

Współpraca z pacjentem – optymalizacja i przyczyny niepowodzeń w leczeniu niewydolności serca – zalecenia ekspertów American College of Cardiology 2021

Patient adherence – optimization and causes of nonadherence in heart failure treatment – 2021 American College of Cardiology expert recommendations

Magdalena Gabriela Gajewska, Marcin Grabowski

I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Streszczenie

W związku z pojawieniem się nowych terapii dedykowanych niewydolności serca z obniżoną frakcją wyrzutową (HFrEF) wytyczne amerykańskie wymagały aktualizacji, która została opublikowana w tym roku. Eksperti poza omówieniem nowych zaleceń dotyczących farmakoterapii, strategii oceny i postępowania po rozpoznaniu HFrEF, oceny echokardiograficznej progresji niewydolności serca (NS), oceny stężenia peptydów natriuretycznych, dyskutują także kwestię skierowania do specjalisty chorego z NS oraz przyczyny niepowodzeń współpracy terapeutycznej oraz propozycje optymalizacji leczenia. W tym artykule omówione zostaną wybrane fragmenty aktualizacji wytycznych American College of Cardiology (ACC) dotyczące przyczyny problemów we współpracy z pacjentem oraz możliwości jej optymalizacji. Przyczyny problemów we współpracy z pacjentem mają złożone podłoże i bezpośrednio wpływają na efekt terapii. W optymalizacji leczenia istotne są partnerstwo w relacji terapeutycznej oraz indywidualizacja podejścia do pacjenta. *Geriatrics 2021; 15: 91-94. doi: 10.53139/G.20211512*

Słowa kluczowe: niewydolność serca, HFrEF, ACC, adherencja, leczenie przewlekłe

Abstract

With the emergence of new therapies dedicated to heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF), the 2017 american guidelines required an update, which was published this year. In the 2021 update new recommendations for the following issues were discussed: pharmacotherapy, strategies for evaluation and management after diagnosis of HFrEF, echocardiographic assessment of heart failure (HF) progression, assessment of natriuretic peptide levels, referral to a specialist for a patient with HF, and reasons for failure of therapeutic collaboration and suggestions for treatment optimization. In this article, we will discuss selected excerpts from the American College of Cardiology (ACC) guideline update regarding reasons for problems in patient adherence and opportunities for optimization. The causes of patient nonadherence are complex and have a direct impact on treatment outcomes. To optimize treatment, partnership in the therapeutic relationship and an individualized approach to the patient are important. *Geriatrics 2021; 15: 91-94. doi: 10.53139/G.20211512*

Keywords: heart failure, HFrEF, ACC, adherence, chronic treatment

Przyczyny niepowodzeń

Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich jest bardzo ważną przyczyną gorszych wyników leczenia pacjentów z niewydolnością serca (NS). Od 20 do 50% pacjentów nie stosuje się do zaleceń lekarskich, procent ten jest uzależniony od rodzaju stosowanych preparatów. Jest to złożone zjawisko, które częściej jest działaniem niezamierzonym niż zamierzonym. Ma ono swoje

podłoże (1) w pacjencie [postrzegany brak efektów, słaba znajomość zagadnień zdrowotnych, upośledzenie fizyczne (wzrok, zdolności poznawcze), choroby psychiczne (depresja, lęk), izolacja społeczna, zaburzenia poznawcze (demencja)]; (2) w stanie zdrowia pacjenta (wysokie złożony schemat leczenia NS, wpływ chorób współistniejących (np. depresja), polifarmakoterapia spowodowana jednoczesnym leczeniem wielu chorób

współistniejących); (3) w schemacie terapii pacjenta (częstotliwość dawkowania, polifarmakoterapia, działania niepożądane); (4) w aspektach społeczno-ekonomicznych (koszty bieżące, utrudniony dostęp do apteki, brak wsparcia społecznego, bezdomność) oraz (5) w systemie opieki zdrowotnej (słaba komunikacja, silosowość opieki, brak automatyzacji przedłużania recept, trudności w poruszaniu się po programach pomocy dla pacjentów).

Poza nieprzestrzeganiem zaleceń wielu pacjentów nie otrzymuje docelowych dawek leku, pomimo braku udokumentowanej nietolerancji.

Populacja pacjentów z HFrEF zazwyczaj jest obciążona licznymi chorobami współwystępującymi, co wiąże się ze stosowaniem wielu leków jednocześnie i znaczną komplikacją schematu terapeutycznego. Dlatego interwencje wspierające przestrzeganie zaleceń leczenia NS muszą być wielodyscyplinarne, wieloczynnikowe i jednocześnie dostosowane do szczególnych potrzeb konkretnego pacjenta.

Optymalizacja

Regularna ocena przestrzegania zaleceń umożliwia ukierunkowane indywidualnie podejście umożliwiające dostosowanie interwencji do pacjenta. Klinicyści mają tendencję do przeceniania przestrzegania zaleceń przez pacjenta, a ponadto nie istnieje uniwersalny miernik, pozwalający na ocenę poziomu stosowania się do zaleceń.

W czasie ostatniej dekady można zaobserwować przekształcenie hierarchicznego podejścia do współpracy terapeutycznej z pacjentem na partnerskie, kładące nacisk na rozwiązania systemowe. W związku z tym zmieniło się także słownictwo nazywające współpracę: wcześniej “zgodność z zaleceniami” (en. compliance), a później “stosowanie się do zaleceń” (en. adherence) zostały zastąpione przez “aktywację”, “zaangażowanie” i “wzmocnienie pozycji”. W tym nowym modelu pacjenci są postrzegani jako potrzebujący wsparcia, a obwinianie przynosi efekt odwrotny od zamierzonego. Podstawą tego modelu są: wspólne podejmowanie decyzji, holistyczne podejście do wielu chorób przewlekłych, przejrzystość kosztów, osobista odpowiedzialność i teorie behawioralne. Mają one poprawić stopień stosowania się do zaleconego leczenia.

Optymalizacyjne interwencje

Wyodrębniono sześć kategorii interwencji: (1) edukacja pacjenta; (2) zarządzanie schematem przyjmowania leków; (3) konsultacja farmakologa klinicznego w celu współzarządzania chorobą przewlekłą; (4) terapia poznawczo-behawioralna; (5) przypomnienie o konieczności przyjmowania leków; oraz (6) zachęty promujące przestrzeganie zaleceń.

Przegląd systematyczny i metaanaliza badań interwencyjnych dotyczących przestrzegania zaleceń lekarskich potwierdziły, że najskuteczniejsze interwencje były dostarczane osobiście przez farmaceutów. W przeglądzie systematycznym 57 badań interwencje mające na celu zwiększenie przestrzegania zaleceń u pacjentów z NS wiązały się z mniejszą śmiertelnością i mniejszą liczbą ponownych przyjęć do szpitala.

Istotnym aspektem jest system i polityka promujące przestrzeganie zaleceń. Indywidualni pacjenci i lekarze muszą być wspierani przez ten system. Zautomatyzowane narzędzia przesiewowe i oceniające mogłyby zidentyfikować i ukierunkować pacjentów znajdujących się w grupie ryzyka nieprzestrzegania zaleceń. Rozwijające się technologie informacji zdrowotnej umożliwiają gromadzenie zbiorczych danych dotyczących realizacji recept, a także wymianę tych danych między świadczeniodawcami i w różnych środowiskach. Elektroniczna dokumentacja pacjenta daje możliwości automatycznej oceny dostosowania się pacjentów do terapii. Dzięki temu możliwe jest wskazanie potencjalnych punktów do interwencji indywidualnej i systemowej.

W optymalizacji przestrzegania zaleceń można wykorzystać jeszcze takie strategie jak: (1) integracja farmaceuty, koordynatorów pacjenta i zarejestrowanych pielęgniarek w ramach wspólnej praktyki, co może pomóc w optymalizacji terapii opartej na wytycznych; (2) ograniczenie dopłat w związku z niewielkim wzrostem liczby zrealizowanych recept; (3) modele zaangażowania beneficjenta; (4) zachęty lub inne nagrody za przestrzeganie zaleceń lekarskich, które mogą przynieść oszczędności w przypadku wysoce skutecznych i niedrogich leków w HFrEF. Autorzy aktualizacji proponują dziesięć strategii pozwalających na poprawę współpracy terapeutycznej, które zostały przedstawione na rycinie 1.

Konflikt interesów / Conflict of interest
Brak/None

Dziesięć strategii na poprawę współpracy terapeutycznej

1. Czas, kiedy pacjenci są najbardziej predysponowani do przestrzegania zaleceń
 - a. W szpitalu/przed wypisem po dekompensacji
2. Uwzględnienie perspektywy pacjenta
 - a. Zacząć od celów terapii, następnie omówić konkretne działania
 - b. Wykorezystanie materiałów pomocniczych
 - c. Należy zapytać pacjenta, w jaki sposób najlepiej się uczy i odpowiednio do tego zapewnić edukację.
 - d. Należy stosować materiały edukacyjne dostosowane do kultury pacjenta.
3. Uproszczenie schematów przyjmowania leków
4. Uwzględnienie kosztów i dostępu
 - a. Poszukiwanie tańszych zamienników
 - b. Ułatwienie dostępu do refundacji
 - c. Dłuższe terminy realizacji
5. Komunikacja z innymi klinicystami zaangażowanymi w opiekę, elektroniczna dokumentacja medyczna
6. Edukacja z wykorzystaniem praktycznych, przyjaznych dla pacjenta informacji
 - a. Pisemne wyjaśnienie celu stosowania każdego przepisanego leku
 - b. Porada w przypadku złożonych schematów przyjmowania leków
 - c. Zasada „nauczania zwrotnego”, aby wzmocnić edukację
7. Zalecanie narzędzi, które wspierają przestrzeganie zaleceń
 - a. Pudełka na tabletki wypełniane przez pacjenta lub partnera na tydzień w danym czasie
 - b. Alarmy dla pory dnia, w której należy podać leki
 - c. Aplikacje na smartfony lub inne mobilne aplikacje zdrowotne, które zapewniają interaktywną platformę dla edukacji, przypomnień, ostrzeżeń i śledzenia przestrzegania zaleceń
8. Rozważenie wsparcia behawioralnego
 - a. Rozmowy motywacyjne
 - b. Uczestnictwo w projektach, programach
9. Przewidywanie problemów
 - a. Informowanie o typowych skutkach ubocznych
 - b. Przekazanie instrukcji, kiedy zgłaszać problemy
10. Monitorowanie przestrzegania zaleceń i zwracanie uwagi na pacjentów z grup ryzyka
 - a. Bezpośrednio pytać pacjentów: ile i jak przyjmuje leki
 - b. Omawianie schematów podczas wizyt, ze szczególnym uwzględnieniem rozbieżności
 - c. Ocena nadmiaru leków
 - d. Monitorowanie
 - e. Ocena stężeń leków (np. digoksyny, INR) lub stężeń BNP/NT-proBNP.
 - f. Planowanie domowych wizyt pielęgniarskich dla wybranych pacjentów

Rycina 1. Dziesięć strategii na poprawę współpracy terapeutycznej. Na podstawie [1]
 ACC - American College of Cardiology; BNP- peptyd natriuretyczny typu B; INR - międzynarodowy współczynnik znormalizowany; NT-proBNP - N-końcowy peptyd natriuretyczny typu pro-B

Figure 1. Ten strategies for improving therapeutic collaboration. Based on [1].
 ACC - American College of Cardiology; BNP - B-type natriuretic peptide; INR - international normalized ratio; NT-proBNP - N-terminal pro-B-type natriuretic peptide

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Marcin Grabowski

I Katedra i Klinika Kardiologii

Warszawski Uniwersytet Medyczny

UCK WUM

ul. Banacha 1a; 02-097 Warszawa

☎ (+48 22) 599 19 58

✉ grabowski.marcin@me.com

Piśmiennictwo/References

1. Thomas M. Maddox, James L. Januzzi, Larry A. Allen, et al. 2021 Update to the 2017 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Optimization of Heart Failure Treatment: Answers to 10 Pivotal Issues About Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol.* 2021;77(6):772–810