



CSÓKA ILDIKÓ DR. PHARM., PhD
INTÉZETVEZETŐ EGYETEMI DOCENS, SZTE

Amikor a beteg belép...

A páciens belépése az egészségügyi ellátórendszerbe, további együttműködést meghatározó tényezők

Az egészségvesztés megelődő páciens abbéli döntését követően, hogy segítséget kér és az egészségügyi ellátórendszer valamely színterén „próbálkozik” (jellemzően gyógyszerész vagy az alapellátásban dolgozó házi orvos szakmai tudását veszi igénybe elsőként) bizonyos elvárásokkal érkezik. Attól függően, hogy ezek az elvárások milyen mértékben teljesülnek, a betegek elégedettsége változó lesz.

A betegelégedettség biztosítása nemcsak a betegközpontú gyógyítás teljesítése érdekében fontos, hanem azért is, mert ismert ennek az összefüggése a beteg-együttműködéssel. Ez jelen cikkünk fő témája. Tekintettel arra, hogy a beteg-együttműködést meghatározó dimenziók közül a BETEG-gel kapcsolatosak a leg hangsúlyosabbak, ezért kezdjük röviden ezekkel az egyéni tényezőkkel, majd a cikksorozat következő részében kitérünk a többire is.

BETEGELVÁRÁSOK

A betegelvárások tekintetében a szakirodalom megkülönbözteti:

- a gyakorlati elvárásokat („practical expectations” = amit az egyén valószínűsít, hogy történni fog),
- az ún. érzékelt elvárást („perceived duty” = mi lenne a kötelessége, hogy azt megtegye az ellátó),
- az ideális elvárást („ideal expectation” = amit az egyén leginkább szeretne, hogy történjen).

A betegelvárások közül az alábbiakat jelölték meg a betegek a leggyakrabban:

- pontos információ arról, hogy hova kell menni, a receptiós segítőkészsége, egyeztetett találkozás az ellátóval, a megbeszélte idő tartása,
- az orvos tulajdonságai, viselkedése: tudás, ápoltság, érthető beszéd, figyelem és tisztelet jelei a beteg felé, a beteg méltóságának megőrzési lehetősége,
- információ a betegség okairól és a kivédési lehetőségekről; a kezelés előnyei és hátrányai,

Minél nagyobb a szakadék a gyakorlati elvárások és az ideális elvárás között, annál nagyobb a veszélye annak, hogy az ellátó rendszerbe vetett bizalom és a betegelégedettség csökken.

- lehetőség a problémák megbeszélésére, a gondolatok szabad megosztásának lehetőségére az irányított beszélgetés helyett, a terápiás döntésekbe való bevonás,
- a tünetek csökkenése (A. Bowling, 2012; G. Deledda et al, 2013).

BETEGELÉGEDETTSÉG

A betegelégedettség-mérések a betegelvárások egyes dimenzióin belül az észlelt szolgáltatással való elégedettséget mérik, az általános szolgáltatás minőségének méréseire szolgáló modellek egészségügyi szolgáltatásokra adaptált módszerével.

Az előbbi gondolatokból és további számos tanulmányból láthatjuk, hogy minél nagyobb a betegek elégedettsége, annál nagyobb a valószínűsége, hogy a terápiával együttműködőek lesznek (S. N. Bleich, 2009; C. C. Thiedke, 2007; L. Dit, 2012).

BETEGKÖZPONTÚ GYÓGYÍTÁS

A sikeres terápiás kimenet előfeltételei:

- a megfelelő diagnózist követő adekvát terápia,
- annak megfelelő interpretálása a beteg felé,
- a gyógyszer alkalmazó beteg együttműködése.

Ez utóbbi tényezőnek az emberi magatartásban zajló változások következtében (l. korábban az elvárások listáját) egyre nagyobb szerepe van.

A beteg-együttműködési készséget befolyásoló tényezők – tehát a viselkedésváltozást elősegítő módszertan ismerete – elengedhetetlen eszköztár a ma gyógyító szakembere számára.

A terápia minőségében az egyik legkritikusabb faktor a beteg együttműködése.

A paradigmaváltást betegközpontú gyógyításnak nevezi a szakirodalom és számos összefoglaló tanulmány jelent meg az utóbbi években ebben a témában (National Ageing Research Institute, 2006; IAPO, 2007; M. Bensberg, 2007; R. M. Epstein, R. L. Street, 2011; S. M. Greene et al, 2011; Glyn Elwyn, 2014). A betegelvárások és a betegelégedettség minél magasabb szintű elérése leginkább a betegközpontú gyógyítással valósítható meg.

A betegközpontú gyógyítás (egyéni szint) kapcsán az egészségügyi ellátások (szervezeti szint) szintjén is új modellek jelennek meg, tükrözve a változás lényegét: a beteg egyéni szempontjainak figyelembevételével, sőt vele együtt célszerű kialakítani („co-creation”, „co-production”) és megszervezni a teljes ellátási folyamatot, az egyes tevékenységeket (H. Cottam, C. Leadbeater, 2004; Bartl, 2009; K. Freire et al., 2010; C. Hudon, 2011; M. Spencer et al., 2013; M. S. Winsor, 2013; J. Rae (Peer Insight), 2014).

A BETEG-EGYÜTTMŰKÖDÉS KIFEJEZÉSEI

A beteg együttműködési hajlandóságára először a „compliance” kifejezést alkalmazták; az utóbbi években már az „adherence” és a „persistence” angol kifejezéseket használja a szakirodalom. A „**compliance**” annak mértéke, hogy a beteg mennyire követi az előírt gyógyszeres

terápiát/orvosi utasításokat. A szótár szerint engedelmességet, a „non-compliance” pedig engedetlenséget jelent. Az „**adherence**” szó hűséget, ragaszkodást jelent; megjelenése az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti nomenklatúrában az utóbbi évtizedekben kialakult paradigma-

A beteg aktív vagy passzív szerepet játszik a döntésekben?

váltást hivatott kifejezni (a már említett betegközpontú gyógyítás). Az „adherence” önálló döntésen alapuló, aktív együttműködést jelent a korábban használt „compliance” kifejezéssel szemben, amely leginkább a szakember önálló döntésének magát passzívan alávető beteg viselkedését írja le. Az adherencia jelenti tehát annak a mértékét, hogy a személy viselkedése – gyógyszeresedés, diéta betartása, javasolt életmódváltoztatások kivitelezése milyen mértékben felel meg az egészségügyi szakemberrel történt közös megegyezésnek (ezt a definíciót vette át és használja a WHO is). Az együttműködést nem, vagy nem megfelelő mértékben mutató beteget „nonadherens”-nek nevezik, a jelenséget pedig nonadherenciának.

Ismeretes még a perzisztencia („**persistence**”) kifejezés, amely alatt kitartást, állhatatosságot értünk. Ebben az esetben a magatartáselemzők a gyógyszeresedés/terápiás tervhez való hozzáállás időbeli változását mérik.

Eset

Az adherenciaeredmények jellemzően jobbak akut megbetegedések esetén (terápia max. 5 nap); krónikus betegek perzisztenciaadatai szerint drámaian csökken az együttműködés a terápia első 6 hónapja után (3 hónapon belül 21%, 6 hónapon belül 44% hagyja abba a gyógyszeresedést).

A „**concordance**” kifejezésben jelenik meg az a gyógyításban tapasztalható paradigmaváltás, amelynek lényege, hogy a korábbi paternalista modellben megismert betegszerep megváltozásával együtt a terápiás döntéshozatal

konzultáción, megosztott döntéshozáson alapul. A „concordance” tehát nem a beteg viselkedését jellemzi immár, hanem a terápiás kapcsolatot. Nem értelmezi a beteg együttműködési készségének hiányát (azaz nem hárítja a teljes felelősséget a betegre), mert bármilyen hiányosság az egészségügyi szakember és a beteg közötti konzultatív együttműködés (terápiás szövetség) hibájának ró fel (WHO, 2003; M. Weiss, 2003, DiMatteo, 2004; L. Osterberg 2005).

Nincs konszenzusos kritériumrendszere az adherens/nem adherens határ megjelölésének a szakirodalomban. Jellemzően 80% és afeletti teljesítményt tekintenek adherens viselkedésnek, más esetekben 95% az alsó határ (pl. HIV terápia).

Számos meghatározási módszer ismeretes; ezek azonban betegség, beteg és terápia/gyógyszer/tevékenység specifikusak, ahogyan a mérések is és a beavatkozások is.

BETEG-EGYÜTTMŰKÖDÉSI NEHÉZSÉGEK

Együttműködési probléma az ellátási folyamat bármely fázisában/lépésében, a terápia alatt és a terápiát követően is előfordulhat. Jellemzően két ellátási tevékenység (vagy ellátási szint/terület) közötti „szünetek”-ben, ahol a beteg magára maradhat. A fókusz ezért helyezük az alap (és esetleg szak)ellátási szintre, ahol az egyes tevékenységek között a leginkább szükséges a beteg öntevékenysége, illetve az a szándék, hogy folytassa a terápiát.

A nonadherencia megjelenési formáit illetően az alábbi együttműködési nehézségekkel találkozhatunk:

- a beteg nem megy el/késve/időnként megy el szűrésekre, az előírt diagnosztikai és egyéb laborvizsgálatokra,
- gyógyszeresedésben felelőtlenség vagy szándékos eltérés a megbeszéltektől,
- a beteg nem megy el a megbeszéltektől orvosi vizitekre,
- a beteg nem tartja be az életmód-, mozgás- és táplálkozási előírásokat az egészsége érdekében.

Használják még a primér (ha nem megy el kiváltani a gyógyszert/nem megy el orvoshoz) és a szekunder (ha nem megy vissza, nem megfelelően használja a gyógyszert stb.) nonadherenciát is (K. Panesar 2012; S. R. Lieber 2014).

Az együttműködés korábban bemutatott (ellátási folyamatokkal kapcsolatos) területei közül a gyógyszeresedés mutatja a legjobb – de még ez is 80% alatti – eredményeket (79,4%), míg a szűrés 72,8%, a testmozgás 72%, az egészséges életmód 69,7%, az orvossal találkozás 65,9% és a diéta 59,3%-os értéket mutat (DiMatteo, 2004).

Csoportosítható a jelenség abból a szempontból is, hogy **szándékos** (a beteg önálló döntéssel megfelel az adagot, abbahagyja a szedést stb.) vagy **akaratlan** viselkedésről (pl. felelőtlenség miatt nem veszi be a gyógyszert) van szó.

A felelőtlenség kb. 30%-ban játszik szerepet, míg a szándékos nonadherencia egyre nagyobb méreteket ölt. 70%-ban a beteg önállóan dönt a kezelés módosításáról vagy felfüggesztéséről tudáshiánya, hite, bizalmatlansága, féltelme stb. miatt (L. Osterberg, 2005).

A bemutatott szakirodalmi források összefoglalása révén látható, hogy hol sérülhet/szakadhat meg a terápia a beteg részéről. Ennek több oka is lehet. A cikksorozat következő részében mind az 5 dimenziót áttekintjük.

Szegedi Tudományegyetem Gyógyszerésztudományi Kar, Gyógyszerfelügyeleti Intézet