



Adherence

Differenzierter Umgang mit Patienten

*Prof. Dr. Marion Schaefer,
Institut für Klinische Pharmakologie
Masterstudiengang Consumer Health Care
Charité Universitätsmedizin Berlin*



Gliederung

1. Einleitung:

Hypothese zur Adherence – Notwendigkeit der Flexibilität

2. Individuell unterschiedliche Gründe für Non-Adherence:

Berücksichtigung von Patientenerfahrungen

3. Individuelle Ansätze der Adherence-Förderung:

Berücksichtigung von Motivation und Patientenpräferenzen

Ausgangshypothese

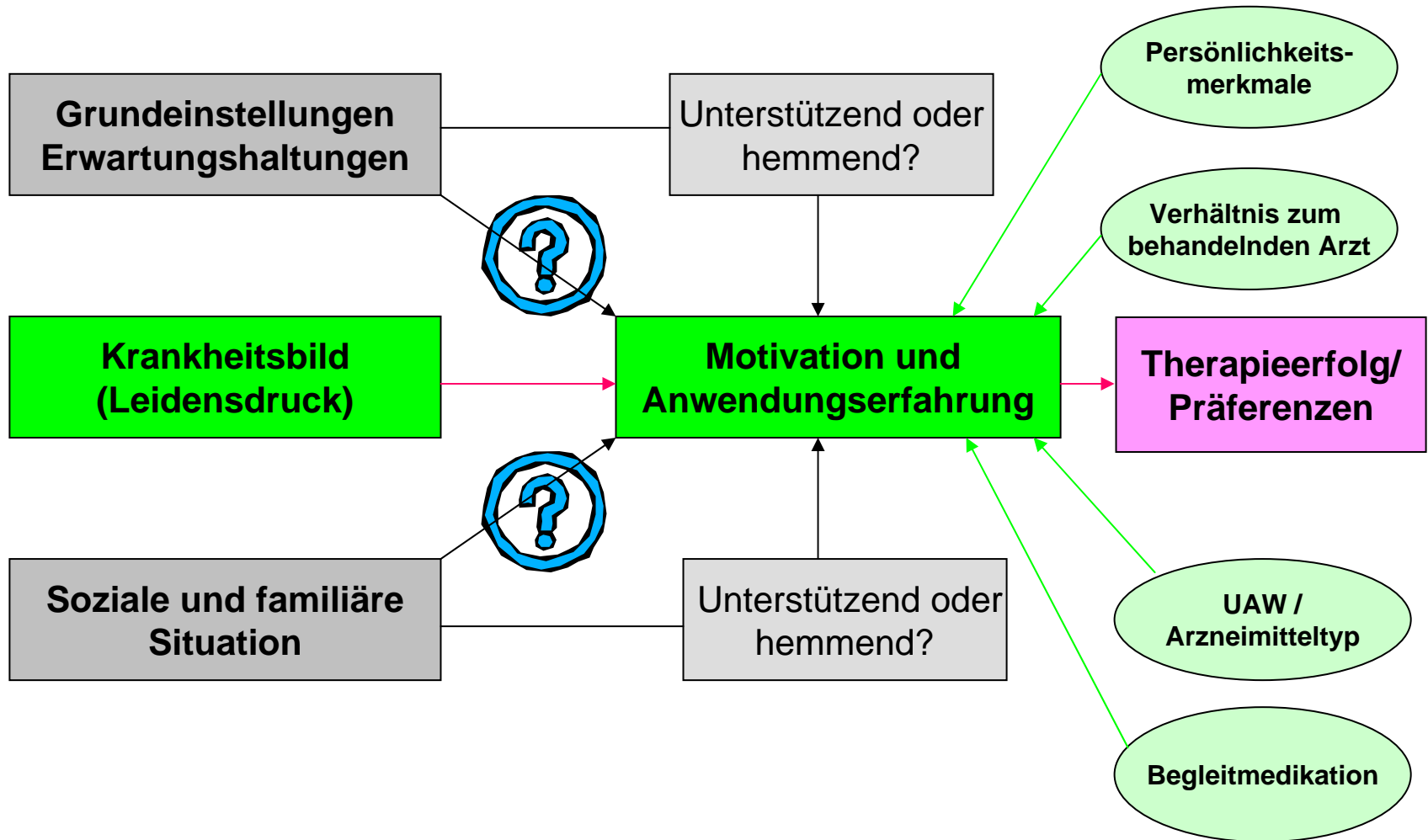
Bisher geht man von der optimistischen Hypothese aus, dass eine Verbesserung der Adherence automatisch Und in jedem Fall das Therapieergebnis verbessert.

Ausgangshypothese

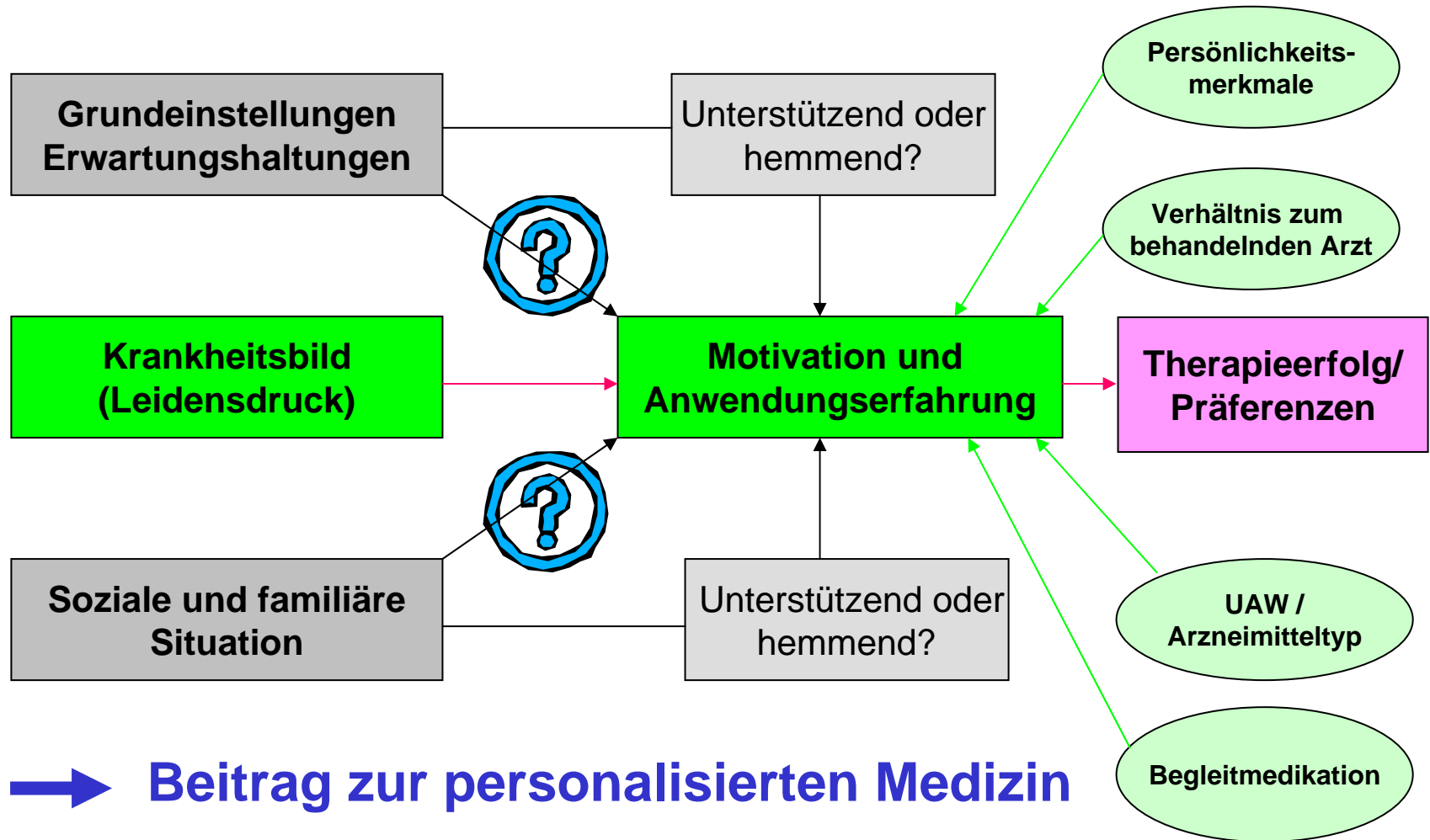
Bisher geht man von der optimistischen Hypothese aus, dass eine Verbesserung der Adherence automatisch Und in jedem Fall das Therapieergebnis verbessert.

Eine individuell angepasste Therapie und Bewertung der Adherence muss aber die Gesamtsituation des Patienten auch im Sinne der personalisierten Medizin berücksichtigen.

Adherence muss differenziert betrachtet werden



Adherence muss differenziert betrachtet werden



Beispiele für individuell angepasste Therapien

- Insulintherapie des Diabetes mellitus
- Schmerztherapie
- Bedarfsmedikation bei Asthma
- Therapie bei Menopausalbeschwerden
- Parkinson (bezüglich Auswahl, Dosierung und Einnahmezeitpunkt)

- (Hypertonie)

Beispiele für Therapien mit strikter Adherence

- Arrhythmien
- Infektionen

Beispiele für individuell angepasste Therapien

- Insulintherapie des Diabetes mellitus
- Schmerztherapie
- Bedarfsmedikation bei Asthma
- Therapie bei Menopausalbeschwerden
- Parkinson (bezüglich Auswahl, Dosierung und Einnahmezeitpunkt)
- (Hypertonie)

Beispiele für Therapien mit strikter Adherence

- Arrhythmien → **Kooperatives Einverständnis in die Therapie**
- Infektionen

Hypothese:

Um die Adherence wirksam und nachhaltig verbessern zu können müssen

- Fälle von Non-Adherence indentifiziert werden (z.B. über das Medikationsprofil oder eine Befragung)
- Die spezifischen Gründe für die Non-Adherence bekannt sein, um
- darauf aufbauend individuell angepasste Förderungsstrategien der Adherence zu entwickeln und einzusetzen.

Compliancehinweise aus dem computergestützten Medikationsprofil

InfoP Werte All Dauer Compl Probl Monitor Profil ABDA Kunde Adr Karte Ausw Vorg

		August 1999				September 1999				Oktober 1999			
AMARYL 1MG	TAB												
HERZ ASS RATIOPHARM 100	TAB	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
DIGIMERCK MINOR 0.07	TAB	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
<input checked="" type="checkbox"/> MINIPRESS RETARD 2MG	REK	-	---	---	---	---	---	---		---	---	---	---
ALDACTONE 25	DRA	-	---	---	---	---	---	---					---
VERAPAMIL RETARD RATIO 240	RET	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
CAPTOPRIL VERLA 50	TAB	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
ZOCOR 10MG	TAB	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Dosierung : 1,00 - 0,00 - 1,00 - 0,00 ST

ATC: C02CA01

Zurück
F1

Abbruch
F4

Individuell unterschiedliche Gründe für eine unzureichende Adherence MAR (Medication Adherence Reasons) Scale

- Zufälliges Vergessen bei grundsätzlich guter Adherence
- absichtliches Vergessen aus unterschiedlichen Gründen (Reisen, Freunde)
- Unsicherheit wie das Arzneimittel anzuwenden ist
- Unsicherheit ob das AM überhaupt noch nötig ist
- Unsicherheit ob es das richtige Arzneimittel für mich ist
- AM wird weggelassen, um zu sehen ob es noch nötig ist
- AM-Einnahme hat keine hohe Priorität im täglichen Leben
- aufgetretene UAW
- Angst vor UAW
- Angst vor Langzeiteffekten
- Schwierigkeiten mit der Vielzahl der anzuwendenden Arzneimittel
- Schwierigkeiten beim Öffnen der Packung bzw. unmittelbare Anwendung
- Schwierigkeiten beim Schlucken
- finanzielle Gründe (z.B. Geld für die Zuzahlung)

Individuell unterschiedliche Gründe für eine unzureichende Adherence MAR (Medication Adherence Reasons) Scale

Art des Vergessens	Lipidsenker	Asthma
- zufällig	28%	40%
- hoher Zeitdruck	17%	25%
- cognitive Einschränkungen	14%	27%
- geringe Priorität	10%	19%

Quelle: Elizabeth Unni, University of Michigan, USA. ISPOR New Orleans Mai 2013

Daraus abgeleitete Strategien zur Förderung der Adherence

- Vermittlung einer Krankheits- und Behandlungseinsicht
- Vermittlung notwendigen Faktenwissens zur Therapie
- Optimierung der Logistik bei der AM-Anwendung
- Berücksichtigung von individuellen Präferenzen
- soziale Unterstützung
- wirtschaftliche Unterstützung (z.B. bezügl. Zuzahlung)

Daraus abgeleitete Strategien zur Förderung der Adherence

- Vermittlung einer Krankheits- und Behandlungseinsicht
 - Vermittlung notwendigen Faktenwissens zur Therapie
 - Optimierung der Logistik bei der AM-Anwendung
 - Berücksichtigung von individuellen Präferenzen
 - soziale Unterstützung
 - wirtschaftliche Unterstützung (z.B. bezügl. Zuzahlung)
- ➔ **Eine Verbesserung der Adherence ist nur über die individuelle Motivation erreichbar**

Präferenzentscheidungen durch die Patienten

Welche Fragen sollten gestellt werden?

- Welche Symptome, die durch Ihre Erkrankungen (condition) bedingt sind, schränken Sie in Ihrem Leben am meisten ein?
(z.B. chron. Schmerzen, Verstopfungen, Konzentrationsschwierigkeiten)
- Gibt es besondere Aktivitäten, die Ihnen wichtig sind, denen Sie aber auf Grund Ihrer Erkrankungen nicht nachgehen können?
(z.B. erholsamer Nachtschlaf, tägliche Hygiene, Auto fahren etc.)
- Wie haben sich Ihre Erkrankungen und Ihre Symptome im Zeitverlauf verändert?
- Was beunruhigt Sie bezüglich Ihrer Erkrankungen am meisten?

Quelle: Theresa Mullin, FDA, ISPOR New Orleans 2013 (Draft)

Patient – Focused Drug Development under the Prescription Drug User Fee Act

Präferenzentscheidungen durch die Patienten (Forts.)

Welche Fragen sollten gestellt werden (Fortsetzung)?

- Was tun Sie gegenwärtig zur Behandlung Ihrer Erkrankungen oder Symptome? (z.B. Rx/OTC, alternative Therapien, Diäten)
- Wie gut hilft Ihre gegenwärtige Behandlungsstrategie bei der Kontrolle der Symptome, die für Sie am wichtigsten sind?
- Welche sind die stärksten Einschränkungen durch Ihre gegenwärtige Therapie? (z.B. UAW, Krankenhausaufenthalte, Fahruntüchtigkeit)
- Sollte es keine vollständige Heilung für Sie geben, welchen Effekt erwarten Sie von einer „idealen Therapie“ gegen Ihre Erkrankungen?

Beispiel für eine präferenzgeleitete Adherenceentscheidung

Weibliche Patientin, 67 Jahre, BMI 30

Vorliegende Diagnosen:

- Diabetes
- Bluthochdruck
- KHK
- chronische Rückenschmerzen, unspezifisch
- milde Depression
- Schlafstörungen

Beispiel für eine präferenzgeleitete Adherenceentscheidung

Weibliche Patientin, 67 Jahre, BMI 30

Vorliegende Diagnosen:

- Diabetes
- Bluthochdruck
- KHK
- chronische Rückenschmerzen, unspezifisch
- milde Depression
- Schlafstörungen

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

- Wissensvermittlung sowie individuell angepasste Motivationsförderung und Präferenzentscheidungen sind die wichtigsten Ansätze zur Verbesserung der Adherence
- Voraussetzung dafür ist eine relativ detaillierte Kenntnis der individuellen Lebenssituation, die nur im persönlichen Gespräch ermittelt werden kann.
- Künftige Adherence-Förderungsprogramme sollten diese Ansätze nutzen und auf der jeweils verfügbaren Datenebene nach Indikatoren suchen, die eine Einschätzung des Interventionserfolges ermöglichen.



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. Marion Schaefer
Institut für Klinische Pharmakologie
Charité Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1
10117 Berlin

Tel. 030 – 945 10 121

Fax 030 – 945 10 141

E-Mail: marion.schaefer@charite.de