

Συμμόρφωση στη Θεραπεία και ο Ρόλος των Επαγγελματιών Υγείας: Η περίπτωση των οστεοπορωτικών ασθενών

Αγγελική Φράγκου¹, Παρασκευή Αποστολάρα², Αθηνά Καλοκαιρινού³

1. Πτυχιούχος Πληροφορικής ΠΑ.ΠΕΙ., 4ετής φοιτήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ
2. Νοσηλεύτρια – Εκπαιδευτικός Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, 1ο ΕΠΑΛ Καματερού, MSc, PhD
3. Καθηγήτρια Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οστεοπόρωση αποτελεί μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας, παγκοσμίως. Παρά την ύπαρξη μεγάλου αριθμού αποτελεσματικών θεραπειών για την αντιμετώπισή της, ένα από τα συνηθέστερα εμπόδια στην επίτευξη βέλτιστης προστασίας αποτελεί η μη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι να αναλύσει τις παραμέτρους που αφορούν στη συμμόρφωση των οστεοπορωτικών ασθενών στη θεραπευτική αγωγή και να αναδείξει τον καθοριστικό ρόλο των επαγγελματιών υγείας σε αυτή. Πολλές μελέτες δείχνουν ότι το ποσοστό συμμόρφωσης στη μακροχρόνια φαρμακευτική θεραπεία είναι χαμηλό στις ανεπτυγμένες χώρες, ενώ είναι ακόμη πιο χαμηλό στις αναπτυσσόμενες. Τα ποσοστά είναι συνήθως χαμηλότερα όταν η νόσος είναι ασυμπτωματική, ή όταν η θεραπεία εμφανίζει ανεπιθύμητες ενέργειες. Στην περίπτωση της οστεοπόρωσης, υπάρχουν πολλοί παράγοντες που οδηγούν σε μη συμμόρφωση στα θεραπευτικά σχήματα, και στη διεθνή βιβλιογραφία περιγράφονται διάφορες τεχνικές με τις οποίες ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να βελτιώσει τα θεραπευτικά αποτελέσματα. Η έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών που πιθανά δεν ακολουθήσουν σωστά τη θεραπευτική αγωγή είναι υψίστης σημασίας για τον επαγγελματία υγείας, καθώς αποτελεί το πρώτο βήμα για τη διευθέτηση του θέματος της μη συμμόρφωσης και της επίτευξης καλύτερων θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο, όπως το Fracture Liaison Service (FLS), το οποίο θα περιλαμβάνει εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας θα μπορούσε να προσφέρει τις καλύτερες δυνατότητες για βελτίωση της εκπαίδευσης, παρακολούθησης και επίτευξης της συμμόρφωσης στη θεραπεία του ασθενή.

Λέξεις Κλειδιά: Εκπαίδευση, επαγγελματίας υγείας, θεραπεία, οστεοπόρωση, συμμόρφωση

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η οστεοπόρωση αποτελεί μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως.
- Τα ποσοστά συμμόρφωσης στη μακροχρόνια φαρμακευτική θεραπεία είναι χαμηλά, τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες.
- Η έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών που δεν συμμορφώνονται, αποτελεί ζήτημα υψίστης σημασίας για την επίτευξη καλύτερων θεραπευτικών αποτελεσμάτων.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οστεοπόρωση αποτελεί μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως. Η νόσος, η οποία συχνά χαρακτηρίζεται «σιωπηλή», παραμένει πολλές φορές αδιάγνωστη, μέχρι τη στιγμή που οι ασυμπτωματικοί ασθενείς θα εμφανίσουν το πρώτο οστεοπορωτικό κάταγμα. Η οστεοπόρωση προκαλεί απώλεια της οστικής πυκνότητας, ενώ σχετίζεται και με τη γήρανση του πληθυσμού. Η μειωμένη οστική πυκνότητα, αποτελεί σημαντικό παράγοντα αύξησης του κινδύνου εμφάνισης κατάγματος συνήθως στη σπονδυλική στήλη, στο ισχίο ή στον καρπό (Halpern et al 2011).

Τα οστεοπορωτικά κατάγματα είναι συχνή αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στους ηλικιωμένους σε όλο τον κόσμο (Chiu et al 2013). Περίπου το 25% των ασθενών που υφίστανται κάταγμα ισχίου πεθαίνει μέσα στους πρώτους δώδεκα μήνες μετά το κάταγμα, το 15-25% χρειάζεται χρόνια φροντίδα και περίπου 50% των ασθενών έχει ανάγκη από βοήθεια για κάλυψη των καθημερινών αναγκών (Inderjeeth et al 2010).

Επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν πως περίπου 10 εκατομμύρια άνθρωποι στις Η.Π.Α, εκ των οποίων 8 εκατομμύρια γυναίκες, πάσχουν από οστεοπόρωση. Επιπλέον, άλλα 34 εκατομμύρια εμφανίζουν οστεοπενία (μειωμένη οστική πυκνότητα). Το 50% του γυναικείου πληθυσμού και το 25% του ανδρικού πληθυσμού άνω των 50 ετών θα εμφανίσει οστεοπορωτικό κάταγμα κάποια στιγμή στη ζωή του (Halpern et al 2011). Τα κατάγματα συνδέονται με σημαντική αναπηρία, αυξημένη θνησιμότητα και υψηλό κόστος για το σύστημα υγείας (Inderjeeth et al 2010).

Οι Hernlund et al (2013) σε μελέτη τους στην Ευρωπαϊκή Ένωση, διαπίστωσαν πως 22 εκατομμύρια γυναίκες και 5,5 εκατομμύρια άνδρες έπασχαν από οστεοπόρωση το έτος 2010. Ακόμα, την ίδια περίοδο 3,5 εκατομμύρια κατάγματα αποδόθηκαν σε οστεοπόρωση, με το κόστος τους να προσεγγίζει τα 37 δισεκατομμύρια ευρώ. Επιπλέον, προβλέφθηκε αύξηση του κόστους κατά 25% μέχρι το 2025 και τονίσθηκε πως η πλειοψηφία των ασθενών που έχει

υποστεί οστεοπορωτικό κάταγμα ή που διατρέχει υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κατάγματος δεν λαμβάνει καμία αγωγή για οστεοπόρωση, ενώ και ο αριθμός των ασθενών που λαμβάνουν αγωγή έχει πτωτικές τάσεις.

Παρά την ύπαρξη μεγάλου αριθμού αποτελεσματικών θεραπειών για την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης, το ζήτημα της επίτευξης επαρκούς προστασίας έναντι μελλοντικών οστεοπορωτικών καταγμάτων είναι περισσότερο πολύπλοκο από την απλή διάθεση φαρμακευτικής αγωγής. Τα συνηθέστερα εμπόδια στην επίτευξη βέλτιστης προστασίας έναντι των οστεοπορωτικών καταγμάτων περιλαμβάνουν την καθυστερημένη διάγνωση της οστεοπόρωσης, την ακατάλληλη παρακολούθηση των ασθενών μετά από κάποιο κάταγμα (follow-up) αλλά και τη μη συμμόρφωση/προσήλωση των ασθενών στη θεραπεία (Adachi et al 2011).

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην επίτευξη των επιθυμητών θεραπευτικών αποτελεσμάτων είναι ζωτικής σημασίας. Πολλές στρατηγικές για τη βελτίωση της μακροχρόνιας συμμόρφωσης στην αγωγή έχουν προταθεί. Αυτές περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων την εκπαίδευση των ασθενών, την επιλογή κατάλληλου θεραπευτικού σχήματος προσαρμοσμένο στις ιδιαιτερότητες κάθε ασθενή (οδό χορήγησης, μεσοδιαστήματα λήψης δόσεων, παρενέργειες), την συστηματική παρακολούθηση των δεικτών οστικού μεταβολισμού και τη συχνή επικοινωνία με τον ασθενή (Cole 2011).

Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης είναι ο προσδιορισμός των παραγόντων που οδηγούν στη συμμόρφωση ή μη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή των ασθενών με οστεοπόρωση, με στόχο τη διερεύνηση του ρόλου των επαγγελματιών υγείας στην αποτελεσματική τήρηση των ιατρονοσηλευτικών οδηγιών.

ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ

Εννοιολογικοί Προσδιορισμοί

Ο ορισμός της συμμόρφωσης, ο ποσοτικός προσδιορισμός της, καθώς και τα αίτια και τα αποτελέσματα της μη συμμόρφωσης έχουν αποτελέσει αντικείμενο ερευνών της επιστημονικής κοινότητας για πολλά χρόνια. Πιο συγκεκριμένα, τα επιστημονικά άρθρα εστιάζουν στις έννοιες της προσήλωσης (adherence), της συμμόρφωσης (compliance), της παραμονής (persistence) και της συμφωνίας με τη θεραπεία (concordance).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 2003), ο όρος «προσήλωση» αποτελεί μια γενικότερη έννοια η οποία περιγράφει «σε ποιο βαθμό η συμπεριφορά ενός ατόμου (σε σχέση με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, την υιοθέτηση διατροφικών συνηθειών και αλλαγών στον τρόπο ζωής) συνάδει με τις αποδεκτές από τον ασθενή οδηγίες που δίνονται από έναν επαγγελματία υγείας».

Ο όρος «συμμόρφωση» αντανακλά το βαθμό στον οποίο ο ασθενής ακολουθεί τη δόση, ενώ το μεσοδιάστημα της φαρμακευτικής αγωγής μετράται σε μια χρονική περίοδο και είναι ποσοστό. Συχνά στις μελέτες αναφέρεται ως ο λόγος της κατοχής του φαρμάκου (medication possession ratio - MPR), που ορίζεται ως ο αριθμός των χορηγούμενων δόσεων σε σχέση με την περίοδο χορήγησης. Γενικά, ένα MPR μεγαλύτερο από 80% θεωρείται ως «καλή συμμόρφωση» (Λυρίτης 2013).

Ο όρος «παραμονή στη θεραπεία» ορίζεται ως το χρονικό διάστημα από την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής μέχρι τη διακοπή της θεραπείας. Η εκτίμηση της παραμονής στη θεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει ένα προκαθορισμένο χρονικό διάστημα μεταξύ των δόσεων (permissible gap), το οποίο ορίζει πότε η μη συμμόρφωση γίνεται μη παραμονή στη θεραπεία. Το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα εξαρτάται από το είδος της θεραπείας και ουσιαστικά είναι ο μέγιστος χρόνος που ένας ασθενής μπορεί να μην λάβει την αγωγή του και παράλληλα να μη διαταραχθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Cramer et al 2008).

Στο **σχήμα 1** παρουσιάζονται διαγραμματικά οι έννοιες της συμμόρφωσης και της παραμονής στη θεραπεία.

Με τον όρο «συμφωνία» υποδηλώνεται μια ειλικρινής ανταλλαγή πληροφοριών, διαβουλεύσεων και ένα πνεύμα συνεργασίας μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας. Το δίπολο ασθενής – επιστήμονας υγείας έχει τους εξής στόχους: από τη μία πλευρά, ο ασθενής στοχεύει να προσδιορίσει τις δικές του πεποιθήσεις για τα θέματα υγείας στο γιατρό, ο οποίος με τη σειρά του οφείλει να τις λάβει υπόψη, ενώ από την άλλη πλευρά, ο στόχος του γιατρού ή κάποιου άλλου επαγγελματία υγείας είναι να μεταδώσει και να κάνει κατανοητές τις απόψεις του. Η πρόθεση αυτής της συνεργασίας είναι να βοηθηθεί ο ασθενής να λάβει ο ίδιος μια απόφαση για τη θεραπευτική του αγωγή, όντας πλήρως ενημερωμένος για τη διάγνωση, την προτεινόμενη θερα-

πεία, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά της. Αν και υπάρχει συνεργασία με τον επιστήμονα υγείας, τον τελικό λόγο στις αποφάσεις έχει ο ασθενής (Wahl 2005).

Οι ορισμοί «προσήλωση» (adherence) και «συμμόρφωση» (compliance) θεωρούνται συνώνυμοι από τους νοσηλευτές, ενώ οι περισσότεροι χρησιμοποιούν τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για να τους περιγράψουν (Alikari & Zyga 2014).

Η μη συμμόρφωση στη θεραπεία

Σύμφωνα με το Αμερικάνικο Κολέγιο Προληπτικής Ιατρικής (ACMP 2011) ο όρος «μη συμμόρφωση» περιλαμβάνει μια ποικιλία εκούσιων και ακούσιων συμπεριφορών, οι οποίες οδηγούν είτε σε υψηλότερη, είτε σε χαμηλότερη λήψη της συνιστώμενης αγωγής.

Τα χαμηλά ποσοστά συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή αποτελούν ένα πρόβλημα που έχει αυξητικές τάσεις, ειδικά σε χρόνιες ασθένειες όπως είναι η οστεοπόρωση (Claesson et al 2015). Το ποσοστό συμμόρφωσης στη μακροχρόνια φαρμακευτική θεραπεία είναι κατά μέσο όρο 50% στις ανεπτυγμένες χώρες, ενώ υπολογίζεται ακόμη πιο χαμηλό στα αναπτυσσόμενα κράτη. Στις ηλικιακές ομάδες άνω των 60 ετών, το ποσοστό συμμόρφωσης ποικίλει από 41% έως 74%, ενώ παράλληλα πολλοί ασθενείς δηλώνουν πως δυσκολεύονται να ακολουθήσουν την προτεινόμενη φαρμακευτική αγωγή (Gold 2006). Τα ποσοστά συμμόρφωσης είναι συνήθως χαμηλότερα, όταν η νόσος είναι ασυμπτωματική ή όταν η θεραπεία έχει ανεπιθύμητες ενέργειες (Weycker et al 2007).

Πιο συγκεκριμένα, σε σχέση με την οστεοπόρωση, έχει υπολογισθεί πως ανάμεσα στους ασθενείς, οι οποίοι διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης κατάγματος, περισσότεροι από το 50% θα εμφανίσουν ανεπαρκή συμμόρφωση ή έλλειψη επιμονής στην αγωγή μέσα στους πρώτους 12 μήνες από την έναρξη της θεραπείας (Siris et al 2009). Σε κάποιες με-



Σχήμα 1: Συμμόρφωση - Παραμονή στη Θεραπεία
(Προσαρμοσμένο από τους Cramer et al 2008)

λέτες, όπως για παράδειγμα αυτή των Weycker et al (2006) που διερευνούσε τη συμμόρφωση κατά την εβδομαδιαία λήψη διφωσφονικών, τα ποσοστά συμμόρφωσης εμφανίζονται ακόμη χαμηλότερα. Στη συγκεκριμένη μελέτη, το 47% των μετεμνηνοπαυσιακών γυναικών εμφάνισε ελλείμματα συμμόρφωσης στην αγωγή 3 μήνες μετά την έναρξή της, ενώ μετά την ολοκλήρωση ενός έτους τα αντίστοιχα ποσοστά άγγιξαν το 70%.

Οι Jing et al (2008) σε σχετική μελέτη τους που αφορούσε στους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση των ασθενών με βάση τις πεποιθήσεις των ίδιων των ασθενών, εντόπισαν τους εξής τύπους μη συμμόρφωσης: α) λήψη φαρμακευτικής αγωγής, αλλά μη ολοκλήρωσή της, β) λήψη λάθους δόσης, γ) λήψη αγωγής σε λάθος ώρα, δ) μείωση ή αύξηση της συχνότητας των δόσεων, ε) διακοπή της θεραπείας πολύ νωρίς, ζ) καθυστέρηση στην αναζήτηση φροντίδας υγείας, η) παράλειψη ιατρικών επισκέψεων, θ) αποτυχία εναρμόνισης με τις ιατρικές οδηγίες, ι) διακοπή της θεραπείας για κάποιο διάστημα και επανέναρξη αυτής και στ) συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή μόνο σε χρονικά διαστήματα κοντά σε προγραμματισμένες επισκέψεις στον επαγγελματία υγείας.

Η έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών που είναι υποψήφιοι να μην ακολουθήσουν σωστά τη θεραπευτική αγωγή είναι υψίστης σημασίας για τον επαγγελματία υγείας, καθώς αποτελεί το πρώτο βήμα για τη διευθέτηση του ζητήματος της μη συμμόρφωσης και της επίτευξης καλύτερων θεραπευτικών αποτελεσμάτων (Cole 2011).

Ορισμένα χαρακτηριστικά τα οποία προδιαθέτουν για μη - συμμόρφωση των ασθενών περιγράφονται σε σχετική έκθεση της Αμερικάνικης Εταιρείας για τη Γήρανση και της Αμερικάνικης Εταιρείας Συμβούλων Φαρμακοποιών (ASCP Foundation 2006). Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το να είναι κάποιος άστεγος, τυχόν ψυχιατρικά προβλήματα/κατάθλιψη, η χρήση ουσιών, διανοητικά προβλήματα/αναπηρία, προβλήματα μνήμης, ο θυμός, το στρες, η έλλειψη κατανόησης της ασθένειας, η έλλειψη εμπιστοσύνης στη θεραπεία, η πεποίθηση ότι η θεραπεία έχει βλαπτικές συνέπειες/παρενέργειες ή η πολυπλοκότητα αυτής, αποτελούν συχνά παράγοντες που οδηγούν σε μη συμμόρφωση. Ακόμα, η ψυχική καταπόνηση από μακροχρόνιες θεραπείες, τα δύσχροστα θεραπευτικά σχήματα, το κόστος της αγωγής, η δυσκολία πρόσβασης σε δομές υγείας και η ανεπαρκής παρακολούθηση (αδυναμία follow up), προδιαθέτουν έναν ασθενή να μην ακολουθήσει σωστά τη θεραπευτική αγωγή (ASCP Foundation 2006).

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να κατανοήσουν σε βάθος τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση, καθώς επίσης και τα διαθέσιμα εργαλεία για την αντιμετώπιση των περιστατικών μη συμμόρφωσης. Έτσι, θα είναι σε θέση να προβούν στις κατάλληλες παρεμβάσεις, με σκοπό την ενίσχυση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων (Modi et al 2014).

Παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση του ασθενούς

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 2003), η συμμόρφωση του ασθενούς είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο το οποίο προσδιορίζεται από πέντε διαστάσεις. Η κοινή πεποίθηση πως τα ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενούς είναι αποκλειστικά υπεύθυνα για τη σωστή λήψη της θεραπευτικής αγωγής είναι λανθασμένη και αντικατοπτρίζει την παρερμηνεία του τρόπου με τον οποίο άλλοι παράγοντες επηρεάζουν τη συμπεριφορά και την ικανότητα προσήλωσης στη θεραπεία. Η αλληλεπίδραση των πέντε αυτών διαστάσεων οδηγεί τελικά στην προσήλωση ή μη του ασθενούς. Οι πέντε διαστάσεις περιλαμβάνουν:

α) *Παράγοντες που αφορούν το σύστημα υγείας:* ελλιπής οργάνωση συστημάτων υγείας, αδυναμία παροχής/διανομής φαρμάκων, έλλειψη γνώσεων-εκπαίδευσης των επιστημόνων υγείας, αδυναμία εκπαίδευσης/παρακολούθησης των ασθενών, ανεπάρκεια προγραμμάτων κοινοτικής υποστήριξης.

β) *Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες:* φτώχεια, χαμηλό μορφωτικό/βιοτικό επίπεδο, ανεργία, έλλειψη κοινωνικών δικτύων υποστήριξης, απόσταση από θεραπευτικά κέντρα, υψηλό κόστος μετακίνησης, υψηλό κόστος φαρμακευτικής αγωγής, πολιτισμικές πεποιθήσεις σε σχέση με την ασθένεια/θεραπεία, οικογενειακά προβλήματα, φυλή.

γ) *Παράγοντες που αφορούν στη θεραπεία:* πολυπλοκότητα θεραπευτικού προγράμματος, διάρκεια θεραπείας, προηγούμενες αποτυχημένες θεραπείες, συχνότητα αλλαγών θεραπευτικού σχήματος, χρόνος βελτίωσης συμπτωμάτων μετά την έναρξη αγωγής, ανεπιθύμητες ενέργειες και δυνατότητα του συστήματος υγείας να τις αντιμετωπίσει.

δ) *Ατομικοί παράγοντες του ασθενούς:* ηλικία, γνωστικό επίπεδο, οικονομική κατάσταση, πεποιθήσεις/συμπεριφορές, αντιλήψεις/προσδοκίες του ασθενούς για τη θεραπεία.

ε) *Παράγοντες που επηρεάζονται από την ίδια την πάθηση:* σοβαρότητα συμπτωμάτων, επίπεδο αναπηρίας (σωματική, διανοητική), βαθμός βελτίωσης της ασθένειας, διαθεσιμότητα αποτελεσματικής αγωγής (WHO 2003).

Σε μελέτη των Lau et al (2008) διαπιστώθηκε πως για την περίπτωση των οστεοπορωτικών γυναικών, σημαντική επίδραση στο ποσοστό συμμόρφωσης ασκούν οι πεποιθήσεις της ασθενούς για την ασθένεια ή τη φαρμακευτική αγωγή και οι παράγοντες που σχετίζονται με τη λήψη της αγωγής. Για παράδειγμα, στη λήψη διφωσφονικών οι ασθενείς έπρεπε να λαμβάνουν το φάρμακο με άδειο στομάχι και με ένα ποτήρι νερό και στη συνέχεια να παραμένουν καθι-

στές ή σε όρθια θέση για 30 λεπτά, κάτι που πολλές από τις ασθενείς θεωρούσαν δύσκολο ή άβολο και για αυτό παρέλειπαν τις δόσεις. Ακόμα, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε από τις ασθενείς στη σχέση με τον επαγγελματία υγείας. Η καλύτερη συμμόρφωση συσχετίστηκε με καλύτερη επικοινωνία με τον επαγγελματία υγείας και με μεγαλύτερη άνεση της ασθενούς να συζητήσει προβλήματα σε σχέση με την αγωγή της. Οι ασθενείς που θεωρούσαν πως ο γιατρός δεν είχε αφιερώσει αρκετό χρόνο και προσοχή στην αξιολόγηση της ανάγκης τους για θεραπεία, εμφάνισαν μικρότερη συμμόρφωση. Βρέθηκε ακόμα πως η προθυμία του επαγγελματία υγείας να αφιερώσει χρόνο στην ασθενή για να εξηγήσει την αγωγή και ένα καλύτερο σύστημα παρακολούθησης της ασθενούς βελτιώνουν την συμμόρφωση κατά 57%.

Παρεμβάσεις βελτίωσης της συμμόρφωσης των ασθενών

Τα αποτελέσματα της μειωμένης συμμόρφωσης στην αντιοστεοπορωτική αγωγή έχουν διαπιστωθεί ερευνητικά. Σύμφωνα με το Εθνικό Ίδρυμα Οστεοπόρωσης (National Osteoporosis Foundation – NOF 2009) υψηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης σημαίνουν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα για τον ασθενή, ενώ χαμηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης οδηγούν σε αυξημένα ποσοστά καταγμάτων. Μια καναδική μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Caro et al (2004) υποστήριξε πως συμμόρφωση μεγαλύτερη του 80% μείωσε σημαντικά τα ποσοστά καταγμάτων, ενώ σε αντίστοιχη μελέτη των Huybrechts et al (2006) βρέθηκε πως ελλιπής συμμόρφωση στα θεραπευτικά πρωτόκολλα οδηγεί σε αύξηση κινδύνου εμφάνισης οστεοπορωτικού κατάγματος σε ποσοστό 31% ανεξάρτητα από άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα η ηλικία. Η μη συμμόρφωση οδηγεί ακόμα σε αύξηση των εισαγωγών στο νοσοκομείο και αύξηση της ενδο και εξω νοσοκομειακής περίθαλψης.

Παρόλο που η συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή είναι ένα πολυδιάστατο ζήτημα, οι παρεμβάσεις με σκοπό τη βελτίωση της συμμόρφωσης πρέπει να είναι απλές. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει πως οι απλές παρεμβάσεις είναι και πιο αποτελεσματικές σε σχέση με τη βελτίωση της συμμόρφωσης στην αγωγή (ACMP 2011). Οι Atreja et al (2005) δημιούργησαν τον μνημονικό κανόνα S-I-M-P-L-E, ώστε να κατηγοριοποιήσουν αυτές τις απλές παρεμβάσεις. Παρακάτω παρατίθεται το μνημονικό αυτό μοντέλο, καθώς και παραδείγματα συγκεκριμένων παρεμβάσεων.

Simplify regimen: Απλοποίησε τη θεραπεία (Προσαρμογή συχνότητας, ώρας λήψης, δοσολογίας – Ανταπόκριση/Αντιστοιχία στις καθημερινές συνθήκες του ασθενούς – Χρήση Βοηθημάτων: π.χ. ειδικά κουτιά ή σημάνσεις).

Impart appropriate knowledge: Μετέδωσε την κατάλληλη γνώση (Συζήτηση με γιατρό, νοσηλεύτη, φαρμακοποιό

– Διανομή έντυπου υλικού – Χρήση ηλεκτρονικών πηγών πληροφόρησης).

Modify patient beliefs and human behavior: Τροποποίησε τις πεποιθήσεις και τη συμπεριφορά του ασθενούς (Εκτίμηση αδυναμιών, σοβαρότητας περιστατικού, πιθανού οφέλους και εμποδίων – Προσαρμογή θεραπευτικού σχήματος – Επιδράβευση).

Patient communication and trust: Βελτίωσε την επικοινωνία με τον ασθενή και ανέπτυξε σχέσεις εμπιστοσύνης (Ενεργητική ακρόαση και παροχή ξεκάθαρων μηνυμάτων – Ενσωμάτωση ασθενών στη λήψη αποφάσεων – Αποστολή υπενθυμίσεων: τηλεφωνο, ταχυδρομείο, ηλεκτρονικό ταχυδρομείο – Προγραμματισμός ραντεβού – Κατ'οίκον επισκέψεις, υποστήριξη οικογένειας, συμβουλευτική).

Leave the bias: Εγκατάλειψε τις προκαταλήψεις (Προσαρμογή της εκπαίδευσης του ασθενούς ανάλογα με το επίπεδο κατανόησης).

Evaluate adherence: Εκτίμησε το επίπεδο προσήλωσης (Ατομικές αναφορές –Εξετάσεις) (Atreja et al 2005).

Πρόληψη της εμφάνισης οστεοπορωτικών καταγμάτων

Μια σημαντική προσέγγιση για τη μείωση του ποσοστού των καταγμάτων είναι η άμεση έναρξη θεραπείας στα άτομα που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για κάταγμα και εν συνεχεία η ανάπτυξη στρατηγικών για τη βελτίωση των ποσοστών παραμονής στη θεραπεία. Η βάση της πυραμίδας για τον έλεγχο της οστεοπόρωσης αποτελείται από αλλαγές στον τρόπο ζωής που περιλαμβάνουν επαρκή λήψη ασβεστίου και βιταμίνης D, φυσική άσκηση και πρόληψη των πτώσεων. Το δεύτερο επίπεδο αφορά στη θεραπεία δευτεροπαθών αιτιών οστεοπόρωσης (όπως για παράδειγμα ο υπερπαραθυρεοειδισμός, το σύνδρομο δυσαπορρόφησης, η ρευματοειδής αρθρίτιδα), ενώ το τρίτο επίπεδο αφορά φαρμακοθεραπευτικές παρεμβάσεις με στόχο τη βελτίωση της οστικής πυκνότητας και τη μείωση του καταγματικού κινδύνου (Gass & Dawson-Hughes 2006).

Σήμερα οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν ανάμεσα σε καθημερινή, εβδομαδιαία, δεκαπενθήμερη, μηνιαία ή ακόμα και ετήσια λήψη αντιοστεοπορωτικής φαρμακευτικής αγωγής. Με την πληθώρα αυτών των επιλογών θα περίμενε κανείς πως θα υπήρχε βελτίωση ως προς τη συμμόρφωση και την παραμονή στη θεραπεία. Ωστόσο, τα ποσοστά επιτυχημένης παρακολούθησης της αγωγής παραμένουν χαμηλά, ανεξάρτητα από το θεραπευτικό σχήμα. Για παράδειγμα μελέτες, όπως αυτή των Kamatari et al (2007), απέδειξαν πως υπήρξε βελτίωση στη συμμόρφωση με λήψη άπαξ εβδομαδιαίας δόσης σε σύγκριση με την καθημερινή λήψη αγωγής. Ωστόσο, μισές περίπου από τις

μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ασθενείς θα διακόψουν τη θεραπεία τους μέσα στο πρώτο έτος από τη στιγμή της έναρξης, ανεξάρτητα από τη δοσολογία (NOF 2009).

Οι περισσότεροι ασθενείς που θα σταματήσουν την αντιοστεοπορωτική αγωγή, θα ξεκινήσουν εκ νέου την αγωγή τους μετά από ένα εκτεταμένο χρονικό διάστημα. Το κλειδί για τη βελτίωση της συμμόρφωσης είναι να επιτευχθεί μείωση του αριθμού και της διάρκειας των διαστημάτων αποχής από τη φαρμακευτική αγωγή. Απαιτείται η δημιουργία κατάλληλων δομών υγείας για την αναγνώριση, θεραπεία, τη συνεχή παρακολούθηση (follow up) και διαχείριση των οστεοπορωτικών ασθενών (Cadarette & Burden 2010).

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να βελτιώσουν τη συμμόρφωση στην περίπτωση των οστεοπορωτικών ασθενών. Το Εθνικό Ίδρυμα Οστεοπόρωσης (2009), προτείνει μεταξύ άλλων:

α) Αντιμέτωπιση ανεπιθύμητων ενεργειών που σχετίζονται με τα θεραπευτικά σχήματα: ενημέρωση των ασθενών για το τι να αναμένουν σε σχέση με την αγωγή τους και πώς να αντιμετωπίσουν τυχόν παρενέργειες. Επίσης, οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται για τις συνέπειες της μη λήψης της θεραπείας (κατάγματα, πόνος, αναπηρία, παραμορφώσεις).

β) Το θεραπευτικό πρόγραμμα πρέπει να είναι ξεκάθαρο και όσο το δυνατόν πιο απλό. Το σχέδιο μπορεί να τροποποιηθεί και να προσαρμοστεί στις ανάγκες του ασθενούς.

γ) Επειδή η οστεοπόρωση είναι συνήθως ασυμπτωματική νόσος, οι ασθενείς δεν βιώνουν άμεση βελτίωση των συμπτωμάτων, γεγονός που θα αποτελούσε κίνητρο για τη συνέχιση της θεραπείας. Έτσι, πρέπει να διασφαλισθεί πως οι κατάλληλες εξετάσεις, όπως η μέτρηση της οστικής πυκνότητας (BMD-Bone Mass Density) θα διεξάγονται ανά κατάλληλα χρονικά διαστήματα, ώστε να αποτελούν απόδειξη της αποτελεσματικότητας της θεραπείας, αλλά και ισχυρό κίνητρο για τη συνέχιση αυτής (NOF 2009).

Μελέτες έχουν δείξει ότι η επίβλεψη από εξειδικευμένο νοσηλεύτη και η συστηματική παρακολούθηση του ασθενούς αποτελούν ισχυρό κίνητρο, ώστε οι ασθενείς να ακολουθούν σωστά τη θεραπευτική τους αγωγή (NOF 2009). Ακόμη, έχει προταθεί πως ένα πρόγραμμα συνεχιζόμενης εντατικής συμβουλευτικής επικεντρωμένο στον ασθενή βελτιώνει και τη συμμόρφωση (Der-Huey Shu et al 2009).

Ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο που θα περιλαμβάνει εκπαιδευμένους νοσηλευτές θα μπορούσε να προσφέρει τις καλύτερες δυνατότητες για βελτίωση της εκπαίδευσης,

παρακολούθησης και επίτευξης θεραπείας για τον ασθενή (Inderjeeth et al 2010). Το μοντέλο Fracture Liaison Service (FLS), είναι ένα σύστημα παρακολούθησης και ελέγχου μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών και ηλικιωμένων ανδρών που έχουν υποστεί ένα κάταγμα χαμηλής βίας. Αν και η ύπαρξη ενός κατάγματος είναι γνωστό ότι αυξάνει τον καταγματικό κίνδυνο του ασθενούς για εμφάνιση νέου οστεοπορωτικού κατάγματος, η πλειονότητα των συγκεκριμένων ασθενών δεν ενημερώνεται σωστά και δεν λαμβάνει την κατάλληλη καθοδήγηση και θεραπεία στα πλαίσια του υπάρχοντος συστήματος υγείας (Hernlund et al 2013). Ο βασικότερος στόχος του FLS είναι ο εντοπισμός όλων των ασθενών που διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης ενός δεύτερου οστεοπορωτικού κατάγματος (Miller et al 2015). Στο FLS, ένα σύνολο επαγγελματιών υγείας (ορθοπεδικοί, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, διαιτολόγοι) συνεργάζονται με σκοπό την καθοδήγηση των ασθενών και τον έλεγχο της οστεοπόρωσης (Mitchell 2011).

Ένας εξειδικευμένος συντονιστής φροντίδας (coordinator), συνήθως νοσηλεύτης, διαδραματίζει κεντρικό ρόλο, καθώς συνεργάζεται με τον ασθενή, τον θεράποντα ιατρό (συνήθως ορθοπεδικός) αλλά και με άλλους επαγγελματίες, αναλαμβάνοντας την παρακολούθηση της συμμόρφωσης στην θεραπευτική αγωγή και τον συντονισμό των επαγγελματιών υγείας. Αρμοδιότητά του είναι να βελτιώσει την εκπαίδευση των ασθενών σε σχέση με την οστεοπόρωση, να διαχειρίζεται και να παρακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες και τη θεραπευτική αγωγή. Ακόμη, θα πρέπει να αναγνωρίζει τους υποψήφιους προς ένταξη στο FLS ασθενείς στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου (για παράδειγμα επείγοντα, εξωτερικά ιατρεία) (Miller et al 2015).

Το FLS καλύπτει το κενό στη φροντίδα υγείας μεταξύ ενός πρώτου κατάγματος και της εμφάνισης ενός δεύτερου, εντοπίζοντας τους οστεοπορωτικούς ασθενείς, εκτιμώντας τον κίνδυνο επανεμφάνισης ενός κατάγματος και την ανάγκη για περαιτέρω θεραπεία και παρακολούθηση. Το FLS χρησιμοποιείται κυρίως στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, αλλά το μοντέλο επεκτείνεται και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Hernlund et al 2013).

Το συγκεκριμένο μοντέλο παρέχει μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στην αντιμετώπιση των οστεοπορωτικών ασθενών - όχι μόνο αναγνωρίζει ασθενείς με κίνδυνο εμφάνισης ενός νέου κατάγματος, αλλά επίσης παρέχει οικονομικά αποδοτικές παρεμβάσεις για την πρόληψη των καταγμάτων, μέσω της εκπαίδευσης με χρήση έντυπου και οπτικοακουστικού υλικού των ασθενών που είτε πάσχουν, είτε διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης οστεοπόρωσης (Hernlund et al 2013). Ακόμη, έχει αποδειχθεί πως εξασφαλίζει πολύ μεγάλο βαθμό συμμόρφωσης στη θεραπεία, καθώς επιτυγχάνει καλύτερη επικοινωνία και στενότερη παρακολούθηση των ασθενών (Boudou et al 2011).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο έλεγχος της οστεοπόρωσης, ως χρόνιας νόσου, προϋποθέτει αλλαγές στον τρόπο ζωής και στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Ωστόσο, πολλοί ασθενείς τείνουν να υποτιμούν τη συγκεκριμένη νόσο, καθώς ακόμη και μετά από ένα οστεοπορωτικό κάταγμα εμφανίζουν μειωμένη συμμόρφωση στην αντιοστεοπορωτική αγωγή.

Η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία αποτελεί ένα περίπλοκο ζήτημα, η διευθέτηση του οποίου κρίνεται αναγκαία για την επίτευξη βέλτιστων θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Η επίτευξη μεγαλύτερου βαθμού συμμόρφωσης στην αντιοστεοπορωτική αγωγή προϋποθέτει τη συντονισμένη συνεργασία μιας ομάδας επαγγελματιών υγείας. Ένα σύστημα στενότερης παρακολούθησης των οστεοπορωτικών ασθενών, όπως το FLS αποτελεί πλέον επιτακτική ανάγκη. Σε ένα τέτοιο σύστημα, επιτυγχάνεται έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κατάγματος και καλύτερη φροντίδα υγείας, μέσω της αποτελεσματικότερης διαχείρισης της οστεοπόρωσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ACMP. (2011). Medication Adherence - Improving Health Outcomes - A Resource from the American College of Preventive Medicine. Available at: <http://www.acpm.org/?MedAdhereTTProviders> [Accessed 4 Jun 2015].
- ASCP Foundation. (2006). Adult Meducation, Improving medication adherence in older adults. Available at: http://www.adultmeducation.com/downloads/adult_meducation.pdf. [Accessed 4 Jun 2015].
- Adachi JD., Josse RG., Graham R. & Russell G. (2011). If you don't take it – it can't work: the consequences of not being treated or non adherence to osteoporosis therapy. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 7: 181-98.
- Alikari V. & Zyga S. (2014). Conceptual analysis of patient compliance in treatment. *Health Science Journal* 8: 179-186.
- Atreja A., Bellam N. & Levy SR. (2005). Strategies to enhance patient adherence: Making it Simple. *Medscape General Magazine* 7: 4-20.
- Boudou L., Gerbay B., Chopin F., Ollagnier E., Collet P. & Thomas T. (2011). Management of osteoporosis in fracture liaison service associated with long-term adherence to treatment. *Osteoporosis International* 22: 2099-106.
- Cabarette SM. & Burden AM. (2010). Measuring and Improving Adherence to Osteoporosis Pharmacotherapy. *Curr Opin Rheumatol* 22: 397-403.
- Caro JJ., Ishak KJ., Huybrechts KF., Raggio G. & Naujoks C. (2004). The impact of compliance with osteoporosis therapy on fracture rates in actual practice. *Osteoporosis Int* 15: 1003-8.
- Chiu CK., Kuo MC., Yu SF., Su BYJ. & Cheng TT. (2013). Adherence to osteoporosis regimens among men and analysis of risk factors of poor compliance: a 2-year analytical review. *BMC Musculoskeletal Disorders* 14: 276- 283.
- Claesson A., Toth-Pal E., Piispanen P. & Salminen H. (2015). District nurse's perceptions of osteoporosis management: a qualitative study. *Osteoporos Int* 26: 1911-8.
- Cole R. (2011). Osteoporosis Management with Bisphosphanates. *Postgraduate Medicine* 123: 131-144.
- Cramer JA., Roy A., Burrell A., Fairchild CJ., Fuldeore MJ., Ollendorf DA. & Wong PK. (2008). Medication Compliance and Persistence: Terminology and Definitions. *Value in Health* 11: 44-7.
- Der-Huey Shu A., Stedman M.R., Polinski J.M., Jan S.A., Patel M., Truppo C., Breiner L., Chen Y.Y., Weiss T.W. & Solomon D.H. (2009). Adherence to Osteoporosis Medications After Patient and Physician Brief Education: Post Hoc Analysis of a Randomized Controlled Trial. *Am J Manag Care* 15: 417-424.
- Gass M. & Dawson-Hughes B. (2006). Preventing Osteoporosis-Related Fractures: An Overview. *The American Journal of Medicine* 119: 3-11.
- Gold D.T. (2006). Medication Adherence: A Challenge for Patients With Postmenopausal Osteoporosis and Other Chronic Illnesses. *Journal of Managed Care Pharmacy* 12: S20-5.
- Halpern R., Becker L., Iqbal SU., Kazis LE., Macarios D. & Badamgarav E. (2011). The Association of Adherence to Osteoporosis Therapies with Fracture, All-Cause Medical Costs, and All-Cause Hospitalizations: A Retrospective Claims Analysis of Female Health Plan Enrollees with Osteoporosis. *Journal of Managed Care Pharmacy* 17: 25-39.
- Hernlund E., Svedbom A., Iverg rd M., Compston J., Cooper C., Stenmark J., McCloskey E.V., Jönsson B. & Kanis, J.A. (2013). Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. *Arch Osteoporos* 8: 136.
- Huybrechts KF., Ishak KJ. & Caro JJ. (2006). Assessment of compliance with osteoporosis treatment and its consequences in a managed care population. *Bone* 38: 922-8.
- Inderjeeth CA., Glennon DA., Poland KE., Ingram KV., Prince RL., Van VR. & Holman CD. (2010). A multimodal intervention to improve fragility fracture management in patients presenting to emergency departments. *Medical Journal of Australia* 193: 149-53.
- Jan J., Grant ES., Vernon MSO. & Shu CL. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 4: 269-286.
- Kamatari M., Koto S., Ozawa N., Urao C., Suzuki Y., Akasaka E., Yanagimoto K. & Sakota K. (2007). Factors affecting long-term compliance of osteoporotic patients with bisphosphonate treatment and QOL: assessment in actual practice: alendronate and risedronate. *J Bone Miner Metab* 25: 302-9.
- Lau E., Papaioannou A., Dolovich L., Adachi J., Sawka A.M., Burns S., Nair K. & Pathak A. (2008). Patient's adherence to osteoporosis therapy, Exploring the perceptions of postmenopausal women. *Canadian Family Physician* 54: 394-402.
- Λυρίτης Γ.Π. (2013). *Μεταβολικά Νοσήματα των Οστών*. Αθήνα: Hylonome Editions.
- Miller A., Lake A.F. & Emory C.L. (2015). Current Concepts Review Establishing a Fracture Liaison Service: An Orthopaedic Approach. *The Journal of Bone and Joint Surgery* 97: 675-681.
- Mitchell P.J. (2011). Fracture Liaison Services: the UK experience. *Osteoporos Int* 3: 487-494.
- Modi A., Sajjan S. & Gandhi S. (2014). Challenges in implementing and maintaining osteoporosis therapy. *Int J Womens Health* 6:759-769.
- National Osteoporosis Foundation. (2009). Compliance and Persistence with Osteoporosis Therapies, Osteoporosis Clinical Updates. Available at: <https://www.aub.edu.lb/fm/cmop/downloads/Compliance-.pdf> [Accessed: 15 Jun 2015].
- Siris ES., Selby PL., Saag KG., Borgström F., Herings RM. & Silverman SL. (2009). Impact of Osteoporosis Treatment Adherence on Fracture Rates in North America and Europe. *The American Journal of Medicine* 122: S3-13.
- Wahl C., Gregoire JP., Teo K., Beaulieu M., Labelle S., Leduc B., Cochrane B., Lapointe L. & Montague T. (2005). Concordance, Compliance and Adherence in Health Care: Closing Gaps and Improving Outcomes. *Healthc Q8*: 65-70.
- Weycker D., Macarios D., Edelsberg J. & Oster G. (2006). Compliance with drug therapy for postmenopausal osteoporosis. *Osteoporos Int* 17: 1645-52.
- Weycker D., Macarios D., Edelsberg J. & Oster G. (2007). Compliance with osteoporosis drug therapy and risk of fracture. *Osteoporos Int* 18: 271-7.
- WHO (2003). Adherence to long-term therapies - Evidence for action, World Health Organisation, Geneva, Switzerland. Available at: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/ [Accessed: 6 Jun 2015].

Compliance and Health Professionals' role: The case of osteoporotic patients

Aggeliki Fragou¹, Paraskevi Apostolara², Athena Kalokairinou³

1. BSc Information Technology, Department of Informatics, University of Piraeus, Undergraduate Student,
Faculty of Nursing, University of Athens

2. Vocational, Non- Compulsory School Teacher, 1st EPAL Kamaterou, Scientific Partner
of the Faculty of Nursing, University of Athens, RN, MSc, PhD

3. Professor in Community Nursing, Faculty of Nursing, University of Athens

ABSTRACT

Osteoporosis is considered to be a major public health issue worldwide. Despite the large number of effective medication regimens available, patients' non-compliance in treatment is one of the most common obstacles when attempting to achieve best therapeutic results against osteoporosis. The purpose of this review is to analyze the parameters concerning compliance of osteoporotic patients and to highlight health professionals' role. Many studies are shown that the compliance in long-term anti-osteoporotic therapeutic schemes is low in developed countries, while it is estimated to be even less in developing countries. Compliance rates are usually lower when the disease is asymptomatic or when the therapy has side effects. There are many factors which lead to non-compliance to treatment regimens, and various techniques that a health professional could utilize in order to improve anti-osteoporotic therapeutic results are presented in this paper. Early identification of potential non-compliant patients is an important first step for health professionals, when aiming at resolving the issue of non-compliance and achieving better therapeutic results. A multi-factor model such as Fracture Liaison Service (FLS), which includes specialized nurses, could optimize the chances of better education, monitoring and achieving treatment compliance for the patient.

KEYWORDS: Compliance, education, health professionals, osteoporosis, treatment

Corresponding Author: Fragou Aggeliki
E-mail: angeliki_fragou@hotmail.com
Telephone Number: +306972902700

Submission Date: 03 Dec 2015
Publication Date: 23 Dec 2015