

Von Compliance & Adhärenz

Vincent Brandenburg, Aachen

Terminologie

- **Compliance** (Therapietreue)
 - Einhaltung von Therapievorgaben des Arztes durch den Patienten
 - Verantwortung liegt einseitig beim Patienten
 - Unidirektional; „Schuld“;
- **Adhärenz** (Patient-Arzt-Vertrag), 1990er Jahre
 - Einhaltung der gemeinsam von Patient und Arzt vereinbarten Therapieziele; Therapie-Partnerschaft
 - Verantwortung liegt bei Arzt und Patient
 - Bidirektional, Behandlungsbündnis

Problem der Nicht-Adhärenz in der Gesundheitsversorgung

WHO Bericht 2003

- Ca. 50% der Medikamente für chronische Krankheiten werden nicht anweisungsgemäß genommen.
- Mögliche Konsequenzen:
 - schlechtere Gesundheit
 - schlechtere Symptomerleichterung
 - schnelleres Fortschreiten der Krankheit
- Ressourcen-Verschwendung

„Increasing the effectiveness of adherence to existing interventions may have a far greater impact on the health of the population than any improvement in specific medical treatments“

Adhärenz und Patiententyp

Es gibt keinen „typischen“ Patienten für Nicht-Adhärenz

- Die meisten Patienten sind manchmal nicht therapietreu;
- Keine klare Beziehung zwischen Adhärenz und soziodemographischen Faktoren (Rasse, Geschlecht, Intelligenz, Bildungsstand, Einkommen,...)
- Keine konsistente Beziehung zwischen Alter und Adhärenz (jüngere eher weniger therapietreu als ältere; ältere eher mehr besorgt um Gesundheit)
- Kein klarer Zusammenhang mit individuellen Charakterzügen
- **KEINE SCHEMATISIERUNG**

Dialysepatient – ein besonderer Patient

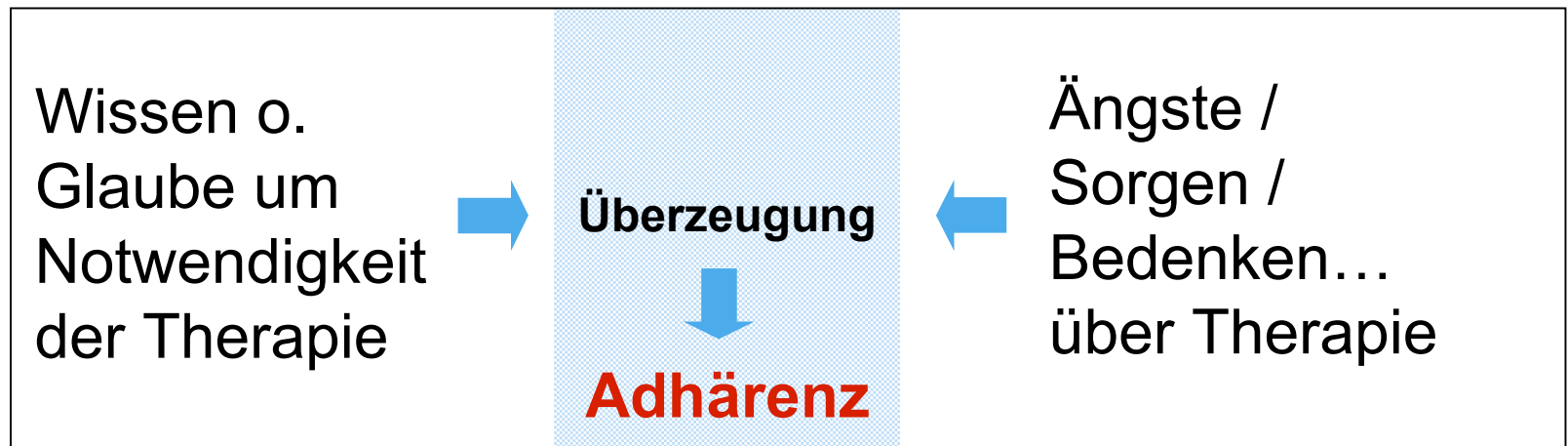
- Multiple Störungen der Organe bzw. Organfunktionen
→ hohe Komorbidität → hohe Mortalität
- λ Einmalige Maschinen- und Prozessabhängigkeit
- λ Keine andere Gruppe steht unter so engmaschiger Supervision → **einmalige Chance!**

Adhärenz beeinflussende Faktoren bei Dialysepatienten

- Viele Einschränkungen → verringerte Lebensqualität
 - Abhängigkeit von einer Maschine
 - Zeiteinteilung nach Dialyse
 - Strenge Diätvorschriften
- Multimorbidität und daher Multimedikation
 - Viele verschiedene Medikamente täglich
 - Unterschiedliche Einnahmemodalitäten
 - morgens und/oder mittags und/oder abends
 - vor dem Essen – während des Essens – nach dem Essen
- Überforderung
 - Viele alte und kognitiv beeinträchtigte Patienten

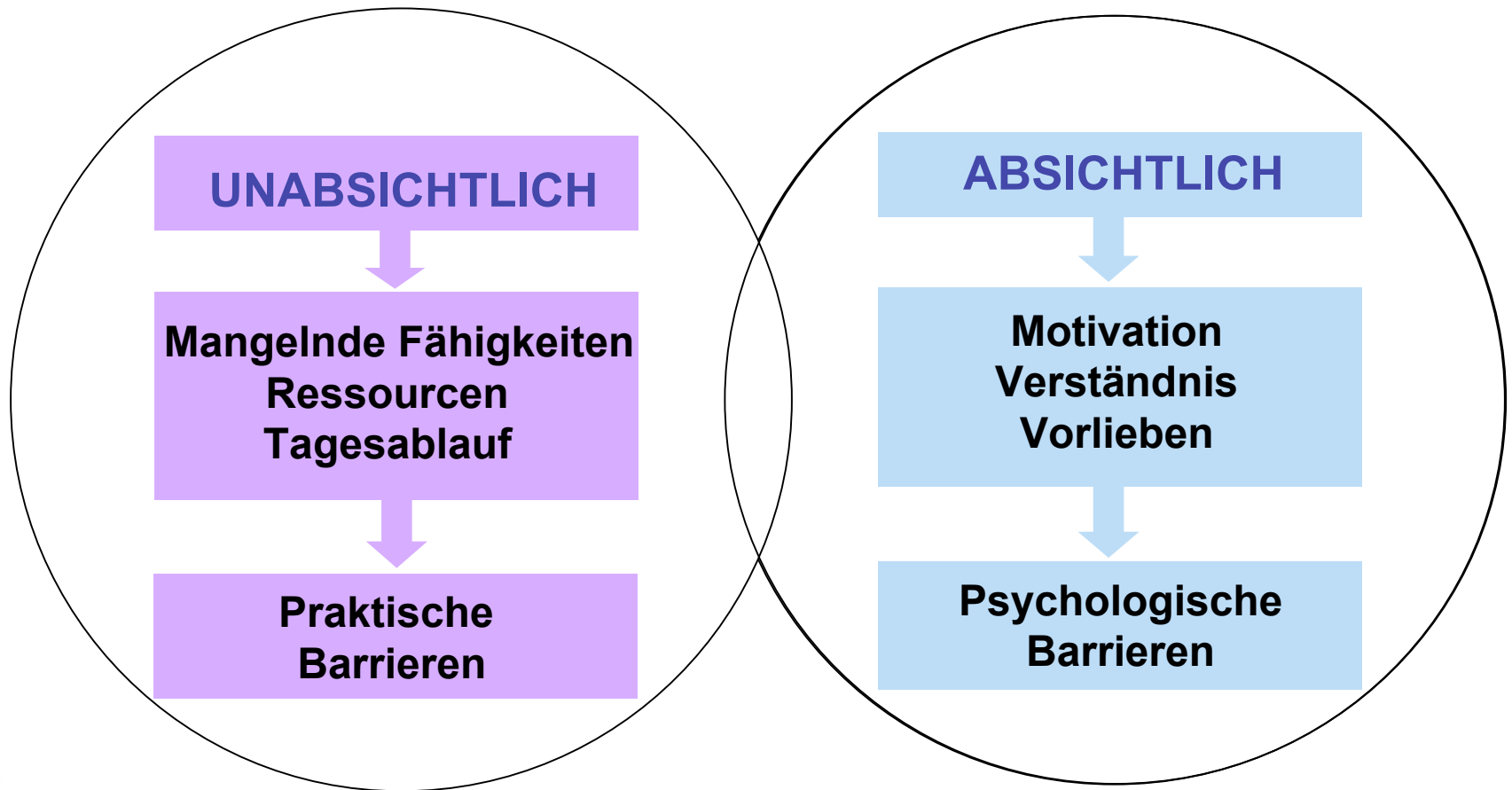
Wie entsteht Therapietreue?

Rob Horne: “necessity – concerns – framework”



Patient handelt so, wie er es mit seiner Einschätzung der Krankheit und seinen Erfahrungen mit Arzneimitteln vereinbaren kann

Zwei Formen der Nicht-Adhärenz



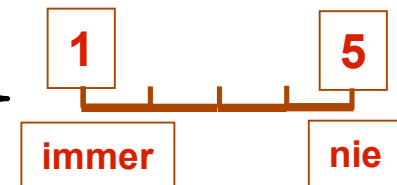
Wie misst man Adhärenz?

- Ärztliche Bewertung von Therapiezielen (Phosphatspiegel....);
- Spiegelbestimmungen von Medikamenten (CyA....);
- Fragebogen: **Medication Adherence Report Scale (MARS)**

Ich vergesse die Medikamenteneinnahme....

Ich ändere die Dosis.....

.....



Adhärenz nicht dichotom, sondern kontinuierlich!

Unterschiedliche Arzt- und Patientenperspektive der Medikation

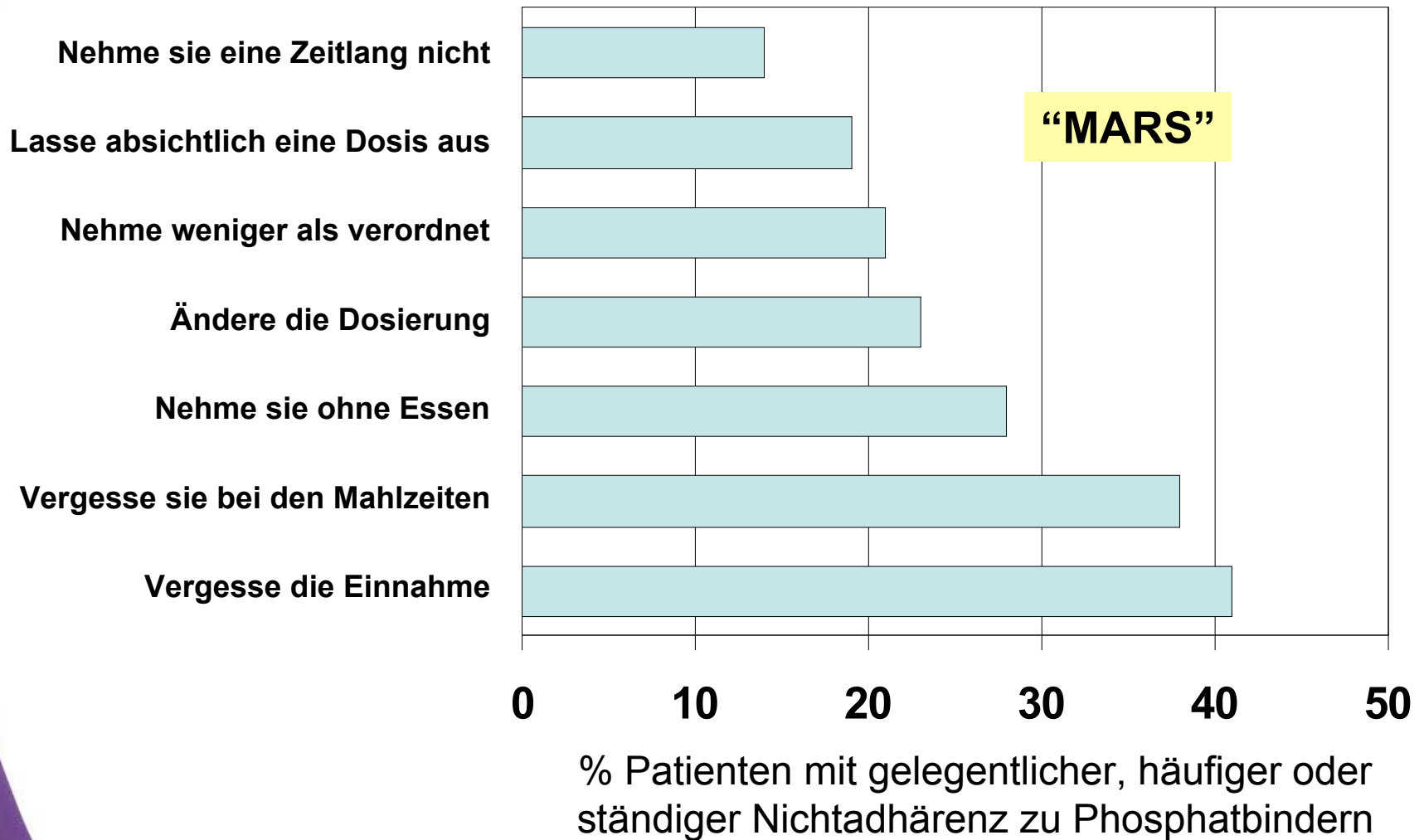
- **Arztperspektive:**

- Pharmakologische Wirkung

- **Patientenperspektive:**

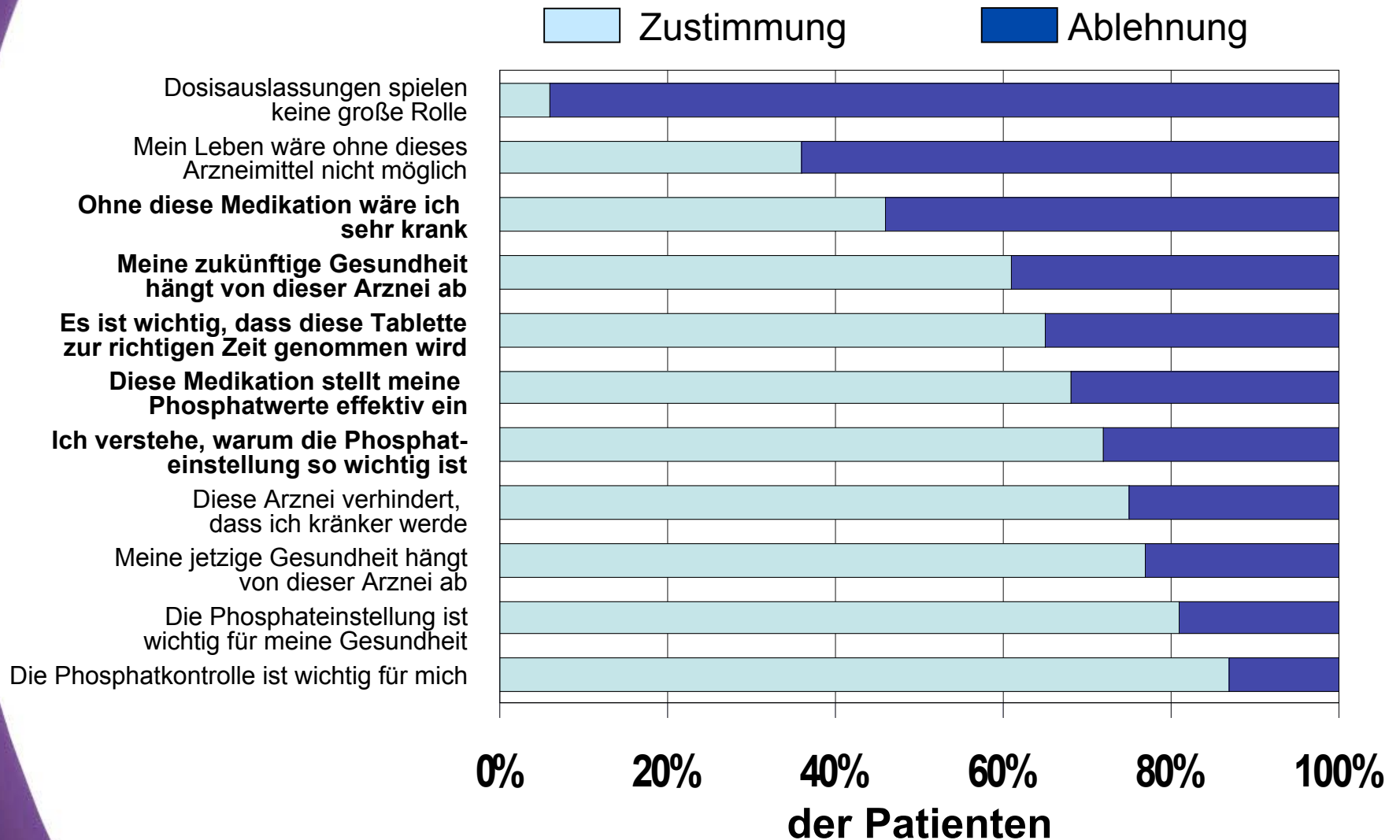
- Physisch:
 - Geschmack
 - Tabletten-/Kapselgröße
 - Tablettenzahl
- Psychologisch:
 - Unwillen über Abhängigkeit von einer medikamentösen Therapie
 - Angst vor Nebenwirkungen
- Ökonomisch: Kosten eines evtl. Eigenanteils

Nicht-Adhärenz bei Phosphatbindern, ERA-EDTA 07

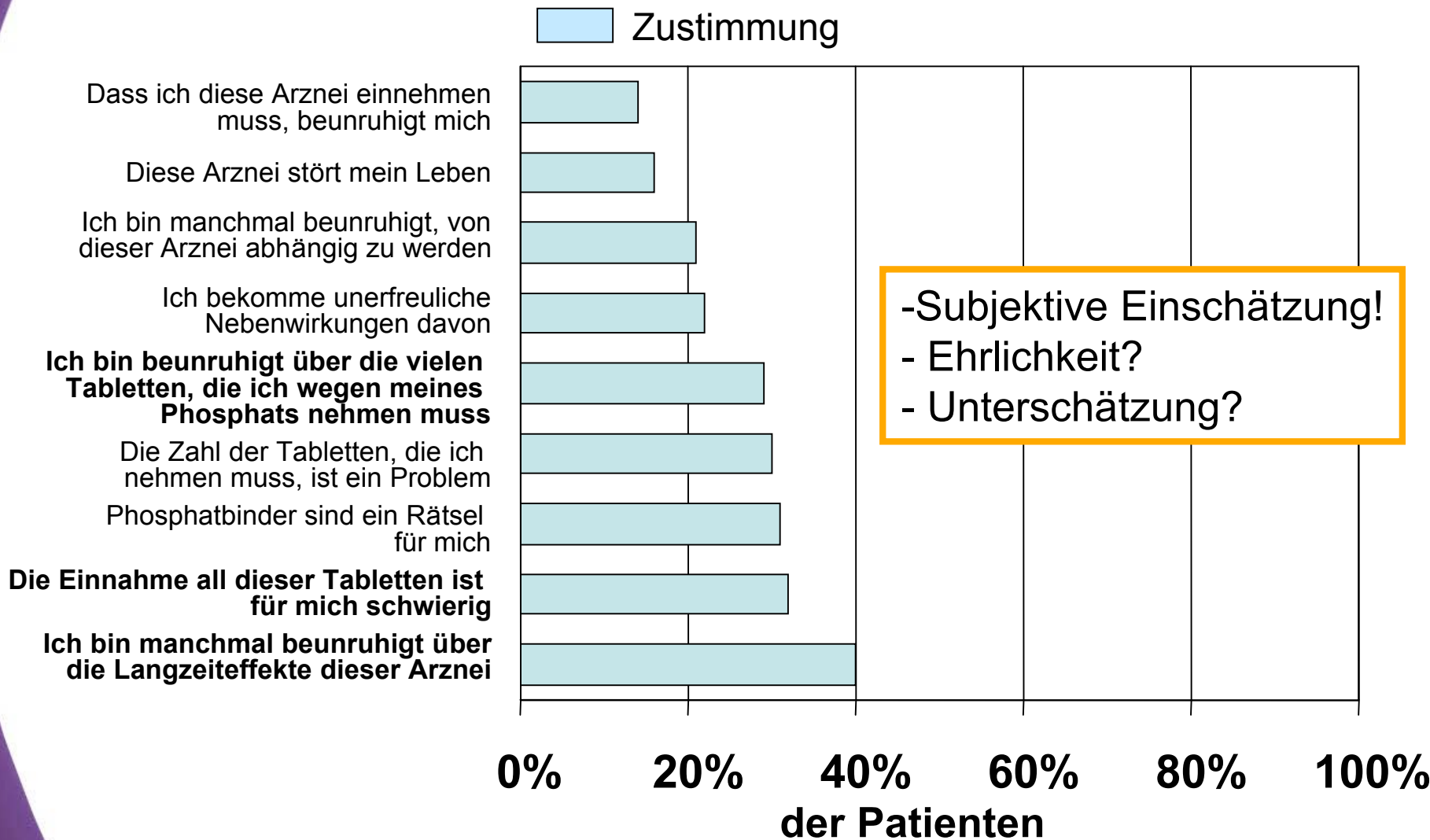


221 Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz und Phosphatbindertherapie (UK)

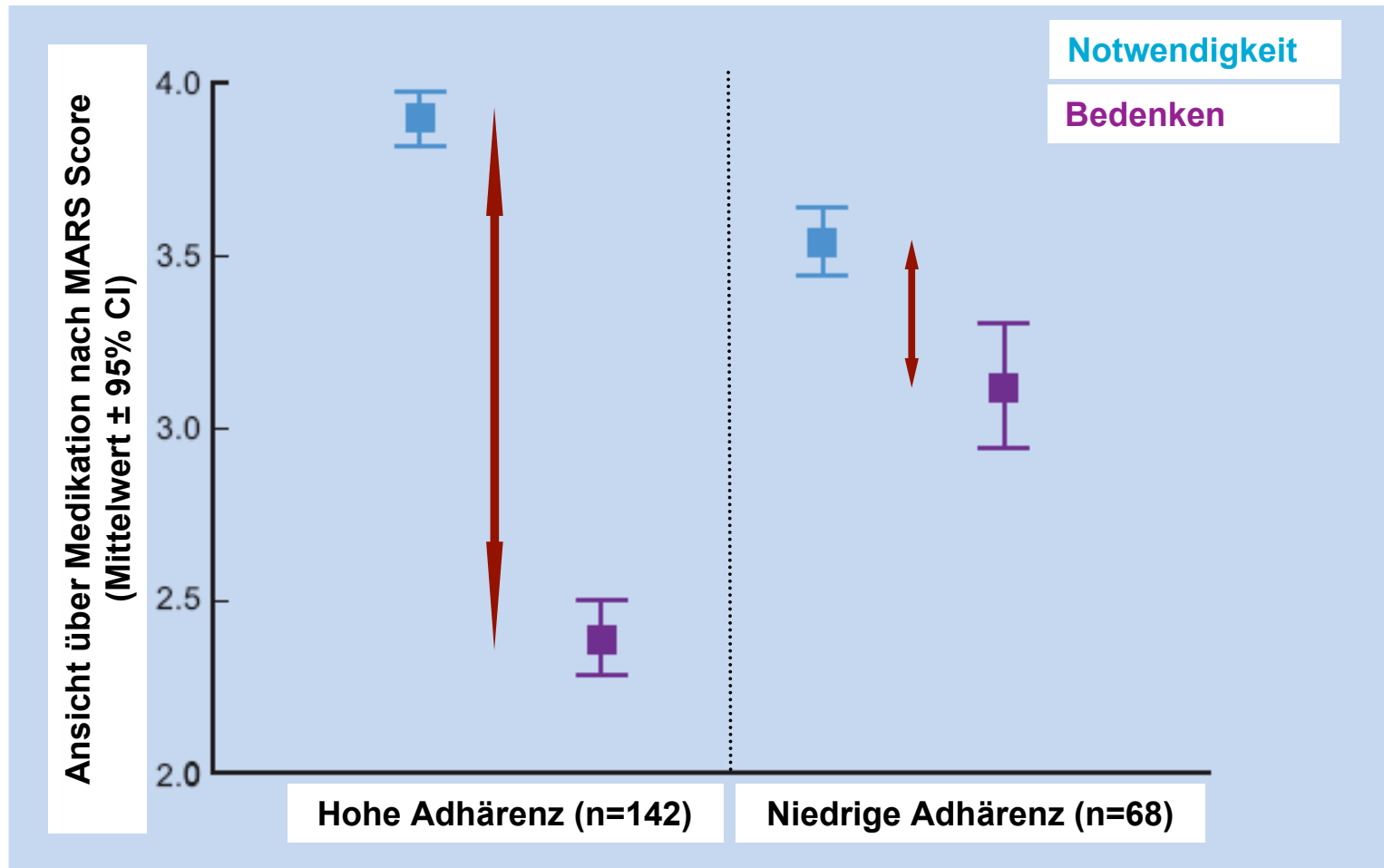
Glaube an Notwendigkeit PB: „necessity“



Bedenken bezüglich PB: „concerns“

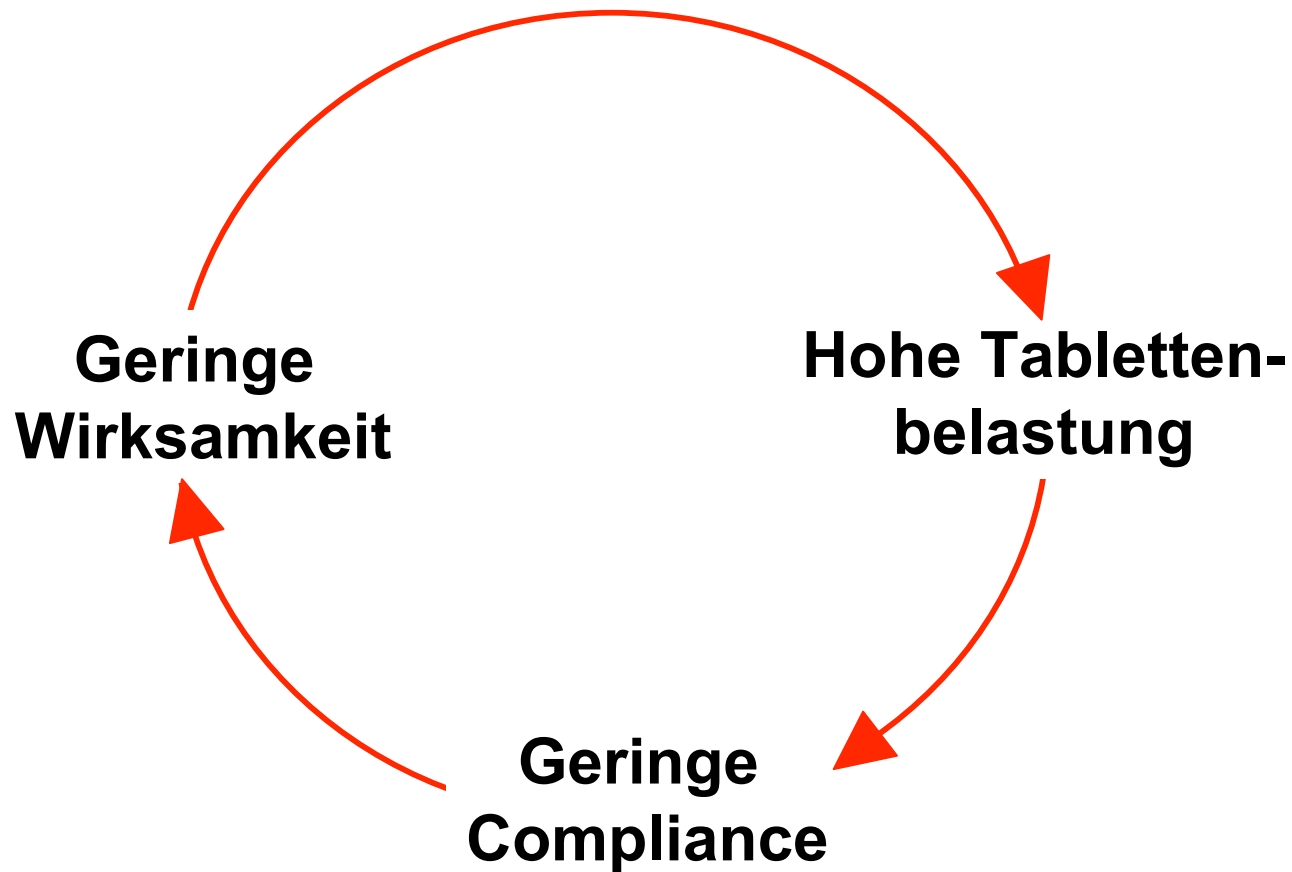


Wahrnehmungsunterschiede zwischen HD-Patienten mit hoher und niedriger Adhärenz: Phosphatbindertherapie!



Wirksamkeit von Phosphatbindern und Compliance

Ein Teufelskreis



Strategien zur Verbesserung der Adhärenz

- **Verbesserung von Verständnis, Akzeptanz, Einsicht**
- **Behebung objektiver Therapiehindernisse**
- **Behebung “psychologischer” Therapiehindernisse**

Strategien zur Verbesserung der Adhärenz

- **Konsistente Botschaften**

- Konsistente Kommunikation aller Beteiligten (Ärzte, Pflegepersonal, Diätetiker usw.) mit dem Patienten

- **Patienteneinsicht (Motivation)**

- Patient braucht Gründe für die Einhaltung seiner Behandlung, die mit dem gesunden Menschenverstand nachvollziehbar sind
- **! Individuelle Befürchtungen müssen adressiert und ausgeräumt werden !**

- **Anwenderfreundliche Behandlungskonzepte (Praktikabilität)**

- So einfach und praktikabel wie möglich
- Klare Instruktionen
- Immer wieder erinnern

Adhärenzverbesserung

- Umstellung p.o. auf i.v. (Paricalcitol)
- “directly observed therapy” (HAART)
- Zusätzliche (nicht-ärztliche) Beratung:

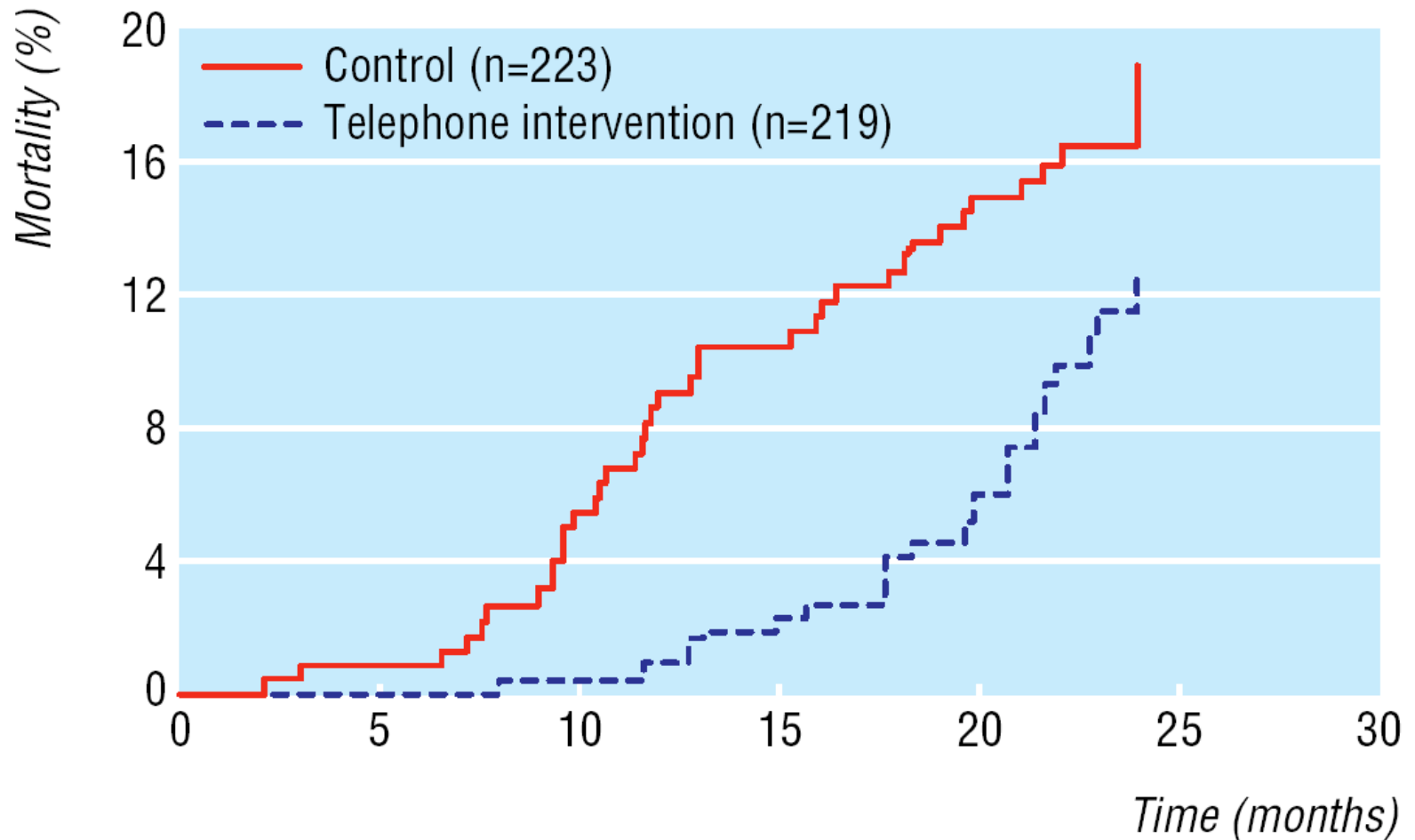
JYF Wu et al., BMJ 2006:

502 nicht-adhärenente Patienten, >4 Medikamente

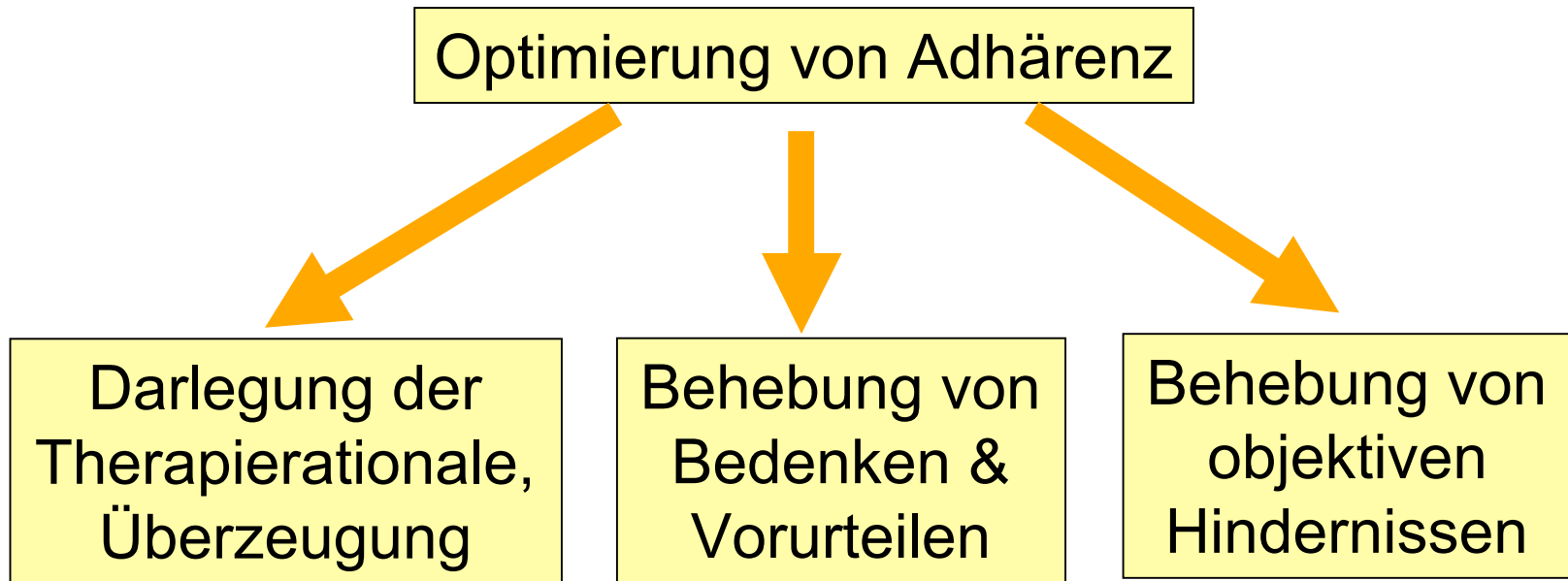
Ambulanz alle 3-4 Monate über 2 Jahre

Randomisierung mit/ohne zstl Telefonberatung zur Halbzeit

Adhärenzverbesserung durch telefonische Beratung



Zusammenfassung I



Zusammenfassung II

- Im Modell “Adhärenz” sind **Arzt und Team gefordert**.
- Sowohl die **unabsichtliche** als auch die **absichtliche Nicht-Adhärenz** sollten angesprochen werden.
- Sowohl **praktische** als auch **psychologische Barrieren** sollten ausgeräumt werden.
- Der **Ausräumung der „concerns“** sollte mehr Platz eingeräumt werden.
- Die Behandlung sollte so **einfach** wie möglich und so **einsichtig** wie möglich sein.
- Zur Verbesserung der Adhärenz ist eine **adäquate Kommunikation** und der **Abschluss eines Therapiebündnisses** zwischen Arzt und Patient notwendig.
- “**Viel hilft viel**” stimmt zumindest (meistens) für`s Gespräch.