



dr. Molnár Márk Péter
Budapesti Corvinus Egyetem
Vezetéstudományi Intézet
mark.molnar@uni-corvinus.hu

Beteg-együttműködés és a háttérben meghúzódó tényezők

XIV. Betegbiztonsági Fórum
Budapest, 2011. június 2.



Az előadás témái

- A terápiahűség jelentősége, alapvetései és gazdasági vetületei**
- A magyar betegek együttműködési készsége a nemzetközi mérések tükrében**
- Hogyan látják a betegek? Betegattitűdők vizsgálata Magyarországon**

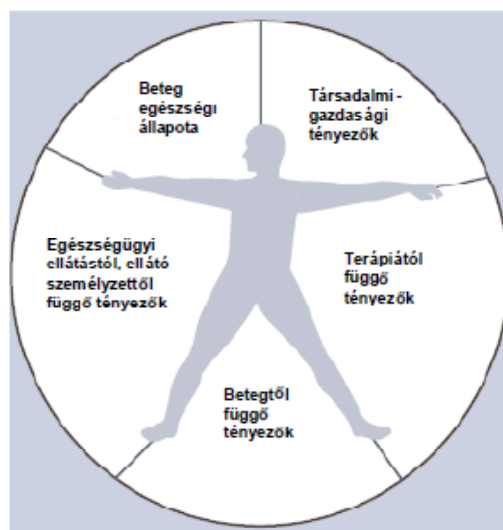


Mit takar a beteg-együttműködés hiánya?

- ➔ A beteg a kezelőorvosa által rendelt gyógyszert nem feltétlenül váltja ki a gyógyszerterápiában, aminek oka lehet feledékenység, a betegségérzet hiánya, vagy az orvosi utasítás egyéb okból történő „felülírása”.
- ➔ A kiváltott gyógyszert a beteg nem veszi be, az előbbiekhöz hasonló okokból.
- ➔ A gyógyszert a beteg beveszi ugyan, de nem a megfelelő gyakorisággal, időpontban, adagban, vagy nem az alkalmazási előíratban szereplő módon.
- ➔ A gyógyszeres terápiát a beteg idő előtt abbahagyja vagy félbeszakítja, mivel javulást érez egészségi állapotában, visszanyeri pszichológiai biztonságát, gyengül betegségtudata, zavarják esetleges mellékhatások, vagy egyszerűen valamiért „nem ér rá” a következő terápiás adag felírására vagy kiváltására.



Milyen tényezőkön múlik a beteg együttműködési készsége?



A beteg-együttműködés javítása azoktól a beavatkozásoktól remélhető, melyek egyszerre több tényezőre tudnak eredményesen hatni!

A beteg-együttműködést befolyásoló tényezők legfőbb csoportjai az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2003-as tanulmánya alapján

A beteg-együttműködés alapfogalmai



Compliance

A gyógyszereszedés intenzitása, annak mértéke, hogy a beteg mennyiben követi az orvos gyógyszereszedésre vonatkozó utasításait.

Perzisztencia

A gyógyszereszedés időtartama, az az időperiódus, ami alatt a beteg tartja magát a javasolt gyógyszeres kezeléshez.

Adherencia

A beteg egészségügyi szakemberrel egyeztetett viselkedése a gyógyszereszedés területén ideértve a terápia hosszát és annak szabályait

Konkordancia

A beteg és az egészségügyi szakember közös megállapodásában rögzített cselekvési terv követése a gyógyszereszedés és az életmód területén

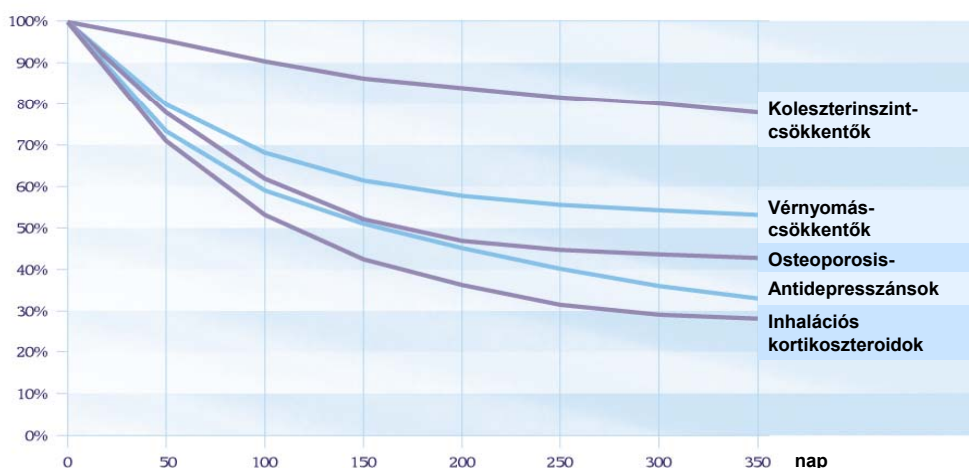
Grace periódus

Az az időtartam, melynek a szükséges gyógyszeradag nélküli elmúltával a beteget úgy tekintjük, mint aki már nincs a vizsgált terápiaán (2 hónap).

XIV. Betegbiztonsági Fórum, Budapest
2011. június 2.
(5)

© Budapesti Corvinus Egyetem,
Vezetéstudományi Intézet

Közismert tény, hogy a betegek jelentős része sehol a világon nem működik együtt

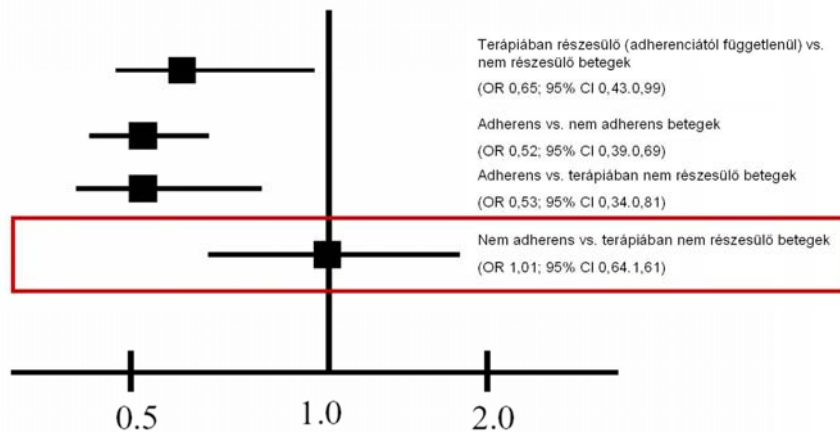


Ron M. C. Herings, PHARMO Institute, NL

XIV. Betegbiztonsági Fórum, Budapest
2011. június 2.
(6)

© Budapesti Corvinus Egyetem,
Vezetéstudományi Intézet

A beteg-együttműködés hiánya terápiás kudarchoz vezet



A kardioprotektív gyógyszerek szedése iránti adherencia és a mortalitás összefüggése (Michael H, 2006)

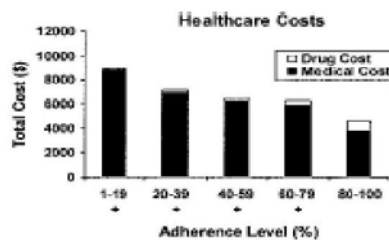
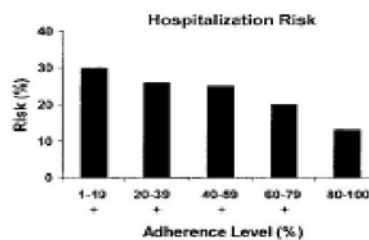
XIV. Betegbiztonsági Fórum, Budapest
2011. június 2.
(7)

© Budapesti Corvinus Egyetem,
Vezetéstudományi Intézet

A nemzetközi adatok alapján a rossz adherencia pokoli sok pénzbe kerül az ellátórendszernek



- A kórházi események több mint 10%-a a rossz adherenciára vezethető vissza (Vermiere et al, USA, 2001)
- A megelőzhető gyógyszerelési problémák 20%-ának háttérében a rossz adherencia áll (Gurwitz et al, USA, 2003)
- Az adherencia hiánya évente 100 milliárd dolláros nagyságrendű kiadást eredményez az Egyesült Államokban (Vermiere et al, USA, 2001)

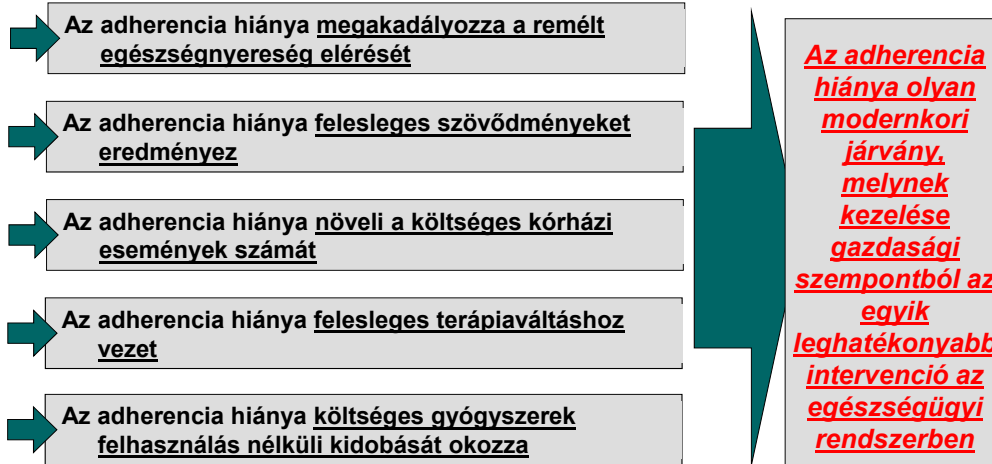


Az adherencia javítása akár tízszer többet képes megtakarítani, mint amennyibe kerül!

XIV. Betegbiztonsági Fórum, Budapest
2011. június 2.
(8)

© Budapesti Corvinus Egyetem,
Vezetéstudományi Intézet

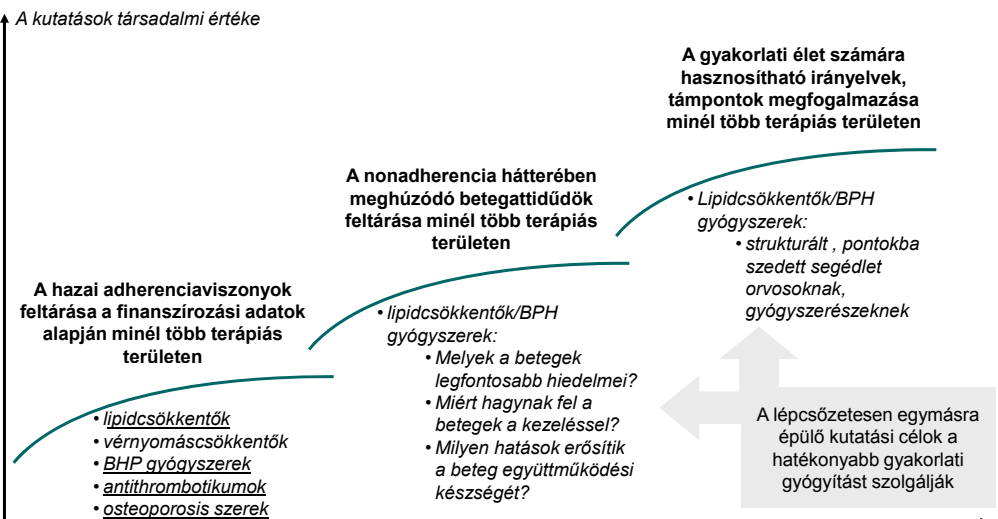
Gazdaságilag a leghatékonyabb gyógyszer az, amit megfelelően bevesznek a betegek



XIV. Betegbiztonsági Fórum, Budapest
2011. június 2.
(9)

© Budapesti Corvinus Egyetem,
Vezetéstudományi Intézet

Kutatócsoportunk (BCE, SE, SZTE) célkitűzései



XIV. Betegbiztonsági Fórum, Budapest
2011. június 2.
(10)

© Budapesti Corvinus Egyetem,
Vezetéstudományi Intézet



Az előadás témái

- **A terápiahűség jelentősége, alapvetései és gazdasági vetületei**
- **A magyar betegek együttműködési készsége a nemzetközi mérések tükrében**
- **Hogyan látják a betegek? Betegattitűdők vizsgálata Magyarországon**



A vizsgálatok módszertana

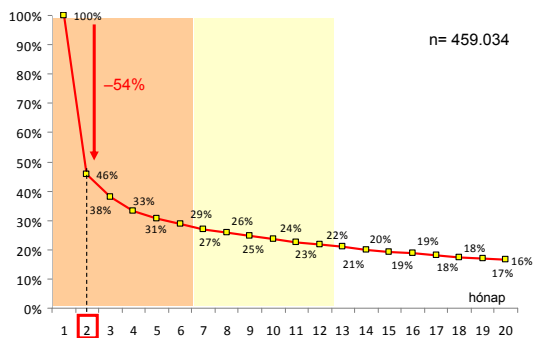
- ➔ **A perzisztenciagörbék az OEP finanszírozási adataira épülnek, vagyis nem mintavételes jellegűek, hanem az új betegek teljes sokaságára kiterjednek**
- ➔ **Az alapadatok TAJ-szintűek, vagyis nem modellezés, nem klinikai vizsgálat, hanem tényadatok feldolgozása**
- ➔ **A vizsgálat alapját a 2007-2008-2009-2010-ben megkezdett kezelések képezik, vagyis aki korábban egy adott szert már kapott, az nem része a vizsgálatnak**
- ➔ **A vizsgálatok információkat szolgáltatnak időbeli, területi, kor, hatóanyag és hatáserősség szerinti bontásban**

A sztatinek területén tragikus perzisztenciát mértünk a finanszírozási adatok alapján



A sztatinszedők perzisztenciája

Sztatín-perzisztencia nemzetközi összevetésben



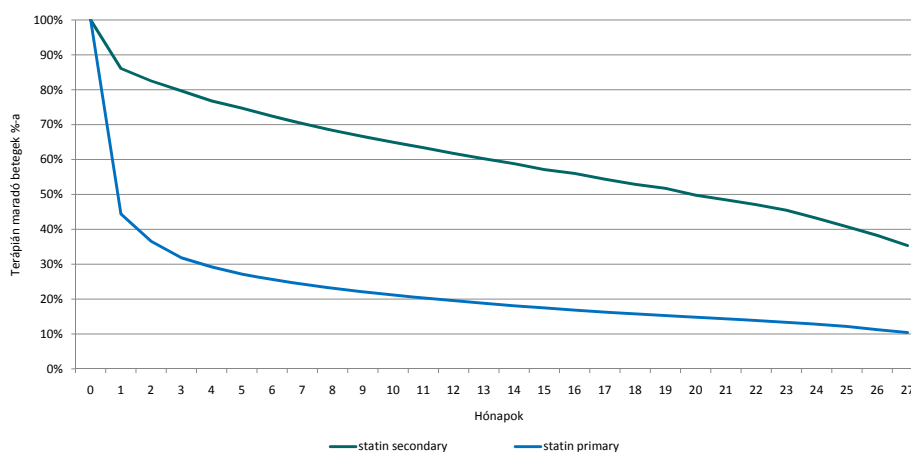
Ország	6-havi perzisztencia	12-havi perzisztencia
Finnország	85%	75%
USA	45%	35%
Magyarország	29%	22%

10 betegből csupán 2 váltja ki a gyógyszerét 12 hónappal az első felírást követően, arra vonatkozóan nincsenek adatok, hogy e 2 betegből hányan szedik be szabályosan a szereket.

XIV. Betegbiztonsági Fórum, Budapest
2011. június 2.
(13)

© Budapesti Corvinus Egyetem,
Vezetéstudományi Intézet

A sztatinek esetében a primer és a szekunder prevenció alkalmazás között óriási a különbség (19% vs. 61%)



Primer prevencióban 10 betegből csupán 2 váltja ki a gyógyszerét 12 hónappal az első felírást követően, szekunder prevencióban 6, vagyis az alapellátásban a legnagyobb a gond

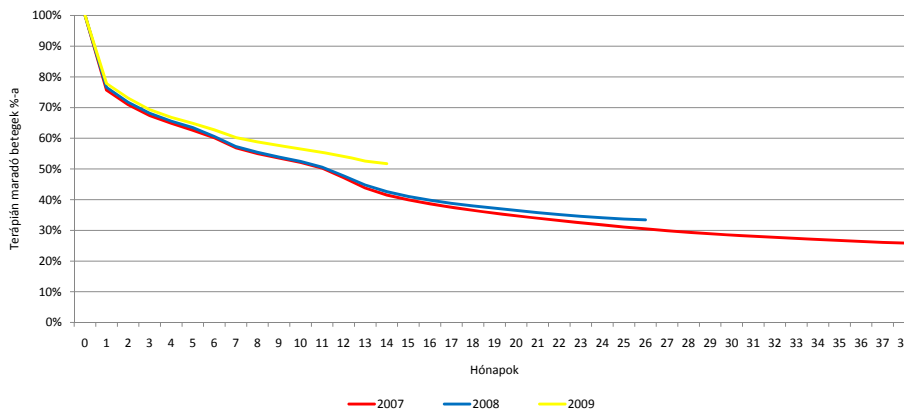
XIV. Betegbiztonsági Fórum, Budapest
2011. június 2.
(14)

© Budapesti Corvinus Egyetem,
Vezetéstudományi Intézet

A teljes clopidogrel-perzisztencia hasonlít a sztatin-perzisztenciára (47%)



Clopidogrel összes teljes terápiás perzisztenciája (60 napos grace periódus) - 2007 - 2008 - 2009 időszak külön-külön



Még a clopidogrel esetén is csupán 10 betegből kevesebb mint 5 váltja ki a gyógyszerét 12 hónappal az első felírást követően

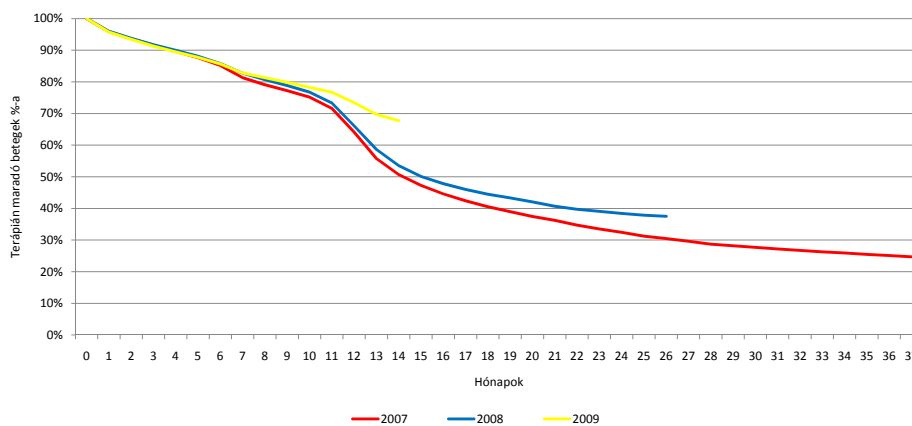
XIV. Betegbiztonsági Fórum, Budapest
2011. június 2.
(15)

© Budapesti Corvinus Egyetem,
Vezetéstudományi Intézet

A PCI beavatkozáson átesett betegek clopidogrel-perzisztenciája lényegesen kedvezőbb (64%)



Clopidogrel PCI teljes terápiás perzisztenciája (60 napos grace periódus) - 2007 - 2008 - 2009 időszak külön-külön

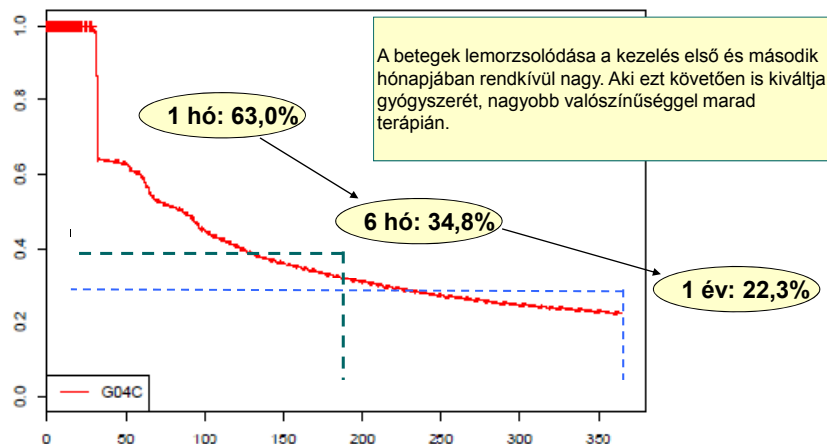


A beavatkozáson átesett betegek perzisztenciája jellegzetes képet mutat (finanszírozás!), 10 betegből majdnem 7 váltja ki a gyógyszerét 12 hónappal az első felírást követően

XIV. Betegbiztonsági Fórum, Budapest
2011. június 2.
(16)

© Budapesti Corvinus Egyetem,
Vezetéstudományi Intézet

A BPH kezelésében sem találtunk kedvező képet a beteg-együttműködésről (22,3%)

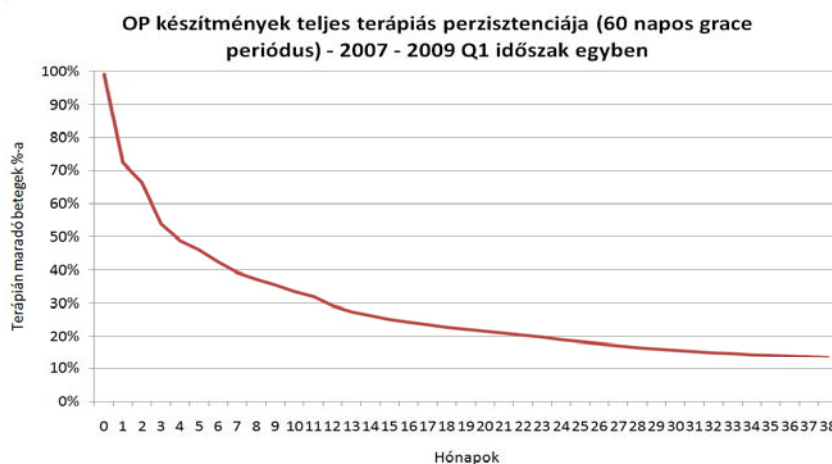


10 betegből alig 2 váltja ki a gyógyszert 12 hónappal az első felírást követően

XIV. Betegbiztonsági Fórum, Budapest
2011. június 2.
(17)

© Budapesti Corvinus Egyetem,
Vezetéstudományi Intézet

A betegek ragaszkodása az osteoporosis kezeléséhez szintén nem éri el a nemzetközi referenciákat (29,2%)

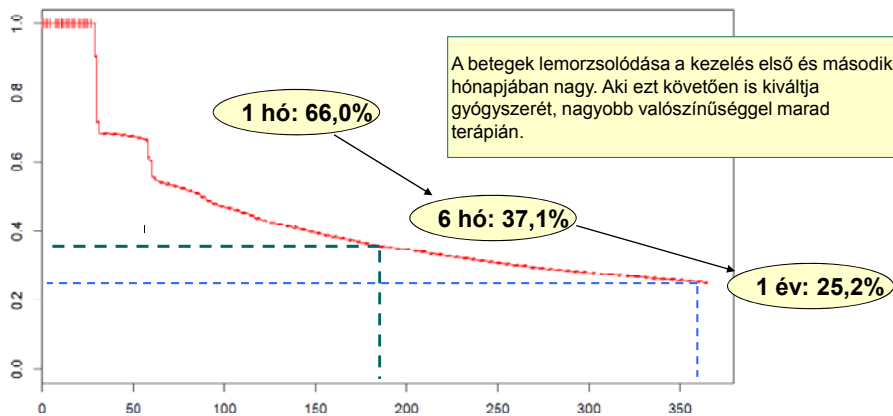


Törésprevencióban 10 betegből csupán 3 váltja ki az orális gyógyszert 12 hónappal az első felírást követően

XIV. Betegbiztonsági Fórum, Budapest
2011. június 2.
(18)

© Budapesti Corvinus Egyetem,
Vezetéstudományi Intézet

A magasvérnyomás kezelésében (ACEI) messze elmaradunk a nemzetközi adatoktól (25,2%)



ACE-gátlók esetében 10 betegből 3 sem váltja ki az orális gyógyszerét 12 hónappal az első felírást követően

XIV. Betegbiztonsági Fórum, Budapest
2011. június 2.
(19)

© Budapesti Corvinus Egyetem,
Vezetéstudományi Intézet

Az előadás témái



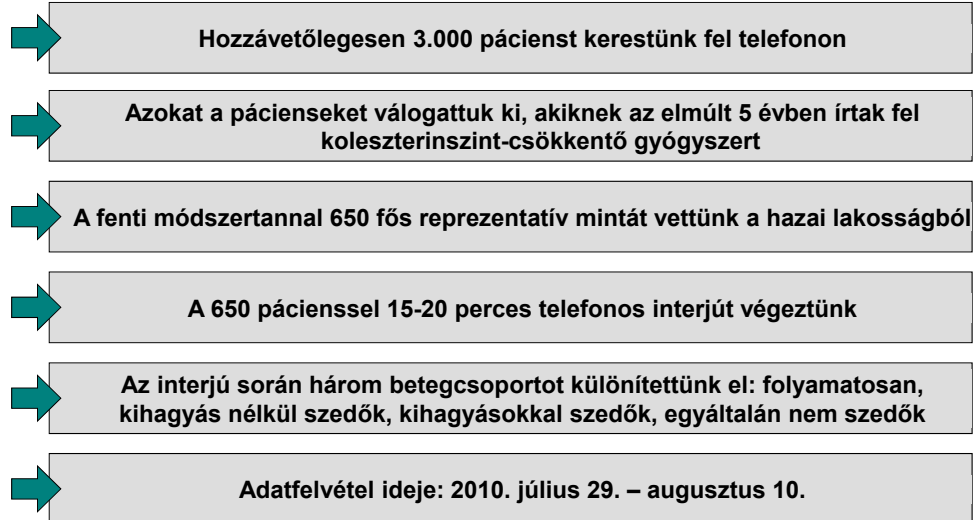
- A terápiahűség jelentősége, alapvetései és gazdasági vetületei
- A magyar betegek együttműködési készsége a nemzetközi mérések tükrében
- Hogyan látják a betegek? Betegattitűdők vizsgálata Magyarországon

XIV. Betegbiztonsági Fórum, Budapest
2011. június 2.
(20)

© Budapesti Corvinus Egyetem,
Vezetéstudományi Intézet



A vizsgálat módszertana



XIV. Betegbiztonsági Fórum, Budapest
2011. június 2.
(21)

© Budapesti Corvinus Egyetem,
Vezetéstudományi Intézet

A telefonos lekérdezés alapján a betegek fele vallja; nem szedi rendszeresen gyógyszerét

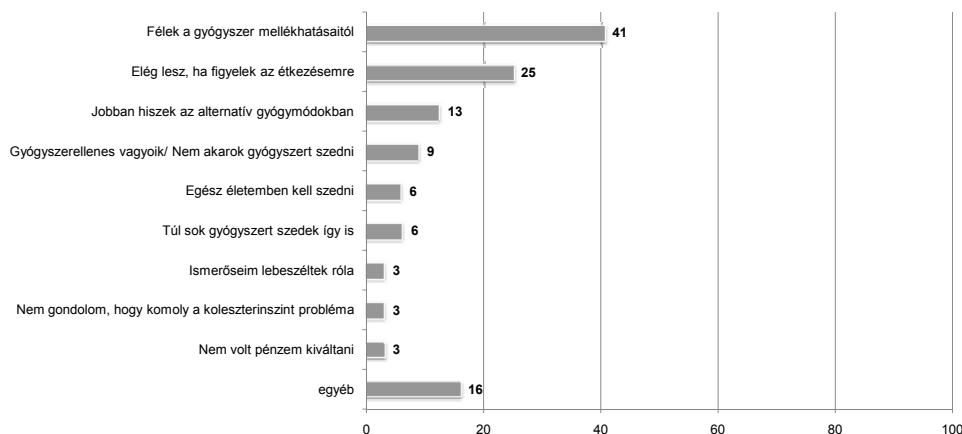


10 betegből 5 saját bevallása szerint sem szedi rendszeresen a koleszterinszint-csökkentőjét

XIV. Betegbiztonsági Fórum, Budapest
2011. június 2.
(22)

© Budapesti Corvinus Egyetem,
Vezetéstudományi Intézet

A betegek 4%-a sosem váltotta ki a felírt koleszterinszint-csökkentőjét

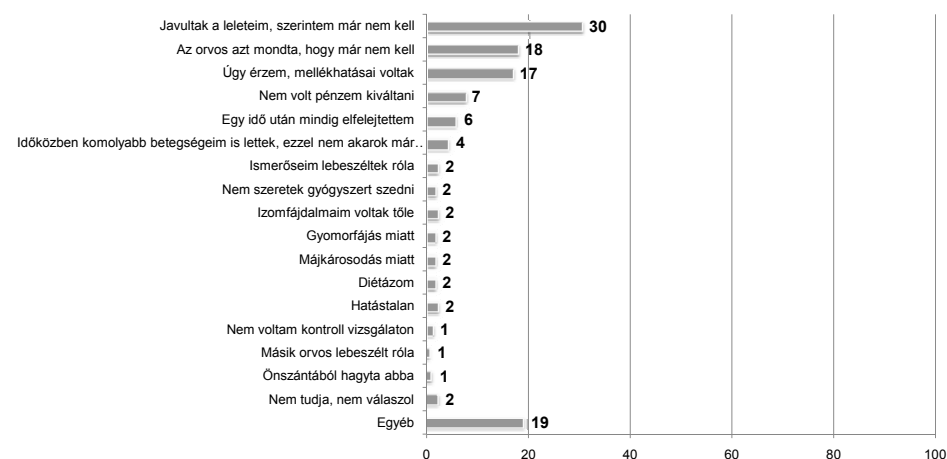


Az első kiváltás elmaradását a mellékhatásoktól való félelem és az alternatív terápiákba vetett hit okozza leggyakrabban

XIV. Betegbiztonsági Fórum, Budapest
2011. június 2.
(23)

© Budapesti Corvinus Egyetem,
Vezetéstudományi Intézet

A betegek 30%-a eleinte szedte a gyógyszerét, majd abbahagyta azt



A kezelés megszakítását a leletek javulása, vagy mellékhatások jelentkezése okozza leggyakrabban

XIV. Betegbiztonsági Fórum, Budapest
2011. június 2.
(24)

© Budapesti Corvinus Egyetem,
Vezetéstudományi Intézet

Az alábbi attitűdök a legfontosabb támogatói és hátráltatói a megfelelő beteg-együttműködésnek



- A koleszterinszint-csökkentőt rendszeresen kell szedni, különben semmit sem ér
- Rendszeresen mérik a koleszterinszintemet
- Bízok abban az orvosban, aki felírja a gyógyszereimet
- Elégedett vagyok azzal az orvossal, aki felírja a gyógyszereimet
- A gyógyszereimet igyekszem mindig a nap azonos szakában bevenni
- A koleszterinproblémámmal néha a szakorvosomat is felkeresem
- Ha az orvos felír egy gyógyszert, akkor azt érdemes komolyan venni
- Míg mások csak beszélnek a megelőzésről, én teszek is érte

- Meggyőződés, hogy ha rendeződik a koleszterinszintem, elég lesz tartani a diétát
- Jobban bízom a természetgyógyászatban, mint a kezelőorvosomban
- Gyakran tapasztalom, hogy az egyik orvos ezt tanácsolja, míg a másik valami mást
- Komolyan tartok a gyógyszerek mellékhatásaitól
- Ha beteg vagyok rögtön elkezdem magamat kúrálni gyógyhatású készítményekkel
- Ha néha beveszem a koleszterinszint-csökkentőt, az is biztos javít a problémán
- Az orvosok gyakran írnak fel gyógyszereket feleslegesen

XIV. Betegbiztonsági Fórum, Budapest
2011. június 2.
(25)

© Budapesti Corvinus Egyetem,
Vezetéstudományi Intézet

Mit tehet az egészségügyi szakszemélyzet az adherencia javításának érdekében a lipidcsökkentők területén?



- ➔ **Nyerjük meg a páciens bizalmát és elégedettségét, ez önmagában jelentős lépés a jó adherencia felé vezető úton**
- ➔ **A kezelés megindításakor adjunk megfelelően alapos és szakszerű tájékoztatást a páciensnek, ezzel sok kételyt eloszlathatunk**
- ➔ **Sose rendeljünk úgy gyógyszert, hogy közben egy másik szakember javaslatát kritizáljuk, mivel így a saját szaktekintélyünket és az adherenciát is romboljuk**
- ➔ **Győzzük meg a páciensről, hogy nem felesleges a gyógyszerrendelés, adjunk praktikus tanácsokat arról, hogy hogyan lehet a pirulákat rendszeresen szedni, és hívjuk fel a figyelmet a következményekre**
- ➔ **Bátran válasszunk olyan hatóanyagot, aminek már lejárt a szabadalma, hiszen ezeknél a termékeknél sem rosszabb a betegek adherenciája a kutatási eredmények alapján, a csere még javíthatja is a beteg-együttműködést**

XIV. Betegbiztonsági Fórum, Budapest
2011. június 2.
(26)

© Budapesti Corvinus Egyetem,
Vezetéstudományi Intézet