monitorozási eszközöket foglalja magában.

A **direkt mérési módszert** használók **biológiai eljárást** alkalmazva mérik, vizsgálják a páciens szervezetében található hatóanyag mennyiségét. Hátránya, hogy nincs kellő információ arról, hogy a kezelt egyén valóban megfelelően alkalmazta a számára javasolt készítményt, **több torzító tényező is fennállhat**, így nem ismerhetjük meg pontosan a terápiahűség mértékét. A biológiai eljárás során használt mérési eszközök közvetlenül követik a terápia eredményét a gyógyszer vérben lévő hatóanyag tartalmának megfigyelésével, valamint a vérben lévő biológiai marker alkalmazásával. Ezen módszerek további hátránya, hogy általában **magas költséggel** jár a megvalósításuk, s a társadalombiztosítás nyújtotta forrásokból kevésbé finanszírozhatók. Szervezési oldalról sem alkalmazhatóak nagy létszámú betegcsoporton.

A direkt mérési módszerekkel szemben **az indirekt módszereknek** több változata ismert. E mérési metódus szubjektív elemeken alapul – többek között a **páciens visszajelzéséből, a szedett gyógyszer számlálásából, vagy a vénykiváltás tényéből** következtetnek a terápiához magatartás sikerességére. Konkrét **eszközök** között tartjuk számon az **ön-riportot, páciensnaplót, a különböző beteg kérdőíveket, valamint a tablettaszámlálót, a recept újra felírásának követését, a beteg klinikai eredményeinek mérését, továbbá az elektronikus orvosi monitor-rendszereket, fiziológiai markerek mérését.** Tekintettel a mérési módszer **szubjektív**, önbevalláson is alapuló elemeire, az e módszerrel végzett mérések eredményei **kevésbé megbízhatóak, ugyanakkor nagyobb létszámok esetében is alkalmazhatóak.** A klinikai vizsgálatok esetében pedig az okoz problémát, hogy az orvos-beteg együttműködése háttérbe szorul, továbbá az eredmények kedvezőbbek lehetnek a hétköznapi körülmények között mérteknél.

3.1.2 Prospektív és retrospektív mérések

A **prospektív mérési módszerek** közé olyan eredményt mérő lehetőségek tartoznak, mint a különböző **gyógyszeradagoló berendezések, vagy betegnaplók.** A módszerek előnye, hogy egyszerűek, nem jelentenek magas költséget és nagyobb betegpopuláció is bevonható.

A gyógyszeradagolók közül már elérhető elektronikus verzió is, mellyel a compliance pontosan mérhető, hiszen olyan adatokat kaphatunk a gyógyszereszedésről, mint a bevétel ideje, gyógyszeradag mennyisége.

A módszer hátránya (akár az elektronikus adagolót, akár a betegnaplót nézzük), hogy **szubjektív**, nem jelenthető ki teljes bizonyossággal a terápiához (a gyógyszeradagoló kinyitása, a naplóba felvitt bejegyzés még nem jelenti azt, hogy beteg be is szedte a számára előírt készítményt). (Molnár, 2015)

Amennyiben egy múltbeli időszakról szeretnénk információkat gyűjteni, akkor a **retrospektív** mérési technikák lehetnek segítségünkre. Gyakran alkalmazott módszer ilyen esetben az egyes **egészségügyi adatbázisok adatainak elemzése** egy betegpopuláció vagy betegség kapcsán, de a páciensek bevonása, megkérdezése is célravezető lehet. Az **önbevallás miatti szubjektivitás** és így az adatok torzulása ez utóbbi esetben is hátrányt okoz a beteg-együttműködés mérésében. A torzulás hatására akár 30%-kal jobb eredményt kaphatunk, mint a tényszerű adatok vizsgálatakor. (Molnár, 2015)

Az adatbázisok segítségével végzett mérések előnye az **egyszerűség, tényszerűség.** Azonban csupán adatokból nem nyerhetünk teljes képet a beteg-együttműködés folyamatáról.

3.1.3 További csoportosítási lehetőség

A beteg-együttműködés eredményességének másik csoportosítási lehetősége szerint három fő módszert különböztetünk meg:

- **Magatartási:** a beteg önmonitorozása és megítélése szerinti gyógyszer-compliance
- **Biokémiai:** marker (nem toxikus jelzőanyag) hozzáadása a beteg által szedett gyógyszerhez
- **Klinikai:** mérőeljárások (például hatóanyag mérése a páciens szervezetében)

A továbbiakban néhány magatartási módszert mutatunk be.

Ön-monitorozás

Az ön-monitorozás során a páciens betegségével kapcsolatos értékek mérésére kéri meg (például egyszerűen a vérnyomás mérés értékeinek vezetésével). A páciensek az **otthon végzett mérések eredményeit** a kezelésben résztvevő szakemberekkel megbeszélik. Ha a gyógyszereszedést érintően nincs probléma, felmerülhet, hogy az életmódbeli változtatások betartásával van gond. Ebben az esetben olyan beteg-együttműködést ösztönző módszereket kell bevetni, amelyek elősegítik ezt a betegnél.

Kontrollvizsgálatok ellenőrzése

A kontrollvizsgálatok elvégzésének ellenőrzése esetében a beteg számára előírt kontrollvizsgálatokon való részvételt és rendszerességet figyelik meg. A módszer célja, hogy a rendszeres, kezelő orvos által javasolt kontrollvizsgálatok megvalósuljanak, a páciens a megadott időközökben megjelenjen a rendelőben.

Önriport

Az önriport olyan eszközöket foglal magában, mint az étkezési **napló vezetése**, vagy olyan betegnapló vezetése, aminél a páciens feljegyzi a gyógyszer bevitelének, injekció esetén beadásának idejét. A kontrollvizsgálat során valamelyest ellenőrizhető, hogy a páciens állapotában bekövetkezett változás (akár negatív, akár pozitív), összhangban van-e az adatokkal. Ha nem, meg kell vizsgálni mi az oka a terápia helytelen követésének, és hogy mivel lehetne ezen változtatni.

Tabletta számlálás

A tabletták számlálás módszerével követni lehet a páciens számára előírt gyógyszeres készítmény bevitelének rendszerességét, de a korábban említett elektronikus gyógyszeradagolóval annak ideje is

azonosítható. Megfelelő tájékoztatással, szükség esetén a terápia egyszerűsítésével kedvezően változtatható a terápia eredményessége.

Receptkiváltás

A **gyógyszerek növekvő szerepköre** lehet a beteg-együttműködés elősegítésében, a terápiahű magatartás erősítésében. A **receptkiváltás rendszerességének monitorozása** segítségével mérhetővé válik a gyógyszereszedés rendszeressége. (A gyógyszereszek lehetséges szerepét lásd az 5.2.2-es alfejezetben.)

3.4 A mérési technikák mérőszámai

A beteg-együttműködés mérési módszerein belül **többféle mérőszámot** is alkalmazhatunk a terápiahűség meglétének és szintjének mérésére.

Perzisztencia

A perzisztencia (részletes fogalomleírását az 2.1.5 fejezet tartalmazza) a beteg terápiájának, azon belül is a **gyógyszeres kezelés hosszának mutatója**. A perzisztencia értéke úgynevezett **idődimenzió-mutató**, mely a terápia során alkalmazott készítmény szedésének minőségét reprezentálja.

Az esetek többségében a perzisztenciát **napokban mérjük**, de akár hónapokban és években is megadható. Meghatározása történhet a gyógyszereszedés napjainak összegzésével, a megszabott kezelés első napjától (illetve krónikus betegség esetében egy tetszőlegesen kijelölt időponttól) a végéig. Másik megközelítés szerint a vényfelírások és a vénykiváltások adott időszakban történő vizsgálatával mérhetjük, ez esetben többnyire egy év eredményeit vetik össze.

Gyógyszereszedési arány (Medication Possession Ratio (MPR))

Vizsgálhatunk úgynevezett gyógyszereszedési arányt is. Ennek kiszámolása a következőképpen zajlik: a páciens terápiás előírás szerinti gyógyszerelt napjainak számát elosztjuk az összes vizsgált nap számával és a kapott összeget megszorozzuk 100-zal. Általában, ha ez az érték 80% felett van, már megfelelőnek mondható a kezelt egyén compliance-e.

(gyógyszeresen kezelt napok száma / összes vizsgált nap száma * 100)

Vényfelírások között eltelt időtartam

További mérőszám a vényfelírások között eltelt időtartam (Gaps between refills) Ezzel a számítással felmérhető, hogy a beteg megfelelően betartja-e a gyógyszeres kezelést, beszedi-e a szükséges gyógyszereket és kiváltja-e a következő adagot akkor, amikor kell.

3.5 Kérdőív

A **Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)** egy beteg-együttműködést mérő kérdőív, mely négy kérdésből áll. Elsősorban a gyógyszeres terápiához való betartást hivatott mérni. (A mellékletek között egy bővebb, 8 kérdésből álló kérdőív található.)

A kérdéssor a **feledékenység, figyelmetlenség, az állapot rosszabbodás, valamint az állapot javulás szempontjából vizsgálja betegség-specifikusan az együttműködés aspektusát**. A kérdésekre igen, illetve nem válasz adható.

Igen válasz 0, nem 1 pontot ér. A kérdésekre adott válaszok pontértéke összesítve tehát 0-4 lehet. Minél magasabb az összpontszám annál jobbnak tekinthető a betegek terápiás együttműködése. Kapott eredmény alapján a betegek együttműködő és nem-együttműködő csoportba oszthatjuk. (Ágh, 2012)

Kérdések:

Előfordult-e, hogy elfelejtette bevenni a gyógyszerét?

Előfordult-e, hogy problémát okozott Önnek, hogy ne felejtse el alkalmazni a betegségét kezelő gyógyszereit?

Előfordult-e, hogy amikor javulást észlelt egészségi állapotában, abbahagyta a gyógyszer szedését?

Előfordult-e, hogy amikor rosszabbodást észlelt egészségi állapotában, abbahagyta a gyógyszer szedését?

3.6 További példa az életmódváltás nyomon követésére, mérésére

Mivel a fenti mérési módszerek és mérőszámok részben feleltethetők meg az életmódváltás tényezőjének vizsgálatához, néhány további lehetőséget sorolunk fel ennek felderítéséhez.

A különböző betegnaplók, önmonitorozási lehetőségekhez hasonló adatgyűjtési módszerként érdemes főként a fiatal és középkorú generációk esetében megemlíteni a **mobiltelefon és applikációk, valamint további okoseszközök nyújtotta lehetőségeket**. Napjainkra számos életmódváltást segítő alkalmazás

telepíthető okos eszközeinkre, melyekkel mi magunk is rögzíteni tudjuk, így megismerni és nyomon követni a táplálkozásunkat (kalóriaszámlálással és a bevitt ételek összetételével), testmozgásunkat, de akár különböző célokat is kitűzhetünk, mint a dohányzásról való leszokás, vagy az alkoholfogyasztás csökkentése. Természetesen ilyen applikációk esetében is fontos a kezelőorvos és egyéb szakemberek (például dietetikus) bevonása, hogy az életmódváltás az egészségünk javítását, megőrzését szolgálja.

Az applikációk **számításokat is végeznek eredményeinkről**, sőt egyes fajtáik motiváló, segítő üzenetekkel is szolgálnak. Az erre nyitott páciensek ösztönözhetőek használatukra, de az eredmények nyomon követésében is fontos az együttműködés és a megfelelő applikáció, okoseszköz kiválasztása.

E módszerek alkalmazása egyrészt szubjektív, hiszen a táplálkozással kapcsolatosan rögzített adatok önbevalláson alapulnak. Sok esetben saját jóérzésünk megtartása, lelkiismeret furdalás miatt előfordul, hogy nem pontosan rögzítünk (nem mindent, vagy nem a pontos mennyiséget), legyen szó táplálkozásról, alkoholfogyasztásról vagy dohányzásról. Azonban ezek az alkalmazások a testmozgásra szánt időt, az eredményeket (elégetett kalória, lefutott vagy sétált kilométer) is mérik (még ha nem is teljes pontossággal).

3.7 Adherencia javítását célzó beavatkozások

3.7.1 Az egészségügyi szakemberek szemléletformálása

A rendszerszintű fejlesztéseken felül az egyik legfontosabb minden esetben az **egészségügyi szakemberek, mint stakeholderek továbbképzése, készségeik fejlesztése**. Így például a háziorvosok, asszisztensek, gyógyszerészek, valamint az alapellátáson felül a páciensek kezelésében aktívan résztvevő további szakemberek (például gyógyszerészek, dietetikusok, gyógytornászok) szemléletváltására van szükség mind a beteg-együttműködés és mindinkább az adherencia irányában, mind pedig az orvos-beteg kommunikációt érintően.

A **kommunikáció fejlesztése** azért is fontos, mert az egészségügyi szakember-beteg kommunikációban a szakember továbbra is a domináns fél (akkor is, ha az adherencia megvalósítása a cél), hiszen ő rendelkezik a szükséges tudással, információval, amit a páciensek át kell adnia, és így ő tudja formálni a beteg attitűdjét, hozzáállását.

Javaslatok a szakemberek, kiemelten az orvosok számára (Molnár, 2015):

- El kell nyerni a páciens bizalmát, elégedettségét!
- Megfelelően és széleskörűen kell tájékoztatni a páciens betegségről, a kezeléssel, a gyógyszeres kezelés fontosságáról!

- Praktikus tanácsokkal segítő a beteg (hogyan szedje a gyógyszerkészítményt, készítményeket rendszeresen)
- Az adherencia segítése érdekében a rendszeres és folyamatos tájékoztatáshoz modern kommunikációs eszközöket is alkalmazni!
- Ne kritizáljuk másik szakember javaslatát!
- Olyan szer is választható, mely esetben a hatóanyag szabadalma lejárt (ez nem rontja az adherenciát)

3.7.2 A páciensek lehetséges beteg-együttműködést ösztönző eszközei

A konkrét beteg-együttműködést ösztönző és elősegítő módszerek sokrétűek lehetnek, kiválasztásuk nagymértékben függ a **páciens személyiségétől, a gazdasági, társadalmi helyzetétől, a terápia jellegétől, a helyben elérhető egészségügyi és egyéb szolgáltatásoktól.** (lásd 3. fejezet a beteg-együttműködést befolyásoló tényezőkről)

A lakosság **társadalmi és gazdasági különbségei** okozta determinánsok kezelése elengedhetetlen, így például a szociális támogatások juttatása, az oktatás, az írástudatlanság csökkentése. E terület fejlesztéséhez tartozik a **kezelési költségek elfogadható szinten tartása, valamint a megbízható ellátórendszer megléte.**

Kiemelkedően fontos szerepet tölt be a beteg-együttműködés területén az egészségügyi ellátásra ható beavatkozásokban a **kezelő személyzet.** Így a következő területek fejlesztése, javítása szükséges:

- az egészségügyi dolgozók továbbképzése a beteg-együttműködés területén,
- a megfelelő eszközök megléte a terápiás kezeléshez,
- azon magatartásbeli képességek fejlesztése, melyekkel a pácienseket megfelelő irányba befolyásolhatják terápiájuk során,
- a krónikus ellátás ismereteinek bővítése,
- az orvos-beteg kommunikáció javítása.

Ezeket részben az egészségügyi dolgozók képzésével, másfelől a beteg-együttműködés céljainak elérésére alkalmas rendszer kiépítésével érhetjük el.

A gyógyszergyártók, valamint az egészségügyi szolgáltató intézmények felismerték már, hogy a megfelelő beteg-együttműködés egyik nagy gátja a terápia negatív jellemzőiben rejlik, vagyis a gyógyszerek adagolásának egyszerűsítése, gyakoriságának csökkentése szükséges a helyes terápia követéséhez.

A **páciens egészségi állapota** szintén meghatározza a beteg-együttműködés mértékét, így a kezelő személyzet azon kell, hogy legyen, hogy a betegség szempontjából releváns ellátást nyújtsa, a tüneteket csökkentse, valamint a beteg megpróbáltatásait mérsékelje.

Végül, de nem utolsó sorban a **beteg hiányos tudása** betegségről, kezeléséről okozza a nonadherens viselkedést. Így tehát ismét a beteg megfelelő edukáltsága teszi fel az i-re a pontot, mely segítségével a páciensek könnyebben birkózhatnak meg betegségükkel és a terápiájukkal kapcsolatos problémákkal.

Az első lépésekhez szorosan kapcsolódik a páciensek, a lakosság **tájékoztatása és információhoz juttatása**. A betegség, életkor mentén könnyen létrehozhatók csoportok, így személyre szabott tájékoztatásban részesülhetnek az érintettek. Széles skála áll rendelkezésünkre a költséges (például szórólapok, workshopok) és kevésbé költséges (például internetes cikkek) eszközökből. A korábban felkészített egészségügyi szakemberek pedig már aktív szereplőivé válhatnak a páciensek tájékoztatásának.

Az együttműködés elősegítése érdekében a tájékoztatással párhuzamosan **fel kell mérni a terápiahű magatartás akadályozó tényezőit** is. Az eredményeknek köszönhetően egy másfajta terápiás stratégia állítható fel a szakemberek és páciens együttműködésével, tovább mélyíthető az ismeretek tükrében a páciens tájékoztatása. E gyakorlat személyesebb, jobban különbséget tesz az egyes páciensek és állapotuk, valamint a kapcsolódó adherenciát támogató eszközök között. Természetesen a fent jelzett kapacitásbeli problémák miatt köztudott, hogy sokszor nem nyílik lehetőség a megfelelő idejű, tartalmú, minőségű személyes kommunikációra, így a készségek, képességek fejlesztése mellett a „*modern technológia által kínált kommunikációs lehetőségek is jelentős segítséget nyújthatnak a terápiahűség javításában*”. (Molnár, 2013)

A páciensek terápiahű magatartását nagymértékben befolyásolja a szükséges információk megléte a betegséggel, kezeléssel kapcsolatosan, így a **betegedukáció (egészségnevelés)** már jelentősen javítja a hozzáállást, és így a beteg-együttműködést. A tájékozottságnak köszönhetően a hiedelmek, alaptalan félelmek nem befolyásolják a kezelés sikerességét, a beteg tisztában van a mellékhatásokkal, következményekkel, az ajánlások betartásának pozitív hatásaival.

A fentiek értelmében újra célszerű leszögezni, hogy az adherencia kialakítása, megtartása és javítása csak komplex és folyamatos intézkedésekkel, programokkal valósítható meg. Az ilyeneket nevezhetjük **terápiamenedzsment programoknak**. (Molnár, 2013)

Azonos betegség/betegségcsoportban szenvedők továbbá azonos beteg-együttműködési problémákkal küzdő páciensek esetében **betegcsoportok képezhetőek. A betegcsoportok mentén közös oktatások, foglalkozások szervezhetőek.**

Fontos tény azonban, hogy nem alkalmazható minden betegség, minden kezelés, vagy minden páciens esetében ugyanaz a beavatkozás, ugyanaz a beteg-együttműködési program, így megfelelő specifikációra van szükség ezek kivitelezésekor. **A következő csoportokat alapvetően különbözőképpen kell kezelni:**

1) Önálló döntésre képtelen személyek: kisgyermek, demens idős, szellemileg fogyatékos

Esetükben mindenképpen fontos a család, vagy a gondozó bevonása a beteg-együttműködés fejlesztésében.

2) Feledékeny, vagy úgynevezett menedzser típus: a csoport jellemzője, hogy túl sokat dolgozik, stresszes életmódot folytat

Esetükben különösen fontos az életvitel feltérképezése, majd utána a terápia kivitelezését a napi tevékenységhez, rutinhoz kell igazítani

3) Feledékeny, idős csoport

Szintén az életvitel feltérképezése szükséges, és a napi rutinhoz kötött gyógyszersedés javasolt - napi szintű emlékeztetés és visszacsatolás nem elhanyagolható

4) Betegséget figyelmen kívül hagyó fatalista: a csoport tagjai általában hajlandók ugyan bevenni a gyógyszereket, az előírt terápiát megfelelően kivitelezni, de nem érdekli őket a betegség. Ennek következményeként általában nem akarnak rendszeres konzultációkra és képzésekre járni.

Esetükben a jó terápiamenedzsment szolgáltatás kialakításánál minimális szintre kell csökkenteni a beteg oktatást, kevesebb személyes megkeresést és találkozást kell alkalmazni és olyan figyelmeztető technikákat kell bevezetni, ami számukra elfogadható és kellően diszkrét (pl. Telefon hívás helyett SMS küldése)

5) Szorongó: Ezen betegcsoport jellemzője, hogy különösen hajlamosak elhagyni a terápiát, mert félnek a lehetségesen jelentkező mellékhatásoktól. Főként akkor jellemző ez a viselkedési típus, ha az adott terápia először életminőség romlással jár (pl. magas vérnyomás, magas koleszterinszint).

Ezeknél a betegeknél tisztázni kell, hogy a terápia hiánya vagy hibás alkalmazása milyen későbbi következményekhez vezethet. Így könnyebben rávehetőek az együttműködésre, és hajlandók elfogadni szakmai ismertető anyagokat.

6) A terápiát negáló serdülő: E fiatalokra általában jellemző viselkedés a lázadás, a szabályok megszegése, a korlátok feszegetése. A krónikus betegségben szenvedő serdülők hajlamosak elhagyni a terápiát.

Esetükben a leglényegesebb, hogy megértsék a terápia lényegét és a betegség súlyosságát. Rendszeresen figyelmeztetni kell őket a következményekre és érdemes egy jutalmazási rendszert is bevezetni, mellyel ösztönözhetőek a beteg-együttműködésre.

7) Fatalista: Ebbe a csoportba olyan betegeket sorolunk, akiket szintén nem érdekel a betegségük, nem akarnak ezzel együtt élni és egyáltalán nem akarják betartani a terápiát sem. Jellemző mondásuk a „jőjjön, aminek jönnie kell” illetve a „valamiben meg kell halni” mondatok.

Náluk egyetlen megoldásként a tájékoztatás és képzés jöhet szóba. Tudtukra kell adni, hogy megőrizhetik életminőségüket akár a jelenlegi szinten is, viszont ezzel szemben, ha nem tartják be a terápia előírásait, nagyon jelentős életminőség romlás következik be.

8) Természetgyógyászat iránt elkötelezett: Ezek a betegek rendelkeznek betegségtudattal, szeretnének is együttműködni az orvossal, szeretnék megőrizni életminőségüket és kellően tájékozottak a betegségüket illetően. Azonban meggyőződésesen elutasítják a gyógyszeres kezelést és előtérbe helyezik az alternatív gyógymódokat, még akkor is, ha éppen rájuk nem hatnak (már). Kiemelkedően fontos, hogy esetükben a tiltás és a kioktatás szóba sem jöhet, mert ez csak ronthat a helyzeten. Így inkább meg kell próbálni meggyőzni őket, hogy a terápia már az ő állapotukban, a betegség előrehaladottabb stádiumaiban egyre nagyobb szerepet kap.

Főként azon páciensek esetében, akik nem nyitottak a csoportos foglalkozásokra, de természetesen minden páciens esetében célszerű **egyéni terápiás terv** készítése a pácienssel közösen. Ebben meghatározhatóak a **kezelés céljai, lépései, akár a gyógyszeres terápia, akár az életmódváltást illető lépések**. A résztvevő egyének **terápiás szerződése (beleegyezési nyilatkozata)**, illetve szóbeli beleegyezése szükséges.

A beteg-együttműködést javító akciók, **egyéni terápiamenedzsment programok általános lépései** között szerepelnek a következők:

1. Beteg adatainak meghatározása
2. Terápia és a beteg-együttműködést elősegítő program kialakítása
3. A terápia sajátosságainak beazonosítása
4. Együttműködési készség, problémák tipizálása az adott betegség esetében
5. Életvitel feltérképezése

6. Terápiás szövetségi stratégia kialakítása (a beteg, az orvos, a gyógyszerész, egyéb beteg-együttműködést támogató intézmény, szakember között)
7. Az alkalmazott eszközök meghatározása
8. Közreműködők meghatározása (beteg, orvos, gyógyszerész, beteg-együttműködést segítő szakember, család, idős ember esetében gondozó)
9. A terápiával, gyógyszereszedéssel kapcsolatos félelmek és szorongások beazonosítása
10. Szóbeli vagy írásbeli terápiás szerződés megkötése
11. Betegoktatás
12. A terápia és az életmód monitorozása (rendszeresen)
13. Tapasztalatok megosztása a pácienssel és a kezelésben résztvevő szereplőkkel

Csoportos és/vagy egyéni terápiamenedzsment programok esetében a teljesség igénye nélkül az **alábbi tevékenység lehetőségek megvalósítása** javasolt, illetve kivitelezésük sikerességéhez már gyakorlati tapasztalatok is rendelkezésünkre állnak.

- Betegedukáció
- Betegklub vagy virtuális (online) betegklub
- Betegnapló, online betegnapló
- Életmódváltást segítő alkalmazások okos eszközökre
- Eszközös emlékeztető (matrica, mágnes, stb.)
- Emlékeztető email, sms, üzenet
- Emlékeztető beállítása okoseszközön
- Életmódváltást segítő szórólapok, rövid összefoglalók hasznos tanácsokkal
- Gyógyszeradagolók
- Előadások, workshopok

3.7.2.1 Betegedukáció

A **betegedukáció** irányát három oldalról közelíthetjük meg. Az első pillér a **szükséges tudásanyag megszerzése** a gyógyszeres terápiáról az adherenciáról, mely a következő kérdésekkel mérhető fel:

- Milyen célból szedi ezt a gyógyszert?
- Hogyan szedi a gyógyszert?
- Mivel szokta bevenni (étellel, folyadékkal)?
- Honnan/kitől kapott információt a gyógyszerről?

- Szed még emellett más szereket?
- Használ-e valamilyen emlékeztető módszert, hogy el ne felejtse bevenni a gyógyszert?
- Van-e szüksége segítségre, hogy emlékeztesse vagy segítse a gyógyszer bevételében?

Az oktatás második fő pillére a **hozzáállás felmérése**.

- Milyen eredményt vár ettől a terápiától?
- Mi zavarja leginkább betegségében?
- Milyen aggályai vannak a betegségével vagy a terápiával kapcsolatban?
- Meg van elégedve a jelenlegi terápiás tervvel?
- Mennyire sikerül követni a terápiás tervet?
- Mi aggasztja leginkább a gyógyszeres kezeléssel kapcsolatban? Mi aggasztja leginkább az életmódváltással kapcsolatban?
- Kényelmesen fel tudja tenni kérdéseit a gyógyszereléssel kapcsolatban?

Harmadik lépcsőként meg kell ismernünk a páciens **motiváltságát befolyásoló tényezőket**, melyeket a következő kérdésekkel mérhetünk fel:

- Vannak problémái a gyógyszeresedéssel, életmódváltással kapcsolatban?
- Képesnek/késznek érzi magát arra, hogy a terápiában (gyógyszeres és életmódváltás) részt vegyen?
- Mi történhet/akadályozhatja meg Önt abban, hogy végig kövesse a terápiás tervet?
- Szóba fogja hozni orvosának/vagy az ellátó személyzet egy tagjának, ha kérdései vannak a terápiával kapcsolatban?
- Elmondaná hogyan emlékezteti magát, hogy időben vegye be gyógyszerét?
- Jellemző-e Önre, hogy leírja a kérdéseit, amiket fel akar tenni orvosának vagy az ellátó személyzet egy tagjának?

Tehát az edukáció megkezdése előtt **tipizálni kell az együttműködést befolyásoló, vagy zavart kiváltó tényezőket**, így a válaszok tükrében könnyebb kiválasztani a beteg-együttműködést támogató programot. A betegoktatási módszereket úgy kell kialakítani, hogy az oktatás keretén belül a páciens szert tegyen

- a megfelelő ismeretanyagra
- önbizalomra
- önmaga iránti felelősségérzetre
- magatartásbeli készségekre

- képességre ahhoz, hogy kardiovaszkuláris betegségével együtt tudjon élni, ne akadályozza mindennapi tevékenységében.

Az edukáció akkor megfelelő, ha megtörténik a páciens **teljes körű felvilágosítása betegségéről, szövődményekről, gyógyszeres és nem gyógyszeres kezeléséről, mellékhatásokról, lehetséges életmódváltást támogató lehetőségekről**. Az oktatás formája többféle lehet. Lehet akár **egyéni**, akár **csopartos, szóbeli vagy írásos** tájékoztatás, de minden esetben fontos része az együttműködés aktivizálásának.

A beteg személyes attitűdjait, tulajdonságait a betegedukációs folyamatokban is figyelembe kell venni. A szóbeli, személyes információátadás minden páciens esetében javasolt, az írásos dokumentumok esetében azonban más a helyzet. Egyrésztől gondolnunk kell azon betegekre, akik nem tudnak írni vagy olvasni, esetükben a rendszeres szóbeli oktatás lesz célravezető, de jobban érvényesülhet a szóbeliség az erre fogékony idősebb páciensek körében is. Ebben a csoportban az írásbeli anyagoknál a képek, piktogramok, rövid szóképek, színek, matricák használata lehet eredményes, szemben a folyó szöveget tartalmazó kiadványokkal.

A krónikus betegségek esetében nem csupán a beteg oktatása fontos, szükséges lehet ugyanis a családtagok tájékoztatása, ismereteinek bővítése is.

Az idősebb páciensek esetében az írásos oktatási anyagok a gondozó és a család számára is hasznosak lehetnek. Az írott betegedukációs anyagok formáit illetően is meg kell vizsgálnunk a beteg preferenciáit. A fiatalabb generáción belül magasabb lehet azon egyének száma, akik jobban motiválhatók valamely okos eszközzel, e-mailes tájékoztatással.

Az írásos tájékoztatási formáknál nagyon fontos formai – tartalmi szempontok:

- megfelelően tagolt, áttekinthető szöveg
- egyszerű, egyértelmű megfogalmazások
- megfelelően nagy betűméret
- áttekinthető szerkesztés, tiszta firmák
- figyelem felkeltő színek

Betegedukáció	Eszközök	Bevonható szakemberek	Egyéni/csoportos
	<ul style="list-style-type: none"> • Szóbeli és írásbeli • Online és nyomtatott tájékoztató anyag 	<ul style="list-style-type: none"> • háziorvos és asszisztens • gyógyszerész • szakorvos és asszisztens • dietetikus • gyógytornász • egészségpszichológus • egészségfejlesztési szakember • stb. 	Egyéni és csoportos formában

3.7.3.2 Betegklubok

A betegklubok fő jellemzője a **rendszeres időközönként megvalósuló foglalkozások** csoportképzés mentén (betegség, életkor, kezelés módszerei, stb.). A betegklub témái több területet érinthetnek, így például a betegséggel, kezeléssel kapcsolatban szerezhethetnek vagy cserélhetnek információt a páciensek.

Lehetséges témák, célok:

- meghívott előadók (például szakorvos, dietetikus) tájékoztató jellegű előadásai, tanácsai
- a betegség tudattal való megküzdésben, a krónikus betegség okozta kapcsolat beszűkülés, izoláció elkerülésében való segítség nyújtás egymás számára (vezetett foglalkozás)
- a lehető legjobb életminőség elérésének lehetőségei
- a betegség kimenetelét alapvetően befolyásoló gyógyszeres terápia megtartásában, valamint a szükséges életmódváltás megvalósításában történő segítségnyújtás, javaslatok, tanácsadás

A betegklub a fentiekben felül

- lehetőséget teremt ahhoz, hogy sorstársaktól kaphassanak a betegek pszichés támogatást, segítséget, életmódváltással kapcsolatos ötleteket
- erőt adó, motiváló társakat találjanak az életmódváltó programjuk megvalósításához
- javuljon az egészségügyi szakemberekkel való kommunikációjuk hatékonysága azzal, hogy megfelelő idő és biztonságos közeg áll rendelkezésre az elmélyültebb, interaktív beszélgetésekre.

A betegklubok működésében egyszerre találhatunk az **önsegítő csoportokra** jellemző módszertanokat és a szakember/moderátor vezette csoportok metodikáját. Az önsegítő jelleg abban nyilvánul meg, hogy a klub hasonló élethelyzetű embereket fog közre, akik így egymás és maguk kölcsönös segítésén

munkálkodnak. Társulásuk célja egy közös szükséglet, életbevágó probléma leküzdése, a kívánt személyes változás előidézése. Az önsegítő csoportok egyik fontos eszköze a szemtől szembeni interakció, gyakorlati és érzelmi támogatás nyújtása, a személyes felelősségvállalás kiemelésével.

Az önsegítő csoport jelleg kiegészül **professzionális csoportvezetéssel**, különböző szakemberek által tartott előadásokkal. A témák kialakítását a klubtagok igényeihez kell alakítani úgy, hogy azok változtathatóak legyenek a csoport szükségleteihez mérten. Az előadások, vezetett beszélgetések éppen úgy részét képezik a klubfoglalkozásoknak, mint a kötetlen beszélgetések, tapasztalatcsere, közös programok.

Az előzetes tematika az alábbi részterületeket foglalhatja magában:

- Betegséggel kapcsolatos ismeretek a kialakulás okaitól kezdve a betegség lefolyásán át a szövődményekig
- A gyógyszeres kezelésről, mellékhatásokról, a terápiaelhagyás következményeiről
- Az egészségi állapot, életminőség javításához kapcsolódó életmódváltás lehetőségeiről (egészséges táplálkozás, rendszeres fizikai aktivitás, dohányzás leszokás támogatás, mértékletes alkoholfogyasztás, stresszes életmód, kísérő mentális betegségek (például depresszió))
- Gyakorlati ismeretek különböző élethelyzetekben (például utazás esetén, időjáráshoz kapcsolódóan (kánikula), stb)
- Beteg-együttműködést gátló tényezők és alkalmazott praktikák

A személyes részvételen alapuló betegklubok mellett egyre nagyobb szerep juthat a különböző **online vagy virtuális betegkluboknak**. Ezek működése támogatja azokat a pácienseket, csoportokat, akik nem preferálják a személyes megjelenést vagy esetleg nincs rá idejük.

A virtuális betegklubok lehetséges témái moderált vezetéssel:

- Betegséggel kapcsolatos ismeretek a kialakulás okaitól kezdve a betegség lefolyásán át a szövődményekig
- A gyógyszeres kezelésről, mellékhatásokról, a terápiaelhagyás következményeiről
- Az egészségi állapot, életminőség javításához kapcsolódó életmódváltás lehetőségeiről aktuális kapcsolódó programok, szolgáltatások
- Gyakorlati ismeretek különböző élethelyzetekben
- Beteg-együttműködést gátló tényezők és alkalmazott praktikák
- További ismeretbővítő szakmai anyagok
- Aktuális programok

- Szakembereknek szóló kérdés-válasz lehetőség biztosításával
- Terápiás együttműködés javítását célzó üzenetek, ismeretek

A virtuális klubok létrehozásának alapvetően két fő indoka van. A **célcsoport magasabb arányban érhető el a fizikai korlátok átlépésével**, illetve olyan páciensek is megszólíthatók, akik a személyes részvételt követelő programokat nem preferálják.

Tehát a betegklubok, akár virtuális/online formában akár személyesen segítenek a páciensek ismereteinek bővítésében, támogathatják a beteg-együttműködés kialakítását, fejlesztését.

	Eszközök	Bevonható szakemberek	Egyéni/csoportos
Betegklubok	<ul style="list-style-type: none"> • Személyes jelenlét igénylő csoportos foglalkozások • Online verzióban működő és megvalósítható szolgáltatások 	<p>Képzett moderátor</p> <p>Bevonható szakemberek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • háziorvos és asszisztens • gyógyszerész • szakorvos és asszisztens • dietetikus • gyógytornász • egészségpszichológus • egészségfejlesztési szakember • stb. 	<p>Csoportos formában</p>

3.7.3.3 További lehetőségek

A beteg-együttműködés támogatására, az egészség fejlesztésére további **kommunikációs eszközöket**, módszereket alkalmazhatunk. Figyelemfelkeltő tartalmakkal tölthető fel adott **közösség honlapja**, **de akár papír alapú szóróanyagokkal, matricákkal, naptárakkal** támogathatjuk az edukáció és terápiahűség megvalósulását. Ilyenek lehetnek:

- a gyógyszer bevitelére felszólító és a napi időpontokat közlő emlékeztető kártyák, matricák
- betegnapló
- a gyógyszer-bevételek időpontjában telefonhívással, vagy SMS, illetve email küldésével történő figyelmeztetés,

- nem az előzőeknek megfelelő rendszerességgel postai levélben figyelmeztetés (olyan betegek esetében, akik nem feledékenységből hagynak ki gyógyszereket, hanem időről-időre nemtörődömségből abbahagynák azok szedését, illetve gyakorta nem jelennek meg a viziteken),
- egy bizonyos megbízott (esetleg szociális gondozó, családtag) adott időközönként felkeresi a beteget, s visszajelzést ad például a megmaradt gyógyszer mennyiségéről (főként idősebb betegek esetében),
- az előzőektől eltérő bármely egyéb figyelmeztető eszköz.

Programok/eszközök	Bevonható szakemberek	Betegségcsoportok
Online, papír alapú tájékoztató anyagok	<ul style="list-style-type: none"> • házi orvos és asszisztens • gyógyszerész • szakorvos és asszisztens • dietetikus • gyógytornász • egészségpszichológus • egészségfejlesztési szakember • stb. 	Egyéni
Emlékeztető eszközök		Egyéni
Oktatások, workshopok, előadások		Egyéni/csoportos
Szűrőnapok, egészségnapok, sportnapok		Egyéni/csoportos

A terápiahűség támogatása a fenti módszerek kombinálásával érhető el a legjobban a beteg attitűdjének figyelembevételével.

4. Lehetséges beavatkozási szintek és módok

4.1 Rendszerszintű megközelítés

„Az intervenció eredményességének esélye annál nagyobb, minél több faktorra gyakorolunk egyidejűleg hatást, illetve minél komplexebb a terápiahűség javítását célzó törekvés.” (Molnár, 2013)

Az alapellátás együttműködésben betöltött szerepét erősíteni szükséges, azonban ez nem valósítható meg rendszerszintű beavatkozások, változtatások nélkül.

A politikai szinthez tartozik **minden olyan közvetten, az érintettek társadalmi-gazdasági helyzetét befolyásoló intézkedés**, program, jogszabály alkotás – területfejlesztési programok, adó jogszabályok, foglalkoztatási jogszabályok és fejlesztési programok, közlekedés fejlesztése, stb.

Ennél szűkebb kör a kifejezetten **egészségpolitikai beavatkozások**, melyek az **ellátórendszerhez való hozzáférés javításával** (ideértve a szakember biztosítását, a szolgáltatások lakóhelyközeli elérését valamint a finanszírozási rendszer alakítását is), az **egészségügyi szakemberek képzési rendszereinek fejlesztésével**, országos vagy helyi kommunikációs **kampányokkal**, **szociális ágazattal való együttműködés erősítésével** valamint **érdekeltségi rendszerek kialakításával** tudnak legtöbbet tenni a célok elérése érdekében.

A hozzáférés problematikája főként a kisebb településeken, szegényebb régiókban élőket érinti, akik sokszor inkább félbeszakítják vagy teljesen befejezik a terápiájukat. A hozzáférés javításával, „*az ellátóhálózat kapacitásainak és szabályainak racionális és tudatos tervezésével*” támogathatók a szakemberek és a páciensek is a helyes terápiakövetés útján. (Molnár, 2013)

Rendszerszintű, egészségipari szereplők szintjén megjelenő terület a **technológia fejlesztés**, azaz a **gyógyszeripar**, a **terápiás eszközök**, **gyógyszerkészítmények fejlesztése**, hiszen a megfelelő, jobb beteg-együttműködést elősegítik az azt támogató gyógyszerek és gyógyszerformák. Ilyen fejlesztések lehetnek a napi többszöri dózis helyetti egyszeri (napi vagy akár heti) adagolás, vagy a multimorbiditás problematikáját segítő kombinációs gyógyszerek, mely több párhuzamosan szedett készítményt válthatnak ki. Az **adagolás egyszerűsítése**, vagy a **készítmény beadásának, bevételének javítása** (például tablettá helyett kapszula, nagyobb méret helyett kisebb, könnyebben bevehető orális készítmények) bizonyítottan növelheti a páciensek beteg-együttműködését.

A **finanszírozó pozitív ösztönzők bevezetésével** érdekeltté tehető a szereplők a beteg-együttműködés fejlesztésére, akár a szakemberek, akár a páciensek körét nézzük. Az **orvosok számára** érdekeltségi

rendszert vezethet be, akár a **készségfejlesztés, edukáció támogatása**, akár **viSSZACsATOLÁS** terén. Ilyen lehet a **háziOrvosi indikátorrendszer specifikálása**. A **gyógyszergyártók** irányába kialakíthat **feltételekhez kötött befogadási formákat**, ahol a gyártók garanciákat vállalnak a beteg-együttműködés mértékére, hatásosságra és eredményességre nézve. A **gyógyszerész** esetében az adherenciát növelő tevékenységek anyagi támogatása, **juttatási rendszer kidolgozása** hathat ösztönzőleg. A lakosság, **páciensek** esetében a finanszírozó nagyobb támogatással ismerhetné el a terápiahű magatartást folytató pácienseket, így a költségek csökkenése ösztönzőleg hathat, könnyebben fenntartható a terápiakövetés. (Molnár, 2013 és 2015)

4.2 Betegellátási szint

A **közvetlen betegellátás szintjén** megvalósított programok között említhetők a helyi, célzott beavatkozások praxisközösség, EFI, vagy szakellátó intézmény szervezésében – terápia menedzsment programok betegcsoportra, vagy betegségre.

Alapvető cél az ellátási folyamatba épített egyéni adherencia menedzsment, mint működésmód lenne az egyedi orvos-beteg, ellátó-beteg találkozások természetes részeként. Igazán jelentős változást az hozhat, **az adherencia, mit az ellátási folyamat egyik része szervesen beépülne a napi ellátási rutinba**. Annak külön kezelése némiképpen művi, hiszen a beteggel való kapcsolat kialakítás, az anamnézis felvétel, a tájékoztatás a betegségről, a terápiás lehetőségekről most is alapvető része kell legyen az ellátásnak, miközben alapvető részei az adherencia támogatásának is. A különbség a szemléletmódban van – tudatosnak lenni az adherencia kérdésre, tanulni és használni olyan készségeket, technikákat, amik erősítik a terápiás kapcsolatot, rendszeresen rákérdezni a terápia haladásra, akadályokra, problémákra. Ennek létrejöttéhez fontosak a szervezett programok, melyekhez kapcsolódó képzések, szűkített konkrét tennivalók segítenek elsajátítani a szükséges készségeket, kipróbálni azokat a gyakorlatban, így megalapozzák, hogy az fokozatosan áthassa az ellátás teljes folyamatát.

A programok, beavatkozások különböző szintereken valósíthatók meg.

Ilyen szinterek **földrajzi elhelyezkedés** szempontjából a **megyei, járási, települési egészségnapok, kampányszűrések, egészséggel is összefüggő programok**. Egy-egy falunapnak vagy búcsúnak is lehet egészségfejlesztéssel kapcsolatos tematikája, része. Sok településen ilyenkor mozdul meg a lakosság, így több ember érhető el, többeket lehet tájékoztatni, különféle programokba bevonni. Tekintettel arra, hogy a lakosság, a páciensek nagyobb bizalommal fordulnak az általuk ismert szakemberekhez, célszerű

bevonásuk az egészségnapok, rendezvények lebonyolítására, így például háziorvosok és asszisztenseik, helyi szakrendelő egészségügyi dolgozói.

További színtérenként funkcionálnak az **iskolák**, hiszen minél fiatalabb korban kezdjük meg az egészségnevelést, annál nagyobb valószínűséggel lehetnek egészségtudatosabbak a fiatalok. Az egészségnevelés különféle eszközei állnak rendelkezésünkre, így például **előadások szervezése, gyakorlatias foglalkozások (például egészséges konyha megismerése), sportnapok keretében információs tájékoztatóanyagok.**

A felnőtt, aktív korú populáció elérése a **munkahelyükön** keresztül a legkönnyebb. Különféle **szűrőnapok, egészségnapok, sportnapok, workshopok** szervezésével támogathatja a munkáltató munkavállalói egészségét. A **belső kommunikációs felületeken** egészségtartalmú üzenetek közvetítésével majd minden munkavállaló elérhető.

5. Egyénre szabott beavatkozási lehetőségek

Elsődleges cél az lenne, hogy az adherencia támogatás közvetlen betegellátási folyamat szerves részeként épüljön be, sem térben, sem időben nem elválva attól. Legalábbis ami az orvos általi központi magját, az egyéni terápiás szerződés megkötését, nyomon követését, felülvizsgálatát illeti. A kiegészítő funkciókban (pl. életmódváltás támogatás, tanácsadások, eszközhasználat, stb.) természetesen megjelenhetnek (sőt célszerű is megjelennie) egyéb rendszer szereplőknek is – más helyen, rendelési időn kívül is.

5.1 Betegek bevonása az előírt kezelésre vonatkozó döntésekben és az adherencia támogatása

A **beteg-együttműködés jelentőségét**, az orvos-beteg, orvos-gyógyszerész, páciens-gyógyszerész együttműködését és kapcsolatát **több nemzetközi szervezet** (WHO, PGEU, NICE) **kiemeli** szakmai állásfoglalásaikon keresztül. Az egyénre szabott, személyes folyamatnak az ismertetése a NICE 2009-ben megjelentetett vonatkozó irányelve alapján történik, mely széles körűen tartalmazza a folyamat során végzendő tevékenységeket, követendő szempontokat.

Az Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézete (The National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE), az NHS (National Health Service - Nemzeti Egészségügyi Szolgálat) egyik szervezete, 1999-ben alakult a célból, hogy minden ember hozzáférjen a legmagasabb szintű egészségügyi ellátáshoz. Ennek támogatása érdekében a **NICE alkotja, fejleszti azon egészségügyi ellátási sztenderdeket**, szakmai irányelveket, melyeken keresztül megismerhető adott terápia hatékonysága, biztonságossága, valamint az is, ha a páciensek pozitív tapasztalatokat szereztek. Ezen szakmai irányelvek **segítik az egészségügyi szakemberek munkáját**, valamint **tájékoztató pontot nyújtanak a páciensek számára**.

Az irányelvek létrehozása, frissítése **konszenzusos megállapodáson** nyugszik, melyeket adott szakma kiemelt és elismert képviselői hagynak jóvá szakmai konferenciákon a legújabb kutatási eredmények függvényében. (SE, Klinikai Pszichológiai Tanszék honlap)

A tanulmány szempontjából elsősorban meghatározó, **a gyógyszeres kezelés adherenciájára vonatkozó, a NICE által 2009 január 28-án publikált irányelv** tartalmát mutatjuk be. (Szabad

fordításban). Az irányelv gyakorlati célként a nyílt, őszinte hozzáállás kialakítását, beteg- és információ központú megközelítést, valamint az egyéni akadályok azonosítását jelöli meg.

Medicines Adherence: Involving Patients in Decisions About Prescribed Medicines and Supporting Adherence - Betegek bevonása az előírt kezelésre vonatkozó döntésekben és az adherencia támogatása

Az adherenciára vonatkozó irányelv kimondja, hogy **a non-adherencia nem csak a páciens problémája, az egész egészségügyi ellátási folyamatot hátráltatja**, gyakran azért, mert a beteg nem ért egyet, vagy nem tudja adaptálni a javasolt terápiát. A non-adherencia okainak, **a páciens terápiával kapcsolatos céljainak feltárása az elsődleges**, valamint az, hogy **az egészségügyi szakemberek segítsék a betegeket tájékozott döntéseket hozni és a felírt gyógyszereket megfelelően alkalmazni** a lehető legjobb hatás elérése érdekében.

A páciensek két okból léphetnek a non-adherencia útjára a szakmai irányelv szerint, szándékosan és az információhiány miatt „véletlenül”. Bármelyik is a kiváltó ok, **a célok a gyakorlatban** a következők:

- 1) **Őszinte és nyílt hozzáállás**, aminek a keretében a páciensek megvitathatják az egészségügyi szakemberrel kétségeiket, aggályaikat
- 2) **Betegközpontú, információ központú megközelítéssel** ösztönözni az adherencia megvalósulását
- 3) **Egyéni akadályok azonosítása**

Az irányelv nem tér ki a gondozó vagy családtag informálására, az állásfoglalás szerint a páciens döntése, hogy kit von be terápiájába. Ha azonban bevon valakit vagy több személyt, a szükséges támogatást és tudást az ő számára, számukra is biztosítani szükséges.

Az irányelv alapelvei:

- 1) A páciens **egyéni igényeit** figyelembe kell venni.
- 2) A páciensekkel folytatott **kommunikáció leghatékonyabb formájának kiválasztására kell törekedni**, az információk elérhetővé és érthetővé tétele (ha szükséges képekkel, nagyobb betűmérettel, tolmáccsal, betegsegítővel).
- 3) **Biztosítani kell annak lehetőségét, hogy a páciensek be legyenek vonva terápiájukba**, az azt érintő döntésekbe. Ennek szintjét, mértékét meg kell határozni.

- 4) A páciensek nagyobb mértékű bevonása jelentheti azt is, hogy a beteg úgy dönt, nem szeretné elkezdni, folytatni az adott kezelést. Ebben az esetben **tájékoztatni kell a pácienszt az előnyökről, lehetséges kockázatokról**, hogy a beteg megfelelő döntést hozhasson.
- 5) El kell fogadni a tényt, miszerint a páciens dönthet arról, hogy egy kezelést befejez.
- 6) Fontos tudni, hogy **a pácienseket befolyásolják** a terápiahűségben a kezeléssel kapcsolatos **aggodalmak**.
- 7) **Könnyen érthető**, szakzsargon-mentes **információkkal** kell támogatni a pácienseket terápiájukkal kapcsolatban.
- 8) El kell fogadni, hogy **a non-adherencia gyakori jelenség**, ezért rendszeresen vizsgálni, értékelni szükséges a felírt gyógyszereket, kiadásukat, szedésüket.
- 9) **Az adherencia javítható**, de nem javasolt minden beteg-együttműködést javító beavatkozást minden páciens esetében alkalmazni, **adott helyzethez, adott pácienshez alkalmazkodva szükséges megválasztani a stratégiát**.
- 10) **Időközönként újra és újra meg kell vizsgálni a páciens adherens hozzáállását gátló tényezőket**, így fel kell mérni ismereteit, meg kell ismerni félelmeit, aggályait, mert ezek időközben változhatnak. Különösen fontos ez a krónikus betegségek esetében, több gyógyszeres készítményt egyszerre igénylő kezelések esetében.

Az irányelv **négy nagyobb részből** áll. Az első abban nyújt segítséget, hogy hogyan vonjuk be a pácienszt a kezeléssel kapcsolatos folyamatokba, a második az adherencia támogatását érinti, a harmadik a gyógyszerek felülvizsgálatát emeli ki, a negyedik pedig az egészségügyi szakemberek közötti kommunikáció fontosságát taglalja.

1. A BETEG BEVONÁSA A KEZELÉS FOLYAMATÁBA

A páciens bevonását a terápiával kapcsolatos döntésekbe elsősorban **jó kommunikációval** érhetjük el, amihez fontosak a következők:

- Egyéni igények figyelembevétele (minden páciensnek lehetősége legyen a kívánt szinten részt venni a terápiás döntésekben)
- Az alábbi tényezők figyelembevétele szükséges a kommunikáció során: fizikai vagy tanulási korlátozottság, látás vagy hallás problémák, olvasás vagy beszélgetés nehézségei (adott nyelven)
- Az egyes páciensekkel való kommunikáció leghatékonyabb módjának megteremtése.
- Ösztönözni kell a betegeket arra, hogy kérdezzenek állapotukról és kezelésükről.

- Nyitott kérdésekkel nagyobb valószínűséggel feltárhatóak a betegek aggályai.
- A páciensek terápiába való bevonásának növeléséhez szükséges konzultációs készségek javíthatók.

Az irányelv alapján a **páciensek fokozatos bevonása a döntéshozatali folyamatba** megköveteli, hogy **az egészségügyi szakemberek meg- és elismerjék a betegek véleményét a betegségről, a kezeléséről**, valamint, hogy a szakemberek mellett a páciensek is szerepet játszanak a kezeléssel kapcsolatos döntések meghozatalában. A betegek bevonása a döntéshozatali folyamatokba nem növeli szükségszerűen adott konzultációs alkalom és a kezelés időtartamát, hiszen egyszerű beavatkozásokkal is biztosítható. A páciensek szerepkörének bővítése igazolhatóan pozitív hatással van a krónikus betegségekre.

Eszközök és tennivalók e téren:

- Minden páciensnek lehetőséget kell biztosítani arra, hogy részt vegyen a kezelésre vonatkozó döntések meghozatalában, és ennek mértékét meg kell határozni.
- A pácienssel ismertetni kell a terápia előnyeit, a betegséget és azt, hogy ezt a kezelést hogyan befolyásolja.
- A terápiás célokat ismertetni szükséges a pácienssel, az előnyök és hátrányok megvitatásával együtt (a beteg által előnyben részesített szinten).
- Meg kell ismerni a páciens reményeit, várakozásait a kezelés eredményeivel kapcsolatosan.
- Javasolt kerülni a beteg preferenciáira vonatkozó feltételezéseket – beszélni kell a pácienssel, akár figyelni a non-verbális jeleket, hogy a további lépések meghatározhatóak legyenek a beteg szemléletének formálásában.
- Az egészségügyi szakemberek kötelessége, hogy segítsék a betegeket a kezelésükkel kapcsolatos döntések meghozatalában, a valószínű előnyök és kockázatok megértésével.
- Fel kell ismerni és elfogadni, hogy a páciensek több szakembertől szerezhetnek információt, így eltérő véleményeket ismerhetnek meg a gyógyszerekről, a kezelés kockázatairól, előnyökről és mellékhatásokról.
- A páciens informálásával és a döntésbe való bevonásával dönthet úgy, hogy a terápiát felfüggeszti, abbahagyja. Ebben az esetben az egészségügyi szakembernek ismertetnie kell a lehetséges kockázatokat és rögzíteni a beteg döntését, valamint elfogadni azt.
- A páciens aggályainak megismerése és feljegyzése a későbbi konzultációk során segítséget nyújthat.
- Ösztönözni és támogatni kell a betegeket, (akár családtagjait, gondozóját is), hogy vezessenek listát az összes készítményről és adagolásukról, amit a páciensnek szednie kell, legyen ez

vényköteles vagy vény nélkül kapható gyógyszer, gyógynövény vagy táplálék-kiegészítő. Az allergiás reakciókat, mellékhatásokat is rögzíteni szükséges.

A beteg ismereteinek, meggyőződéseinek és a gyógyszerekkel kapcsolatos aggályainak megértésével is közelebb kerülhetünk ahhoz, hogy a páciens bevonjuk a terápiás folyamatokba.

- Tudatában kell lenni annak, hogy a páciens aggodalma, félelmei és hiedelmei befolyásolják a gyógyszereszedési szokásokat, a kezelés sikerességét.
- A gyógyszer eredményességének megkérdőjelezése előtt, vagy új kezelés meghatározása előtt hasznos a páciensek ismereteinek, hiedelmeinek felmérése.
- Új gyógyszer felírása előtt meg kell kérdezni a páciens az aktuális gyógyszeres készítménnyel kapcsolatos aggályairól, félelmeiről.
- Előfordul, hogy a páciensek minimálisra szeretnék csökkenteni a szedett gyógyszerek számát.
- Biztosítani szükséges, hogy a páciensek megvitathassák a következő kérdéseket:
 - mi történik, ha nem szedik a javasolt gyógyszert?
 - milyen alternatívák állnak rendelkezésükre a gyógyszeres készítmény helyett?
 - hogyan lehet csökkenteni, elhagyni azokat a gyógyszereket, amelyeket már régóta szedtek, különösen azokat, amelyekről ismert, hogy megvonási tünetekkel járnak?
 - hogyan tudja beilleszteni a gyógyszereszedést a napi rutinba?
 - hogyan lehet választani a gyógyszerek között, ha úgy érzi, hogy túl sokat szed?

A pácienseknek információra van szükségük állapotukról és a kezeléssel, ha részt kívánnak venni a gyógyszerekkel kapcsolatos tájékozott döntések meghozatalában. A rendelkezésre álló információk formátuma és tartalma meg kell, hogy feleljen adott beteg igényeinek.

- A gyógyszerek felírása előtt meg kell osztani a pácienssel a gyógyszerrel kapcsolatos információkat.
- A betegeknek nyújtott információk állapotukra, lehetséges kezelésekre vonatkozóan könnyen érthetőek legyenek.
- Mielőtt a páciens kiváltja gyógyszeres készítményét ellenőrizni szükséges, hogy rendelkezik e megfelelő információkkal.
- Meg kell vitatni a kezeléssel kapcsolatos információkat a pácienssel (figyelembe véve az egyéni tényezőket), nem szimplán csak átadni az elméleti tudást.
- A gyógyszeres készítmények betegtájékoztatója nem feltétlenül ad meg minden szükséges információt a páciensnek. A tájékoztató kapcsán felmerült kérdéseit, aggályait kezelni szükséges.

- Az információszolgáltatás típusának, mértékének személyre szabottnak kell lennie.
- Figyelni kell arra, hogy a páciens a kapott információkat megértse.
- A szóbeli tájékoztatáson felül ismertetni kell, hogy hol, hogyan találhat a beteg további releváns információt a kezelésről. (például írásos tájékoztató anyag átadása)

2. AZ ADHERENCIA MEGVALÓSULÁSÁNAK TÁMOGATÁSA

A beteg-együttműködés mérése nem elsősorban ellenőrzési célból történik, hanem annak megállapítására törekszik, hogy felmérje, mennyi információra, támogatásra van szüksége a betegeknek:

- A non-adherencia gyakori, rendszeresen nyomon kell követni a gyógyszerek felírását, kiadását.
- A non-adherenciára rá kell kérdezni a páciens nem hibáztatva, a kérdésfeltevés okának megmagyarázásával, konkrét időszak meghatározásával, és a non-adherencia fajtájának definiálásával (elhagyta a kezelést teljesen, csökkentette az adagot, stb.)
- Meg kell fontolni a gyógyszer újrafelírását, jelezni az illetékes hatóság felé a gyógyszerrel kapcsolatos mellékhatást, érzékenységet, adherenciát gátló tényezőket.

Az adherencia növelése érdekében tehető lépések:

- Non-adherens páciens esetében tisztázni szükséges a háttérben álló okokat, fel kell ismerni, hogy szándékos vagy nem szándékos terápia-elhagyásról van szó.
- Az adherencia növelése érdekében is figyelni kell arra, hogy nem alkalmazható minden beteg-együttműködést javító törekvés egyformán a páciensek esetében.
- Meg kell tudni, hogy a beteg hogyan motiválható a jobb adherencia elérésében – a beteggel közösen kell számba venni a támogatási lehetőségeket.
- Hiedelmek és félelmek kezelése az adherencia javítása érdekében is fontos.
- Olyan beavatkozásokkal támogatható a páciens, amelyek a non-adherenciával összefüggő problémák leküzdhetőek. Például:
 - a betegek egészségi állapotának figyelemmel kísérése
 - az adagolási rend egyszerűsítése
 - alternatív csomagolás használata
- A mellékhatások okozta problémák az alábbi módon kezelhetők:
 - egyeztetni kell a pácienssel arról,
 - hogyan kezeli a mellékhatásokat,
 - hogyan érhető el hosszú távon megfelelő hatás,
 - meg kell fontolni az adagolás megváltoztatását

- figyelembe kell venni a piacon jelenlévő, eltérő mellékhatás kockázattal járó egyéb készítményeket
- figyelembe kell venni a gyógyszeresedésre vonatkozó egyéb körülmények megváltoztatásának lehetőségét (például a bevétel idejének megváltoztatása)
- Meg kell kérdezni a páciens, hogy a gyógyszerre fordított kiadás problémát okoz-e. Ha igen, meg kell fontolni a költségcsökkentés lehetőségeit.

3. A GYÓGYSZERES KEZELÉS FELÜLVIZSGÁLATA

A páciensek krónikus betegségek esetében hosszú távon szedik gyógyszereiket, ezért **rendszeresen** felül kell vizsgálni a gyógyszerek felírására vonatkozó kezdeti döntést, a **betegek tapasztalatainak figyelembevételével**.

- A pácienssel egyeztetett időközönként fel kell mérni a beteg ismereteit, a terápiával kapcsolatos tudásszintet és félelmeket, valamint szükséges lehet kikérni véleményét a gyógyszeresedésről, mert ezek idővel változhatnak. Ismétlődő tájékoztatással optimalizálható a terápia, főként több gyógyszerrel kezelt krónikus betegségek vagy multimorbiditás esetében.
- Rendszeres időközönként szükséges annak vizsgálata, hogy a gyógyszerek milyen döntés alapján lettek felírva, mi a páciens szükséglete.
- Vizsgálni kell az adherenciát a gyógyszeres kezelés felülvizsgálatában. Ha non-adherencia tapasztalható tisztázni kell az okokat, meg kell határozni a következő lépéseket, cselekvési tervet kell készíteni. Minden tervnek tartalmaznia kell a következő olyan időpontot, amikor újra felülvizsgálják a gyógyszeres kezelést.
- Előfordulhat, hogy a páciensek értékelik (egészségi állapotuk, tapasztalt hatások, tünetek tükrében) a terápiát, aminek következtében módosíthatnak az adagoláson, vagy befejezik a gyógyszer szedését. A kezelés felülvizsgálatakor rá kell kérdezni a betegnél arra, hogy módosított e terápiáján.

4. KOMMUNIKÁCIÓ AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKEMBEREK KÖZÖTT

Tekintettel arra, hogy a pácienseket **egyszerre több orvos kezelheti** (akár különböző szakterületeken), az egészségügyi szakemberek között megfelelő kommunikációra van szükség ahhoz, hogy **az ellátás ne legyen széttöredezett**.

- A gyógyszerek felírásában, kiadásában vagy felülvizsgálatában részt vevő egészségügyi szakemberek gondoskodnak arról, hogy a betegek gondozásában részt vevő más egészségügyi szakemberekkel folytatott kommunikáció folyamatos legyen.

- A gyógyszerek felülvizsgálatában részt vevő egészségügyi szakembereknek tájékoztatniuk kell a gyógyszert felíró orvost a felülvizsgálatról és annak eredményeiről. Ez különösen akkor fontos, ha a felülvizsgálat a non-adherencia okainak feltárására és megoldására is vonatkozik.
- A gyógyszerek optimalizálására vonatkozóan teljes NICE irányelv érhető el.

A fenti példát, illetve a krónikus obstruktív légúti betegség (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) kezelésére rendelt gyógyszerkészítmények hatékony és biztonságos alkalmazására irányuló gyógyszerészi tanácsadásról szóló szakmai irányelvet követve **házánkban** is hasznos lenne a meglévő, ám hatályukat veszített **irányelvek frissítése** az adherencia kiemelésével, akár önálló beteg-együttműködéssel kapcsolatos irányelv alkotása, valamint ezen irányelvek **ismertetése, hozzáférhetővé tétele** mind az egészségügyi szakemberek, mind pedig a páciensek számára.

5.2 Probléma alapú megközelítés

Dr. Hankó Balázs 2015-ös előadásában, a beteg-együttműködés aktuális kérdéseit taglalja a gyógyszerészi gondozás keretében. A WHO 2003-as beteg-együttműködéssel kapcsolatos tanulmánya mentén problémára fókuszáló stratégiát javasol, melynek központi részei az öt fő, adherens magatartást befolyásoló tényező. Ezek mentén megoldási javaslatokat is megfogalmaz, melyek. A prezentáción alapulva, illetve azt kiegészítve a következők megfontolása, alkalmazása javasolt mind az orvosok, mind pedig a gyógyszerészek munkája során az adherencia támogatása érdekében. (Dőlt betűvel szedve Dr. Hankó Balázs által összefoglalt problémák és megoldási javaslatok olvashatóak.)



Gottsegen György Országos
Kardiológiai Intézet



Betegtől függő tényezők

Probléma	Megoldási javaslat
Félelem betegséggel, kezeléssel kapcsolatosan	Páciens félelmeinek felderítése, kételyek eloszlatása, részletes tájékoztatás, a terápia és betegség átbeszélése
Hiedelmek	Páciens hiedelmeinek elfogadása, részletes tájékoztatás
Életkor (idősebb, fiatalabb páciensek különbözősége)	Különböző kommunikáció idősebb és fiatalabb korosztályban, informáltság felmérése és szükség esetén korrekciója
Motiváció hiánya	Motivátlanság felderítésének okai, félelmek felderítése, részletes tájékoztatás

Terápiától függő tényezők

Probléma	Megoldási javaslat
<i>Komplex gyógyszerelés</i>	<i>Szükségtelen gyógyszerek meghatározása, elhagyása; frekvenciacsökkentés, készítményen belüli kombinációk; mellékhatásra ható gyógyszerek azonosítása, emlékeztető stratégia; gyógyszerek listája</i>
<i>A terápia azonnali hasznának hiánya</i>	<i>Mi várható a gyógyszertől tájékoztatás;</i>
<i>Krónikus terápia</i>	<i>Dozírozás egyszerűsítése; emlékeztető stratégia, napi tevékenységhez kötött gyógyszeresedés; családtagok bevonása a támogatásba</i>
<i>Kellemetlen mellékhatások</i>	<i>Kockázat-haszon bemutatása; mellékhatás kezelési lehetőségei; kevesebb mh-al rendelkező készítmény alkalmazása</i>



Gottsegen György Országos
Kardiológiai Intézet



HÁROM GENERÁCIÓVAL
AZ EGÉSZSÉGÉRT PROGRAM

<i>Terápiával kapcsolatos meggyőződés</i>	<i>Betegpreferenciák felmérése; terápia céljainak közös meghatározása;</i>
Hosszadalmas, élethosszig tartó kezelés	A páciens nyomon követése, folyamatos kommunikáció és „kíséret” a kezelés folyamán, motiváció fenntartása
Gyógyszer formája, állaga, színe, mérete	Páciens által preferált forma kiválasztása a lehetőségekhez mérten (például: fizikai vagy pszichés okok miatti nyelési nehézség – lásd Beteg egészségi állapotától függő tényezők táblázat)
Gyógyszerszedési problémák	Beviteli mód ismertetése, adagolás egyszerűsítése, emlékeztető módszerek alkalmazása

Szociális és gazdasági tényezők

Probléma	Megoldási javaslat
<i>Alacsony szintű egészségügyi műveltség</i>	<i>Legegyszerűbb kifejezések használata; piktogramok használata; visszakérdező technika, családtagok bevonása</i>
<i>Szociális támogatás hiánya</i>	<i>Családtagok bevonása; Beteggyesülethez való irányítás,</i>
<i>Nagyfokú elfoglaltság</i>	<i>Gyógyszerszedés napi ritmushoz illesztése; emlékeztető technika</i>
<i>Magas gyógyszerköltségek</i>	<i>Generikus program; Közgyógyellátás kezdeményezése;</i>
<i>Kulturális különbségek</i>	<i>A kulturális hatások gyógyszerzedést csökkentő okainak vizsgálata.</i>
Munkanélküliség, munkahelyi körülmények	Stresszel kapcsolatos információ, mentális egészség támogatása (lehetőségek, programok ismertetése), szociális segítség lehetőségének ismertetése
Iskolázottság mértéke	Kommunikáció egyszerűsítése, gondozó, családtag bevonása, tájékoztatás

Egészségügyi rendszertől függő tényezők

Probléma	Megoldási javaslat
<i>Eü. szakember-beteg kapcsolat</i>	<i>Pozitív, támogató, bizalmi kapcsolat kialakítása; betegbevonás a döntésekbe, betegtájékoztatás, változási hajlandóság mérése; akadályok feltérképezése; Gyógyszerbevétel napi tevékenységhez kötése;</i>
<i>Eü. szakember kommunikációja</i>	<i>Kommunikációs stratégia, kommunikációs készségfejlesztés</i>
<i>Eü. szolgáltatáshoz való hozzáférhetőség</i>	<i>Helyben elérhető szolgáltatások ismertetése, több ellátás igénybevételének szükségessége esetén prioritizálás (mi fér bele) vagy segítség egy napon történő megszervezésre</i>
<i>Egymásnak ellentmondó szakemberek</i>	<i>Nyíltan, páciens előtt kerülni másik szakember véleményének szidását (bizonytalansághoz, non-adherenciához vezet)</i>
<i>Részletes tájékoztatás, visszacsatolás hiánya</i>	<i>Kommunikációs készség javítása, terápiával, betegséggel kapcsolatos részletes tájékoztatás, visszakerdezés, nyomonkövetés, ismétlődő tájékoztatás</i>

Beteg egészségi állapotától függő tényezők

Probléma	Megoldási javaslat
<i>Tünetmentes betegség</i>	<i>A betegség progressziójával kapcsolatos tájékoztatás; milyen preventív lépések lehetnek, mik a következményei a kezelés elmaradásának</i>

<i>A terápia azonnali hasznának hiánya</i>	<i>Haszon-kockázat bemutatás</i>
<i>Depresszió</i>	<i>Nyílt párbeszéd a betegségről; betegség kémiai hátterének megbeszélése; gyógyítható betegség, kezelés várható időtartama; gyakoribb mellékhatások ismertetése, mit kell tenni, mikor múlnak el;</i>
<i>Pszichés problémák</i>	<i>Betegség kezelésének ismertetése, emlékeztetők; mellékhatások ismertetése, mit kell tenni, mikor múlnak el; család-támogatók informálása; dózis-titrálás;</i>
<i>Korlátozottság</i>	<i>Vakság: Szóbeli üzenetek pontossága; hangos könyv; braille írás; eltérő nagyságú-alakú gyógyszer tartók; tabletták alakok gyakorlása; előre dozírozott gyógyszerek Látási problémák: Nagy betűs, írott anyag, honlapok; kontrasztos anyagok; szinkódok alkalmazása a gyógyszereknél; Siketség: Lassú szájról olvasható beszéd; írószerek bevonása; írott tájékoztatók; piktogramok Csökkent hallás: Csendes környezet; jobban halló fül; lásd előbb. Mozgási problémák: Gyógyszerkiszállítás; egyszerűen nyitható gyógyszerek; előreosztás; Fizikai állapot miatti nyelési nehézség: könnyebben bevehető, alkalmazható gyógyszerforma kiválasztása (például tabletták helyett folyadék, tapasz, vagy kapszula)</i>
<i>Páciens hiányos ismerete betegségével, kezeléssel kapcsolatosan</i>	<i>Folyamatos, rendszeres tájékoztatás, visszakerdezés, egészségismeret javítása</i>
<i>Multimorbiditás</i>	<i>Részletes tájékoztatás, gyógyszerelés lehetőségeihez mérten történő egyszerűsítése, gyógyszer interakciók átgondolása, mellékhatások átbeszélése, kezelő szakemberek közötti kommunikáció, gyógyszerek bevételi időpontjának egyeztetése, emlékeztető alkalmazás, gyógyszeradagoló eszköz javaslata, ismertetése</i>

6. Az alapellátás szervezeti keretei között megvalósítható lehetséges programelemek

6.1 Beteg-együttműködést javító stratégiák, eszközök csoportos/szervezett adherencia program esetén

A beteg-együttműködés hagyományos, compliance alapú megközelítése, azaz az utasításoknak és így a kezelőorvosnak való megfelelési kényszer már nem alkalmas a terápiahű magatartás kiváltására, fejlesztésére. A **páciensek tudatos együttműködése** nélkül az orvos nem érhet el akkora sikert a gyógyításban, és az egyre jobban tájékozott páciensek is igényt tartanak arra, hogy a kezelésük szerves részévé, igazi szereplőjévé váljanak, megértsék a folyamatokat és így könnyebben magukénak érezzék azokat.

A külső motiválás helyett a **belső motiváció** aktiválása szükséges az együttműködés javításához. A belső motiváció kialakítása a páciensek egészségtudatosságának, gyógyulni akarásának előhívásával valósulhat meg. (Dankó, 2013)

A beteg-együttműködést elősegítő vagy fejlesztő **stratégiákat többféleképpen csoportosíthatjuk**. Például szolgáltatói szempontból a következőképpen lehetséges:

- **Időtartam szerinti csoportosítás:** Időtartam szerint a következő két csoportot különböztethetjük meg:
 - **Krónikus betegségben szenvedők:** folyamatosan meglévő beteg-együttműködést fejlesztő stratégia megléte szükséges.
 - **Átmeneti, akut betegségben szenvedők:** csak meghatározott ideig tartó, rövidebb, de koncentráltabb szolgáltatást igényelnek.
- **gyógyszerköltségek szempontjából történő csoportosítás:** Szintén két fő csoportot különböztet meg a szakirodalom.
 - **Ritka, költséges terápiájú betegségek** esetében alkalmazandó stratégia. Ebben az esetben különösen fontos a beteg-együttműködés koncentrált csomagjának kialakítása, hiszen gyakran kevés információval rendelkeznek a betegsükről a

kezelt egyének. Nem csak a költségek nőhetnek robbanásszerűen, de az állapotromlás is nagyobb mértékű lehet a non-adherencia vagy non-compliance esetében. Mivel ezek a ritka betegségek sokszor jelentősebb odafigyelést igényelnek, speciális stratégia alkalmazása szükséges.

- **Gyógyszerköltségek szempontjából a kevésbé költséges, de gyakori betegségek.** Ez esetben a betegek általában számos információval rendelkeznek, és lényegesen többen vannak, mint az előző csoport tagjai. Így nem annyira személyre szabott a terápia, **közös tulajdonságok mentén lehet csoportosításokat is alkalmazni.** Az életmódváltás jelentősége itt is meghatározó. A csoport méretéből fakadóan a fals információk terjedésének problémája is fennáll, így a képzés, betegedukáció szintén nagy jelentőséggel bír.

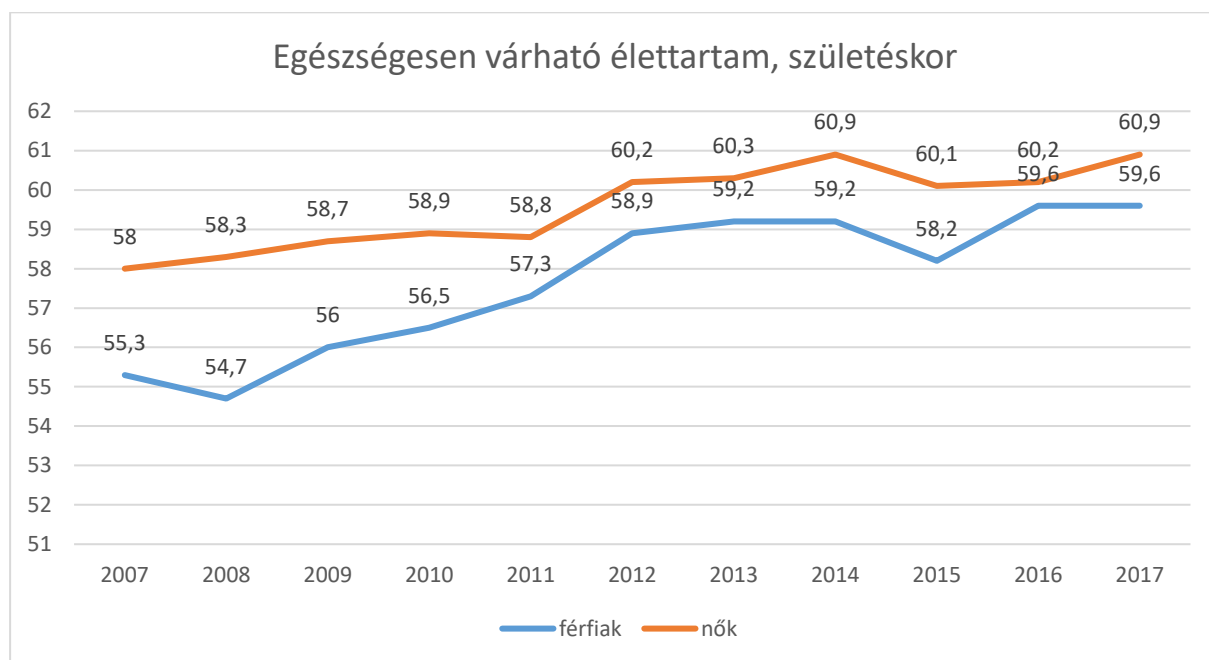
- **motiváció szerinti csoportosítás:** Itt a betegek terápiához magatartását befolyásoló tényezők, vagyis a motiváció alapját a terápiás kezelés utáni hatás az életminőségre, a betegség kezelésben elért hatékonyság mértéke és ezek egymással való összefüggése, egymáshoz viszonyított mértéke meghatározó. Motiváció szerint szintén két csoportot különböztethetünk meg:
 - **a terápia elhagyása nem jár közvetlen következménnyel** az életminőségben, sőt sokszor a mellékhatások kellemetlenebbek, mint a nem szedés következményei. Ide sorolhatók a már említett krónikus, de tünetmentes betegségek, amik azonban a rossz népegészségügyi mutatókhoz leginkább hozzájárulnak. Az ide tartozó leggyakoribb gyógyszerek: vérnyomás és koleszterin csökkentők, antidepresszánsok.
 - **a terápia abbahagyása közvetlen állapotromlással jár,** mégis gyakran előfordul, hogy a beteg nem tartja be a terápiát (például: az epilepszia, a krónikus fájdalom-szindróma és a reuma egyes fajtái).

Nem mindegy tehát, hogy egyes betegségek esetében mire helyezzük a fókuszot, hogyan segíthetnek az egészségügyi szakemberek. E fejezetben a beteg-együttműködés szempontjából lényeges főbb betegségrcsoportokat, az egészségügyi szakemberek szerepét és az együttműködést javító stratégiák lehetőségeit, gyakorlati lépéseit mutatjuk be.

6.2 Főbb krónikus betegségcsoportok mentén képezhető stratégiák

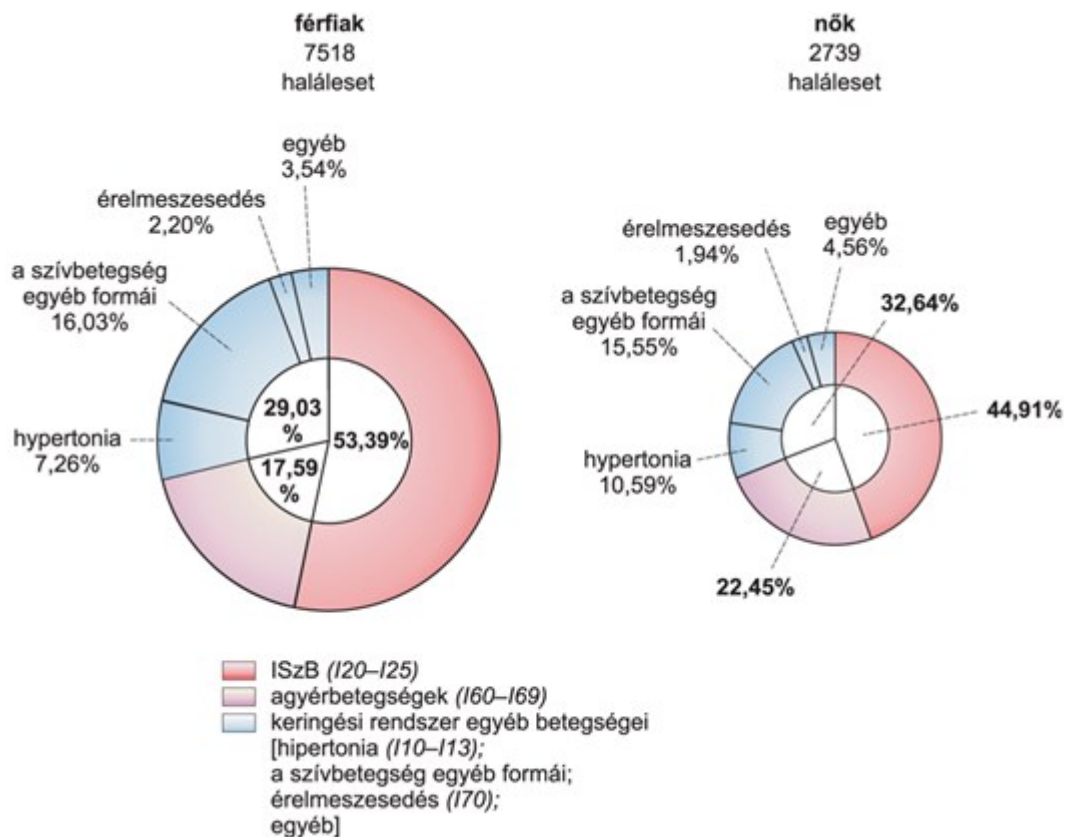
6.2.1 Kardiovaszkuláris megbetegedések

Napjainkban nagy részben a szív- és érrendszeri megbetegedések uralják a **morbidity és mortalitási rátákat**, hiszen a fejlett országok népességének körülbelül a fele hal meg valamely kardiovaszkuláris kórkép kialakulásának következtében. Mindemellett a korai halálozás egyik legjellemzőbb válfaja, ezért is fontos, hogy megfelelő figyelmet fordítsunk a betegségek megelőzésére, hatékony kezelésére, melyek eléréséhez segítsék a beteg-együttműködés fejlesztése.



10. ábra: Egészségesen várható élettartam, születéskor

(Saját ábra, adatforrás: KSH)



9. ábra: A főbb keringésrendszeri halálokok súlya a 25–64 éves férfiak és nők keringésrendszeri betegségek okozta halálozásában Magyarországon, 2009 (Ádány, 2011)

A kardiovaszkuláris betegségek kialakulásában **számos rizikófaktor** játszik szerepet. A jól ismert, „klasszikus” kockázati tényezők közé tartozik a férfi nem, a magas életkor, a dohányzás, a magas vérzsír szint, a magas vérnyomás, a cukorbetegség, az elhízás, a mozgásszegény életmód, a stressz és a genetika. Az újabb rizikófaktorok közé sorolódhatnak bizonyos kóros vér folyási paraméterek, a magas húgysav és homocisztein szint, a krónikus vesebetegségek, a fokozott oxidatív stressz és a légszennyeződés, illetve a magasabb nyugalmi szívfrekvencia.

Az **ideális terápia kiválasztását nagyban meghatározzák a különböző rizikófaktorok**. Ezek ismeretével, rizikóbecsléssel lehetőség nyílik a rizikófaktorok kiiktatására, a megfelelő célértékek meghatározására. Továbbá e tényezők segítséget nyújthatnak a még fel nem ismert betegek hatékony kiszűrésében.

Az elsődleges megelőzési akciók közé tartozik a **dohányzásról való leszokás támogatása**, az **egészséges táplálkozás és a rendszeres testmozgás ösztönzése**. Ha azonban már kialakult maga a

betegség, fontos a megfelelő gyógyszeres kezelés is, a rendszeres szakorvosi gondozás pedig megkerülhetetlen.

A hipertónia és a hiperlipidémia két olyan szívérrendszeri probléma, melyek gyakran tünetmentesek, ezért felderítésük nem mindig történik meg kellő időn belül, és számos komolyabb szövődményt okozhatnak. A **szövődmények** és a kialakult komolyabb egészségi állapotromlás a beteg esetében életminőség-csökkenést okoznak, az egészségügyi rendszer, gazdaság szempontjából pedig komoly kiadásokat jelentenek. A megfelelő prevencióval, a beteg-együttműködésre épülő kezeléssel megelőzhetőek ezen negatív tényezők. További probléma, hogy jelentősen magasabb lehet azon betegek száma, akik magas vérzsír-szinttel vagy magas vérnyomással rendelkeznek, mint az jelenleg ismert számunkra.

Megállapítások szerint számos esetben a rossz adherencia okozza a fenti betegségek kezelésének eredménytelenségét! A gyógyszeres terápia kezdetét követő fél év után a betegeknek körülbelül csak 50%-a szedi a gyógyszert, 12 hónap elteltével már csak 30–40%. A fő okok között szerepel többek között a beteg változékony hozzáállása, a tünetmentesség és a gyógyszeres kezelés okozta kellemetlen mellékhatások kialakulása.

Az együttműködést ösztönző (+) és negatívan (-) befolyásoló faktorok 3. fejezetben bemutatott általános tényezők mentén a kardiovaszkuláris betegségek tekintetében, kiemelten a hipertónia esetében (WHO, 2003):

Társadalmi-gazdasági tényezők:

- (-) Munkanélküliség, alulképzettség
- (-) Drága gyógyszerek, kezelési formák
- (-) Korlátozott hozzáférés az egészségügyi szolgáltatásokhoz
- (+) Biztosítás megléte (közfinanszírozott vagy magán egészségbiztosítás)
- (+) Megfizethető árak
- (+) Átfogó, országos beteg-együttműködést támogató programok létrehozása, a meglévők továbbfejlesztése és támogatása

Egészségügyi rendszerrel összefüggő tényezők:

- (-) Szakemberek felkészültségének, tapasztalatának hiánya a krónikus betegségek kezelését illetően

- (-) Támogatás, ösztönzés, informálás és a megfelelő kommunikáció hiánya
- (-) Futószalag szerű ellátás (nincs elég idő egy-egy páciensre)
- (+) Kommunikációs készségek fejlesztése egészségügyi szakemberek esetében
- (+) Gyógyszereléssel és életmódváltással kapcsolatos edukáció a páciensek számára
- (+) Gyógyszerészek nagyobb részvétele a beteg edukációban és az együttműködés kialakításában, fejlesztésében

Egészségi állapottal összefüggő tényezők:

- (-) A betegségtudat megléte
- (-) Betegség progressziója
- (-) Társbetegségek megléte (akár mentális, lelki)
- (+) Betegedukáció (betegséggel kapcsolatos tudnivalók átadása, gyógyszerek alkalmazása, életmódváltás)
- (+) Életmódváltó programok támogatása

Terápiával összefüggő tényezők:

- (-) Kezelés időtartama (krónikus betegségek esetében ez kritikus, hiszen gyakran élethosszig tartó terápiákról van szó)
- (-) Magas költségek
- (-) Összetett terápiák
- (+) Szakemberek ajánlásainak egyszerűsítése, érthetővé tétele
- (+) Kezelés egyszerűsítése

Egyéntől függő tényezők:

- (-) Nem megfelelő tudás és készségek
- (-) Feledékenység
- (-) Rossz-orvos beteg kapcsolat
- (+) Az egyén bevonása kezelésébe
- (+) Tájékoztatás, információ átadás betegséggel (mellékhatásokkal), kezeléssel, lehetőségekkel kapcsolatosan
- (+) Kezelés pontos követésének támogatása (compliance)



Gottsegen György Országos
Kardiológiai Intézet



MAGAS VÉRNYOMÁS	Együtműködést befolyásoló tényezők	Együtműködést javító lehetőségek
Szociális-gazdasági tényezők	Csökkentik a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- rossz szociális-gazdasági helyzet, írástudatlanság, munkanélküliség- korlátozott gyógyszerellátás- drága gyógyszerek	<ul style="list-style-type: none">- családi felkészültség- betegbiztosítás- a gyógyszerek zavartalan ellátása- fenntartható finanszírozás- megfizethető árak és megbízható ellátási rendszerek
Egészségügyi szakképzettségű személyzettel/egészségügyi rendszerrel összefüggő tényezők	Csökkentik a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- egészségügyi szolgáltatók krónikus betegségek kezelését érintő hiányos ismerete és kevés tréningje- az egészségügyi szakképzettségű személyek és a betegek közötti nem megfelelő kapcsolat- hiányos ismeret, konzultációra szánt kevés idő- kevés ösztönző faktor és visszacsatolás a folyamat véghezviteléről Javítja a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- a beteg és orvos közötti jó kapcsolat	<ul style="list-style-type: none">- gyógyszerhasználatról szóló tréning a betegek számára- jó páciens-orvos kapcsolat- a kezelés folyamatos monitorozása és értékelése- az együttműködés monitorozása- nem bíráló jellegű hozzáállás és segítség- az információ állandó elérhetősége- a gyógyszerek ésszerű megválogatása- kommunikációs készségek fejlesztése- a gyógyszerek szállítása, finanszírozása és helyes alkalmazása- gyógyszerészet: jobb biztonsági profillal történő gyógyszerfejlesztés, valamint részvétel a betegoktatási programokban és a betegek adherenciáját meghatározó berendezések fejlesztése
Egészségügyi állapottal összefüggő tényezők	Javítja a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- a hipertenzió folyamatának megértése	<ul style="list-style-type: none">- gyógyszeralkalmazásról szóló oktatás
Terápiával összefüggő tényezők	Csökkentik a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- teljeskörű kezelési utasítások- a kezelés időtartama- alacsony gyógyszer tolerálhatóság, kezelési mellékhatások Javítja a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- monoterápia egyszerű adagolási útmutatókkal- kevésbé gyakori dózis- az antihipertenzív gyógyszerek ritkább váltogatása	<ul style="list-style-type: none">- az utasítások egyszerűsítése



Gottsegen György Országos
Kardiológiai Intézet



MAGAS VÉRNYOMÁS	Együtműködést befolyásoló tényezők	Együtműködést javító lehetőségek
Beteggel összefüggő tényezők	Csökkentik a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- a betegség tüneteinek kezelését és a terápiát illető nem megfelelő tudás és készség- hiányzó tudatosság a terápia költségeit és előnyeit illetően- a monitorozás elutasítása Javítja a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- a betegséggel kapcsolatos egészségügyi kockázat megértése- a monitorozásban való aktív részvétel- részvétel a betegség kezelésében	<ul style="list-style-type: none">- magatartási és motivációs lehetőségek- jó beteg-orvos kapcsolat- a betegség és kezelés saját irányítása- a mellékhatások saját irányítása- memóriakártyák és emlékeztetők

Forrás: WHO/Adherence to long-term therapies 111, 2003

6.2.2 Multimorbiditás és idős/idősödő korosztály

A várható élettartam kitolódásával az **idősebb korosztályban** egyre több páciensnek kell számolnia a **multimorbiditással**. A beteg-együttműködés kiváltása és fejlesztése különösen nehéz abban az esetben, ha a páciensnek több krónikus betegsége van. Ezen betegek esetében, ha lehet még fontosabb a terápiahűség elérése életminőségük, egészségben eltöltött éveik számának növelése érdekében. A multimorbiditás önmagában megterhelő a beteg számára is:

- **többféle gyógyszer** - adherencia szempontjából a 3 gyógyszer együttes szedése esetén már jelentősen romlik az adherencia, multimorbiditás esetén gyakori a több, mint 10 gyógyszer együttes elrendelése
- **magas terápiás költség**
- **mellékhatások** előfordulási valószínűsége a gyógyszerek számának növekedésével együttesen nő
- **interakciók** kockázata jelentősen és nem jól kontrollálhatóan nő – az interakciós listák jellemzően párokban adják meg egyes készítmények/hatóanyagok közötti interakciókat, nincsenek azonban vizsgálatok és így elérhető információk a 3-5, vagy több hatóanyag együttes alkalmazása során előforduló interakciókra
- a többféle gyógyszer együttes szedése megváltoztathatja az egyes **gyógyszerek metabolizmusát** a metabolikus kapacitásokért való versengés során
- **több kezelő orvos**, kezelésben résztvevő szakember növeli az egymásnak ellentmondó (vagy a beteg számára annak tűnő) terápiás javaslat előfordulási valószínűségét
- **többféle életmódi javaslat** – szociálpszichológiából ismert jelenség, hogyha túl sok a változtatandó tényező, nagyon messze a cél, sok az elvárás, az csökkenti a változtatás iránti hajlandóságot, reménytelennek tűnik, illetve túl nagy erőfeszítést igényel azok teljesítése
- **feledékenység** könnyebben előfordul, ha sok terápiás szabályt kell egyidejűleg fejben tartani

A multimorbiditás mellett **időskorban** számos olyan fiziológiás és pathofiziológiás folyamat zajlik le, melyeket az **adherencia megvalósítása szempontjából** is fontos figyelembe vennünk.

A különféle elváltozások az idősök esetében a **gyógyszeres kezelést is befolyásolják**:

1. *„csökken az izomszövet tömege*
2. *csökken az ösztetvívz-mennyiség*
3. *a zsírszövet mennyisége relatíve nő*
4. *csökken a plazmafehérje-koncentráció*

5. *csökken a testsúly*
6. *csökken a szív-percvolumen*
7. *csökken a vesefunkció*
8. *csökken a máj tömege és vérátáramlása*
9. *csökken egyes hormonok szekréciója” (Bakó, 2017)*

A sokféle, együttesen jelenlévő betegség esetében előfordul, hogy a **szükségesnél több gyógyszer alkalmazása** (polipragmázia) növeli a felesleges mellékhatásokat és gyógyszer kölcsönhatásokat, melyek gyakran nagyobb mértékű állapotromlást, akár kórházi kezelést is okozhatnak, és nem utolsósorban **csökkentik a terápiahűséget**.

Az időskori szervezetben lezajló folyamatok hatására már nem ugyanolyan a gyógyszeres kezelés hatása, már másképpen szívódik fel, ürül ki a szervezetből, több készítmény együttes alkalmazásakor pedig kiszámíthatatlanok lehetnek a **mellékhatások, az interakciók és a toxikus hatás** kialakulásának veszélye is fokozottan fennáll. A mellékhatások között lehet étvágytalanság, ízérzés zavara, szájszárazság, felszívódási zavarok (ásványi sók, vitaminok), kognitív funkció csökkenés, zavartság, mozgászavarok, inkontinencia, magasabb az elesések veszélye. (Bakó, 2017)

A multimorbiditás esetében - különösen időskorban nagyon fontos a gyógyszeres kezelés optimalizálása a meglévő felételekhez. Ez azt jelenti, hogy a legjobb eredményt nem az hozza, ha mindene egyes kórkép önmagában maximális terápiás lehetőségek kihasználásával kerül kezelésre, hanem ha megfelelő kompromisszumokkal a terápiák összesége a kezelhető és biztonságos szinten marad, „a kevesebb néha több” elvének követésével.

A polipragmázia **elkerülése végett** és a biztonságos gyógyszeres kezelés elősegítése érdekében **több olyan nemzetközileg is elismert lista** létezik, melyek támpontot nyújtanak a szakemberek számára.

Az egyik ilyen a **BEERS-LISTA** (1997, frissítve 2002), melyet 12 geriátria és farmakológia területén jártas szakember állított össze, és 48 olyan készítményt, illetve gyógyszer csoportot tartalmaz, melyeket nem javasolnak a kezelés során.

A következő, továbbfejlesztett változat az úgynevezett **STOPP/START-program**³, melyet 7 európai ország is működtet.

³ STOPP: Screening Tool of Older Persons Potentially Inappropriate Prescription – Nem megfelelő vényfelírás szűrő eszköze

START: Screening Tool to Alert Doctors to the Right Treatment – Szűrő eszköz az orvosok figyelmeztetésére a megfelelő kezelés kiválasztásában

A harmadik az úgynevezett, bizonyítékokon alapuló **FORTA** (Fit FOR The Aged) klasszifikáció (Wehling; német és osztrák szakértők), melyekkel könnyen azonosíthatók a veszélyes, nem megfelelő vagy akár szükségtelen gyógyszeres kezelések. Ez a fajta osztályozási rendszer 4 csoportba (A,B, C, D) sorolja a készítményeket:

- A (absolutly): nélkülözhetetlen, előnyös gyógyszerek
- B (beneficial): előnyös, hatásos gyógyszerek, de körültekintést igényelnek biztonságosság terén
- C (carefully): kockázat-haszon mértéke kérdéses, tanácsos ezen gyógyszereket elhagyni, alternatívát keresni, mellékhatás-monitorozás indokolt
- D (don't): idős páciensek esetében kerülendő készítmények, majdnem minden esetben el kell hagyni és más alternatívát kell keresni helyettük. (Bakó, 2017)

A FORTA módszerrel több mint 200 olyan gyógyszeres készítményt különíthetünk el, melyeket rendszeresen alkalmaznak idős betegek kezelése során is. Természetesen **multimorbiditás esetén diagnózisonkénti relevancia alapján sorrendet kell képezni**, hiszen vannak olyan kórképek, melyek nem jól, vagy egyáltalán nem kezelhetők. Továbbá a kezelést mindig **egyénre szabottan** kell meghatározni a páciens állapotának súlyossága, kezelési lehetőségek és célok teljes körű ismeretével, és ha már adherenciáról van szó, akkor a **lehetőségekhez mérten a páciens vagy gondozója, családtagja bevonásával**. A terápia kapcsán a kezelést végző szakembernek az alábbi kérdéseket kell(ene) figyelembe vennie:

„1) Szed-e a beteg pillanatnyilag olyan gyógyszert, ami nem szükséges, mert nincs meg az indikációja (túlkezelés)?

2) Vannak-e olyan diagnózisok, melyeknek további kezelése szükséges, mivel klinikailag relevánsak, rendelkezésre áll megfelelő gyógyszer (FORTA A, B, kivételes esetben C) és eddig nem kezelték megfelelőképpen (alulkezelés)?

3) Vannak-e olyan diagnózisok, melyek ugyan kezelés alatt állnak, de a FORTA lista szerint nem a legmegfelelőbb gyógyszerrel (hibás kezelés, pl. C vagy D gyógyszer szedése, pedig A vagy B gyógyszer is rendelkezésre áll)?” (Bakó, 2017)

A kezelés mellett a páciens állapotának monitorozása szoros felügyeletet igényel, akár egyszerű kérdéssel, akár diagnosztikai vizsgálatok sorával végezzük. A nemkívánatos hatások kiszűrésére több biomarker is alkalmazható, így például a vérnyomás, fájdalom, laborparaméterek, szervek funkcióinak vizsgálata. A FORTA módszer beépítésével a multimorbiditással küzdő, idős páciensek kezelési minősége és így a beteg életminősége is javulhat. (Bakó, 2017)

6.2.3 További, beteg-együttműködés szempontjából meghatározó krónikus betegségek

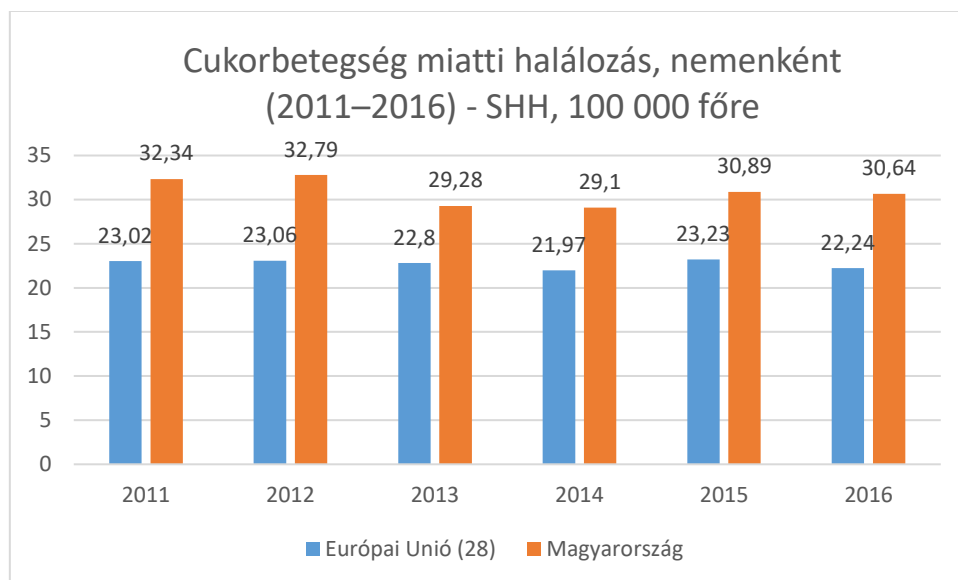
A krónikus betegségek nehézségét az jelenti, hogy jelen tudásunk szerint nem gyógyíthatók ezek a betegségek, nem tudjuk azt ígérni a betegnek, hogyha betartja a terápiát, akkor meg fog gyógyulni. Ugyanakkor a non-adherens viselkedés komoly következményekkel jár mind az egészségi állapota, mind az életminősége szempontjából. A legtöbb esetben megfelelő gyógyszeres terápiával és életmódváltással tünetmentesen tarthatók a betegek, illetve megakadályozható (késleltethető) a betegség szövődésének, ezekhez kapcsolódó funkcióvesztéseknek a kialakulása.

Az alábbiakban a kardiovaszkuláris betegségek kockázati tényezőiként is értelmezhető, illetve általában a terápiás adherencia szempontjából meghatározó betegségeket vesszük számba.

5.1.3.1 Diabétesz

Epidemiológiáját illetően elmondható, hogy a 2-es típusú diabétesz prevalenciája sokkal nagyobb, mint az 1-es típusé, körülbelül 90-95% arányban a 2-es típusú dominál, s számuk folyamatosan növekszik. Az 1-es típusú diabetes esetében külön problémát jelent a betegek életkora – kamaszkor-fiatal felnőtt kor, mely az adherenciát jelentősen rontja

Magyarországon is egyértelműen **növekvő tendencia** figyelhető meg morbiditás és mortalitás tekintetében is mind a nők, mind pedig a férfiak esetében. Ennek oka a hazánkban is "népbetegségként terjedő" elhízás, valamint az egészségtelen táplálkozás és mozgáshiányos életmód egyre fokozódó problémája.



11. ábra: Cukorbetegség miatti halálozás, nemenként (2011–2016) - SHH, 100 000 főre (Saját ábra, adatforrás: KSH)

A betegek számának növekedésével **az egészségügyi rendszeren lévő teher is folyamatosan növekszik**, hiszen jelentős kiadásokat fordítanak a betegség kezelésre. Éppen ezért fontos a prevenció, a már kialakult betegség megfelelő kezelése, és ezzel együtt a betegek motiválása az együttműködés terén.

A kardiovaszkuláris betegségek között említett hipertóniához és hiperlipidémiához hasonlóan a diabétesz esetében is komoly probléma, hogy a látens betegek száma sokkal magasabb, mint a jelenleg ismert/kezelésben részesülő pácienseké.

A 2-es típusú cukorbetegség kialakulásának legfőbb oka, hogy inzulinrezisztencia alakul ki a betegben, vagyis a szervezet által termelt inzulin nem tudja vércukorszint-csökkentő hatását megfelelő mértékben kifejteni. Előfordulását tekintve főként a 30. életévét betöltött, e betegségre genetikailag hajlamos és/vagy nem megfelelő életmódot követő embereknél alakul ki.

A kezelés tekintetében a beteg-együttműködés megléte, a beteg hozzáállása terápiáját illetően meghatározó. A kezelés sikerességéhez nagymértékben hozzájárulhat a beteg-együttműködés, az adherencia megvalósítása, hiszen nem csak a gyógyszeres kezelés, de életmódváltás is szükséges a terápia során.



Gottsegen György Országos
Kardiológiai Intézet



DIABETES	A terápia eredményességét befolyásoló adherencia tényezők	Együttműködést javító lehetőségek
Szociális-gazdasági tényezők	<p>Csökkentik a terápia eredményességét</p> <ul style="list-style-type: none">- ellátás költsége- 25 év feletti betegek fizikai aktivitást érintő együttműködésének hiánya- idősebb kamaszok inzulin beadásának és a vércukorszint saját ellenőrzésének hiányossága- férfiak diétához való adherencia hiánya- nők fizikai aktivitáshoz való adherencia hiánya- környezeti magas rizikójú helyzetek <p>Javítja a terápia eredményességét</p> <ul style="list-style-type: none">- 25 év alatti betegek fizikai aktivitást érintő együttműködése- fiatalabb kamaszok inzulin beadása és a vércukorszint saját ellenőrzése- férfiak fizikai aktivitáshoz való adherenciája- nők diétához való adherenciája- szociális támogatás- családi támogatás	<ul style="list-style-type: none">- Társadalom alapú szervezetek mobilizációja- a szociális szükségletek felmérése- a család felkészültsége
Egészségügyi szakképzettségű személyzettel/egészségügyi rendszerrel összefüggő tényezők	<p>Csökkentik a terápia eredményességét</p> <ul style="list-style-type: none">- rossz beteg-orvos kapcsolat	<ul style="list-style-type: none">- multidiszciplináris ellátás, team munka- egészségügyi szakemberek beteg együttműködést javító tréningjei- a kezelés céljainak meghatározása és ennek megfelelő stratégiák fejlesztése- folyamatos oktatás; folyamatos monitorozás és a kezelés értékelése- táplálkozásra vonatkozó egészségügyi terápia- telefonos emlékeztetők a betegek számára



Gottsegen György Országos
Kardiológiai Intézet



DIABETES	A terápia eredményességét befolyásoló adherencia tényezők	Együttműködést javító lehetőségek
Egészségügyi állapottal összefüggő tényezők	Csökkentik a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- depresszió- a betegség időtartama	- a gyógyszerek használatát illető oktatás
Terápiával összefüggő tényezők	Csökkentik a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- teljeskörű terápia Javítja a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- kevésbé gyakori adagolás- monoterápia egyszerű adagolási útmutatókkal- a saját ellátás gyakorisága	<ul style="list-style-type: none">- a betegek önkezelése- az utasítások egyszerűsítése- oktatás a gyógyszerek használatáról
Beteggel összefüggő tényezők	Csökkentik a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- depresszió- stressz és érzelmi problémák- alkohol abúzus Javítja a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- pozitív önbecsülés- személyes hatékonyság	<ul style="list-style-type: none">- Magatartási és motivációs lehetőségek- pszichológiai szükségletek felbecsülése

Forrás: WHO/Adherence to long-term therapies 80, 2003

5.1.3.2 Asztma és COPD

Az asztma és a COPD együttes tárgyalását indokolja, hogy a kezeletlen, vagy nem megfelelően kezelt asztma hozzájárul a beteg COPD-jének kialakulásához. Ezért az asztmás beteg terápiás adherenciájának növelése a COPD megelőzésének hatékony eszközeként is tekinthető. A két betegség kezelésében is sok hasonlóság van, adherencia szempontjából jól kezelhetőek együtt. A dohányzás leszokás támogatás is egyaránt fontos mindkét betegség kezelésben.

A COPD ugyanakkor jelentős kockázati tényezőt jelent a kardiovaszkuláris megbetegedések szempontjából is.

Dr. Ágh Tamás 2012-es doktori értekezésében behatóan foglalkozik a COPD és beteg-együtműködés kapcsolatával, eredményeivel. Kutatásai, tanulmányok alapján a klinikai vizsgálatok esetében átlagosan 70-90% környékére becsüli a COPD-s páciensek terápiahűségét (a hatásosság tekintetében), míg ez az arány a mindennapi kezeléskor, az eredményesség tükrében csak 20-60%-ra tehető. (Ágh, 2012)

Csak úgy, mint a kardiovaszkuláris betegségek és diabétesz tekintetében, a COPD esetében is elmondható, hogy a gyógyszeres kezelésen felül kiemelkedő szerepe van az életmódváltásnak (például dohányzásról való leszokás), így a beteg-együtműködés terén is adherencia elérése a cél.

Az asztma klasszikusan olyan kórkép, ahol nagyon fontos, hogy a betegek megértsék:

- nem csak akkor asztmások, amikor fulladnak, illetve
- a rohamszerek oldják ugyan a fulladásos rohamot, de nem szüntetik meg az asztma alapvető kórfolyamatát.

A dohányzás leszokás támogatásban nagyon erősen jelenik meg pszichés tényezők kezelésének fontossága. A dohányzás, mint addikció önmagában nem csak viselkedéses jellemző, hanem egy pszichés sebezhetőséget is jelez. Nem szabad figyelmen kívül hagyni azt sem, hogy a dohányzás jellemzően része a beteg stressz menedzsmentjének is, annak elhagyása szükségessé teszi más stressz kezelési technikák kifejlesztését, és rendszerbe állítását.

Erős a kapcsolat a dohányzás elhagyása és a testsúlynövekedés megjelenése között, ami szintén kedvezőtlen trade off a beteg kockázati állapota szempontjából. A testsúly kontroll kompetenciák fejlesztésében hangsúlyos szerepek kell kapjon az érzelmi evés (evés, mint stresszkezelés) kezelésének kérdése is. A stresszmenedzsment készségek fejlesztése ugyanakkor jótékony hatással van a kardiális kockázatok csökkentésére is.

A kérdéskör szépen példázza a krónikus nem fertőző betegségek (asztma, COPD, kardiális betegségek) és kockázati tényezőik (stressz, dohányzás, túlsúly) hálózatos összekapcsolódását, komplexitását. Ennek a rendszerszemléletnek a megértése kulcskérdés az adherencia javításában.



Gottsegen György Országos
Kardiológiai Intézet



DOHÁNYZÁS	Együttműködést befolyásoló tényezők	Együttműködést javító lehetőségek
Szociális-gazdasági tényezők	Csökkentik a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- Magas terápiás költségek Javítja a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- Magasabb képzettség, idősebb kor	<ul style="list-style-type: none">- Szociális segítség
Egészségügyi szakképzettségű személyzettel/egészségügyi rendszerrel összefüggő tényezők	Csökkentik a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- a terápia nyomonkövetésének képtelensége- a recept felelevenítésének képtelensége Javítja a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- szabad hozzájutás a nikotinpótló terápiához- orvosok és gyógyszereszek közötti szorosabb kapcsolat	<ul style="list-style-type: none">- gyógyszerész bevonása- szabad hozzáférés a nikotinpótló terápiához- gyakori terápia utánkövetési interjú
Egészségügyi állapottal összefüggő tényezők	Csökkentik a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- napi cigaretta fogyasztás- kilélegzett szénmonoxid, plazma nikotin és kotinin szintje- Fagerström Tolerancia kérdőív értékei, magasabb dohányzási függőség- pszichiátriai társbetegségek- depresszió- kezelés alatti dohányzás leállításának vagy csökkentésének hiánya	<ul style="list-style-type: none">- gyógyszerhasználatot illető oktatás- pszichiátriai segítségnyújtás
Terápiával összefüggő tényezők	Csökkentik a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- nemkívánatos események vagy elvonási tünetek Javítja a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- viselkedésterápiás tréningeken részvétel	<ul style="list-style-type: none">- nikotinpótló terápia- antidepresszáns terápia- gyógyszerhasználatot illető oktatás- adherencia oktatás- súlycsökkentésben nyújtott segítség- a kezelés folyamatos ellenőrzése és értékelése- együttműködés monitorozása



Gottsegen György Országos
Kardiológiai Intézet



DOHÁNYZÁS	Együttműködést befolyásoló tényezők	Együttműködést javító lehetőségek
Beteggel összefüggő tényezők	Csökkentik a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- súlygyarapodás Javítja a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- motiváció- jó páciens-orvos kapcsolat (41)	<ul style="list-style-type: none">- kiegészítő pszichoszociális kezelés, magatartást érintő beavatkozások- súlycsökkentésben nyújtott segítség- jó páciens-orvos kapcsolat

Forrás: WHO/Adherence to long-term therapies 120, 2003

ASZTMA	Együttműködést befolyásoló tényezők	Együttműködést javító lehetőségek
Szociális-gazdasági tényezők	Csökkentik a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- a kamaszok sebezhetősége miatti terápia elutasítása- kamaszoknál meglévő családi konfliktusok és betegségek letagadása- időseknél fellépő memóriazavarok- időseknél több gyógyszerár látogatása- kulturális és laikus hiedelmek a betegségről és terápiáról- alternatív gyógyszerek- az egészségügyi rendszertől való félelem- szegénység- belvárosi életforma- közlekedés hiánya- családi problémák	<ul style="list-style-type: none">- részletes használati útmutatások- idős betegek számára egyértelmű kezelési utasítások



Gottsegen György Országos
Kardiológiai Intézet



ASZTMA	Együttműködést befolyásoló tényezők	Együttműködést javító lehetőségek
Egészségügyi szakképzettségű személyzettel/egészségügyi rendszerrel összefüggő tényezők	Csökkentik a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- Az egészségügyi személyzet terápiát illető hiányos tudása és oktatása és/vagy a betegség nem megfelelő megértése- rövid konzultáció- nem együttműködő betegek oktatásának hiánya	<ul style="list-style-type: none">- oktatás a gyógyszerek használatáról- betegekkel együttműködésben a betegség kezelésének és terápiájának felállítása- együttműködést fejlesztő oktatás- multidiszciplináris ellátás- adherencia monitorozási tréningek- a kapcsolatok számának és hosszának növelése
Egészségügyi állapottal összefüggő tényezők	Csökkentik a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- a betegség folyamatának nem megfelelő felfogása	<ul style="list-style-type: none">- a diagnózis felállításakor a betegoktatás felépítése és ennek az asztma ellátásának minden lépésbe történő integrálása
Terápiával összefüggő tényezők	Csökkentik a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- teljeskörű terápiás utasítások- a terápia hossza- gyakori adagolás- a kezelés mellékhatásai	<ul style="list-style-type: none">- Az utasítások egyszerűsítése- a gyógyszerek használatát illető oktatás- alkalmazkodás a felírt gyógyszerekhez- a kezelés folyamatos monitorozása és értékelése



Gottsegen György Országos
Kardiológiai Intézet



**HÁROM GENERÁCIÓVAL
AZ EGÉSZSÉGÉRT PROGRAM**

Beteggel összefüggő tényezők	Csökkentik a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- feledékenység- a gyógyszereléssel kapcsolatos utasítások félreértése- gyerekek asztma gyógyszerelését illető szülői megértés hiánya- a betegek megértésének hiánya saját megbetegedésüket illető sérülékenységükkel kapcsolatban- a páciensek előírt napi dózist illető információ hiánya/ a betegséget és kezelést illető téveszmék- a mellékhatások állandó félreértése- gyógyszerabúzus	<ul style="list-style-type: none">- a betegekben a sebezhetőség tudatosítása- oktatással és magatartással kapcsolatos információkat is tartalmazó, saját kezelést elősegítő programok- memóriakártyák és emlékeztetők- ösztönzők és/vagy megerősítők- betegtanácsadás, oktatás,- a megfelelőbb ellátás,- önmonitorozás
-------------------------------------	--	--

Forrás: WHO/Adherence to long-term therapies 55, 2003

5.1.3.3 Depresszió

A depresszió több okból is bekerült a válogatásba:

- A **depresszió**, és különösen a kezeletlen depresszió, gyakori és súlyos szövődményei (szuicid magatartás, szekunder alkohol- és drog-abúzus, fokozott szomatikus morbiditás és mortalitás, tartós betegállomány, rokkantosítás stb.) **jelentősen behatárolják a beteg és családtagjai jóllétét**, és jelentős anyagi terhet rónak a társadalomra is (Rihmer, 2007; Paykel et al., 2005).
- A WHO szerint 2020-ra a **depresszió lesz a világon a 2. leggyakoribb, tartós, munkaképességet csökkentő megbetegedés** (a szív-érrendszeri betegségek után).
- A „Magyar Lelkiállapot 2013” vizsgálat eredményei alapján a lakosság **16-17%-a szenved kezelést igénylő depresszióban/ebből 7-8%-a** (kb. 120-150.000 ember) súlyos depresszióban szenved, és közel minden harmadik embernek vannak az életminőséget rontó depressziós tünetei - hajnalban felébred és kínzó gondolatok foglalkoztatják, elveszti érdeklődését mások iránt, szervi ok nélkül fokozottan fáradékony. A **köztudat nem ismeri el betegségnek**, gyakran szégyellik. Sok esetben nem ismerik fel, illetve nem kezelik megfelelően.
- **Depressziós krónikus betegek együttműködő készsége szignifikánsan rosszabb** (Krueger et al, 2005), vagyis a depresszió, mint komorbiditás nagyban befolyásolja az adherencia mértékét és ezáltal a krónikus betegség kezelési eredményességét is. A COPD kapcsán az USA-ban történt vizsgálatok alapján a depresszió az egyik leggyakoribb komorbiditás, előfordulási gyakorisága 17 és 44 százalék közötti, ám a felismerése és a COPD-vel együtt történő kezelése mégis sok esetben elmarad (Simoni-Wastila. 2016)
- A **krónikus betegséggel élés**, szövődmények, funkció vesztés, fájdalmak megélése hozzájárulhat a beteg hangulatzavarának kialakulásához
- **Idős korban a multimorbiditás mellett a depresszió** előfordulási gyakorisága is emelkedik – a három állapot (idős kor, multimorbiditás, depresszió) önmagunkban is számos kihívást jelentenek a beteg terápiakövetése szempontjából, együttesen azonban ezek a hatásai hatványozottan jelentkeznek.

A depresszió önmagában is egy kiemelt területe az adherencia javítási programoknak, mert hagyományos magas a non-adherens beteg viselkedés a depressziós betegek körében. A vizsgálati eredmények azt mutatják, hogy egyre nő a terápiarezisztens betegek aránya és mind gyakoribbá válnak a visszaesések is. Ez utóbbi háttérben gyakran derül fény a gyógyszeres kezelés megszakítására vagy a kezeléssel való együttműködés egyéb problémáira. A non-adherenciában – a terápiás hatás elmaradása mellett – kiemelt jelentőséggel bírnak az antidepresszív farmakoterápiát kísérő mellékhatások – főként a gasztrointesztinális zavarok, szexuális diszfunkciók, testsúly növekedés, alvászavarok. Ezek nemcsak

az életminőséget rontják, de csökkentik a remisszió elérésének az esélyét is, különösen akkor, ha megakadályozzák az antidepresszívum megfelelő ideig és megfelelő adagban történő szedését.



Gottsegen György Országos
Kardiológiai Intézet



DEPRESSZIÓ	Együttműködést befolyásoló tényezők	Együttműködést javító lehetőségek
Szociális-gazdasági tényezők	Nincs információ	Nincs információ
Egészségügyi szakképzettségű személyzettel/egészségügyi rendszerrel összefüggő tényezők	Csökkentik a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- A beteg nem megfelelő egészségügyi oktatása Javítja a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- az alapellátás sokrétű lehetőségei	<ul style="list-style-type: none">- Multidiszciplináris ellátás- egészségügyi szakemberek beteg együttműködésről szóló oktatása- betegtanácsadás megvalósítása az alapellátásban dolgozó nővér segítségével- telefonos konzultáció/tanácsadás- a betegek javult értékelő és ellenőrző jelentései
Egészségügyi állapottal összefüggő tényezők	Csökkentik a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- pszichiátriai társbetegedések Javítja a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- a betegség kezelését illető egyértelmű utasítások- a betegség természete- a betegség és tüneteinek alacsonyfokú megértése	<ul style="list-style-type: none">- gyógyszeralkalmazás oktatása a betegek számára
Terápiával összefüggő tényezők	Csökkentik a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- gyakori dózisok- benzodiazepinek társ gyógyszerként történő felírása- nem megfelelő gyógyszeradagok Javítja a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- ritka dózisok- a kezelést illető egyértelmű utasítások	<ul style="list-style-type: none">- a gyógyszerek használatát illető oktatás- betegek számára készült tájékoztatók- a kezelés folyamatos ellenőrzése és értékelése
Beteggel összefüggő tényezők	Csökkentik a terápia eredményességét <ul style="list-style-type: none">- személyes tényezők	<ul style="list-style-type: none">- betegek egyedi szükségeinek és gondjainak megfelelő tanácsadás kivitelezése, relapszus megelőző tanácsadás- pszichoterápia, családi pszichoterápia- gyakori interjú követések

Forrás: WHO/Adherence to long-term therapies 68, 2003

6.3 Stakeholderek és szerepkörök és lehetséges startégiák

6.3.1 Alapellátásban dolgozó egészségügyi szakemberek szerepe

Tekintettel arra, hogy a krónikus betegségek többségének gondozása háziiorvosi kompetencia, így az **alapellátásban dolgozó egészségügyi szakemberek szerepe meghatározó** az adherencia kialakításának, fenntartásának, javításának területén. Kiemeli a háziorvos szerepét az a tény, hogy ő látja leginkább egyben a beteget, vagyis ismeri minden betegségét, láthatja minden elrendelt terápiáját, így neki van leginkább módja arra, hogy az adherenciát akadályozó tényezőket legszélesebb körben felismerje, és eredményesen be is tudjon avatkozni.

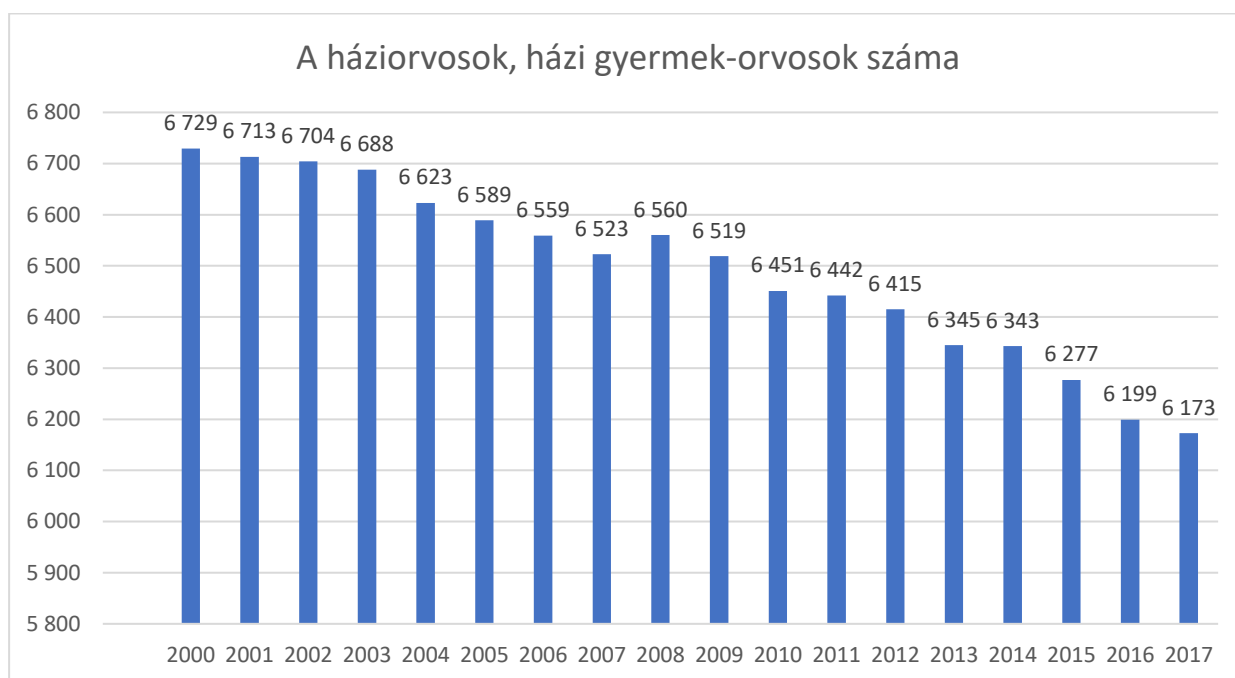
A páciensek megfelelő **tájékoztatása, edukációja, a motiválásuk, valamint technikai segítségnyújtás** a beteg-együttműködésben sok esetben az alapellátási teamen múlik. Ahhoz, hogy elérjük a célokat nagyon fontos az **egészségügyi dolgozók pozitív attitűdjének** megléte is. Nekik a következő tulajdonságokkal, készségekkel kell rendelkezniük:

- **Feltétel nélküli elfogadás:** Feltétel nélkül el kell tudni fogadniuk a beteget olyannak, amilyen. El kell fogadniuk az életmódját, az élethez és a világhoz való hozzáállását. E nélkül nagyon nehéz jó kapcsolatot kialakítani, ami a jó compliance szolgáltatás alapja.
- **Empatikus odafordulás:** A legtöbb beteg igényli, hogy meghallgassák a betegséggel kapcsolatos félelmeit, problémáit. Erre az egészségügyi személyzetnek fel kell készülnie és nem szabad figyelmen kívül hagynia az ilyen igényeket.
- **Hiteles magatartás:** Az egészségügyi személyzet csak akkor tud hatékonyan és aktívan részt venni a kezelésben és elérni a beteg együttműködését, ha önmaga is egészségtudatosan és hitelesen él. Úgymond példát mutat a betegnek, nem csak a jó attitűdök kialakítása terén, hanem a megvalósításban is.

Az alapellátás szakembereinek mozgósítását, képzését és extra tevékenységek beiktatását akadályozhatják az egészségügyi rendszert érintő általános problémák, mint például az orvosok elöregedése, elvándorlása és ezáltal az egészségügyi szakemberek tetemes hiánya, a meglévők túlterheltege. 10 év alatt a háziorvosok száma több, mint 200, a házi gyermekorvosok száma több, mint 100 fővel csökkent.

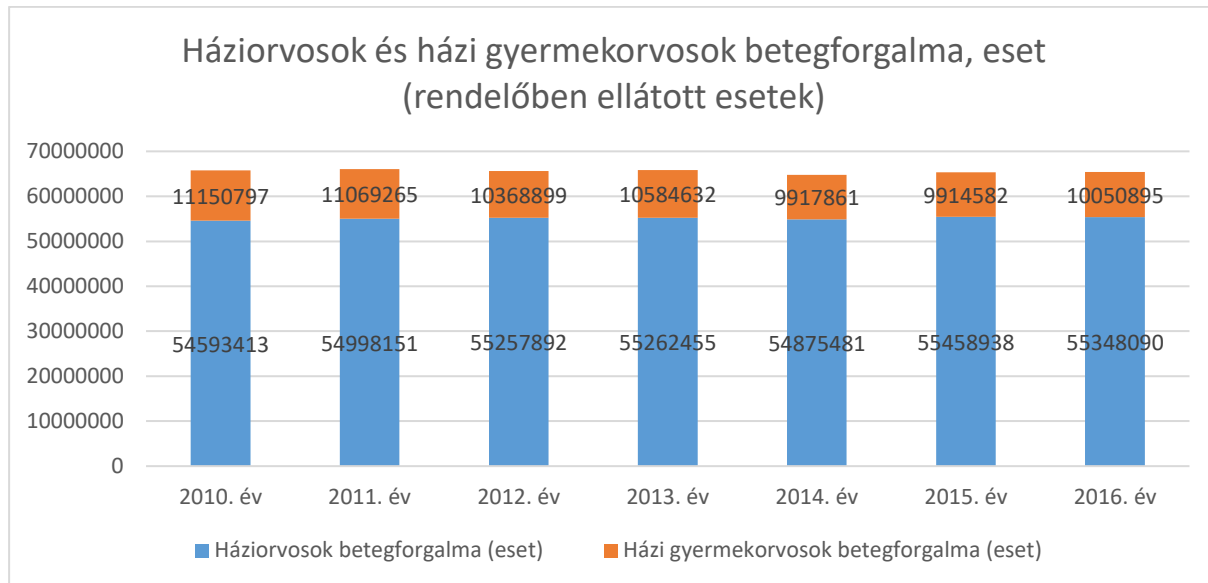
Időszak	Háziorvosok száma (fő)	Házi gyermekorvosok száma (fő)
2007. év	4969	1554
2017. év	4747	1426

(Adatforrás: KSH)



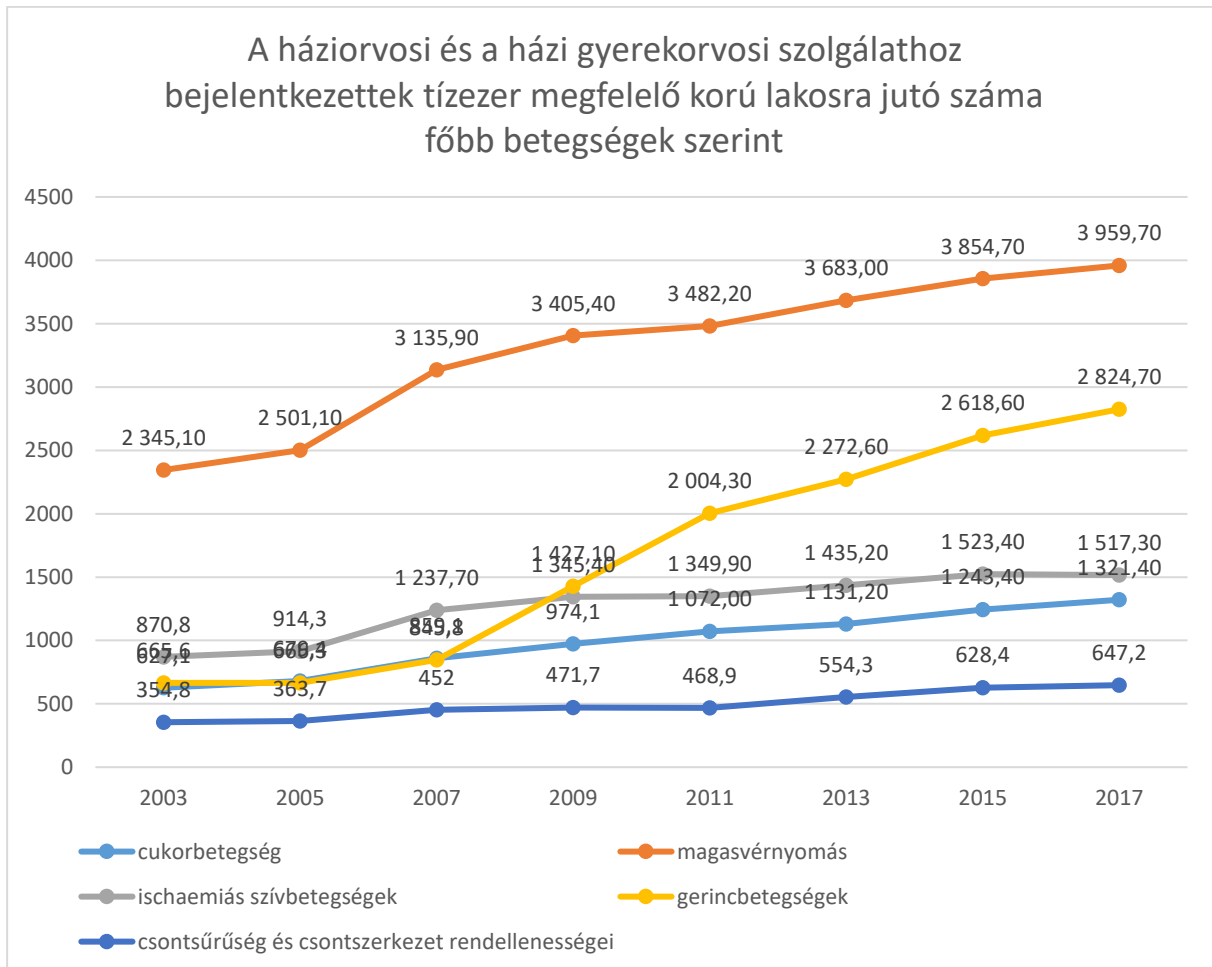
12. ábra: Háziorvosok és házi gyermekorvosok számának alakulása 2000-2017 (saját ábra, adatforrás: KSH)

Az egészségügyi szakemberek létszámának csökkenése mellett az esetszámok nem csökkennek, így növekszik az egy orvosra jutó betegforgalom, mely újabb kihívásokat jelent az alapellátás számára.



13. ábra: Betegforgalmi adatok háziorvosi és házi gyermekorvosi rendelőkből (saját ábra, adatforrás: KSH)

A háziorvoshoz bejelentkezett lakosok száma (az ischaemiás szívbetegséget leszámítva) minden kórkép tekintetében növekedett az utóbbi években.



14. ábra: (saját ábra, adatforrás: KSH)

Az alapellátás fejlesztését, támogatását szolgáló intézkedések a 6. fejezet vonatkozó részei mutatják be.

6.3.1.1 Házi orvos és asszisztens

Az egyik legmeghatározóbb és a szemléletformálásban kimagasló szerepe az egészségügyi szakembereknek van, hiszen a jó kommunikáció és a rendszeres kapcsolat révén, a **beteg attitűdjeinek befolyásolására elsősorban ők képesek**. Kiváltképp így van ez a **házi orvos, illetve asszisztense** esetében.

Ezért elsősorban e szereplők **továbbképzése, támogatása** fontos, hogy mindinkább tisztában legyenek az adherencia fogalmával, a befolyásoló tényezőkkel, a jó beteg-együttműködés páciensükre, munkájukra gyakorolt pozitív hatásával. A továbbképzés részeként feltétlenül nagy hangsúlyt kell

fektetni a **kommunikációs készségek fejlesztésére**, hogy a beteg hozzáállását pozitív irányba befolyásolja a vele jó kapcsolatot kialakító szakember. Az ellátó személyzetnek tisztában kell lennie a beteg-együttműködést elősegítő programok működéséről, meglétéről, melyekben betegek részt vehet, illetve részt vesz.

Az egészségügyi szakemberek által **egyszerűen megvalósítható beteg-együttműködést javító tevékenységek** lehetnek az alábbiak:

- **gyógyszeres kezelés** lehetőségeihez mérten történő **egyszerűsítése** (pl. transzdermális tapasz tabletta helyett, nehezen nyelhető beteg esetében két kisebb tabletta egy nagyobb helyett, stb.),
- a terápiás célok elérésének (vagy elmaradásának) elemzésekor **céltott kérdésekkel** ellenőrizhetik, hogy ebben nem játszik-e közre az **adherencia hiánya** (beteg-együttműködés monitorozása),
- **hatástalan kezelés felismerése**, pácienssel történő egyeztetést követően a megfelelő terápia kiválasztása, változtatása,
- annak **nyomon követése**, hogy **rendszeresen kiváltja-e a páciens a felírt gyógyszereket**.

Főként az **asszisztens**, nővér, ápoló által megvalósítható feladatok csoportjába tartozik a beteggel való **közvetlenebb kapcsolattartás**, motiválás, tájékoztatás:

- a beteg felvilágosítása a beteg-együttműködésről, az adherencia csökkenésének veszélyeiről,
- eszközök használatának betanítása,
- részletes írásos, tájékoztató anyag átadása.
- non-adherencia felismerése, okainak feltárása

Összefoglalóan elmondható, hogy a kezelésben résztvevő egészségügyi szakemberek legfőbb feladata a páciens felvilágosítása, tájékoztatása a betegségről, kialakulható szövődményekről, a lehetséges kezelésekről (gyógyszeres és életmódváltás), valamint a terápia mellékhatásairól. A krónikus betegségek esetében, kifejezetten a kardiovaszkuláris kórképek és multimorbiditás esetében fontos az életmódváltás támogatása informálással, konkrét tevékenységek (diéta, mozgásrend, stb.), helyben elérhető lehetőségek kommunikálásával.

Az alapellátás ezen szereplőinek célszerű nyomonkövetni a páciens adherenciáját, hiszen az együttműködés romlásának felismerésével, a szükséges lépések megtételével a beteg állapotromlása megelőzhető. A terápiás célokat a kezelést végző szakembereknek akár **egyéb szereplők bevonásával (gyógyszerész, dietetikus, gyógytornász, szakorvos)** és a páciens aktív közreműködésével kell

meghatározni. Mindezekhez elengedhetetlen a megfelelő kommunikáció a szereplők között és az egészségügyi **szakemberek tapasztalatszeréje!**

6.3.1.2 Gyógyszerész

A gyógyszerészek a kezelő orvosokkal együttműködve képesek a beteg-együttműködés, a páciensek egészségi állapotának javítására.

A 2006. évi XCVIII. **törvény** a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól a gyógyszertárak feladatai között határozza meg „*a lakosság gyógykezeléséhez kapcsolódó gyógyszerek, tápszerek, gyógyászati segédeszközök és a gyógyszertárban forgalmazható egyéb termékek – helyes alkalmazásra vonatkozó teljes körű tájékoztatással történő kiszolgáltatását*”. (Gyftv.) A jogszabály alapján a páciens terápiájához kapcsolódóan az alábbi tevékenységeket végzik a gyógyszertárak:

- Beteg-együttműködést támogató tanácsadó és tájékoztató szolgáltatások
- A megfelelő és eredményes gyógyszeres kezelés támogatása és nyomon követése
- Népegészségügyi programokban való részvétel, a prevenció támogatása

A gyógyszertárak szolgáltatási köre az utóbbi években folyamatosan bővül, fejlesztés alatt áll (lásd 6.2-es fejezet vonatkozó részei). Hagyományos feladatukon, azaz a lakosság gyógyszeres készítményekkel való ellátásán túl számos további szolgáltatást végeznek és végezhetnek, melyek a beteg-együttműködés javítását is megcélozzák.

A **gyógyszeres terápia menedzsment** kapcsán a gyógyszerészek biztosítják, hogy a páciens azt a készítményt kapja, amire gyógyulása szempontjából a leginkább szüksége van, mindemellett pedig nyomon követik a beteg terápiáját, növelik a terápiához való magatartást, jelentik a mellékhatásokat, kiszűrrik az esetleges gyógyszer interakciókat.

A gyógyszeres terápiamenedzsmenten felül viszonylag új szolgáltatásként jelent meg a **gyógyszerészi gondozás**. Ezzel az új szolgáltatással a **gyógyszerészek aktív szereplőivé válnak a betegellátási folyamatnak**, hiszen nem csak a páciensek gyógyszeres kezelését tudják folyamatosan monitorozni, hanem bizonyos (egyszerű) **vizsgálatokkal a páciensek állapotát is figyelemmel kísérhetik**, a változásokat nyomonkövethetik. Ilyen kiegészítő gyógyszerészi tevékenység lehet a vérnyomás mérés, vércukor- és koleszterinszint mérés. A gyógyszerészi gondozás folyamán a gyógyszerészek a **páciensekkel és a kezelőorvosokkal is együttműködő, jó kapcsolatot** ápolnak. (HGYSZ, 2016)

A gyógyszerészi gondozásról a törvény a következőképpen rendelkezik: „*a gyógyszerész által önként vállalt, felelősen végzett dokumentált tevékenység, melynek célja együttműködésben az orvossal a*

hatásos, biztonságos és költséghatékony gyógyszeres terápia elősegítésén túl, a beteg egészségtudatos életvitele kialakításának elősegítése, megfelelő gyógyszerhasználatának szakmai segítése, együttműködő készségének növelése, életminőségének javítása, minőségileg kontrollált körülmények között” (Gyftv.)

Terminológiáját érintően többféle meghatározás született a gyógyszerészi gondozás leírására. Összefoglalóan a definíciók szerint a gyógyszerészi gondozás olyan betegközpontú és eredményorientált tevékenység, mely a gyógyszerész, páciens és a kezelésben résztvevő egészségügyi szakemberek együttműködésével valósul meg egészségmegőrzési és betegségmegelőzési célokkal. Ennek érdekében a gyógyszerész nyomonköveti, elemzi, indikálja és szükség esetén módosítja a gyógyszeres készítmény alkalmazását a biztonságos és eredményes terápia és az életminőség javítása érdekében. (Hankó, 2015)

A gyógyszerészeknek további, beteg-együttműködést is támogató tevékenysége lehet az **egyedi gyógyszerigények kielégítése**, így például a páciens gyógyszeresedési szokásainak, problémáinak felmérésével a megfelelőbb formájú, méretű, kiszerezésű készítményekkel támogathatják a terápiahűséget.

A prevenció, a betegségek megelőzése terén is egyre nagyobb szerepe lehet a gyógyszertáraknak, hiszen több olyan **terméket** forgalmaznak, melyek nem csak a betegségek kezelésére korlátozódnak, hanem az **egészségmegőrzésben segítenek**. A különböző vitaminok, étrendkiegészítők mellett az **egészséges étrend kialakításához** kapcsolódóan is nyújthatnak szolgáltatásokat a gyógyszertárak, hiszen különböző diétához kapcsolódó készítményeket, termékeket és gluténmentes élelmiszereket is árulhatnak, továbbá többen kampányolnak a laktózmentes termékek forgalmazása érdekében. Az egészséges étrendet támogató szolgáltatások gyógyszeres forgalmazásával a **pácienseknek** lehetősége adódik arra, hogy **megfelelő információkat kapjanak, tanácsadásban** részesüljenek. Ezzel a támogatással növelhető a terápiakövetés hatékonysága.

Az egészséges életmód terén nem csak a táplálkozáshoz kapcsolódóan nyújthatnak szolgáltatásokat a gyógyszertárak, az **egészséges mozgáskultúra kialakításában** is szerepet játszhatnak. Számos olyan készülék áll rendelkezésre a pácienseknek, egészségüket megőrizni, fejleszteni vágyó egyéneknek, amik akár 24 órán át monitorozzák a biológiai funkciókat. Ezek az eszközök az adatok rögzítését elvégzik, de az értékelésben segítségünkre lehetnek a szakemberek, akik tájékoztatást nyújthatnak az értékekről, lehetséges további lépésekről.

A gyógyszerészek szerepköre bővíthető népegészségügyi programokon való részvétellel, szűrővizsgálatokhoz való csatlakozással, kompetenciák, készségeik növelésével számos további

támogatást nyújthatnak a pácienseknek. Ahhoz, hogy szerepük ilyen mértékben fejlődjön, hatáskörük bővüljön a finanszírozó, háttér intézmények támogatása szükséges. (HGYSZ, 2016)
(Gyógyszerészeket célzó programok bemutatását lásd a 6. fejezetben)

7. Célzott terápiamenedzsment programok tervezési keretei

7.1 Elérni kívánt célok meghatározása a beteg-együttműködés javításán belül

Mielőtt adherencia programot indítanánk, mindenképpen szükséges a **célok tisztázása**, azaz kiknek, mikor (milyen időintervallumban), hol és mit szeretnénk elérni tevékenységünkkel. Ez a későbbiek folyamán a **monitorozási tevékenységet is segíti**. A célok minél pontosabb meghatározása mellett fontos, hogy konkrét számokat, arányokat is meghatározzunk annak érdekében, hogy a kivitelezés során minél koncentráltabb tevékenységekkel támogathassuk megvalósításukat.

Fő cél például: gazdaságilag inaktív, kardiovaszkuláris betegséggel élő idős korosztály (65+) beteg-együttműködésének támogatása, egészségi állapotuk javítása a Kecskeméti járásban

Átfogó célok lehetnek a beteg-együttműködés javítása terén:

- életmódváltás támogatása
- egészségmegőrzés segítése
- gyógyszeres készítmények megfelelő használatának segítése
- elkerülhető, megelőzhető morbiditás és mortalitás csökkentése
- orvos-beteg találkozások számának csökkentése
- orvos-beteg, gyógyszerész-beteg és orvos-gyógyszerész kommunikáció javítása
- egészségnevelés, egészségkultúra javítása
- stb.

A **részcélok** az átfogó célokon belüli kisebb lépéseket tartalmazzák, így például az életmódváltás támogatása területén az alábbiak határozhatóak meg:

- a bevonni kívánt célpopuláció fizikai aktivitásának növelése
- lakosság bevonása gyógyszerészek által vezetett dohányzás leszokást támogató programba
- lakosság ismereteinek bővítése kardiovaszkuláris betegségekről, kezelésekről
- stb.

Ahhoz, hogy a részcélok által elérendő értékeket **számszerűsíteni** tudjuk (amennyiben olyan jellegű a cél, hogy számszerűsíthető), szükséges információkat gyűjteni a célpopulációt jellemző szokásokról. Például statisztikai adatoknak köszönhetően, a célpopuláció dohányzási szokásainak tükrében meghatározhatjuk, hogy mekkora mértékben szeretnénk csökkenteni a dohányzó lakosság arányát.

Fontos, hogy a **célok teljesíthetőek legyenek, ne rugaszkodjanak el a valóságtól, és ösztönzőleg hassanak** a program kivitelezőire is.

7.2 Tervezés

A tervezés fázisában **üzleti tervet** készítve összegyűjthetőek a program megvalósításához szükséges információk, kidolgozásra kerülhetnek a részletek. Az üzleti terv a következőket tartalmazhatja:

- Konkrét programok meghatározása
- Eszközigény felmérése
- Kapcsolódó költségek felmérése
- Támogatók bevonása (finanszírozó, háttérintézmények, szakszervezetek, önkormányzatok, civilek, stb.)
- A programban résztvevő szakemberek toborzása (orvosok és asszisztenseik, gyógyszerészek, helyben elérhető szolgáltatók, például Egészségfejlesztési Iroda, civilek, stb.)

Az üzleti terv **Gantt-diagramban** is vezethető, mely egy olyan táblázat, aminek a segítségével a komplex tevékenységek összefoglalhatók. A táblázat tartalmazza a feladatokat, a megvalósítás idejét és az időtávot, költségeket és felelősöket.

Projektervező

Válassza ki a kiemelendő időszakot a jobb oldalon. A diagram jelmagyarázata következik.

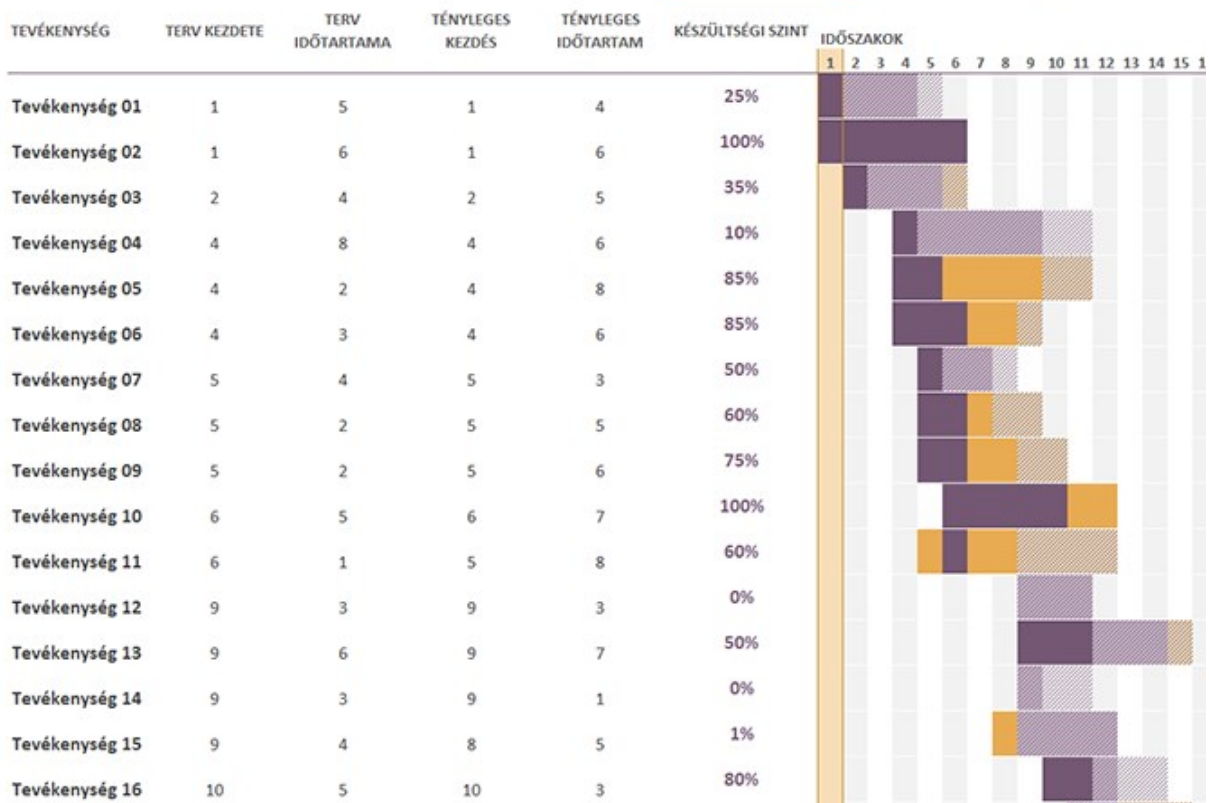
Kiemelt időszak: 1



Terv időtartama



Tényleges kezdés



15. ábra: Példa Gantt-diagramra (Gantt-projektervező, <https://templates.office.com/hu-hu/Gantt-projektervez%C5%91-TM02887601>)

7.3 Felkészülés

A felkészülés ideje alatt az alábbi tevékenységeket szükséges elvégezni:

- Célok ismertetése a programba bevont stakeholderekkel (érintettek, támogatók, szakemberek)
- Programba bevont szakemberekkel írásos megegyezés (szándéknnyilatkozat, szerződés, valamilyen írásos dokumentum arról, hogy a programban részt vesznek)
- Szakemberek képzése, készségeik fejlesztése
 - beteg-együttműködés fontosságáról, lehetséges eszközökről, szerepükről
 - kommunikációs készségek fejlesztése
 - új eszközök alkalmazásának megtanítása
- Marketinganyagok létrehozása, kommunikációs és egészségkommunikációs anyagok elkészítése

- Monitorozási rendszer kidolgozása
- Szükséges eszközök beszerzése
- Protokollok, eljárásrendek beszerzése, kialakítása
- Páciensek, kockázatnak kitettek toborzása a programba (GDPR-nak megfelelő adatkezelési, együttműködési nyilatkozat kitöltésével)

7.4 Program indítása és működtetése

- Program reklámozása a marketing anyagokkal, tájékoztatókkal
- Program indítás közösségi szinten rendezvény keretében (például egészségnapon)
- Rendszeres időközönként megbeszélések szervezése egyrészt a támogató szervezetekkel, másrészt a programban résztvevő szakemberekkel
 - aktuális helyzet
 - problémák
 - további lépések
 - lehetőségek
- Beteg-együttműködést mérő kérdőív kitöltése a programba bevontak között (Morisky 8-pontos kérdőívét lásd a mellékletek között)
- Páciens hozzáállásának felmérése a terápiájához (Mellékletek)
- Preferált beteg-együttműködést segítő eszközök kiválasztása kérdőív segítségével (Mellékletek)
- Csoportképzés a kérdőívek eredményeinek figyelembevételével
- Programok kivitelezése a kérdőívek eredményeinek figyelembevételével
- Programok megszervezése (időpont, helyszín, létszámkorlátok) és működtetése
 - Betegedukáció
 - Betegklub vagy virtuális (online) betegklub
 - Betegnapló, online betegnapló
 - Életmódváltást segítő alkalmazások okos eszközökre
 - Eszközös emlékeztető (matrica, mágnes, stb.)
 - Emlékeztető email, sms, üzenet
 - Emlékeztető beállítása okoseszközön
 - Életmódváltást segítő szórólapok, rövid összefoglalók hasznos tanácsokkal
 - Gyógyszeradagolók
 - Előadások, workshopok

7.5 Beteg-együttműködést támogató programok monitorozása

A beteg-együttműködés kialakítása, javítása mellett rendkívül fontos annak **fenntartása** is. A fenntartásban segítségül szolgál a **folyamatos és rendszeres monitorozás**. Ezzel mérhetővé válik a terápia eredményessége, akár életmódváltás, akár gyógyszeres kezelés területét vizsgáljuk. Az eredmények ismeretében könnyebb a tapasztalatcsere, a fejlesztés lehetősége. A **visszacsatolás** az egyes szereplők felé motiváló hatású lehet.

A terápiamenedzsment programok sokfélék és változatosak, egyes páciensek több csatornán keresztül informálódhatnak. A költségek az egyes eszközök, programok esetében különfélék, az eredményességük betegségenként, sőt páciensenként eltérőek. A monitorozás és elemzés a fenntarthatóság szempontjából is kiemelten fontos, hiszen a beteg-együttműködést ösztönző tevékenységek akkor nyernek értelmet, ha **megszakítás nélkül érhetőek el**. A monitorozásnak köszönhetően felmérhető az ár/érték arány, így a leginkább hatékony elemeket alkalmazhatjuk.

A mérés sikeressége érdekében meg kell határozni a mérőszámokat és azok adatgyűjtési módszerét.

Az **indikátorok meghatározásánál** szem előtt kell tartani az indikátorokkal szemben támasztott **általános követelményeket (SMART)**, azaz, hogy azok specifikusak (Specific), mennyiség, minőség tekintetében, mérhetőek (Measurable), objektív módon, teljesíthetők (Achievable) relevánsak (Relevant), szelektívek, függetlenek, időhöz kötöttek (Time-based). (Garaj, 2012)

A fentiek ismeretében a beteg-együttműködés mérésére **alkalmas indikátorok** a következők lehetnek:

- Ön-monitorozás: az adott betegséggel összefüggő problémák otthoni mérése és konzultációk során ellenőrzése
 - Eszközök: például betegnapló, telefonos alkalmazások
- Kontrollvizsgálatok elvégzése: az előírt kontrollvizsgálatokon való részvételt és rendszerességet nézzük, valamint az állapotjavulás mértékét
- Receptkiváltás rendszerességének monitorozása: a beteg kiváltja-e a receptet, újrafelírások között eltelt időtartam
- Adherencia programba bevontak létszáma (kezdeti létszám, létszámváltozások, állandó résztvevők számának nyomon követése)
- Állapotjavulás monitorozása (önbevallás és/vagy biológiai értékek alapján)

A számszerű eredmények segítségével képesek leszünk a visszacsatolására és a szükséges, jövőbeni beavatkozások elvégzésére.

A visszacsatolásnak, értékelésnek az értelme - túl a vállalt indikátorok teljesítésének igazolásán - az, hogy a tevékenységek mennyiségi adatainak és minőségi mutatóinak módszeres gyűjtése és az eredmények (esetleg kudarok) feldolgozása rendkívül hasznos információt, tapasztalatot eredményeznek, melyek:

1. egy része azonnal felhasználható az aktuális tevékenység során esélyt adva a korai beavatkozásra,
2. másik része a jövőben jelent felhasználási lehetőséget, hogy esetleg mit kell másképpen megoldani,
3. a tapasztalatok más szereplők számára is hasznosak lehetnek hasonló tevékenységeik tervezésében, megvalósításában,
4. a finanszírozónak pedig azt mutatja meg, hogy a felhasznált források jó célt szolgáltak és eredményre vezettek-e.

A mérési módszereket alapvetően két csoportra oszthatjuk:

- **eredményértékelés** – alapvetően utólagos, egy-egy program lezárását követően végzett értékelés, a célok és eredmények viszonyát vizsgálja (Mit csináltunk?)
- **folyamatértékelés** - a beavatkozás során, vagy közvetlenül egy-egy program elem után végzett mérés-értékelés, elsősorban azt vizsgálja, hogy megfelelő minőségben történt-e a tevékenységek megvalósítása, milyen oksági viszony van az egyes tevékenységek és eredmények között (Hogyan csináltuk? Miért történt?) természetesen bizonyos adatok, információk itt is csak a program zárását követően férhetők hozzá teljeskörűen.

Bár sok esetben fontos és hasznos az értékelési tevékenységet formális dokumentum formában összefoglalni (értékelő tanulmány), azonban nagyon fontos e nélkül is az értékelési folyamat közvetlen fejlesztő, tanulást segítő hatása is. Ennek érdekében hasznos, ha a mérés- értékelés szempontrendszerét, mint gondolkodási sémát elsajátítják a tevékenységek szervezésében, megvalósításában résztvevők, és azt folyamatosan, akár informális formákban is (események, program elemek utáni értékelő beszélgetések) is alkalmazzák.

Az eredményértékelés során azokra a kérdésekre keressük a választ, hogy: történt-e változás? ha igen milyen mértékű? valószínű-e, hogy a változást a beavatkozás okozta?

A folyamatértékelés elsődleges célja a beavatkozások gyakorlati alkalmazásának értékelése. A mérések, értékelések folyamatosan történnek, annak érdekében, hogy nem megfelelés esetén be lehessen avatkozni, változtatni lehessen a nem sikeres elemeken. Amennyiben elmaradás látható pl. a tervezett részvételi arányoktól, meg kell vizsgálni, hogy mi ennek az oka: rossz szervezés, időzítés, vagy nem

hatékony kommunikáció, vagy bármi egyéb, és be kell avatkozni, hogy még korrigálható legyen a folyamat.

A monitorozás **folyamatos adatgyűjtéssel** kell, hogy megvalósuljon annak érdekében, hogy a program előrehaladását a kitűzött célok viszonylatában vizsgálni lehessen. Az indikátorok, mérőszámok meghatározása **már a célok rögzítésekor** összegyűjtésre kell, hogy kerüljön, a tervezési fázisban pedig konkretizálni szükséges a pontos számokat.

Az **alábbi kérdésekre keressük a választ** a monitorozás során:

- A tevékenységek az eltervezett módon mentek-e végbe?
- Megfelelő emberekhez jutottak-e el a beavatkozások?
- A résztvevők hogyan fogadták a beavatkozást?
- Volt-e a beavatkozásnak kedvező vagy kedvezőtlen mellékhatásai?

Konkrét **monitorozási tevékenységek** lehetnek a következők (de természetesen a program fajtája befolyásolhatja ezeket):

- a tevékenység sikerességének monitorozása és nyilvántartása;
- a bevont páciensek állapotának nyomon követése;
- az eredmények promotálása az ellátórendszeren belül és kívül;
- betegelégedettségi kérdőívek kitöltetése;
- rendszeres találkozás és egyeztetés a szereplők között.

8. A beteg együttműködését javító stratégiák megvalósítása hazánkban és külföldön

8.1 Hazai feltételek

1997. évi CLIV. törvény - az egészségügyről is tartalmazza, „*hogy az egészség fejlesztését, megőrzését és helyreállítását az egészségügy eszközrendszere csak a szociális ellátórendszerrel, valamint a természeti és épített környezet védelmével, illetve a társadalmi és gazdasági környezettel együttesen, továbbá az egészséget támogató társadalmi gyakorlattal és politikával kiegészülve képes szolgálni...*” Tehát a Törvény már felhívja a figyelmet arra, hogy a betegek támogatása csak rendszereken átívelő összefogással lehetséges.

Az egészségfejlesztésre vonatkozó 37-es paragrafus alapján: „*Az egészségfejlesztés tevékenységi területei lefedik az egyéni képességek fejlesztését, a közösségi cselekvések erősítését, az egészséget támogató környezet kialakítását és fenntartását, az egészséget támogató szakmapolitikai irányelvek megfogalmazását és az egészségügyi ellátó rendszer megelőzés központú áthangolását.*” A beteg-együttműködés aktiválása, fejlesztése pedig nem érhető el pusztán az egészségügyi ellátás igénybevételével, fokozott szerepet játszik az az egészségi állapot minőségének megőrzésében az egészségfejlesztés és rendelkezésre álló eszközei.

A Törvény a **páciensek kötelességeiről** is rendelkezik, és kimondja, hogy az ellátásban résztvevő egészségügyi szakemberekkel többek között az a) pont alapján kell együttműködnie: a páciens köteles tájékoztatni a szakembereket minden olyan tényezőről, melyek a betegség megállapításához, a kezelési terv elkészítéséhez, beavatkozások elvégzéséhez szükségesek, így például korábbi betegségeiről, gyógyszeres kezeléséről, egészséget károsító szokásairól kell beszámolnia a betegeknek.

Az alapellátást érintő jogszabály, a **2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról** kimondja, hogy az alapellátásban dolgozók feladatai az egyének egészségi állapotának nyomon követése, egészségügyi célú tájékoztatása, valamint nevelése és az egészségfejlesztés, egészségtervezés támogatása.

A **2006. évi XCVIII. törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól** is rendelkezik a beteg-

együttműködésről, sőt definiálása már az adherenciának megfelelő: „*a beteg egészségügyi szakemberrel egyeztetett ajánlásoknak megfelelő viselkedése a gyógyszeresedés, táplálkozás és az életvitel területén...*” A támogatásvolumen-szerződések befizetési kötelezettségének megállapítását befolyásolja a kezelés folyamán biztosított, beteg-együttműködést fokozó tevékenység szerződésben rögzített kritériumainak elmaradása.

A 28. paragrafus alapján az egészségbiztosítási szerv a társadalombiztosítási támogatásba befogadott gyógyszerek támogatására alkalmazhat eltérő támogatást a beteg-együttműködés függvényében.

A **31/2010. (V. 13.) EüM rendelet a finanszírozási eljárásrendekről** Oszteoporózis következtében kialakuló csonttörés primer prevenciójának finanszírozási eljárásrendjében a 4.2.4. bekezdés az együttműködést negatívan befolyásoló tényezőkről rendelkezik. Így például a gyógyszerbevitellel kapcsolatos kellemetlen előírások, mint például az éhgyomorra történő bevétel, testtartásra, ülésre vagy fekvésre vonatkozó előírások rontják az együttműködési készséget. A bekezdés felméréseket is említ, mely szerint az alacsony együttműködési készség növelte a törésszámokat a páciensek körében. A 4.2.5 pontban az együttműködést meghatározó tényezők között említi a jogszabály a beteg megfelelő tájékoztatását, felkészítését a terápia eredményessége érdekében.

Tehát a különböző jogszabályok, még ha érintőlegesen is, rendelkeznek a beteg-együttműködésről és annak kiemelt szerepet tulajdonítanak.

A jogszabályokon túl a **klinikai egészségügyi szakmai irányelvek** frissítése és újak alkotása során is fontos és hasznos az adherencia betegellátásban betöltött szerepére felhívni a figyelmet (mintaként szolgálhatnak a NICE irányelvek, lásd 6.3-as alfejezet vonatkozó részei).

Javasolt, hogy a **szakmai irányelvekben** is jelenjenek meg a beteg-együttműködéssel kapcsolatos javaslatok, példaként pedig az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a krónikus obstruktív légúti betegség (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) kezelésére rendelt gyógyszerkészítmények hatékony és biztonságos alkalmazására irányuló gyógyszereszi tanácsadásról (2018. EüK. 5. szám EMMI) szakmai irányelv szolgálhat, mely már a terápiahűség kialakítását és javítását kiemeli, részletesen taglalja. E szerint „*A krónikus légúti betegségek kezelésének szerves része a betegoktatás, beleértve a dohányzás leszoktatás elősegítését célzó tevékenységet és a gyógyszereszesi adherenciának a javítását is.*” A terápia módosítása előtt az irányelv javasolja a gyógyszeres kezelés, inhalátorok alkalmazása technikájának és a beteg együttműködésének értékelését, illetve külön fejezetet szentel a beteg-együttműködés mérésének és javítási lehetőségeinek. A gyógyszereszesi gondozás részét

kell képeznie a beteggyüttműködés növelése a non-adherencia okainak feltárása és ezeknek a beteggel történő megbeszélése.

A rossz hazai feltételrendszer, a romló egészségi állapot és a krónikus betegségek okozta magas morbiditás és mortalitás gyógyítását, megelőzését és a területtel összefüggő kutatások elvégzését tűzte ki célul a **Magyar Életmód Orvostani Társaság (ÉMOT)**. Az életmód orvoslás egy új terület a bizonyítékokon alapuló orvostudomány területén, mely a megelőzés, gyógyítás, progresszió lassítása érdekében az egészségi állapotot rontó, betegségek okaiként szolgáló életmódbeli tényezőket helyezi a középpontba. Eszközök széleskörűek, úgymint táplálkozás, fizikai aktivitás, stressz-menedzsment, szociális támogatás és környezeti hatások befolyásolása.

A szervezet célja, hogy szakmai háttérrel biztosítson az életmód orvoslásban érintett szakembereknek:

- *„az életmód orvosi beavatkozások használatát terjessze és elfogadottá tegye a gyógyításban,*
- *bizonyítékokon alapuló (evidence based), tudományos és holisztikus szemlélettel foglaljon állást az életmód orvostan kérdéseiben,*
- *támogassa és előmozdítsa az életmód orvostani kutatásokat, tudományos munkát,*
- *erősítse az egészség- és életmód ágazat szereplői közötti szakmai párbeszédet és együttműködést;*
- *tevékenységével felhívja a társadalom figyelmét az egészséges életmód fontosságára, szerepére a gyógyításban, megelőzésben,*
- *felhívja a figyelmet az egészségnevelés fontosságára, amely a családokban, a munkahelyeken és az oktatási intézményekben valósulhat meg leginkább,*
- *népszerűsítse a holisztikus szemléletet, amely szerint a hosszantartó egészség és az életminőség minél további megőrzése érdekében az emberi test-, szellem- és lélek harmóniájának megteremtése és megtartása a követendő út.” (ÉMOT honlapja)*

Az **ÉMOT feladatai** között tartja számon az orvosi tevékenységek, technikák, kezelések kutatását, véleményezését, az idősödő populáció életminőségének szinten tartását, a prevenciót, az ágazatban tevékenykedő valamennyi szereplő közötti kommunikáció megteremtését és moderálását, valamint egységes módszertan alkalmazását az egészséges életmóddal összefüggő szakterületeken. A **megvalósítás érdekében** szakmai protokollokat, ajánlásokat fogalmaz meg, oktat (szakembereket és laikusokat egyaránt), tanácsadást végez, konferenciák keretében a szakmai közösség és a lakosság bevonását is támogatja, továbbá adatbázist épít közcélúan a szakemberek közös munkájának segítése

céljából. Az egészségmegőrzés támogatása, életmódot érintő szokások javításán felül egyéni és társadalmi szintű egészségkommunikációt tűzött ki célul. (ÉMOT honlapja)

A szervezet olyan életmóddal összefüggő betegségek megelőzésén, gyógyításán dolgozik, mint:

- elhízás, metabolikus szindróma, 2 típusú DM
- szív-érrendszeri betegségek, stroke, szívinfarktus, magasvérnyomás
- rosszindulatú daganatok (különösen néhány fajta, mint pl a vastagbélrák)
- neurodegeneratív betegségek
- depresszió

Szakmai irányelvük alapján az életmód orvoslás csapatmunka és olyan alapelemekből áll, mint gyógyító tevékenység, mozgásterápia, táplálkozásterápia, ezért az alap szakmai teamet életmód orvos, mozgásterapeuta, dietetikus alkotja. A csapatot és a folyamatokat az orvos fogja össze. Tekintettel az életmódot érintő, befolyásoló számos tényezőre, a szakmai team tagja lehet továbbá:

- pszichológus
- mentálhigiénikus
- természetgyógyász
- kapcsolódó szakterületek szakorvosai
- egészségügyi asszisztensek és szakasszisztensek, ápolók
- védőnő
- szociális munkás
- mentőtiszt
- szülésznő
- fogorvos
- gyógyszerész

(ÉMOT honlapja)

További pozitívumként említhető a hazai feltételrendszert érintően, hogy több munkáltató felismerte, hogy munkavállalói egészségéért sok mindent tehet, nagymértékben hozzájárulhat az egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretek átadásához, ösztönzőleg hathat a dolgozók egészségi állapotának javítására. A **munkáltatók és a foglalkozás-egészségügy** bevonása eszközként szolgálhat a beteg-együttműködés javításának megvalósításában, hiszen sok esetben az aktív korú populáció a kötelező foglalkozás-egészségügyi ellátáson kerül orvos közelébe.

8.2 Hazai kezdeményezések

Hazánkban több olyan kezdeményezés is lezajlott vagy éppen zajlik, melyek közvetetten vagy közvetlenül támogatják a beteg-együttműködés kialakítását, fejlesztését.

8.2.1 A kezdetek - Praxisplatform

Kezdetben a Telekom támogatásával jött létre, majd az Alma Gyógyszertárak (Alma Csoport) vette át az **egyik első betegdukációs és terápiamenedzsment rendszert**, mely az egészségügyi ellátás három fő szereplőjét hozza közelebb egymáshoz: **gyógyszerészt, kezelőorvost és páciens**t.

Honlapjuk szerint a PraxisPlatform célja a **modern terápiamenedzsment eszközök biztosításával és a legújabb betegdukációs módszerekkel a páciensek hatékony gyógyulásának támogatása**. Az ehhez használt eszköz egy **online betegkommunikációs portál**, mely segítségével fejleszthető a beteg gyógyszereszedési tudatossága, javítható a terápiában való részvétele. Ennek keretében személyre **szabott üzenetek** révén emlékeztet a főbb kezelési eseményekre, időpontokra, a beteg tennivalóira, illetve a kezeléshez kapcsolódó információkat, valamint életmód tanácsokat tesz elérhetővé. Ezeket a páciensek hangüzenet, email vagy sms formájában kapják meg, az általuk választott napszakban. A

rendszerhez csatlakozó páciensek igénybe vehetik a napi 12 órán át elérhető információs központot, interaktív diagnosztikát és személyesen kommunikálhatnak az orvossal, gyógyszerésszel.

A fentieket **páciensre szabott, időzített terápiás üzenetekkel, betegegyneveléssel és terápiairányítással, elektronikus betegnaplóval, a modern kommunikációs csatornák és eszközök alkalmazásával, valamint orvosszakmai információk megosztásával érik el.**

A programba bevont páciensek **preferált csatornát** választhatnak, melyeken keresztül személyre szabott terápiás üzeneteket kapnak. A PraxisPlatform interaktív funkciója a programhoz kapcsolódó **terápiás napló**. Ebben a beteg az állapotával, a terápia hatásosságával kapcsolatos adatokat rögzíthet, melyeket kezelőorvosa is megnézhet. Segítségével az orvos figyelemmel kísérheti páciense állapotának alakulását és annak változásából következtethet a terápia sikerességére.

A pácienseknek szánt anyagok mellett **orvosszakértői csapattal** rendelkeznek, és az **egészségügyi szakemberek számára is összeállítanak a programokhoz kapcsolódóan kiegészítő információkat**: ezek egyrészt az adott terápiára vonatkozó adatok, amelyek magukban foglalnak egy kifejezetten orvosoknak és gyógyszerészeknek szóló tudástárt, valamint a páciensek beléptetéséhez és szegmentációjához szükséges segédleteket is.

8.2.2 Egészségfejlesztési Irodák

Az **Egészségfejlesztési Irodák (EFI)** létrehozása a TÁMOP-6.1.2/11/3 – „Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok a kistérségekben” című **pályázatok** segítségével történt. Az országban akkor még kistérségekben kerültek kialakításra ezen népegészségügyi célú szolgáltatási formák. **Céljuk**, hogy az érdeklődő **lakosság beutaló nélkül, térítésmentesen vehesse igénybe az itt elérhető programokat, szolgáltatásokat**. A kistérségek járásokká történő átalakítását követően, illetve a pályázat folytatásának (Széchenyi 2020) köszönhetően **jelenleg 116 Egészségfejlesztési Iroda** végzi egészségfejlesztéssel kapcsolatos munkáját kiegészülve lelki egészséget támogató funkcióval melyet a **Lelki Egészségközpontok (LEK)** látnak el. (Medicalonline, 2019)



GOKI
Gottsegen György Országos
Kardiológiai Intézet



HÁROM GENERÁCIÓVAL
AZ EGÉSZSÉGÉRT PROGRAM



16. ábra: Egészségfejlesztési Irodák országos hálózata (Forrás: <http://www.egeszseg.hu/oldal/egeszsegfejlesztesi-irodak>)

Az EFI-k által nyújtott szolgáltatások, programok között elérhető többek között **tanácsadás** több területet is érintően, **betegklubok**, **különböző csoportok**, **mozgás programok**, **szűrési lehetőségek**, **rendezvények**, melyek mind a **fizikális**, mind pedig a **lelki egészség fejlesztésére irányulnak**. Továbbá az Egészségfejlesztési Irodák **egészségkommunikációs tevékenysége** révén szórólapokkal, plakátokkal, különböző kiadványokkal, egészségüzenetekkel hívja fel a lakosság figyelmét.

A fenti tevékenységek **többfeladatokat hoznak az alapellátás számára** is, így részükre többféle **továbbképzést** szerveznek az elérendő célok megvalósulásának érdekében, többek között a beteg-együttműködés témakörében is. Mindemellett az EFI-k összefogják az egészség(ügy), egészségfejlesztés területén tevékenykedő szakembereket (háziiorvosi praxisok, szakrendelők), civil szervezeteket, és további együttműködő partnereket.

Az EFI a beteg-együttműködés megvalósulásáért, fejlesztéséért az egészségügyi szakemberek képzésén felül az alábbiakkal is hozzájárultak, járulnak – a saját szakmai programjaikban rögzített módon és mértékben:

- betegszegmentáció elvégzése (a beteg-együttműködést akadályozó tényezők és a lehetséges megoldási módszerek mentén) és e betegcsoportok oktatása, képzése,

- oktató/ismeretterjesztő anyagok (orvosok, páciensek részére),
- hírlevelek, szórólapok, plakátok kiadása (mozgás, diéta, betegség kezelése, alkohol és dohányzás minimál intervenció stb. témakörökben),
- internetes tartalom kialakítása (virtuális betegklub, aktuális program hírek, személyes tanácsadás - orvos válaszol, kérdőívek kitöltése, stb.),
- adherenciás segédeszközök összeállítása (például matrica, betegnapló),
- a házi orvosok által végzendő szűrővizsgálatokon való lakossági részvételt ösztönző, motiváló programok koordinálása, módszertani támogatása (egészségnapok, kampányszűrések, stb.),
- betegklubok kialakítása, szervezése - ennek keretében testmozgás programok, dohányzás és alkohol leszokás támogatás, diétás és testmozgás tanácsadás, lelki egészség megőrzésére irányuló programok, tevékenységek,
- a helyben zajló egészségfejlesztési tevékenységek folyamatos nyomon követése, illetve azok szakmai monitorozásában történő részvétel, szükség esetén módszertani segítségnyújtás.

8.2.3 Praxisközösségek (Svájci program, EFOP 1.8.2/VEKOP 7.2.3)

Az alapellátás bővülését, az egészségfejlesztés erősítését több pályázattal támogatták az utóbbi években. A Svájci- Magyar Együttműködés keretében **Alapellátás-fejlesztési modellprogramot** valósítottak meg 2012 és 2017 között hátrányos helyzetű régiókban. A programba 24 házi orvosi praxist választottak be, melyek *„célja a megelőzésre és a krónikus betegségben szenvedők gondozására összpontosító, közösségi orientációjú, a helyi közösségeket - különösen a roma lakosságot - bevonó egészségügyi alapellátási modell kidolgozása és tesztelése a helyi kisebbségi önkormányzatokkal, helyi egészségügyi és szociális szolgálatokkal és orvosi karokkal együttműködésben, továbbá a tapasztalatok alapján ajánlások kidolgozása az országos egészségpolitika számára.”* (ÁEEK)

A praxisközösség fogalma a 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról jogszabályban is megjelenik. A 2-es paragrafus szerint a praxisközösség *„a házi orvosi, házi gyermekorvosi, alapellátást nyújtó fogorvosi, védőnői szolgáltatók feladatainak ellátására létrejött működési forma”*, míg a csoportpraxis *„olyan együttműködési forma, amely keretében a házi orvosi, házi gyermekorvosi alapellátási feladatok mellett jogszabályban meghatározottak szerint a járóbeteg-szakellátás körébe tartozó egyes ellátások is nyújthatók.”*

A Svájci Projektet követően **európai uniós forrásokkal is támogatták** a praxisközösségek létrehozását (Az alapellátás és népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztése - alapellátás fejlesztése (EFOP-1.8.2-17 és VEKOP 7.2.3-17)). A praxisközösségek **hangsúlyt helyezve az egészségfejlesztésre**, prevenció

ellátásokra csökkenthetik a betegbeáramlást a rendszerbe, valamint növelik a terápiahű magatartás szintjét. A praxisközösségek **együttműködnek** a célok megvalósítása érdekében a **járóbetegszakellátókkal, EFI-kel, szociális ellátókkal, gyógyszertárakkal és egyéb szolgáltatókkal**. A fókusz a keringési megbetegedések kezelésén van egyénre szabott egészségállapot-felméréssel, egyénre szabott életmód tanácsadással, prevenciók rendelés biztosításával, szervezett szűrésekre való mozgósítással és felvilágosítással.

Az **alapellátás ilyen mértékű támogatása** segíti a humán erőforrás hiány okozta problémák megoldását, az ellátás folyamatosságának biztosítását, melyek meglétével magasabb szintű beteg-együttműködés érhető el hazánkban.

Mind az EFI-k, mind pedig a Praxisközösségek „gyerekcipőben” járó, de folyamatosan fejlődő szolgáltatási formák, melyek alkalmasak lehetnek a népegészségügyi célok, adherenciával kapcsolatos célkitűzések megvalósítására és az alapellátás támogatására. Hátrányuk, hogy egyelőre kevés a tapasztalat működésüket illetően, ezért nagymértékű szakmai, módszertani támogatást igényelnek/igényelnének.

8.2.4 VM.Komm

<http://www.vmkomm.hu/hu/beteg-es-terapiatamogato-programok>

A VM.Komm Kommunikációs Tanácsadó Iroda Kft. **egészségügyi kommunikáció** területén tevékenykedő ügynökség, mely már több, mint 10 éve foglalkozik beteg- és terápia-támogató programokkal. Az adherencia javítása érdekében **kommunikációs és edukációs támogatást nyújtanak** életminőség, nemkívánatos esemény menedzsment és terápia-követés fókusszal.

Céljuk személyre szabott, egyedi megoldások kidolgozása, melyekkel a páciensek egészségértését, orvos-beteg-szakdolgozó együttműködését támogatják kommunikációs eszközökkel a terápia hatékonyság növelése érdekében.

Kiemelt terápia-területeik:

- Szív- és érrendszeri (magas vérnyomás, diabetológia, magas koleszterin)
- Onkológia
- Gasztroenterológia
- Oszteoporózis
- Demencia
- Pulmonológia
- Bőrgyógyászat
- Pszichiátria
- Szemészet

- Urológia
- Fogamzásgátlás
- OTC termékek

A célok megvalósítása érdekében az alábbi eszközöket alkalmazzák:

- Online adminisztrációs rendszer
- Személyre szabott megoldások kialakítása
- Szakasszisztensek bevonása
- E-mail alapú megoldások
- Lelki/pszichológia támogatás
- VOIP alapú megoldások
- SMS küldés
- Különféle betegedukációs kiadványok
- Tanácsadás a helyi gyógyszerertárakban gyógyszerészek bevonásával
- Betegklub
- Terápia menedzsment alkalmazás
- Távdiaosztikai napló alkalmazások

8.2.5 A jövő - Gyógyszereim 5xM és a gyógyszerészek szerepe

A beteg-együttműködés fontosságának felismerése és a **gyógyszerész szerepének erősítése**, bővítése érdekében **Gyógyszereim 5xM** néven új program indult 2018. novemberében, mely **célja a gyógyszereszedési szokások javítása, a kezelési eljárások hatékonyságának növelése**. A programhoz körülbelül **150 gyógyszerertár** (például Gyöngy és Alma patikák, gyógyszerészi kamara által delegált független gyógyszerertárak) csatlakoztak. A megvalósulást a Hungaropharma, a Magyar Gyógyszerészi Kamara (MGYK), a Magyar Gyógyszerésztudományi Társaság (MGYT), valamint a Semmelweis Egyetem támogatja. A program keretében a **páciensek és a gyógyszerészek edukációja** is cél **kiadványok** készítésével.

A program létjogosultságát alátámasztja többek között az is, hogy a páciensek gyakrabban találkoznak a receptek kiváltása miatt gyógyszerészeikkel, mint kezelőorvosukkal. A kisebb településeken meghatározóbb a gyógyszerészek szerepe, magas a lakosság bizalmi hozzáállása, ami lehetőséget biztosít arra, hogy befolyásolják a pácienseket a terápiahűség jegyében. A szakmai segédanyagokat a Hungaropharma juttatja el a részvevő patikákhoz. **Elsődleges céljuk az egyszerre több gyógyszerertár szedő betegek elérése, tájékoztatása.**

A program **monitorozása a gyógyszerészek és páciensek visszajelzésével** valósul meg, mely lehetőséget nyújt arra, hogy a **megújuló segédanyagokat, kommunikációt fejlessék**. Az ismeretterjesztő kiadványok célja, hogy a páciens kérdezzen és válaszokat kapjon, ezzel növelve a gyógyszereszedési terápiahűséget. A tájékoztatás mellett gyógyszerelési táblázatot is kapnak a betegek,

melyben vezethetik az alkalmazott készítmények (gyógyszerek, étrend-kiegészítők) szedésére vonatkozó adatokat, így a mennyiséget, gyakoriságot, azok hatását.

A szakembereknek készült segédanyag (gyógyszerelési kézikönyv) szakmai irányelvekre, jogszabályokra épül, és lehetővé teszi az egységes válaszadást. A visszajelzések alapján pedig továbbfejleszhető, bővíthető a szakmai anyag.

A program hosszútávú célja, hogy a folyamatosan bővülő és fejlődő anyag szélesebb támogatottságú, komplex programmá fejlődjön, alátámasztva a döntéshozók számára is a gyógyszerészi gondozás fontosságát.

A gyógyszerészek kötelezettsége a **gondozási feladat** ellátása is, ezért a Magyar Gyógyszerészi Kamara azon dolgozik, hogy ezt a szerepkört támogassa. A gyógyszerészek számos népegészségügyi programba kapcsolódtak be ennek köszönhetően, így például az influenzaoltás népszerűsítése, a dohányzásról való leszokás támogatás, az allergiaprogram, vagy étrend-kiegészítővel kapcsolatos tevékenységek, valamint 2018-ban megállapodás született a gyógyszertárak népegészségügyi szerepvállalásáról az országos vastagbélvizsgáló programban való részvétellel. (Tarcza, 2018)

A Gyógyszereim 5xM program **tapasztalatait és eredményeit 2019-ben** az országos patikanapon ismertették 2019.06.12-én. A tapasztalatok megosztásának központi témája volt a **praxisközösségek szerepe** is, hiszen 2019 elején központi forrásokból újabb összeggel támogatják a praxisközösségek kialakítását, így a meglévő 51 mellett újabb 81 alakulhatott. A pályázatban **hangsúlyos elemként jelent meg az adherencia** javítása, mely megvalósítása a *praxisközösségek területén dolgozó gyógyszerészekkel közösen* zajlik, hiszen számos krónikus betegség kezelésében, halálozási ráták csökkentésében közreműködnek. Nem csupán a gyógyszerészek, de háziorvosok is egyre kiemeltebb szerepet kapnak, melyet az is bizonyít, hogy a **házi orvosi indikátorrendszer hangsúlyosabb funkciót kap, minőségi indikátorokkal.**

2018-ban három területen indult adherenciát javító pilotprogram a gyógyszertárakban.

A **Gyógyszereim 5xM első félévének működése** során végzett felméréseknek köszönhetően a páciensek a program **ismeretterjesztő anyagaiban** újszerű információkat kaphattak a gyógyszerkölcsönhatásokról, a gyógyszerészek esetében pedig az derült ki, hogy a biztosított segédanyagok alkalmazási aránya a gyakorlatban egyelőre alacsony mértékű, amin a **továbbképzés fejlesztésével** javítanának majd a program kivitelezői.

A tapasztalatok alapján, a terápiahűség növelése érdekében a Gyógyszereim 5xM programban **fejlesztik a pácienseknek szóló tájékoztatókat, a komplex adherencia program részeként pedig erősítik a betegség-specifikus együttműködést.**

A **második**, a Magyar Tüdőgyógyászati Társaság (MTT) javaslatára **COPD fókusszal** valósult meg, a betegség prevalenciájának növekedése és a komplex, bonyolult kezelési módszerek miatt. Az inhalatív kezelés kapcsán nem mindegy, hogy milyen készüléket kap a páciens, és azt tudja e megfelelően használni. Ezért az elmúlt időszakban **a gyógyszerészek számos pulmonológiai témájú cikkel találkozhattak, a páciensek pedig COPD-vel kapcsolatos tájékoztató kiadványokkal.** A jövőre vonatkozóan további ötlet a gyógyszeres tájékoztató blokkok informálási szerepének kialakítása néhány gyógyszer alkalmazására vonatkozó tudnivalóval. Ezen felül az MTT néhány rövid, professzionális tájékoztatófilm elkészítését vállalná, melyeket lejátszanának a patikákban.

2020-ban esedékes a COPD irányelv megújítása is, így a pilotprogram kapcsán elkezdték ennek előkészítését is a háziorvosok, gyógyszerészek és tüdőgyógyászok együttműködésének keretében.

A Gyógyszereim 5xM és COPD fókuszó adherenciát növelő program mellett a **sztatinterápia** került előtérbe. A beteg-együttműködés kifejezetten rossz, hazai perzisztencia adatok alapján egy hónap után kevesebb mint a betegek fele, két év elteltével pedig mindössze a húsz százaléka szedi a lipidcsökkentőt. A terápiahűség fontosságát igazolja, hogy a non-adherens betegeknél 10 vagy akár 50 százalékkal is magasabb lehet a kardiovaszkuláris megbetegedések rizikója.

Az adherencia növelésére olyan információs felületet szeretnének **a program keretein belül** biztosítani **a gyógyszerészeknek**, ahol **beszélgetésmintákat** olvashatnak, ezzel **segítve a kommunikációt** a páciensekkel.

A 2019-es patikanapon a jövőkép is terítékre került. A pilotprogramok kapcsán leszögezték, hogy csak **akkor van értelme a gyógyszerész szakemberek továbbképzésének, ha páciensek is megkapják a kérdés lehetőségét, kommunikációs felületet tudásuk bővítésére.**

A szakemberek továbbképzése kapcsán szélesebb körű betekintést biztosítanának a gyógyszerészek számára az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Térbe (EESZT), hiszen a gyógyszerész jelenleg nem látja a gyógyszerek kiváltásának utolsó időpontját. Az adherencia szempontjából ez kritikus tényező, és mint az el is hangzott, jogszabályi korrekciót igényel.

Továbbá a jövőt tekintve pozitívum, hogy egy egységes, hatóság által is elfogadott, legitim interakciós adatbázis kialakítását célozzák a vényíró, expedáló programok terén. Ennek kialakítása már folyamatban is van.

Az egészségügyi szakemberek, ellátásban résztvevő szereplők együttműködése érdekében új operatív szervezetközi bizottság felállítását tervezik adherencia céljainak megvalósítása érdekében

A fenti hazai példákból is látszik, hogy néhány év alatt sok változás zajlott a beteg-együttműködést érintő tevékenységek területén, sőt a kezdeményezések (EFI, praxisközösségek, gyógyszerészeket támogató törekvések, népegészségügyi célú programok) kezdenek összeérni. Kapcsolódásukkal a szakemberek egymás közti kommunikációja, a tudás megosztása, a páciensek kezelési eredményeinek javulása mellett az adherencia területén is javulás érhető el.

A Magyar Gyógyszerészkamara kiegészítése a fejezethez, jegyzi dr. Hankó Zoltán elnök és dr. Somogyi Orsolya

I.

Alapvetések

1. A lakossági gyógyszerellátás rendszerében jelenleg kb. 2300 közforgalmú gyógyszertár mellett mintegy 650 fiókgyógyszertár, kb. 200 kézigyógyszertár és 70 db. lakossági gyógyszerellátást nyújtó intézeti gyógyszertári részleg működik. A közforgalmú gyógyszertárakban kb. 5600 (szak)gyógyszerész és kb. 6500 gyógyszertári (szak)asszisztens dolgozik, a közforgalmú gyógyszertárak átlag nyitva tartási ideje (betegek általi elérhetősége) meghaladja a heti 55 órát. Évente kb. 150-170 millió recept kiváltása történik a gyógyszertárakban és kb. 280-300 millió doboz gyógyszer kerül lakossági értékesítésre. A rendszer működési jellemzőiből adódóan minden gyógyszer kiváltáshoz kapcsolódóan van beteg/hozzátartozó és gyógyszerész/gyógyszertári szakember közötti személyes kapcsolat. A rendszer működőképessége megbízható, a logisztikai feladatok ellátása mellett az adherencia fejlesztés kulcsszereplőjévé válhat.

2. A jelenlegi egészségpolitikai környezet a gyógyszertárakkal szemben egyértelmű elvárásként fogalmazza meg (1) a gyógyszerbiztonság, (2) az ellátásbiztonság, (3) a szolgáltatás-minőség és (4) a költséghatékonyság garantálását. Ez a négyes követelményrendszer 2010-ben kormányprogram szintjén

is befogadásra került. Ennek az elvárásnak a teljesíthetősége volt az egyik indoka a gyógyszerellátás 2010-ben indult deliberalizálásának és strukturális átalakításának.

Az előző, 2014-2018 közötti kormányzati ciklusban a négy alapelvárás mellett az egészségpolitika egyre határozottabban igényelte a (1) compliance és (2) az adherencia fejlesztésbe történő bekapcsolódást, valamint (3) a népegészségügyi programokban való részvételt.

3. A gyógyszerellátásban évtizedeken át húzódó vita a lakossági gyógyszerellátás kiskereskedelmi vs. egészségügyi szolgáltatásként történő definiálásáról eldőlt: a gyógyszertár egészségügyi szolgáltatást végző egészségügyi intézmény, a kiskereskedelmi tevékenységre vonatkozó utalás a gyógyszertár definíciójából évekkal ezelőtt törlésre került.

4. A gyógyszertár egészségügyi feladata a Gyftv. definíciója szerint: „a lakosság gyógykezeléséhez kapcsolódó gyógyszerek, tápszerek, gyógyászati segédeszközök és a gyógyszertárban forgalmazható egyéb termékek helyes alkalmazásra vonatkozó teljes körű tájékoztatással történő kiszolgáltatása, az e termékekkel kapcsolatos, a betegségek megelőzését szolgáló, a betegekkel történő együttműködést megvalósító felvilágosító, tanácsadó szolgáltatás, a helyes és eredményes gyógyszeres terápia elősegítése, követése, valamint a prevencióban, népegészségügyi programokban való részvétel.”

Ez nemcsak azt írja elő, hogy a gyógyszerek kiszolgáltatása során milyen szolgáltatást kell a gyógyszertárnak nyújtani, hanem azt is, hogy (1) a gyógyszertárban forgalmazott többi termék (pl. gyógytermék, étrend-kiegészítő) során is ugyanazt a termékbiztonságot és tájékoztatást kell nyújtani, mint a gyógyszerek esetén, az expedíálási folyamattal szemben – terméktől függetlenül – egészségügyi (és nem kiskereskedelmi) elvárások vannak. Ez az elvárás az adherencia-fejlesztéssel kapcsolatos alapszakmai tevékenységet a gyógyszertárakban forgalmazható valamennyi terméktípusra kiterjeszti.

5. A gyógyszertár jogszabályban előírt kötelessége az ún. „gyógyszerbiztonsági validálás” [44/2004. (IV. 28.) ESZCSM rendelet]. E szerint

a gyógyszerek kiadása során nyújtott egészségügyi szolgáltatás keretében a gyógyszertárban végzett valamennyi gyógyszerkiadás esetében gyógyszerbiztonsági ellenőrzést kell végezni a beteg számára egy időben kiadott gyógyszerek vonatkozásában,

- a gyógyszerbiztonsági ellenőrzés keretében a gyógyszerész, illetve a gyógyszerész szakmai felügyelete alatt a gyógyszert expedáló szakember az alkalmazott gyógyszerek tekintetében
 - o részletes betegtájékoztatót ad;
 - o a klinikailag jelentős interakciókat feltárja;
 - o az azonos hatóanyagú, de eltérő nevű gyógyszerek párhuzamos szedésével járó kockázatokra felhívja a figyelmet, ha a beteg helyettesíthető hatóanyagot tartalmazó gyógyszert alkalmaz;
 - o a beteget tájékoztatja a lehetséges betegség megelőzési módokról;
 - o felderíti a betegnél jelentkező mellékhatásokat;
 - o ismételt gyógyszerkiváltás esetén kérdésekkel vizsgálja a beteg együttműködését.
- A gyógyszerbiztonsági ellenőrzés során a gyógyszerek kiadását kizárólag gyógyszerész végezheti, illetve a gyógyszerkiadási folyamatba gyógyszerész bevonása szükséges:
 - o a gyógyszerek egyidejű kiadásakor klinikailag jelentős interakció észlelése esetén,
 - o olyan gyógyszer esetén, amelynek előzetes alkalmazása során a beteg klinikailag jelentős mellékhatást tapasztalt,
 - o ha párhuzamos gyógyszer alkalmazásának veszélye fennáll, illetve beteg-együttműködési hiány azonosított,
 - o nemzetközi szabadnéven történő gyógyszerrendelés esetén,
 - o a beteg kérésére, vagy
 - o a gyógyszerértári szakasszisztens kezdeményezésére.
- A gyógyszerész a beteg részére a gyógyszerbiztonsági ellenőrzés keretében biztosítja a kiadásra, valamint korábban kiváltásra kerülő gyógyszerek tekintetében a gyógyszerelési problémák felmérését, és az azok megoldására történő javaslatot.

A gyógyszerbiztonsági validálással kapcsolatos joganyag egyeztetése során komoly cél volt a legalább 5 (vagy annál több) gyógyszert szedő időszerűk gyógyszerelésének gyógyszerértári felülvizsgálata, azonban ennek a gyakorlati megvalósítására mindez idáig nem került soer (pedig a népegészségügyi jelentősége igen nagy lenne).

6. A gyógyszer-gazdaságossági törvény rögzíti, hogy „Gyógyszertárt működtető gazdasági társaság a gyógyszerértár szakmai vezetését, irányítását, valamint a gyógyszerértárban szakellátási feladatokat ellátó személyeket gyógyszerellátással kapcsolatos szakmai kérdésekben, így a gyógyszerek kiadása, eltartása, a gyógyszerekkel kapcsolatos betegtájékoztatói és kereskedelmi gyakorlatra vonatkozó tevékenység tekintetében nem utasíthatja.” Továbbá azt is rögzíti, hogy „az ezzel ellentétes

vagy ennek megkerülésével megtett intézkedés, nyilatkozat, megkötött szerződés, megállapodás semmis.”

7. A gyógyszerhasználati adherencia fejlesztés hatékonyan nem végezhető gyógyszerészi gondozási szemlélet, módszertan és ismeretek nélkül. Ezért is fontos, hogy a gyógyszerészi gondozás törvényi definíciója (amelyet a tanulmány is idéz) 2009-ben született meg, az alap- és emelt szintű gyógyszerészi gondozás rendeleti szintű szabályozása is 2009-től hatályos.

8. A gyógyszerészek graduális képzésében évekkel ezelőtt elindult a gyógyszerészi gondozás oktatása és a lakossági gyógyszerellátásból megszerezhető szakképesítések között van a gyógyszerészi gondozás is.

9. Az elmúlt években 16 különböző témában készültek/készülnek Támop-6.2.5. program keretei között gyógyszerészi gondozási irányelvek. Ezek közül több már közlőnyben kihirdetésre került, azonban a napi gyakorlatba történő tömeges becsatornázása nem történt meg.

10. A fentebb hivatkozott jogszabályi előírások és központi programok (pl. TÁMOP) mellett a szakma számos adherencia-központú kezdeményezést indított el öntevékeny módon. A tanulmány is csak utal erre. Néhány akció ezek közül:

- bekapcsolódás a dohányzás-leszokás programba,
- házi patikák használata,
- biztonságos étrend-kiegészítők,
- allergiás megbetegedések gyógyszerhasználata,
- COPD.

Komoly módszertani háttérrel biztosít a „Gyógyszereim 5M” projekt.

Mindezeket azért fontos előzetesen rögzíteni, mert ma minden lényeges jogszabályi rendelkezés megvan ahhoz, hogy a gyógyszertárak (1) érdemben és (2) számon kérhető felelősséggel vegyenek részt az adherencia-fejlesztést célzó programokban.

II.

Megfontolások a gyógyszerészek/gyógyszertárak adherencia-programba történő intézményesített bevonására

Az alábbi felvetések részben a korábbi aktivitások során szerzett tapasztalatok, részben a tanulmányban foglaltak figyelembe vételével kerültek összegzésre.

1. A szakmai-szakmapolitikai tevékenység részeként eddig szerzett tapasztalatok alapján a gyógyszertárak adherencia-fejlesztő és népegészségügyi célú programokba akkor vonhatók be hatékonyan, ha

- a program hosszú távú, standardizálható programelemeket tartalmaz,
- az aktivitás szorosan köthető az expediáló tevékenységhez,
- megfelelő segédeszközöket (szórólapokat, tájékoztatókat) is biztosítunk és
- a gyógyszertárak teljes körére kiterjed (és nem egy-egy hálózatra vagy gyógyszertár-csoportra korlátozódik).

2. Az adherencia-fejlesztés módszertanának kialakításával és az esetleges vizsgálatokkal, illetve a praxisközösségi projekttel párhuzamosan indokolt a gyógyszerhasználati adherencia fejlesztő gyógyszertári tevékenységek minél korábbi tömeges elindítása, ha kell egyszerű, „lebutított” módszertannal és szűkebb betegkörrel és/vagy gyógyszerkörrel, de országosan. Azért tartom fontosnak, hogy az adherencia-programjaink kapcsán eddig átment üzenetek ne vesszenek kárba és ne kelljen később ismét a nulláról kezdeni.

A minél gyorsabban, országosan elindítható program mellett indokolt lenne egy pilot indítása az orvosok és gyógyszerészek bevonásával az 5xM program bázisán is.

3. Indokolt, hogy a graduális képzés mellett a (szak)gyógyszerészek/gyógyszertári (szak)asszisztensek megfelelő posztgraduális edukációjára országosan egységes, valamennyi szakemberre kötelező (és a kötelezően szinten tartó továbbképzések keretében egységes) program kerüljön kialakításra. A programnak egyszerre kell foglalkozni

- az adherencia / non-adherencia fogalmának megismertetésével,
- a szükséges kommunikációs ismeretek elsajátításával,
- a megfelelő készségek és attitűd kialakításával, valamint
- az adherencia-növelésre alkalmas módszertan elsajátításával.

Azért tartom fontosnak, mert valamennyire is egyenszilárdságú protokoll e nélkül elképzelhetetlen. Ugyanis nemcsak a gyógyszerértári szakemberek felkészültsége és szemlélete különböző, hanem az életkora is 25-70 közötti, ami jelentős szakmai szocializációs különbségeket is jelent.

4. Indokolt az adherencia-fejlesztésben résztvevő szereplők közötti kommunikáció és kompetenciakörök egyértelmű tisztázása (különösen az orvos és gyógyszerész közötti szakmai kapcsolatban), ami előfeltétele a hatékonyságnak és a konfliktusok megelőzésének. A szakmaközi kommunikáció részleteinek tisztázása azért is fontos, hogy a gyógyszerész ne csak a felírt gyógyszereket és az adagolásukat ismerje, hanem hatékonyság-növelő, ha a beteg adherencia-státuszát, illetve az aktuális célokat/feladatokat (életmód-váltást, rizikófaktorokat) is ismeri. Továbbá a gyógyszerésztől legyen visszacsatolás a háziorvoshoz a feltárt non-adherencia-okokról. Az orvos és gyógyszerész közös adherencia-növelést célzó aktivitása kompetencia-vitákat is generálhat, amit meg kell tudni előzni.

A SE GYTK, szakgyógyszerész-képzés, gyógyszerellátási szakirányon már vannak megvalósult háziorvos-gyógyszerész együttműködések és erre épülő kutatások országos lefedettséggel, több éves távlatban. A módszertan kiterjeszhető a komplex gyógyszerértári adherencia-fejlesztő program egy elágazásaként és a praxisközösségek gyakorlatában, vagy a módszertant alkalmazni kívánó gyógyszerértárok számára. A módszertan:

- gyógyszerismeretet vizsgál,
- beteg-együttműködést vizsgál,
- gyógyszerelési problémákat kategorizál.

5. Indokolt egy országosan egységes, OGYÉI által kihirdetett és folyamatosan karbantartott interakciós protokoll létrehozása, amely egyaránt kötelezően beépül valamennyi vényíró és expediáló programba is. Ehhez az OGYÉI és az EESZT között intézményesített kapcsolat szükséges, valamint a vényíró és expediáló programok esetén kötelező akkreditációs feltételként kell előírni. Fontos, hogy ez a protokoll minél hamarabb legyen meg a gyógyszer-gyógyszer interakciók esetén (azzal, hogy a kettőnél több gyógyszer használatához kapcsolódó interakciók, mellékhatások monitorozására is megfelelő hazai módszertant kellene kidolgozni legalább azokban az esetekben, ahol a három vagy annál több gyógyszer együttszedése tipikus).

Mivel az étrend-kiegészítők használata egyre dominánsabbá válik, szükséges egy gyógyszer-étrend-kiegészítő interakciós adatbázis alapjainak a lefektetése is.

6. Indokolt az EESZT (illetve a gyógyszertári szoftverek) olyan fejlesztése, ami automatikusan jelzést ad az azonos hatóanyagú és az azonos indikációs területű gyógyszerek kiváltásakor a párhuzamosan rendelt vagy korábban azonos TAJ-számra kiváltott gyógyszerekről, a jelzést követően pedig csak akkor engedí a program további használatát, ha a szoftver által feltett kérdésre az expedáló választ ad.

7. Indokolt, hogy az adherencia-programba bevont betegek minél nagyobb hányada vállalja minden OTC gyógyszer és étrend-kiegészítő vásárlásuk EESZT-ben történő rögzítését TAJ-számukhoz kötötten. Ez a gyógyszertárakban valósítható meg, a haszna részben a kezelőorvos informáltságában, részben az ebben a gyógyszerkörben különösen kockázatos párhuzamos gyógyszerelés és interakció-kockázat csökkentésében jelentkezne és ezek is mind adherencia-növelő elemek lehetnek.

8. Indokolt olyan programok fejlesztése és gyógyszertári szoftverekbe építése, amelyek (1) az adherencia-programba bevont betegek és/vagy (2) az adherencia-program szempontjából fontos gyógyszerek kiváltásához kapcsolódóan

- képesek a korábbi gyógyszerkiváltási adatokból a terápiahűség jelzésére,
- képesek a gyógyszerhasználati adherencia kontrollja szempontjából a legfontosabb kérdések expedálás közbeni feltételére és egyszerű rögzítésére,
- képesek az ezzel kapcsolatos gyógyszerészi aktivitás naplózására,
- képesek a beteg adherencia-státuszával kapcsolatos adatok naplózására és kezelő orvosával való megismertetésére.

Ezek nemcsak az adherencia-program társadalmasítását, hanem a protokoll-szerű (egyenszilárdságú) működést, továbbá a szakmai kontrollhoz és az aktivitás- ill. eredményesség alapú finanszírozáshoz is alap-adatbázist teremthetnek.

9. A non-adherencia okainak feltárásában a gyógyszerészeknek döntő szerepük lehet (technológiai kérdések, életviteli gondok, kognitív problémák, anyagi nehézségek, mellékhatások, párhuzamos gyógyszerelés, polipragmázia, vénykiváltások – és nem felírások (lásd 43. oldal) – közötti időintervallum stb. feltárása). Ezért a gyógyszerészi módszertannak ezen a területen különösen körültekintőnek és alaposnak kell lennie (beleértve az indirekt módszerek alkalmazását is).

10. A gyógyszerhasználati adherencia erősítése érdekében fontos a lakossági és a kórházi kezelés közötti kapcsolat/átmenet menedzselése. Ezért nemcsak a zárójelentést író és a háziorvos közötti kommunikáció feltételeit kell biztosítani, hanem a klinikai és a „házi” gyógyszerész közötti kapcsolatot is (beteg átadása-átvétele).

11. Az egyes programelemekhez kapcsolódóan nemcsak a célcsoport jellemzőit, hanem a településszerkezeti jellemzőket is célszerű figyelembe venni: más eszközökkel és más idősávokban lehet egy városi és egy kistéleplési lakosságot egy-egy programhoz mozgósítani. Különösen a kis-közepes településeken lehet igen hatékony a háziorvosok, védőnők, gyógyszerészek, EFI-k mellett az önkormányzatok szerepvállalása. Az elmúlt másfél évtized patikanapi és egyéb aktivitásai visszaigazolják, hogy nemcsak az együttműködésük, hanem a mozgósító erejük is nagy!

Az online, digitális társadalmi kommunikációban is fel lehetne használni a Gyógyszereim 5xM-es tájékoztató anyagok tartalmát, illetve a gyógyszerész-háziorvos együttműködések keretén belül.

12. Mindenképpen preferálandó – különösen az életmód-betegségek kezelése során – olyan támogatáspolitikai intézkedések bevezetése, amelyek a bizonyítottan együttműködő betegek esetén a gyógyszer támogatás növelését eredményezik. (A közvetlen anyagi motiváció jelentőségét nem szabad lebecsülnünk.) Ennek előfeltétele megfelelő egészségnevelő és adherencia-fejlesztő programok megléte (legalább az érintett betegségek/gyógyszerek esetében). Így az egészségügyben jelenleg tapasztalható információs aszimmetria már kevésbé csökkenti a betegek együttműködését abban az esetben, ha a beteg valóban tenni szeretne a terápiás együttműködése sikerességéért.

13. Az adherencia program részeként meg kell tudni oldani, hogy az általános iskola 7-8. osztályában és a középiskolában (1) a gyógyszerek jellemzőiről, eltartásáról, a felelős gyógyszerhasználatról, (2) a dohányzásról, alkohorról, droghasználatról és (3) a helyes életmódról a helyi (főleg fiatalabb) orvosok és gyógyszerészek közreműködésével osztályfőnöki órák keretében tanrendbe épülő edukáció legyen. A program szakmai tartalmát országosan egységes elvek alapján kell kidolgozni. (Erre vonatkozóan évekkal ezelőtt volt már több kamarai kezdeményezés, azonban egészségpolitikai jóváhagyást nem kaptunk!).

14. A non-adherencia sok esetben bizalmi problémára vezethető vissza. A bizalmi probléma oka azonban nemcsak az egészségügyi rendszerrel, orvossal/gyógyszerésszel való elégtelen kapcsolat lehet, hanem az alternatív terápia az esetek jó részében „könnyű álmot/megoldást” ígérnek, amivel a bizonyítékokra alapozó orvoslás/gyógyszerészet hátrányba kerül. Központilag szervezett kampányok kellene ennek a bizalmi problémának a feloldására – ez úgyszintén adherencia-javító faktor lehet.

15. Régóta javaslom, gyógyszer-reklámokra speciális adóbevételek kivételét társadalmi szintű lakossági edukáció céljára, illetve a gyógyszergyárak különadójának meghatározott százalékát az adherencia-fejlesztő programok finanszírozására. Ettől függetlenül, a tevékenység ágazati és szolgáltató-szintű finanszírozására a költségvetésben önálló sorokat kellene biztosítani.

8.2.6 A jövő - Három generációval az egészségért program

2019 év elején újabb az egészség megőrzését célzó, egészségfejlesztést középpontba állító pályázati lehetőség indult közel 5,8 milliárd forint támogatással az Emberi Erőforrások Minisztériuma fejezeti kezelésű előirányzatain.

A **Három generációval az egészségért program** megvalósítása az **alapelletés fejlesztését** és a **szereplők együttműködését** állítja középpontba. Az együttműködés fontosságát kiemelve a **szakellátás, EFI-k és területi, települési önkormányzatok részvételét** is ösztönözi.

A pályázat keretében olyan **szív- és érrendszeri prevenciós és gondozási program, egy a rosszindulatú daganatos betegségek szűrését és korai felismerését elősegítő program**, valamint a **gyermekek körében végzett egészségfejlesztési programok** megvalósítása a cél, melynek keretein belül a lakosság egészségértésének javítása, az **egészségnevelés** eszköze kerül előtérbe az egészséges életmód kialakításának támogatása érdekében.

A program kiemelt hangsúlyt fektet a gyermekekre, így körükben a rendszeres fizikai aktivitás és az egészség táplálkozás mellett a dohányzás megelőzés és leszokás támogatás jelenik meg hangsúlyos elemként.

A szereplők - alapellátás, szakellátás, EFI-k, önkormányzatok - bevonásával cél **egységes** betegutak, **kliens utak** kidolgozása annak érdekében, hogy a **Lakosságközeli Egészségügyi Szolgáltatás (LESZ)** megvalósuljon.

A gyermekek testmozgás, táplálkozás és dohányzás megelőzés/leszokás támogatás fókusz mellett **kiemelt csoportként jelenik meg a 40-65 év közöttiek** egészségfejlesztése, egészségnevelése és prevenciója. Többek között az alábbi programelemek megvalósítása a cél:

- Szív-és érrendszeri kórképek rizikófaktorainak mérése, azonosítása, értékelése és a kockázati szint meghatározása
- A megállapított kockázati szintnek megfelelő intervenció (gyógyszeres kezelés mellett életmódot érintő beavatkozások)
- **Szív-érrendszeri betegségek esetében a gondozási feladatok ellátása egyénre szabottan, népegészségügyi szemlélettel, a páciensek adherenciájának javításával**
- Szűrővizsgálatok végzése rizikófaktorral élők körében, valamint gondozásuk (így nem csupán a szűrés valósul meg, hanem a páciensek betegútjának követése is)
- Népegészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétel ösztönzése: emlőszűrés, méhnyakrákszűrés, vastagbélűrés, tüdőszűrés
- Egészségértés mértékének felmérése a lakosság körében, valamint az egészségértés javítása

(Pályázati Felhívás, Három generációval az egészségért program)

A programnak köszönhetően előtérbe kerül az egészségfejlesztés, az egészségnevelés, melyek a páciensek, a lakosság tájékozottságát növelve hozzájárulnak az adherencia kialakításának, fejlesztésének támogatásához is.

8.3 Nemzetközi kitekintés

Ahogy hazánkban, úgy **nemzetközi szinten** is komoly problémákat okoz a krónikus megbetegedések prevalenciájának növekedése. Dr. Molnár Márk 2015-ös doktori értekezésében számos nemzetközi kutatási eredményt gyűjtött össze.

Kutatók egy csoportja a krónikus betegségben szenvedő pácienseknek küldött **motivációs üzenetek hatását** vizsgálták a terápiához. A betegek támogatása, kétségeik eloszlatása érdekében olyan tartalommal töltötték meg ezeket az üzeneteket, amik az **aggodalom, félelem, bizonytalanság tényezőit hivatottak legyőzni**. Az üzeneteket tartalmát mélyinterjúk és fókuszcsoportos beszélgetések alapján fejlesztették ki. Tekintettel arra, hogy a betegek a kezelésükben résztvevő szakemberekben bíznak, az orvosokkal és asszisztensekkel konzultációk során szóban is elmondott üzeneteket közvetítették. A kommunikációs csatorna eszközeként az emaileket választották a telefonos hívások, SMS-ek helyett.

A krónikus betegségekben az **edukációnak és az önmenedzselésnek** a szerepét vizsgálta a kutatók egy másik csoportja. **A feltevés az, hogy ha a páciens tudja, hogy terápiája során monitorozni fogják adherenciáját, már önmagában magasabb együttműködést eredményez.**

Németországi kutatás szerint a **gyógyszerek nagyobb mértékű szerepvállalása** akár 65%-kal is csökkentheti a terápiás eszközök, gyógyszerek, egyéb készítmények téves használatát az asztma kezelése során.

Egy stroke-on átesett betegeket és együttműködésüket vizsgáló program kapcsán **a család támogató szerepét és hatását vizsgálták**. Ezt egy négylépcsős, családközpontú gondozási terápia menedzsment programon keresztül valósították meg. A program elemei:

- a páciens egyedi igényeinek felmérése,
- a családtagok edukálása az első lépcső eredményei mentén,
- követő telefonhívások,
- szükség esetén betegirányítási szolgáltatás biztosítása.

A program monitorozása önbevalláson alapuló kérdőívvel történt. Az eredmények alapján kedvezőbben alakult a páciensek adherenciája.

A kardiovaszkuláris betegségek kapcsán szintén egy többlépcsős terápia menedzsmentet vizsgáltak a kutatók. Ennek elemei:

- a gyógyszerészi gondozás,
- a betegedukáció,
- együttműködés és párbeszéd kialakítása a kezelőorvos (házi orvos, kardiológus) és gyógyszerész között,
- hangüzenetek küldése a gyógyszerbeszedés emlékeztetése céljából.

Eredményképpen azt tapasztalták, hogy a vizsgálati csoport 89,3%-ban volt adherens, míg a kontrollcsoport csak 73,9%-ban. A kutatás kapcsán elmondható, hogy a fentiek szerepe meghatározó a kardiovaszkuláris betegek együttműködésének segítésében.

Szintén a kardiovaszkuláris betegségek esetében vizsgálták a **telefonon keresztül végzett beteg-együttműködést támogató programok hatásosságát**. E kutatás fókuszában a fizikai aktivitás javítása állt. Az eredmények tükrében elmondható, hogy könnyen és viszonylag olcsón sikerült a páciensek adherenciáját növelni, de ugyanezt tapasztalták a betegedukációs programokban résztvevő páciensek esetében is.

Egy magas vérnyomás betegségben szenvedő pácienseket támogató adherencia program eredményei azt mutatták, hogy a halálozás a kontrollcsoport adataihoz képest 57,3%-kal volt alacsonyabb (halálok vizsgálata nélkül). A különbségek háttérben a jól beállított vérnyomás állt.

Egy portugál program keretei között a **gyógyszerészi gondozás** keretei között emlékeztető kártyákat adtak a páciensek részére. Az eredmények alapján pozitív hatást tapasztaltak, az adherencia javulása a betegek egészségi állapotának javulását eredményezte. A gyógyszerészek nagyobb szerepvállalását és a pozitív eredményeket több más vizsgálat is alátámasztotta például sztatinterápiára és csontritkulás esetében is.

Egy a cukorbetegeknek szóló **betegedukációs program hatásait vizsgáló tanulmány szerint az orvos-beteg kommunikáció pozitív hatása** vitathatatlan. A kezelést végző szakember a pácienssel átbeszélte a terápia szükségességének okát, informálta a betegségről, terápia egyes részéről, így az életmódváltás jelentőségéről, a terápia megszakításának következményeiről, a vércukorszint folyamatos monitorozásának szükségességéről. A programban résztvevő kezelőorvosok munkáját egy gondozó csapat is segítette. Ez a csapat négy szakorvosból, egy gyakorló asszisztensből, két gyógyszerész rezidensből, két klinikai gyógyszerész tanítóból, 100 gyógyszerészhallgatóból, regisztrált nővérekből és orvosi asszisztensekből állt. A háttércsapatnak köszönhetően a program sikeres volt, több labor paraméter csökkenésével igazolható mindez.

Új-Zélandon a **mobil alkalmazások adherenciára gyakorolt hatását** is vizsgálták kardiovaszkuláris betegségek önmenedzselése céljából. A program fókuszában annak vizsgálata állt, hogy a hagyományos kardiológiai rehabilitációval szemben mennyivel hatásosabb az **önmenedzselés eszközeinek**

alkalmazása. A programban résztvevők számára személyre szabott edukációs üzeneteket juttatnak el a klasszikus rehabilitáció mellett, valamint hozzáférést kapnak egy erre a célra létrehozott támogató internetes oldalhoz is. A program 24 héten át tartott és heti 5-7 üzenettel a prevenció és életmódváltás fontosságát célozta. Az üzenetek tartalma lefedte az egészséges táplálkozás, rendszeres testmozgás, dohányzás leszokás támogatás és stresszkezelés témakörét.

A fentiek felül több **beteg-együttműködést segítő program** működik. Nézzünk néhány példát az Egyesült Államokból. Az egyik ilyen a szakirodalmak szerint a **Community Care of North Carolina (CCNC)**. A program keretein belül 14 házi orvos hálózatán keresztül végzik a komplex szolgáltatást, Pharmacy Home Project néven. Ez egy olyan **biztosítási konstrukció, amely a résztvevő házi orvosoknak havonta egyszer előre fizet egy meghatározott összeget, amiért összehangolják a betegek ellátási folyamatait**. Ebben segítségükre vannak az úgynevezett betegút menedzserek és a gyógyszerészek is. Többek között felméri és elemzi a páciensek compliance-t, így a kezelőorvosok megismerhetik a terápiakövetés mértékét. A CCNC program mintegy 5-7%-os terápiakövetés-javulást tulajdonít ennek a modellnek.

Szintén terápiahűség növelését célzó program a **Geisinger Health System**. A rendszer Pennsylvániában működik s a programjuk neve: Geisinger's medical home model. Ennek keretében **elektronikus kérdőív segítségével összegyűjtik a betegek gyógyszerekkel kapcsolatos preferenciáit, félelmeit, tapasztalatait, mielőtt a páciens találkozna kezelőorvosával**. A modell szintén az egészségügyi **szereplők együttműködésén** alapul, hiszen az asszisztensek is aktívan résztvesznek a páciensek gyógyszeresedési tulajdonságainak monitorozásával. Sőt, sok esetben ők válaszolják meg a páciensek felmerülő kérdéseit. A projekt eredményeinek tanulmányozása során megállapították, hogy havonta körülbelül 5%-os költségcsökkenés érhető el.

A harmadik program a **Group Health Cooperative**, Washington államban és Észak Idahóban működik. **A terápiakövetést a betegutat menedzselő asszisztensek végzik, ők tartják a kapcsolatot a páciensekkel**. Az asszisztensek feladata ezen felül a **betegek motiválása, ösztönzése, informálása**. A projekt eredményeként - az elkerülhető egészségügyi beavatkozások figyelembevételével - mintegy évi 476 dollárt takarítanak meg páciensenként.

Néhány nemzetközi szinten is előforduló konkrét beteg-együttműködést támogató eszköz:

- Riasztó berendezések
- Automatikus házhozszállítás
- Kártyák, gyógyszeradagoló dobozok

- Naptárak, kalendáriumok
- Címkék elhelyezése jól látható helyeken
- E-mail üzenet
- Olyan helyre teszik a gyógyszert, ahol szem előtt van
- Több dózist tárolni képes papír-tároló (mobil)
- Páciens-naplók
- Nyomtatott információk és anyagok
- Egészségügyi szolgáltató intézmény terápia követése
- Gyógyszer újra felírásra emlékeztető postai levelek, levelezőlapok, telefonhívások
- Speciális matricák a gyógyszerfóliákon, amelyeket ki kell lyukasztani, vagy át kell húzni
- A páciens napirendjéhez, életmódjához igazodó adagolás kialakítása
- Jutalmak, gyógyszerárból kedvezmény az adherens viselkedésért, gyűjthető pontok, stb.
- Betegedukáció, tájékoztató füzetek
- Egyszemélyes, csoportos tájékoztató – Személyesen illetve interneten/virtuálisan
- Beteg-együttműködésről tájékoztató a betegeknek – miért jó??? → készségek fejlesztése
- Beteg klubok
- Egészségnapok, felvilágosítás, szűrések szervezése
- SMS-en keresztüli tájékoztatás
- Terápia egyszerűsítése

Összefoglalás

Az utóbbi évtizedekben tetten érhető egészségi állapotot befolyásoló tendenciák, mint a születéskor várható élettartam növekedése, a krónikus betegségek morbiditási és mortalitási jelentőségének növekedése hatással volt az egészségügyi rendszerekre, új, másfajta megközelítést, hozzáállást igényel mind a lakosság, egészségügyi szakemberek, mind pedig a gyógyszer gyártók és finanszírozók részéről. Tekintettel a fentiekre és arra, hogy a krónikus betegségek **nagyobb betegségteherrel** járnak, akár **folyamatos egészségügyi ellátást** igényelnek, mely **magas költségeket** jelent a szereplők számára, előtérbe került a beteg-együttműködés szerepe és lehetséges eszközei az egészség fejlesztésében, megőrzésében, kezelési és terápiás folyamatokban.

A **terápiahűség jelentőségét** egyre több szakember kutatja, terjeszti, és **egyre ismertebb** az egészségügyi rendszerekben, de további lépések megtétele szükséges ahhoz, hogy a gyakorlatban is működjenek az elképzelések és valódi hatást érjünk el.

A betegségek átstrukturálódása mellett változás történt az elérhető tájékozódási lehetőségekben is, az **információáramlás gyorsult**, melynek következtében az információk hozzáférhetősége és sokszínűsége, a **kommunikációs csatornák széles választéka** egyszerre segítheti és ronthatja a beteg-együttműködés optimális megvalósítását. A **páciensek** egyre tájékozottabbak, az orvos már nem csak a fehérköpenyes varázsló szerepében tűnik fel. Mindinkább szükséges tehát egy **partneri, együttműködésen alapuló kapcsolat kialakítása**, ahol az orvos segíti, támogatja a páciens érdekében, hogy megfelelő tájékozottságra tegyen szert. Meghatározó szerepe van ebben a kapuőri feladatokat ellátó **alapellátásnak**.

A szakirodalmak **több fogalmat** említenek a beteg-együttműködés leírására, összefoglalóan elmondható, hogy az általános cél az **adherencia** kialakítása. Az adherencia azt jelenti, hogy a **páciens betartja az egészségügyi szakemberrel egyeztetett ajánlásokat, melyek érintik a gyógyszeresedés és életmód-változtatás területét is**. E szerint az egyén, azaz **a beteg a gyógyítás aktív szereplőjévé válik**, együttműködése nélkül nem érhető el javulás, változás. Az adherencia egyfajta **konszenzusos megállapodás** az ellátásban résztvevő szereplők között, mely során a beteg életviteli, élethelyzeti sajátosságai, prioritásai, félelmei is előtérbe kerülnek, hiszen ezek befolyásolják együttműködését.

A javasolt kezelés és életmódváltás követésével az egyén esetében többek között nagyobb mértékű egészségi állapotjavulás, jobb életminőség érhető el (növelhető az egészségben eltöltött életevek száma),

míg az egészségügyi rendszer és a gazdaság esetében akár számottevő költség ráfordítás takarítható meg, így javítva a hatékonyságot és fenntarthatóságot.

A beteg-együttműködés kialakítása összetett folyamat. Részben azért, mert **számos tényezőtől függ** a páciens terápiahűsége, így például befolyásolják a társadalmi- és gazdasági tényezők; az egészségügyi rendszertől, az ellátástól és az egészségügyi szakembertől függő tényezők; a páciens aktuális egészségi állapota; a páciensstől függő tényezők; valamint a konkrét kezeléstől, terápiától függő tényezők. Tehát ahhoz, hogy eredményesen tudjunk javítani a páciens terápiahűségén, számos szempontot kell figyelembe vennünk, nem elég csupán a szakmai irányelvek, eljárásrendek szerinti lehető legjobb terápiát javasolni.

A beteg-együttműködést befolyásoló tényezők ismeretében az azt elősegítő vagy fejlesztő **stratégiákat többféleképpen csoportosíthatjuk.** Így például betegségcsoportok, gyógyszerköltségek szerint, de a páciensek lehetséges motivációit vizsgálva is többféle stratégia képezhető. Nem mindegy, hogy egyes betegségek esetében mire helyezük a fókuszot, mert ez meghatározza, hogy hogyan segíthetnek az egészségügyi szakemberek a gyógyulásban, egészségi állapot javításában vagy éppen az állapotromlás elkerülésében.

A megbetegedési és halálozási mutatókat nagy részben a **szív- és érrendszeri kórképek** uralják, a fejlett országok népességének körülbelül a fele hal meg valamely kardiovaszkuláris kórkép kialakulásának következtében. Mindemelllett a korai halálozás egyik legjellemzőbb válfaja, ezért is fontos, hogy megfelelő figyelmet fordítsunk a betegségek megelőzésére, hatékony kezelésére, melyek eléréséhez segítség a beteg-együttműködés fejlesztése.

Figyelembe kell vennünk, hogy a várható élettartam kitolódásával az idősebb korosztályban egyre több páciensnek kell számolnia egyszerre fennálló, különféle krónikus kórképekkel. A beteg-együttműködés kiváltása és fejlesztése körültekintést igényel, és különösen fontos **a multimorbiditással** küzdő egyének esetében.

Az adherencia kialakítása (negatív és pozitív hatásai) **négy stakeholdert** érint(enek): a finanszírozót, a gyógyszeripart, az egészségügyi szakembereket és magát a páciens. A beteg-együttműködést ösztönző terápiamenedzsment programok is a stakeholderek köré csoportosíthatóak.

A finanszírozó pozitív ösztönzők bevezetésével érdekeltté teheti a szereplőket a beteg-együttműködés fejlesztésére, akár a szakemberek, akár a páciensek körét nézzük. Az **ellátórendszer kapacitásainak,**

szabályainak módosításával, a hozzáférés javításával támogatható a többi szereplő a helyes terápiakövetés útján.

A **gyógyszeripar terápiás eszközök, gyógyszerkészítmények fejlesztésével** segítheti a megfelelő, jobb beteg-együtműködést. Az **adagolás egyszerűsítése, vagy a készítmény beadásának, bevételének javítása** bizonyítottan növelheti a páciensek terápiahűségét.

A rendszerszintű fejlesztéseken felül az egyik legfontosabb minden esetben az **egészségügyi szakemberek, mint stakeholderek továbbképzése, készségeik fejlesztése**. Így például a házi orvosok, asszisztensek, gyógyszerészek, valamint az alapellátáson felül a páciensek kezelésében aktívan résztvevő további szakemberek (például dietetikusok, gyógytornászok, egészségpszichológusok) szemléletváltására van szükség mind a beteg-együtműködés, mind pedig az orvos-beteg kommunikációt érintően.

Tekintettel arra, hogy a krónikus betegségek többségének gondozása házi orvosi kompetencia, így az **alapellátásban dolgozó egészségügyi szakemberek szerepe kiemelt** az adherencia kialakításának, fenntartásának, javításának területén. A páciensek megfelelő **tájékoztatása, edukációja, a motiválásuk, valamint a technikai segítségnyújtás** a beteg-együtműködésben sok esetben az alapellátási szinten történik. Ezért elsősorban e szereplők **továbbképzése, támogatása** fontos, hogy mindinkább tisztában legyenek az adherencia fogalmával, a befolyásoló tényezőkkel, a jó beteg-együtműködés páciensükre, és nem utolsósorban munkájukra gyakorolt pozitív hatásával.

Az alapellátás mellett az **egészségügyi rendszer más szereplői**, így a páciensekkel közvetlenül is kapcsolatot tartó **gyógyszerészek, gyógyszerértári dolgozók szerepe is változik**, formálódik. A gyógyszerészek a kezelő orvosokkal együttműködve képesek a beteg-együtműködés, a páciensek egészségi állapotának javítására. A gyógyszerértárok szolgáltatási köre az utóbbi években folyamatosan bővül, fejlesztés alatt áll, így hagyományos feladatukon, azaz a lakosság gyógyszeres készítményekkel való ellátásán túl számos további szolgáltatást végeznek és végezhetnek, melyek a beteg-együtműködés javítását is megcélazzák. Például viszonylag új szolgáltatásként jelent meg a **gyógyszerészi gondozás**. Ezzel a **gyógyszerészek aktív szereplőivé válnak a betegellátási folyamatnak**, hiszen nem csak a páciensek gyógyszeres kezelését tudják folyamatosan monitorozni, hanem bizonyos (egyszerű) **vizsgálatokkal a páciensek állapotát is figyelemmel kísérhetik**, a változásokat nyomon követhetik. A gyógyszerészi gondozás olyan betegközpontú és eredményorientált tevékenység, mely a gyógyszerész, páciens és a kezelésben résztvevő egészségügyi szakemberek együttműködésével valósul meg egészség-megőrzési és betegségmegelőzési célokkal.

A továbbképzés részeként feltétlenül nagy hangsúlyt kell fektetni a **kommunikációs készségek fejlesztésére**, hiszen köztudott, hogy a beteg hozzáállását pozitív irányba befolyásolja a vele jó kapcsolatot kialakító szakember.

A **páciens, mint a beteg-együttműködés középpontjában álló stakeholder** esetében a stratégia alapköve a **betegedukáció és tájékoztatás**, hiszen a terápiahű magatartást nagymértékben befolyásolja a szükséges információk megléte a betegséggel, kezeléssel kapcsolatban. A betegedukáció jelentősen javítja a hozzáállást, a tájékozottságnak köszönhetően a hiedelmek, alaptalan félelmek nem befolyásolják a kezelés sikerességét, a beteg tisztában van a mellékhatásokkal, következményekkel, az ajánlások betartásának pozitív hatásaival. Az adherencia kialakítása, megtartása és javítása csak komplex és folyamatos intézkedésekkel, programokkal valósítható meg.

Fontos tény azonban, hogy nem alkalmazható minden betegség, minden kezelés, vagy minden páciens esetében ugyanaz a beavatkozás, ugyanaz a beteg-együttműködési program, így megfelelő **specifikációra van szükség**. A programok sokfélék lehetnek, így **egyénnre szabottan** biztosítható a betegek támogatása. Az adherencia program keretében különböző betegklubokkal (személyes vagy virtuális megvalósítással), írott és online tájékoztató anyagokkal, egészség- és sportnapokkal, workshopokkal és előadásokkal támogatható a lakosság.

A beteg-együttműködés kialakítása, javítása mellett rendkívül fontos annak **fenntartása, folyamatos biztosítása** is. A **rendszeres monitorozással** mérhetővé válik a terápia eredményessége, akár életmódváltás, akár gyógyszeres kezelés területét vizsgáljuk. Az önbevalláson, biológiai tényezők vizsgálatán alapuló eredmények ismeretében könnyebb a tapasztalatcsere a szereplők között. A **visszacsatolás**, a (javuló tendenciát mutató) eredmények ismerete ösztönző, motiváló hatású lehet.

Az alapellátás szakembereinek mozgósítását, képzését és az alap tevékenységükön felüli extra feladatok adaptálását akadályozhatják az egészségügyi rendszert érintő általános problémák, mint például az orvosok elöregedése, elvándorlása és ezáltal az egészségügyi szakemberek hiánya. Az alapellátás támogatását szolgáló intézkedéseknek köszönhetően olyan fejlesztések, társulási formák jöttek létre (például praxisközösségek, Egészségfejlesztési Irodák, gyógyszerészi gondozás), melyek célja egyrészt a tehermentesítés, a feladatok hatékony elosztása, valamint a krónikus betegségekhez kapcsolódóan olyan komplex szolgáltatások nyújtása, melyek növelik a páciensek egészségértését.

Az utóbbi években a beteg-egytműködés kapcsán **több hazai és nemzetközi projekt**, intézkedés zajlott, de továbbra is szükséges változásokat eszközölni a javulás érdekében, illetve a meglévő programokat, kezdeményezéseket figyelemmel kíséni és támogatni. Mind az egészségügyi rendszer szereplőinek hozzáállása, mind pedig a betegek viselkedési, egytűködési normái fejlesztendők a javuló tendencia elindulása, fenntartása érdekében.

Források

1997. évi CLIV. törvény - az egészségügyről

2006. évi XCVIII. törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól

2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról

31/2010. (V. 13.) EüM rendelet a finanszírozási eljárásrendekről

A compliance gyakorlati alkalmazási lehetőségei. Budapest, 2010. május 3.

Ádány Róza (2011): Megelőző orvostan és népegészségtan. Medicina Könyvkiadó Zrt. 2011.
https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_524_Megelozo_orvostan_nepegeszseg_tan/ch05s03.html

ÁEEK: SH/8/1- Svájci- Magyar Együtműködés. <https://www.aEEK.hu/-/sh-8-1-svajci-magyar-egyuttmukod-1?inheritRedirect=true>

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a krónikus obstruktív légúti betegség (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) kezelésére rendelt gyógyszerkészítmények hatékony és biztonságos alkalmazására irányuló gyógyszerészeti tanácsadásról 2018. EüK. 5. szám EMMI szakmai irányelv 2 (hatályos: 2018.03.27 -)
https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2697/fajlok/EMMI_szakmai_ir%C3%A1nyelve_leguti_beteg_seg.pdf

Berki Júlia (2013): Szakdolgozat: Felnőtt asztmás betegek terápiahűsége - magyarázó tényezők és fejlesztési lehetőségek. Egészségpolitika, tervezés és finanszírozás mesterszak, 2013. április

Biró Helga et al (2011): *Terápiás együttműködések rendszere*
http://www.terekegyesulet.hu/terapias_egyuttmukodesek_rendszere.pdf

Dr. Ágh Tamás, Dr. Ágh László (2009): A beteg-együttműködés jelentősége hypertonia, diabetes mellitus, dyslipidaemia gyógyszeres kezelésében. MEDICUS UNIVERSALIS, XLII/2009.

<http://www.weborvos.hu/adat/medicus/2009febr/3-6.pdf>

Dr. Ágh Tamás Md MSc (2012): Beteg-együttműködés, *ELTE Egészségpolitika, tervezés és finanszírozás mesterszak; Egészségnyereség mérése előadás vázlat*, 2012.11.05.

Dr. Ágh Tamás (2012): Terápiahűség, életminőség és betegségteher krónikus obstruktív tüdőbetegségben. DOKTORI ÉRTEKEZÉS, 2012. http://semmelweis.hu/wp-content/phd/phd_live/vedes/export/aghtamas.pdf

Dr. Bakó Gyula (2017): A gyógyszeres kezelés szempontjai időskorban kiemelve a FORTA elv-et. DE KK Belgyógyászati Intézet, Geriátriai Tanszék, Debrecen Egymást értő szakemberek Budapest 2017. Június 16.
[http://szocialisklaszter.hu/adat/dokumentumtar/hu131_IdOasek_gyugyszereliUse_\(riuid\)_modositott\(2\).pdf](http://szocialisklaszter.hu/adat/dokumentumtar/hu131_IdOasek_gyugyszereliUse_(riuid)_modositott(2).pdf)

Dr. Bartal Éva (2011): Célkeresztben az adherencia I. EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE 2011/1.

Dr. Bartal Éva (2011): Célkeresztben az adherencia II. EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE 2011/2.

Dr. Csóka Ildikó et al (2009): A beteg-együttműködést befolyásoló tényezők vizsgálata. Szeged, 2009.11.30.

Dr. Dankó Dávid (2010): Adherencia Tudástár 1 - A beteg-együttműködés és kapcsolódó fogalmak. 2010. Medicalonline
http://medicalonline.hu/cikk/a_beteg_egyuttmukodes_es_kapcsolodo_fogalmak

Dr. Dankó Dávid (2013): A beteg-együttműködés mögött meghúzódó tényezők. Adherencia Tudástár 3, 2013. május 17. http://pharmaonline.hu/cikk/a_beteg_egyuttmukodes_mogott_meghuzodo_tenyezk

Dr. Dankó Dávid (2010): Adherencia Tudástár 5 - Miért nem megfelelő a magyarországi betegek terápiahűsége? 2010. Medicalonline

http://medicalonline.hu/cikk/adherencia_tudastar_5_miert_nem_megfelelo_a_magyarorszagi_betek_ek_terapiahusege

Dr. Fövényi József: A diabetes klasszifikációja, típusai és epidemiológiája. Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet Diabetes Szakrendelő

Dr. Hankó Balázs (2006): A beteg-együtműködés aktuális kérdései I. rész. *Gyógyszerészet*, 50(10): 619-623 <http://gytar.sote.hu/klinikaigyogyszereszet2008-09>

Dr. Hankó Balázs (2007): A beteg-együtműködés aktuális kérdései II. rész. *Gyógyszerésze*, 51(3): 152-157 <http://gytar.sote.hu/klinikaigyogyszereszet2008-09>

Dr. Hankó Balázs (2007): A beteg-együtműködés aktuális kérdései III. rész. *Gyógyszerészet*, 51(5): 274-279 <http://gytar.sote.hu/klinikaigyogyszereszet2008-09>

Dr. Hankó Balázs: Beteg-együtműködés - mit tehet érte a gyógyszerész. <http://www.mgyt.hu/hu/szakmai-felulet/kerdezze-meg-gyogyszereszet/83-beteg-egyuettmukoedes-mit-tehet-erte-a-gyogyszeresz>

Dr. Hankó Balázs (2015): Gyógyszerési gondozás - gyógyszerész szemével. Semmelweis Egyetem Egyetemi Gyógyszertár Gyógyszerügyi Szervezési Intézet 2015. szeptember 21. http://semmelweis.hu/gyogyszertar/files/2015/09/gyogygond_hank%C3%B3_2015_honlap.pdf

Dr. Hidvégi Tibor (2010): Miért (nem) követik a betegek az orvosi utasításokat? *Orvostovábbképző Szemle*, 12(6): 10-13. www.medicalonline.hu/download.php?id=3773

Dr. Garaj Erika (2012): Projektmenedzsment. EDUTUS Főiskola, 2012. https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2010-0017_35_projektmenedzsment/ch02.html

Dr. Kincses Gyula (2015): Az alapellátás átalakításáról. Budapest, 2015. október–december, ORVOSTOVÁBBKÉPZŐ SZEMLE

http://www.healthalternativa.hu/dokumentumok/alapellatas_2015.pdf

Dr. Matejka Zsuzsanna (2019): A krónikus betegeknél gyorsan fogy a figyelem-fegyelem. Terápiahűtlenség. MarketingPirula, 2019. május 7. <https://www.marketingpirula.hu/cikkek/a-kronikus-betegeknel-gyorsan-fogy-a-figyelem-fegyelem/>

Dr. Matejka Zsuzsanna, Kiss Norbert (2006): A lakossági szűrések hatékonyságának és az ajánlható célcsoportok meghatározásának EBM alapú irodalmi összefoglalója. Egészségügyi Szakértő Műhely Kft., Budapest, 2006. március 31.

Dr. Molnár Márk Péter (2010): A beteg-együttműködést befolyásoló tényezők az empirikus felmérések tükrében. Közös nevezőn – compliance, adherence a gyógyításban II. Budapest, 2010, október 19. <https://slideplayer.hu/slide/11357904/>

Dr. Molnár Márk Péter (2010): Adherencia Tudástár 6.: Hogyan javítható a beteg-együttműködés? MedicalOnline 2010. október 16.

http://www.medicalonline.hu/pharma_klub/cikk/adherencia_tudastar_6_hogyan_javithato_a_beteg_egyuttmukodes

Dr. Molnár Márk Péter (2015): A beteg pszichológiai támogatása a megfelelő együttműködés elérése érdekében. Budapest, 2015. február 26. Gyógyszerkommunikációs konferencia – A pszichológia ereje, döntések és azok befolyásolása

Dr. Molnár Márk Péter (2015): A terápiamenedzsment-programok létjogosultsága, eredményessége és gazdaságossága. Budapesti Corvinus Egyetem, Vezetéstudományi Intézet, 2015. http://phd.lib.uni-corvinus.hu/925/1/Molnar_Mark_Peter_dhu.pdf

Dr. Molnár Márk Péter (2010): Adherencia Tudástár 2. – Hogyan mérhetjük a beteg-együttműködést? Medical Tribune Pénz–jog 2010. november 4. <http://www.i-s.hu/pdf/MT-adherencia-tudastar-2.pdf>

Dr. Molnár Márk Péter (2015): Tézisgyűjtemény. A terápia menedzsment-programok létjogosultsága, eredményessége és gazdaságossága című Ph.D. értekezéséhez http://phd.lib.uni-corvinus.hu/925/3/Molnar_Mark_Peter_thu.pdf

Dr. Molnár Márk Péter, Dankó Dávid (2010): A beteg-együttműködés a terápiás siker záloga, *Orvostovábbképző Szemle*, 17(2): 13-19.

<http://www.i-s.hu/pdf/Beteg-egyuttmukodes-terapias-siker.pdf>

Dr. Zsuga Judit (2012): A 2-es típusú cukorbetegség és tünetei. WEBBeteg, 2012.01.11.

<http://www.webbeteg.hu/cikkek/cukorbetegseg/121/a-2-es-tipusu-cukorbetegseg-es-tunetei>

Dr. Zsuga Judit (2012): A 2-es típusú cukorbetegség kezelése. WEBBeteg, 2012.05.04.

<http://www.webbeteg.hu/cikkek/cukorbetegseg/124/a-2-es-tipusu-cukorbetegseg-kezelese>

Egészségfejlesztés a Bajai Kistérségben. Kistérségi Egészségterv. 2014. TÁMOP-6.1.2-11/3-2012-0053

http://bajakorhaz.hu/efi/baja_egterv.pdf

FELHÍVÁS praxisközösségek létrehozására irányuló projektek megvalósítására. A Felhívás címe: Az alapellátás és népegészségügy rendszerének átfogó fejlesztése - alapellátás fejlesztése. A Felhívás kódszáma: EFOP-1.8.2-17

Fittler András (2015): Szedi vagy nem szedi? A beteg-együttműködés javításának lehetőségei. PTE ÁOK Gyógyszerészeti Intézet, 2015 http://www.aok.pte.hu/docs/gyogyegy/file/FittlerA_Beteg-egyuettmukoedes_2015.pdf

Hálózatban Működő Gyógyszertárak Szövetsége (2016): Merre bővül a gyógyszertárak szolgáltatási köre? 2016. 09. 20. Kategória: Blogbejegyzés <https://hgysz.hu/blog/merre-bovul-a-gyogyszertarak-szolgalatasi-kore/>

Három generációval az egészségért program, <https://www.aEEK.hu/-/harom-generacioval-az-egeszsegert-program>

https://www.aEEK.hu/documents/20182/607485/FIN+3_genera%CC%81cio%CC%81val_program_pa%CC%81lya%CC%81zati_felhi%CC%81va%CC%81s_2019.01.04.pdf/9c6b033c-ddf9-5a5e-b019-d33d46b290c0

Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete (2018): BETEGTÁMOGATÓ PROGRAMOK MAGYARORSZÁGON. Dokumentum száma: CWG 2018/01 Final.
<http://aipm.hu/data/upload/files/Betegt%C3%A1mogat%C3%B3%20programok%20%C3%A1ttekint%C5%91%20bemutat%C3%A1sa.pdf>

Kamil Atif (2017): Adherencia: csak egy fogalom? 2017, Medicalonline
http://medicalonline.hu/cikk/adherencia_csak_egy_fogalom

Központi betegkövetési monitoring rendszer fejlesztéséhez gyógyszer compliance mérési eljárások feltárása – benchmark és best-practice. A compliance szolgáltatás koncepcionális tervezése. Budapest, 2010. május 7.

Leventhal H., Cameron L. (1987): Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling*, 10: 117–138.
http://www.academia.edu/259450/Behavioral_Theories_and_the_Problem_of_Compliance_1

Magán Gyógyszerészek Országos Szövetsége (2016): Ha értéket képvisel, ára is lehet. Térítéses terápiamenedzsment programok indítása a gyógyszerterápiában. 2016.06.15
<http://www.magangyogyszereszek.hu/?m=7.0.0.0.1.0&set=0&pid=789>

Magyar Életmód Orvostani Társaság honlapja, <http://www.emot.hu/>

Magyar Gyógyszerészeti Kamara (2019): KOMPETENCIA- ÉS ADHERENCIA-FEJLESZTÉS. 2019. március 27. <https://www.mgyk.hu/kompetencia-es-adherencia-fejlesztés.html>

Margitháziné Szabó Emese (2016): Az adherencia és jelentősége a reumatológiai betegek ellátásában – ahogyan azt a szakdolgozó látja - A Figyelő 2016;1 <http://www.elitmed.hu/ilam/a-figyelo--gyulladas-es-immunologia-/az-adherencia-es-jelentosege-a-reumatologiai-betegek-ellatasaban----ahogyan-azt-a-szakdolgozo-latja---a-figyelo-2016-1-14504/>

MarketingPirula (2019): Gyógyszerhatósági útmutató készül a betegtámogató programokhoz. MarketingPirula, 2019. március 22. <https://www.marketingpirula.hu/cikkek/gyogyszerhatosagi-utmutato-keszul-a-betegtamogato-programokhoz/>

Medicalonline (2019): Egészségfejlesztési irodák: komoly feladat a megelőzésben. Medicalonline, 2019. február 5. http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/egeszsegfejlesztesi_irodak_komoly_feladat_a_megelozesben

Merész Gergő (2010): A magyarországi cukorbetegség epidemiológiája és betegségterhe. Egészség-gazdaságtani elemzések módszertana 1., 2. feladat http://m.cdn.blog.hu/eg/eggazd/file/eggazd_problema_bemutatas.pdf

OECD (2012): Health at a Glance - Europe 2012. http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2012_en.pdf

PraxisPlatform

<https://www.praxisplatform.hu/#info/article/6>

Praxis Platform leírása

<http://www.telekom.hu/innovacio/szolgaltatas/praxisplatform>

Prochaska, DiClemente (1983): Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1983 Jun;51(3):390–5. Accessed 2009 Mar 18.

Szekeres László (2011): Az adherencia fogalma és jelentősége osteoporosisban. LAM 2011;21(5):369–373 http://www.elitmed.hu/upload/pdf/az_adherencia_fogalma_es_jelentosege_osteoporosisban-7630.pdf

Tarczsa Orsolya (2018): Bővül a gyógyszerészek népegészségügyi szerepvállalása. Adherenciát javító program indul a gyógyszertárakban. Medicalonline 2018. október 22.

http://pharmaonline.hu/patika_management/cikk/adherenciat_javito_program_indul_a_gyogyszertarak_ban

Tarcza Orsolya (2016): Jó szabályozással javulhatna az együttműködés. A titokzatos hálózat, azaz mi is az az az EFI? Medicalonline, 2016. december 15.

http://medicalonline.hu/praxis/cikk/a_titokzatos_halozat_azaz_mi_is_az_az_efi

Tarcza Orsolya (2019): XVI. Országos Patikanap Kecskeméten - Gyógyszerészek a jobb adherenciáért. Pharmaonline, 2019. június 13.

http://pharmaonline.hu/gyogyszereszi_gondozas/cikk/gyogyszereszek_a_jobb_adherenciaert

VM.Komm Kommunikációs Tanácsadó Iroda Kft. honlapja <http://www.vmkomm.hu/hu/>

World Health Organization (2003): *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. WHO, Genf

http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

Klinikai Pszichológia Tanszék - SEMMELWEIS EGYETEM, ÁLTALÁNOS ORVOSTUDOMÁNYI KARA NICE Irányelvek a mentális betegségek korszerű ellátásához <http://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/betegellatas-es-szakmai-profilok/kezelesi-iranyelvek-nice/>

NICE guideline - Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Published: 28 January 2009

Mellékletek

Beteg beleegyező nyilatkozat - Adatkezelési nyilatkozat

((Forrás: COPD Klinikai egészségügyi szakmai irányelv)

Adatkezelési Nyilatkozat

Hozzájárulás az adatkezeléshez, adattovábbításhoz és adatfelhasználáshoz

Alulírott (Név) ezúton hozzájárulok ahhoz, hogy a(z) programban a(z) (Adatkezelő) tudomására jutott személyes és egészségügyi adataimat nyilvántartsa, kezelje, és a programban résztvevő szakemberek tudomására hozza egészségem, terápiám sikeressége érdekében, valamint az összesített adatokat személyes adataim feltüntetése nélkül a program eredményeinek összesítéséhez, tudományos elemzéséhez és publikációkhoz kezelje és feldolgozza.

Kelt:,évhónapnap

Páciens/résztvevő neve:

Aláírás:

Adatgyűjtés adherencia programban résztvevő páciensről

Név:

Születési év:

Betegség/betegségek:

Kezelőorvos:

Gyógyszerész:

Alkalmazott terápia:

Gyógyszeres kezelés:

Diéta:

Rendszeres testmozgás:

Legmagasabb iskolai végzettség:

Foglalkozás:

Hétköznapi tevékenységek (munka, család, sport, stb.):

Hétvégi tevékenységek (munka, család, sport, stb.):

Egyéb tevékenység:

Morisky 8-pont gyógyszeres kezelés beteg-együttműködést mérő kérdőíve (MMAS-8)

A kérdőív a betegek terápiával kapcsolatos együttműködését hivatott mérni. A kérdésekre igen, illetve nem válasz adható. Az igen válaszok 0, míg a nem válaszok 1 pontot érnek.

Kérem, karikázza be az Önre jellemző választ!

1. Előfordult már, hogy elfelejtette bevenni a gyógyszerét?

igen nem

2. Az emberek néha nem csupán feledékenységből felejtik el bevenni gyógyszerüket. Az elmúlt két hétben volt olyan nap, amikor nem vette be ilyen ok miatt a gyógyszerét?

igen nem

3. Előfordult-e már, hogy orvosának nem szólva csökkentette gyógyszeradagját, vagy abbahagyta szedését, mert állapotában rosszabbodást észlelt?

igen nem

4. Előfordult-e már, hogy amikor elment otthonról, vagy elutazott, elfelejtette magával vinni gyógyszerét?

igen nem

5. Minden szükséges, felírt gyógyszerét bevette a tegnapi nap folyamán?

igen nem

6. Ha úgy érzi, hogy tünetei enyhülnek, előfordul, hogy abbahagyja az előírt gyógyszer szedését?

igen nem

7. A mindennapos gyógyszerzedés néhány embernek kellemetlenséget okoz. Érezte már valaha, hogy nehéz tartania a kezelési tervet?

igen nem

8. Milyen gyakran esik nehezebbre emlékeznie arra, hogy összes gyógyszerét bevegye? (A=0 pont, B-E=1 pont)

A Soha/Nagy ritkán

B Ritkán

C Néha

D Általában

E Mindig

Eredmény: .../8 pont

(2-nél több pont: alacsony adherencia)

1 vagy 2 pont: közepes adherencia

0 pont: magas adherencia)

A páciens hozzáállása a terápiához

A kérdőív a három fő kérdéskörrel (tudás, hozzáállás, motiváció) tipizálhatóvá teszi a terápiával kapcsolatos ismereteket, az együttműködési problémákat okozó tényezőket.

Kérem, adjon rövid szöveges választ a kérdésekre, illetve ahol válasz lehetőségek vannak, karikázza be az Önre jellemző választ!

I. Tudás

1. Milyen célból szedi ezt a gyógyszert?

.....

2. Hogyan szedi a gyógyszert?

.....

3. Mivel szokta bevenni (étellel, folyadékkal)?

.....

4. Honnan/kitől kapott információt a gyógyszerről?

(Több válasz is lehetséges)

A Kezelő orvos

B Asszisztens, ápoló

C Gyógyszerész

D Ismerős, családtag

E Egyéb:

5. Szed még emellett más szert/szereket?

Igen Nem

6. Használ-e valamilyen emlékeztető módszert, hogy ne felejtse el bevenni a gyógyszert?

Igen Nem

7. Van-e szüksége segítségre, hogy emlékeztesse vagy segítse a gyógyszer bevitelében?

Igen Nem

II. Hozzáállás

1. Milyen eredményt vár ettől a gyógyszertől?

.....

2. Mi zavarja Önt leginkább ebben a betegségben?

.....

3. Milyen aggályai vannak a betegségével vagy a terápiával kapcsolatosan?

Betegség:

Terápia:

4. Meg van elégedve a jelenlegi terápiás tervvel?

Igen Nem

5. Mennyire sikerül követni a terápiás tervet?

- A Teljesen
- B Nagyjából
- C Alig
- D Semennyire

6. Mi aggasztja leginkább a gyógyszerrel kapcsolatban?

(Maximum kettő választható)

- A Mellékhatások
- B Alkalmazási módszer
- C A bevétel időpontja
- D A szer formája, állaga, mérete
- E A szer mennyisége
- F Több szer együttes alkalmazása
- G Egyéb:

7. Kényelmesen fel tudja tenni kérdéseit a gyógyszereléssel kapcsolatban?

Igen nem

III. Motiváció

1. Vannak problémái a gyógyszereszedéssel kapcsolatban?

igen nem

6. Jellemző-e Önre, hogy leírja a kérdéseit, amiket fel akar tenni orvosának vagy az ellátó személyzet egy tagjának?

igen

nem

Beteg-együttműködést elősegítő eszközök – választó lista

Kérem, karikázza be az Ön számára megfelelő eszköz/eszközök sorszámát!

1. Betegklub
2. Online betegklub
3. Matricás emlékeztetés
4. Betegnapló
5. Online betegnapló
6. Emlékeztető sms
7. Emlékeztető email
8. Emlékeztető telefonhívás
9. Saját emlékeztető módszer alkalmazása: telefonos jelzés, jegyzet, alkalmazás stb.
10. Egyéb
- +1. Egyik sem

Emlékeztető matrica – Minta

**Bevette már a mai
gyógyszer adagját?**



**Ma se felejtse el bevenni
gyógyszerét!**



Gyógyszer neve:



Alkalmazás időpontja:



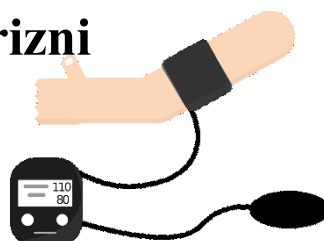
Alkalmazás módszere:



Étkezés előtt
Étkezés közben
Étkezés után

**Ne felejtse el, ellenőrizni
vérnyomását!**

Időpont:



Betegnapló - minta

Általános adatok:

Név:

Születési év:

Testmagasság:

Testsúly (hónap elején):

Alkalmazott terápia:

Gyógyszer:

Alkalmazás módja:

Időpontja:

Mozgás:

Diéta:

Egyéb betegség(ek):

Alkalmazott terápia:

Háziorvos neve:

Gyógyszerész neve:

Napi összefoglaló:

Dátum: hónap nap

Vérnyomás érték:

Reggel:

Este:

Elfogyasztott táplálék:

Reggeli:

Tízórai:

Ebéd:

Uzsonna:

Vacsora:

Egyéb:

Napi mozgás:

Mozgásforma:

Időtartam:

Tünetek:

Orrvérzés:

Látászavar/szemkörnyéki nyomás:

Mellkasi fájdalom/nyomás:

Szédülés/egyensúlyzavar:

Fejfájás:

Fáradtság-érzés:

Nehézlégzés:

Szívdobogás érzet:

Egyéb megjegyzés:

Havi összefoglaló:

Általános állapot:

Testsúly (hónap végén): kg

Háziorvosi találkozások száma: db

Gyógyszerészi találkozások száma: db

Szakorvosi találkozások száma:

szakterület: db

szakterület: db

szakterület: db

szakterület: db

szakterület: db

Találkozások száma egyéb szakemberekkel (dietetikus, gyógytornász, pszichológus, stb.):

szakember: db

szakember: db

szakember: db

Kórházi tartózkodás: nap

Oka:

Jegyzetek



Gottsegen György Országos
Kardiológiai Intézet



Naptár – minta

több gyógyszer esetén ez a formátum nehezen használható

Hónap:						
Hétfő	Kedd	Szerda	Csütörtök	Péntek	Szombat	Vasárnap
Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:
Adag:	Adag:	Adag:	Adag:	Adag:	Adag:	Adag:
Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:
Adag:	Adag:	Adag:	Adag:	Adag:	Adag:	Adag:
Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:
Adag:	Adag:	Adag:	Adag:	Adag:	Adag:	Adag:
Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:
Adag:	Adag:	Adag:	Adag:	Adag:	Adag:	Adag:



Gottsegen György Országos
Kardiológiai Intézet



Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:	Gyógyszer:
Adag:	Adag:	Adag:	Adag:	Adag:	Adag:	Adag:

Gyógyszerszedés ütemterv - Minta

<i>Időpont</i>	Hétfő	Kedd	Szerda	Csütörtök	Péntek	Szombat	Vasárnap
<i>Ébredés</i>							
<i>Reggeli</i>							
<i>Délelőtt: óra</i>							
<i>Ebéd</i>							



Gottsegen György Országos
Kardiológiai Intézet



<i>Délután: óra</i>							
<i>Vacsora</i>							
<i>Este: óra</i>							
<i>Lefekvés előtt</i>							