



## Compliance – przeżytek czy termin użyteczny

*Compliance – a relic of the past or a useful term*

KAROLINA FRIEMANN, JACEK WCIÓRKA

Z I Kliniki Psychiatrycznej Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

### STRESZCZENIE

**Cel.** Omówienie znaczenia i zastosowania pojęcia „przestrzeganie zaleceń lekarskich” (compliance) i pojęć alternatywnych.

**Poglądy.** Przedstawiono pojęcie przestrzegania zaleceń lekarskich i omówiono terminy alternatywne wobec niego – adherence, cooperation, concordance, zwracając uwagę na poglądy krytyczne wobec tych ujęć. Termin compliance jest obecnie szeroko krytykowany z uwagi na wyraźne paternalistyczne zabarwienie. W wyniku badań nad tym zjawiskiem klinicznym zaproponowano bardziej nowoczesne modele relacji pacjent-lekarz. W pracy omówiono je, ze szczególnym uwzględnieniem modelu „wspólnego podejmowania decyzji” (shared decision making). Zwrócono uwagę na trudności i wyzwania związane ze zmieniającą się rolą lekarza.

**Wnioski.** Respektowanie zaleceń, jako konstrukt służący wyjaśnieniu i rozumieniu zachowania pacjentów w fazie inicjowania i kontynuacji leczenia, w dużej mierze nie sprawdził się. Najprawdopodobniej jednak pozostanie w użyciu jako dogodna miara skuteczności bardziej nowoczesnych modeli relacji terapeutycznej.

### SUMMARY

**Objectives.** To discuss the meaning and usage of the term “compliance” and of alternative concepts.

**Review.** The term “compliance” is presented along with related notions such as adherence, cooperation or concordance, discussed with an emphasis on critical opinions about these concepts. The term “compliance” is at present widely criticized due to its evidently paternalistic flavor. As a result of studies on this clinical phenomenon a number of more modern models of the patient-doctor relationship have been proposed. They are overviewed in the paper, with particular attention paid to the “shared decision making” model. Difficulties and challenges associated with redefinition of the doctor’s role are outlined.

**Conclusions.** Compliance has to a large extent failed as a theoretical construct serving to explain and understand patients’ behaviors at the stages of treatment initiation and continuation. However, it will most likely remain in further use as a convenient measure of effectiveness of more modern models of the therapeutic relationship.

**Słowa kluczowe:** przestrzeganie zaleceń / wypełnianie zaleceń / zgodność / wspólne podejmowania decyzji

**Key words:** compliance / adherence / concordance / shared decision making

### Słowniczek kluczowych określeń

Termin angielski:	Proponowane określenie polskie:
compliance	przestrzeganie, respektowanie, stosowanie się do zaleceń
noncompliance	nierespektowanie zaleceń
adherence	wypełnianie zaleceń
cooperation	współpraca (w leczeniu)
concordance	zgodność, uzgodnienie
shared decision making	wspólne podejmowanie decyzji
compliant	osoba respektująca zalecenia
non-compliant	osoba nierespektująca zaleceń

*Compliance* – to termin niezwykle pojemny i dotyczyć może wielu aspektów ludzkiej działalności, w szczególności jednak różnorodnych zmian stylu życia, zmiany nawyków, żywieniowych, dietetycznych, m.in. takich jak: zaprzestanie palenia papierosów, picia alkoholu. Jako czynnik wpływający na skuteczności różnorodnych terapii może dotyczyć: dotrzymywania terminów wizyt u lekarza, rozpoczęcia i kontynuacji programu terapeutycznego (np.: psychoterapii, psychoedukacji) lub innych zmian zachowania. Najczęściej jednak określenie *compliance* jest rozumiane, jako stosowa-

nie się do zaleceń farmakoterapeutycznych lekarza. W tym artykule termin został użyty w takim właśnie znaczeniu.

*Compliance* (respektowanie, przestrzeganie, stosowanie się do zaleceń) – to kluczowe pojęcie w opiece zdrowotnej, który dotyczy wszystkich specjalności medycznych. Szczególnie ważny wydaje się w odniesieniu do chorób przewlekłych, w których odległy, długotrwały efekt leczenia zależy jest od konsekwentnego realizowania zaleceń terapeutycznych [1]. Wyjątkowo bogata literatura poświęcona temu zagadnieniu powstała w dziedzinie zaburzeń kardiologicznych [2], w szczególności odniesieniu do leczenia nadciśnienia tętniczego [3–5]. Liczne publikacje opisują problem respektowania zaleceń w przebiegu leczenia cukrzycy [1], astmy [6] czy schorzeń neurologicznych. Odrębny, obszerny dział stanowi piśmiennictwo poświęcone *compliance* w chorobach psychicznych.

### DEFINICJA

Angielskie słowo *compliance* pochodzi od łacińskiego *complere* i odpowiada włoskiemu *compiere* czy hiszpańskiemu *cumplir*, które oznaczają: wypełniać, dokonywać

czynności, transakcji, czy procesu, a także: spełniać obietnicę. Zgodnie ze słownikiem oksfordzkim języka angielskiego (*Oxford English Dictionary*) termin ten oznacza: (1) działanie w zgodzie z czymś, uleganie pożądanemu, prośbie, warunkowi, kierunkowi itp.; (2) zgodę na działanie zgodne z czymś; (3) praktyczną zgodę.

Znaczenie medyczne tego terminu w dalszym ciągu nie zostało ujednoczone. Badacze posługują się różnymi definicjami, a niektórzy wręcz nie precyzują definicji fenomenu [1]. Stosunkowo często przytaczana i cytowana jest definicja Haynesa z 1979 r. [7], zgodnie z którą respektowanie zaleceń (*compliance*) – to „stopień, w jakim zachowanie pacjenta dotyczące przyjmowania leku, stosowania diety, wdrażania zmian stylu życia pokrywa się z poradą medyczną lub zdrowotną”. Wedle innej, *compliance* – to stopień, w jakim aktualnie realizowany schemat brania leków pokrywa się z zaleconym przez lekarza [8]. Gordis definiuje *compliance* jako: „punkt, poniżej którego pożądanego efektu profilaktycznego lub terapeutycznego jest mało prawdopodobne do osiągnięcia” [9]. W definicji nie został dotychczas zawarty problem kosztów osobistych jednostki, a także społeczny i finansowy wymiar nierespektowania zaleceń [10].

Termin *compliance* nie posiada zwięzłego, jednowyrazowego odpowiednika w języku polskim. Tłumaczenie jego stanowi zwykle zwrot: „respektowanie zaleceń”, „przestrzeganie zaleceń” lub „stosowanie się do zaleceń”. Część badaczy pisze o „wypełnianiu zaleceń”, posługuje się zamiennym terminem angielskim lub słowem „współpraca”, bądź używa zwrotu „współpraca w leczeniu”, choć nie są one zgodne znaczeniowo. W dalszej części artykułu chcemy zaproponować zwiążanie tych innych sposobów wyrażania *compliance* w języku polskim, z innymi terminami angielskimi.

Zaproponowano dwa ujęcia wyjaśniające zachowania związane z przestrzeganiem zaleceń. Pierwsze wiąże się z tzw. teorią ról, zgodnie z którą pacjent jest definiowany jako osoba chora, potrzebująca pomocy eksperta. W tej roli pacjent jest odpowiedzialny wyłącznie za dokładne i posłuszne wypełnianie racjonalnych i kompetentnych instrukcji otrzymanych od eksperta, lekarza. Nierespektowanie zaleceń jest postrzegane jako zachowanie nienormalne i nieracjonalne [11, 12]. Jak się wydaje, ujęcie to nadal znajduje, szerokie zastosowanie. W wielu tekstach *przestrzeganie zaleceń* postrzegane jest raczej jako cecha zachowania pacjenta, niż złożona interakcja pomiędzy nim a klinicystą, zależna od wpływu wielu czynników. Opiswane podejście czyni lekarza najczęściej bezsilnym w obliczu braku motywacji pacjenta i wobec jego oporu [13]. W drugim ujęciu, zgodnym z innym konstruktem wyjaśniającym złożoność zachowań związanych z respektowaniem zaleceń, tj. z modelem przekonań zdrowotnych (*health belief model*), zachowanie „(pro)zdrowotne” jest związane z gotowością do działania, opartą na postrzeganym zagrożeniu dla zdrowia i przekonaniu, że takie działanie ograniczy to zagrożenie. Decyzja o podjęciu lub wycofaniu się z działania zależy od wyniku ważenia oceny jego potencjalnych zysków i negatywnych konsekwencji. Proces ten często nie przebiega prostoliniowo, może wiązać się z poważnie nasilonym lękiem lub dysfunkcyjnym unikaniem konfliktu [14].

Nierespektowanie zaleceń (*noncompliance*) może być postrzegane jako wyraz dwóch nieco odmiennych sposobów zachowania. O niezamierzonym nieprzestrzeganiu

mówi się, gdy pacjent, pomimo chęci i zamiaru brania leku i korzystania z terapii, nie może tego uczynić z takich powodów, jak: zaburzenia funkcji poznawczych (np. słaba pamięć, problem ze zrozumieniem instrukcji), bariera językowa lub fizyczna niezdolność do prawidłowego przyjęcia leku (np. zła technika inhalacji, nieumiejętność samodzielnego wykonania iniekcji podskórnej). Niezamierzone nieprzestrzeganie może być, ponadto, związane z niedostatecznym zapamiętaniem treści konsultacji (więcej na ten temat poniżej). Natomiast o zamierzonym nierespektowaniu zaleceń mówi się, gdy pacjent decyduje się nie brać leku lub celowo bierze go w sposób inny od zaleconego. Najczęściej przybiera to postać zmniejszenia dawki leku do akceptowanego poziomu lub przedwczesnego przerwania leczenia. Rozróżnienie to jest niezwykle użyteczne, choć nie zawsze możliwe do zastosowania, z powodu przenikania się obu typów zachowań. Pozwala rozróżnić i określić cele ewentualnych interwencji. Niezamierzone nieprzestrzeganie może być rozumiane jako niedostatek umiejętności i sprawności. Zrozumienie zamierzonego nierespektowania zaleceń wymaga poznania motywacji pacjenta warunkującej rozpoczęcia i kontynuację leczenia [6].

Christensen [15] zmodyfikował nieco zaproponowany przez Rosenstocka model wykorzystujący model *przekonań zdrowotnych*. Według niego *compliance* – to „dynamiczny proces, w którym zmiana pojawia się jako rezultat nowych informacji i doświadczeń zdobytych przez pacjenta”. Zgodnie z takim ujęciem, pacjent w trakcie całego procesu szukania pomocy i zdrowienia ciągle powraca do rozważania decyzji o stosowaniu się do zaleceń i w rezultacie może podtrzymać ją lub zmienić.

Hershey i Kunreuther [16] pozostając w zgodzie ze stanowiskiem Christensena proponują szersze ujęcie problemu *nierespektowania zaleceń* jako behawioralnego problemu przyswajania i przenikania innowacji. Rogers i Shoemaker [16] podjęli próbę syntezy wiedzy z kilku dziedzin badawczych, takich jak: antropologia, socjologia, edukacja, marketing, dochodząc do wniosku, że podjęta decyzja o przyswojeniu lub odrzuceniu innowacji nie jest końcowym etapem procesu „innowacja-decyzja”, ponieważ jednostka nadal poszukuje potwierdzenia dla już podjętej decyzji i może ją zmienić wobec napływu sprzecznych wiadomości dotyczących innowacji. Na tym etapie (tzw. *confirmation decision*) osoba szuka sposobu uniknięcia dysonansu lub zredukowania go. Implikuje to potrzebę nie tylko jednorazowej zachęty do respektowania zaleceń, ale ciągłego wzmacniania i potwierdzania konieczności leczenia także u tych pacjentów, którzy już, wcześniej podjęli decyzję o stosowaniu się do zaleceń.

Christensen wysuwa hipotezę, że na ocenę przez pacjenta własnej sytuacji zdrowotnej i na potrzebę podjęcia określonych kroków prozdrowotnych wpływają jego: postawa, przekonania i oczekiwania, a także spodziewane koszty i zyski wynikające z planu leczenia. Ponadto, w momencie, gdy pacjent i lekarz różnią się w swoich poglądach na temat leczenia, ostateczne rozwiązanie będzie zależało od dokonywanej przez pacjenta oceny życzliwości, wiarygodności, czy zaprzyjaźnienia ze strony lekarza. W sytuacji gdy występują istotne rozbieżności, zdolność lekarza do nawiązania relacji, będzie decydującym czynnikiem wpływającym na ostateczną decyzję podjętą przez pacjenta. Badacz ten

wysuwa hipotezę, iż doświadczenia pacjenta są szczególnie ważne dla dokonywanej w sposób ciągły oceny zasadności kontynuowania terapii. Natychmiastowy nawrót objawów (po zaprzestaniu terapii), będzie służył jako pozytywne wzmocnienie dla dalszego respektowania zaleceń, podczas gdy brak lub opóźniony nawrót objawów będą zachęcać do dalszego „testowania” możliwości nierespektowania zaleceń [15].

## TŁO

Gdyby spróbować przyjrzeć się historii badań oraz ewolucji myśli i poglądów poświęconych tematowi przestrzegania zaleceń, to wyglądałaby ona (w dużym skrócie) następująco.

Pod koniec lat 50. i w latach 60. badaczy pochłaniała chęć oceny, jaki odsetek pacjentów rzeczywiście przyjmuje zalecane leki. Procent pacjentów „niewspółpracujących” okazał się zaskakująco wysoki [17–19].

Kolejny etap badań – to próby nazwania i zdefiniowania zjawiska (lata 70.), a potem określenia jego przyczyn, identyfikacji czynników determinujących zachowanie respektujące lub nierespektujące (*compliant vs noncompliant*) (lata 70.–90.) [20, 21]. Dostrzeżono związek opisywanego zjawiska m. in. z problemem obrotowych drzwi szpitali i liczbą zajętych łóżek szpitalnych. Jednym słowem, zaczęto dostrzegać wymiar ekonomiczny *non-compliance* [22–24]. Mniej więcej w tym samym czasie dostrzeżono takie społeczne i osobiste koszty niestosowania się do zaleceń jak m. in. częstsze hospitalizacje [22–24], nawroty [25] gorsze efekty leczenia, trudności w podjęciu lub powrocie do pełnionych ról społecznych itd. [10].

Następnie rozpoczęto zastanawiać się nad możliwościami wpływu, technikami zwiększenia odsetka pacjentów stosujących się do zaleceń. Opracowano szereg opartych na różnych założeniach teoretycznych interwencji i terapii mających na celu poprawę *compliance* [26–28].

## KRYTYKA

Po okresie popularności, termin zaczął zbierać niepochlebne recenzje i opinie. Przede wszystkim z uwagi na zabarwienie paternalistyczne [6, 29–31]. Heath [29] uznaje go wręcz za pojęcie szkodliwe, które dewaluuje pacjenta i niebezpiecznie obnaża „nieposkromioną pychę” lekarza. Sam termin uważa za wywodzący się z wiedzy medycznej zakorzenionej w modernistycznej racjonalności, która pragnie odnaleźć „ogólne zasady”, do zastosowania w „standaryzowanej” sytuacji. Autorka zwraca uwagę na pewien dysonans – lekarze pragnąc stosować „ogólne zasady” wobec poszczególnych pacjentów napotykają sytuacje, które nie są standardowe, w których nie ma jedynie słusznej odpowiedzi. „Ideologię” *compliance* autorka krytykuje także ze względu na dość istotną nierównowagę i płynące z niej niebezpieczeństwo. Sytuacja, w której lekarz wykorzystując swą władzę i rości prawo do monopolu posiadania stosownej (fachowej) wiedzy, w której lekarz „wie lepiej” i oczekuje od pacjenta bierności (jego jedynym zadaniem jest wypełnić medyczne zalecenie) stwarza zagrożenie dla autonomii, godności a nawet ustawowych praw pacjenta [29].

Kolejna szkodliwa konsekwencja wprowadzenia tego terminu, a właściwie zwerbalizowania sposobu myślenia obowiązującego w „lekarzkim świecie” – to podział pacjentów na *compliant* (dobry, pożądaný) i *non-compliant* (zły, niepożądaný). Podział ten rodzi poczucie winy u pacjenta, który nie jest w stanie zadowolić swojego lekarza, gdyż nie bierze leków lub bierze je w sposób inny od zalecanego. Tym samym, *compliance* jako specyficzny rodzaj relacji „lekarz-pacjent” nie daje możliwości określenia przez pacjenta jego preferencji leczniczych, wyrażenia swoich obaw i wątpliwości wobec rozpoznania i leczenia [12].

## TERMINY ALTERNATYWNE

W odpowiedzi na przytoczoną krytykę, w wyniku debaty angażującej specjalistów wielu dziedzin, doszło do prób stworzenia alternatywnych koncepcji, bardziej nowoczesnych, uwzględniających potrzeby dzisiejszych pacjentów, określaných zwykle jako „odbiorcy usług medycznych”, „konsumentów”, „użytkowników” itp. W wyniku głośno wyrażanych wątpliwości, powolnej acz systematycznej zmiany ulega sposób postrzegania pacjentów – zamiast przedmiotów zainteresowania, troski, procedur medycznych, stają się ich podmiotami, współtwórcami, współorganizatorami.

W dobie ogólnej dostępności wiedzy, szczególnie łatwo osiągalnej przez internet, a w szczególności za pośrednictwem forów internetowych – miejsc swobodnej, nieskrępowanej wymiany wiadomości i doświadczeń – pacjent ma możliwość dorastania do roli eksperta w odniesieniu do swojej choroby i leczenia, lub choćby – do przyjmowania roli osoby dysponującej pewną wiedzą i kompetencją w tym zakresie. Sytuacja ta wymusza zmianę podejścia i zmianę geometrii relacji pacjent – lekarz na bardziej symetryczną [32, 33].

### Wypełnianie zaleceń (*adherence*)

Jednym z alternatywnych wobec *compliance* terminów wprowadzonych do anglojęzycznej literatury naukowej jest *adherence* (po polsku: przyleganie, przywarcie, dotrzymanie). Oznacza on stopień, w jakim zachowanie pacjenta pokrywa się z uzgodnionymi (*agreed*) zaleceniami lekarza. Określenie to jest przez wielu badaczy używane jako alternatywa, a przez innych jako zamiennik dla *respektowania zaleceń*. Jako alternatywa ma ono podkreślać fakt, że pacjent zachowuje swobodę decydowania w sprawie poddania bądź niepoddania się wskazówkom lekarza, co dodatkowo odciąża go od poczucia winy w razie odstąpienia od uzgodnionego postępowania, ale obciąża pewną odpowiedzialnością. *Adherence* rozwija definicję *compliance* podkreślając potrzebę wstępnej zgody, czy też porozumienia między lekarzem a pacjentem [1, 6]. Najczęściej jednak oba te terminy są używane zamiennie [14, 34]. Zapewne różnica znaczeniowa między nimi jest tak niewielka, że przez wielu bywa niedostrzegana. Ta nierozróżnialność nabiera ostrości w języku polskim, gdyż oba terminy są nierzadko interpretowane tak samo (jako wypełnianie zaleceń). W tym tekście, dla zaznaczenia różnic, staramy się konsekwentnie termin *adherence* interpretować jako wypełnianie (uzgodnionych) zaleceń, a *compliance* – jako respektowanie lub przestrzeganie (nakazanych) zaleceń.

### Współpraca (*cooperation*)

Termin oznaczający „współpracę w leczeniu” jest stonkowo rzadko stosowany. Różnica polega na założeniu aktywnej postawy pacjenta, partnerstwa w procesie leczenia, zaangażowania pacjenta w działaniach (*management*) związanych z chorobą oraz podjęciu przez niego współodpowiedzialności za realizowanie zaleceń [34]. Mimo tak różnych założeń, w praktycznym użyciu ten termin często niewiele odbiega od zastosowania *compliance* i używany jest niemal jako zamiennik [31].

### Zgodność, uzgodnienie (*concordance*)

W 1997 roku, w raporcie *Royal Pharmaceutical Society of Great Britain* zwrócono uwagę, że przepisywanie leków – to „trudny technicznie i złożony moralnie problem”, a ponadto, że uzyskiwanie *compliance* jest dążeniem niepewnym etycznie. W zamian zaproponowano użycie nowego terminu – *concordance* (zgodność, jedność) [30]. W październiku 1998 roku powstała grupa koordynująca program nakreślony we wspomnianym raporcie (*Concordance Coordinating Group*) kierowana przez Marshalla Marinkera (por. [www.concordance.org](http://www.concordance.org) i [www.medicines-partnership.org](http://www.medicines-partnership.org)). Grupa składa się z lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (*general practitioners*), farmaceutów, badaczy akademickich, przedstawicieli konsumentów, a także reprezentantów przemysłu farmaceutycznego. Wedle twórców nowego terminu, *concordance* – to: „nowe spojrzenie na problem przepisywania i brania leków. To porozumienie osiągnięte wskutek negocjacji pomiędzy pacjentem a profesjonalistą opieki zdrowotnej, które uwzględnia przekonania i życzenia pacjenta w ustalaniu czy, kiedy i jak brać leki”. Inicjatywa *concordance* stawia przed sobą zadanie pomocy pacjentom i lekarzom (przepisującym, *prescribers*) jak najbardziej świadomego wyboru sposobu rozpoznawania i leczenia, określenia potencjalnych zysków i strat, a także pomocy we współpracy w wyważonym związku terapeutycznym, by w ten sposób optymalizować potencjalne korzyści z opieki zdrowotnej. Twórcy tej idei podkreślają, że *zgodność* nie wiąże się z jednostronną komunikacją. Wymaga zgody obu stron. Nie jest możliwe narzucenie nikomu zgody. Pacjenci powinni mieć możliwość wyrażenia swoich obaw dotyczących leczenia i być zachęcani do podejmowania decyzji w sprawie swojej terapii. Członkowie grupy dostrzegają jednak, że „niektórzy pacjenci nie będą chcieli brać udziału w takim partnerstwie, a ich wola musi być uszanowana”. Uświadamiają ponadto, że jeśli postępować zgodnie z zasadami *concordance* to okaże się, iż niektórzy pacjenci zaprzestaną terapii lub w ogóle jej nie podejmą, albo mogą zdecydować o zmianie leczenia, a rezultat takich decyzji może istotnie odbiegać od tego, co lekarz uważa za najlepsze dla pacjenta [35].

Termin *zgodność* (*concordance*) najczęściej używany jest w Wielkiej Brytanii [6]. Choć szeroko znany, nie ma jeszcze uznanego polskiego odpowiednika (tu proponujemy określenie: *zgodność* albo *uzgodnienie*). Pomimo ideologicznej poprawności, doczekał się jednak słów krytyki – oto niektóre z krytycznych opinii.

Heath [29] porównała termin *concordance* do modernistycznego wilka przebranego w postmodernistyczną owczą skórę. Wskazała na niekonsekwencję zawartą w idei *zgodności*. Mianowicie, po uznaniu za równoważną wersję praw-

dy, jaką ujawnia pacjent, z wersją prawdy uznawaną przez lekarza, retoryka strony poświęconej propagowaniu tego zagadnienia, skłania ku przekonaniu, że mimo wszystko istnieje jakaś obiektywna ocena rzeczywistości, możliwa dzięki użyciu wiedzy medycznej. Autorka zauważa, że pojęcie *compliance* wyraża przymus w sposób otwarty, niebezpieczeństwo *concordance* upatruje w tym, iż przymus pozostaje, lecz jest ukryty. Heath zauważa, że dopóki lekarze i twórcy polityki zdrowotnej nie zaakceptują, że tylko i wyłącznie pacjent ma prawo decydować czy weźmie dany lek – to zmiana z *compliance* na *concordance* pozostanie zmianą kosmetyczną. Wskazuje na potrzebę większej uczciwości w kwestii ograniczeń medycyny i niepewności medycznej wiedzy [29, 32]. Krytycy terminu wskazują też, iż piśmiennictwo poświęcone *concordance*, w tym materiały zawarte na stronie *Medicine Partnership*, pełne są sprzeczności i w rzeczywistości opierają się na ideologii *compliance* [36].

Aronson argumentuje, iż *concordance* implikuje konieczność wzięcia przez pacjenta większej odpowiedzialności za swoje leczenie, mimo że nie wszyscy pacjenci są do tego zdolni i tego chcą [37].

Badacze wskazują ponadto na filozoficzne, moralne i prawne podstawy nierównowagi w kwestii odpowiedzialności lekarza i pacjenta [38]. Większy nacisk na odpowiedzialność lekarza nie jest przypadkowy, lecz jest moralnie i etycznie uzasadniony oraz właściwy. Troška o uwzględnienie wrażliwości pacjenta – jego delikatności (w sytuacji, w jakiej się znalazł) wraz z określonymi czynnikami związanymi z chorobą nie pozwalają rozpatrywać kwestii odpowiedzialności pacjenta na poziomie rzeczywistej współodpowiedzialności, chociażby za wynik leczenia [39, 40].

Krytycy ideologii *concordance* podważają zawartą w niej niezachwianą wiarę w „logiczne”, rozumowe uwarunkowanie motywacji człowieka. Praktyczne trudności w dostarczaniu pacjentowi informacji, umożliwianiu podejmowania racjonalnych decyzji, przekształcaniu decyzji w działanie – wspierają przekonanie, iż w kwestii zmiany zachowania logika nie odgrywa wielkiej roli [41]. Sami lekarze mają nienajlepsze wyniki w kwestii wpływu logiki na zmianę swego zachowania. Przykładowo: przyjmują do wiadomości fakt, że mycie rąk zmniejsza ilość zakażeń szpitalnych, lecz w dalszym ciągu rąk nie myją [42].

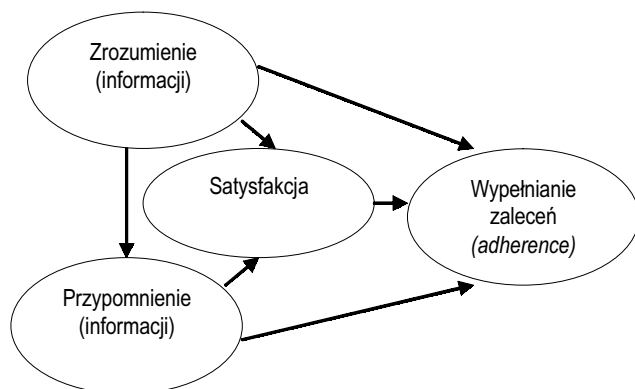
Ferner dowodzi, że dyskusja z pacjentem na temat potencjalnych korzyści i zagrożeń płynących z leczenia i uzgodnienie, jaką wybrać terapeutyczną opcję, jest możliwe. Niestety nie jest najprawdopodobniej wystarczające, by wpłynąć na zmianę zachowania. Autor zauważa ponadto, że dla podjęcia racjonalnej decyzji terapeutycznej powinniśmy wyważyć ryzyko ewentualnych szkód i zysków płynących dla pacjenta z wyboru określonego sposobu leczenia [41]. Wspomniane ryzyko jest niezmiernie trudne do oszacowania i postrzegane odmiennie przez różnych ludzi w różnych sytuacjach [43].

Uzyskanie wspólnego stanowiska w kwestii wyboru terapii i podjęcie przez pacjenta decyzji o rozpoczęciu określonego leczenia, nie oznacza, że leczniczy reżim będzie w praktyce dla danego pacjenta możliwy do utrzymania. Ukryte nieszanowanie zaleceń może być w przypadku modelu *concordance* nawet większe, gdyż trudniej przyznać się do nierealizowania ustalonego wspólnie planu tera-

peutycznego. Warto dodać, że firmy farmaceutyczne – entuzjastyczny partner idei *concordance* – chcą przede wszystkim sprzedać swój produkt, lek. *Concordance* może zwiększyć sprzedaż leków, lecz nie musi spowodować wzrostu indywidualnych korzyści płynących z danego leczenia dla pacjenta [41].

## KOMUNIKACJA LEKARZ-PACJENT

Jeśli zgodnie z modelem efektywnej komunikacji w praktyce medycznej według Leya (rys. 1) założyć, że zapamiętanie przez pacjenta medycznych informacji jest warunkiem stosowania się do zaleconego leczenia, to sprawy mają się nie najlepiej. Okazuje się, że 40 do 80% informacji udzielonych pacjentowi w trakcie konsultacji medycznej jest natychmiast zapomnianych. Ponadto, im większa ilość informacji jest przedstawiana pacjentowi, tym mniejsza jest proporcja materiału odtworzonego prawidłowo. Co ciekawe, prawie połowa zapamiętanych wiadomości jest nieprawidłowa. Przyczyn takiego stanu rzeczy upatruje się: (1) w używaniu przez lekarza medycznego żargonu lub niezrozumiałego dla pacjenta słownictwa fachowego, (2) w formie przekazania informacji (np. ustnej lub pisemnej) i (3) w czynnikach związanych z pacjentem, np. z niskim poziomem edukacji lub szczególnymi oczekiwaniami [44].



Rysunek 1. Model interakcji pomiędzy cechami pacjentem a *adherence* wg Leya.

Figure 1. The Ley model of relationship between patient characteristics and adherence.

Korsch i wsp. [45], po przestudiowaniu 800 nagrań wizyt u pediatrów i po przeprowadzeniu rozmów z matkami pacjentów ustaliła, że choć przeważająca większość matek deklarowała zadowolenie z wizyty (76%), to jednak wskazywały one na pewne niedostatki interakcji z lekarzami. Jako bariery w efektywnym komunikowaniu się z lekarzami, matki pacjentów wskazywały: brak ciepła i życzliwości ze strony lekarza, nieuwzględnianie obaw i oczekiwań pacjenta, brak występnego wyjaśnienia diagnozy i przyczyn choroby, oraz wspomniane używanie żargonu medycznego [45].

O konieczności posługiwania się tym samym językiem w sytuacji terapeutycznej rozmowy, pisał m.in. Torrey, nazywając ją (żartobliwie) zasadą *Rumpelstilzchena*. Choć w swej książce skupił się na temacie leczenia psychoterapią i skuteczności tejże metody, pewne wnioski dotyczące relacji pacjent-lekarz wydają się uniwersalne. Autor podkreśla,

że wynik leczenia (psychoterapeutycznego) zależy głównie od wspólnoty obrazu świata, która łączy terapeutę z chorym, od cech osobowości terapeuty i oczekiwań, jakie chory wiąże z jego osobą, oraz od rodzaju technik terapeutycznych. Wskazuje, że próby psychoterapii transkulturowej albo napotykały znaczne trudności, albo kończyły niepowodzeniem, właśnie z powodu braku wspólnego obrazu świata, wspólnego systemu pojęć, wspólnego języka [46].

Roter i Hall [47], badacze zagadnienia komunikacji w medycynie – podkreślają, że „rozmowa jest podstawowym instrumentem, za pomocą którego osiągane są terapeutyczne zamierzenia”. Zaobserwowano zależność pomiędzy umiejętnością komunikowania się lekarza a satysfakcją pacjenta, poziomem wypełniania zaleceń i wynikiem leczenia. Wykazano też, że lekarze podstawowej opieki mogą w większym stopniu wyjść naprzeciw oczekiwaniom pacjentów bez konieczności wydłużania czasu wizyt. Cruz i wsp. [47] konkludują, że w celu osiągnięcia optymalnych wyników leczenia pacjentów w obecnej opiece psychiatrycznej, psychiatrzy powinni posiadać wyjątkowe umiejętności komunikacji, które jednak wymagają jeszcze dokładniejszego zdefiniowania.

Nie ma przekonujących dowodów, że poziom wiedzy czy wykształcenia poprawia *compliance* [48]. Wie o tym każdy lekarz, gdy znajdzie się w roli pacjenta i „nie przestrzeża”. Zachęcanie pacjentów do poszerzania wiedzy na temat ich choroby i leczenia jest próbą położenia fundamentów pod bardziej egalitarny układ, próbą wyposadzenia ich w oręż, którym z racji swego zawodu swobodnie dysponują lekarze. Podejście to znalazło odbicie w kolejnym modelu, ujęciu relacji pacjent-lekarz.

## WSPÓLNE PODEJMOWANIE DECYZJI (SDM, SHARED DECISION MAKING)

Termin zaczął pojawiać się w literaturze w latach 80. (pojedyncze artykuły w latach 70.) Lata 90. – to okres szczególnego zainteresowania badaczy i teoretyków tym modelem relacji lekarz-pacjent. Także w przypadku „wspólnego podejmowania decyzji” nie ma jednej, spójnej definicji terminu. Większość autorów jednak zgodnie umieszcza SDM pomiędzy „tradycyjnym modelem medycznym” a „modelem świadomego wyboru” (*informed choice model*) (tabl. 1).

Dla przypomnienia – tradycyjny, paternalistyczny model medyczny jest oparty na roli chorego w ujęciu Parsonsa, według którego lekarz używa swej wiedzy w celu ustalenia najlepszego rozwiązania terapeutycznego dla pacjenta. Dostarcza pacjentowi wyselekcjonowanych informacji w celu uzyskania jego zgody na proponowane działanie. Obowiązkiem pacjenta jest przyczynić się do własnego wyzdrowienia [49]. W skrajnych przypadkach lekarz samodzielnie podejmuje decyzję, która z terapii jest najlepsza dla pacjenta i autorytatywnie informuje go, kiedy interwencja będzie rozpoczęta [50].

Na przeciwległym biegunie znajduje się model świadomego wyboru (*informed choice model*). Jego źródła wywodzą się z ruchu konsumenckiego, który zachęcił pacjentów do większej asertywności, do poddawania w wątpliwość zaleceń lekarskich i do żądania interwencji, które mogłyby w innym przypadku być zaniechane. W opisywanym modelu rola lekarza polega na informowaniu pacjenta na

Tabela 1. Modele relacji lekarz-pacjent  
 Table 1. Models of the patient-doctor relationship

Przesłanki analizy <i>Premises of the analysis</i>		Model paternalistyczny <i>Paternalistic Model</i>	Pośrednie <i>Inter-mediate</i>	Model wspólnej decyzji <i>Shared Decision Making Model</i>	Pośrednie <i>Inter-mediate</i>	Model poinformowany <i>Informed Model</i>
Wymiana informacji	przepływ <i>flow</i>	jednokierunkowy (przeważnie) <i>one-way (mostly)</i>		dwukierunkowy <i>two-way</i>		jednokierunkowy (przeważnie) <i>one-way (mostly)</i>
Information exchange	kierunek <i>direction</i>	lekarz <i>doctor</i> ↓ pacjent <i>patient</i>		lekarz <i>doctor</i> ↓ ↑ pacjent <i>patient</i>		lekarz <i>doctor</i> ↓ pacjent <i>patient</i>
	typ <i>type</i>	medyczny <i>medical</i>		medyczny i osobisty <i>medical and personal</i>		medyczny <i>medical</i>
	minimalna ilość <i>minimal amount</i>	wymogi prawne <i>legal requirements</i>		wszystko, co ważne do podjęcia decyzji <i>everything important for decision making</i>		wszystko, co ważne do podjęcia decyzji <i>everything important for decision making</i>
Uzgadnianie Concordance		lekarz sam lub wraz z innymi lekarzami <i>doctor (alone or with other medical professionals)</i>		lekarz i pacjent (plus potencjalnie inni) <i>doctor and patient (possibly with others)</i>		pacjent (plus potencjalnie inni) <i>patient (possibly with others)</i>
Kto decyduje jakie zastosować leczenie? <i>Who decides about what treatment is to be applied?</i>		lekarze <i>doctors</i>		lekarz i pacjent <i>doctor and patient</i>		pacjent <i>patient</i>

temat dostępnych wyborów terapeutycznych i oczekiwanych efektów leczenia. Decyzję podejmuje pacjent, który ma prawo swobodnego wyboru, niezakłóconego społecznym naciskiem i doświadczeniem lekarza. Natomiast lekarz powinien powstrzymać się od formułowania zaleceń, ponieważ mogłyby wpłynąć na decyzję pacjenta. Po podjęciu przez pacjenta decyzji, zadaniem lekarza jest zastosowanie jej medycznych aspektów.

Warto z naciskiem podkreślić, iż wspólne decydowanie czy świadomy wybór – to nie to samo, co świadoma zgoda (*informed consent*), która oznacza prawne zobowiązanie lekarza do udzielenia pacjentowi wyczerpującej informacji na temat proponowanej procedury medycznej, przed udzieleniem przez pacjenta wymaganej przez prawo zgody.

Według definicji Charlesa i in. [51], SDM stanowi mechanizm ograniczania asymetrii informacji i władzy pomiędzy lekarzami a pacjentami, poprzez wzbogacenie medycznej wiedzy pacjenta, wzmocnienie poczucia autonomii lub kontroli nad decyzjami dotyczącymi leczenia, które wpływają na jego samopoczucie. Model ten zakłada:

- zaangażowanie co najmniej dwu partnerów (np. lekarz i pacjent),
- pewną, obustronną dynamikę dochodzenia do wspólnej decyzji dotyczącej leczenia,
- dzielenie się (dwukierunkowy przepływ informacji) przez obu partnerów informacjami na temat możliwości leczniczych,
- konsensus w kwestii preferowanych wyborów terapeutycznych (obie strony wyrażają zgodę).

A zatem, niezmiernie ważną rolę odgrywa w tym modelu informowanie pacjenta. W celu ułatwienia i standaryzacji procesu informowania, zachodzi konieczność opracowania pomocy decyzyjnych (*decision aids*), które mają pacjenta

wyposażać w wiedzę niezbędną do możliwie świadomego podjęcia decyzji w określonej sytuacji medycznej. Mogą być to pomoce na różnych nośnikach informacji (broшуry informacyjne, kasety audio i video, strony internetowe itd.), których zadaniem jest informowanie pacjenta na temat wyboru terapii i związanych z leczeniem potencjalnych zysków i ryzyka strat. Co ważne, w modelu SDM lekarz może, a nawet powinien, wyrazić swą opinię na temat optymalnego dla danego pacjenta rozwiązania. Pacjent jest w pewnym sensie zobligowany do dokonania wyboru w kwestii leczenia i do poinformowania o nim lekarza [49]. Jest też zachęcany do aktywnego udziału w procesie opieki i podejmowania decyzji „zdrowotnych”. Pacjenci mogą uczestniczyć na wiele sposobów – poszukując i wymieniając się informacjami, dyskutując dostępne wybory terapeutyczne i podejmując ostateczne decyzje dotyczące leczenia [52].

### Zalety i ograniczenia wspólnego podejmowania decyzji

W odróżnieniu od modelu paternalistycznego, w którym lekarz najlepiej wie, co jest dobre dla pacjenta, nie wiedząc często zbyt wiele o jego indywidualnych preferencjach i oczekiwaniach lub odczytując je niewłaściwie [53], tu lekarz ma szansę je poznać, a wręcz jest to od niego oczekiwane [49].

Gravel i wsp. [54] podjęła próbę zidentyfikowania barier i ułatwień w praktycznym zastosowaniu opisywanego modelu. Pięć najczęściej wymienianych ułatwień – to: (1) motywacja lekarza, (2) przekonanie, że SDM doprowadzi do lepszych efektów leczenia, (3) przekonanie, że SDM jest użyteczne i praktyczne, (4) wola pacjenta współuczestniczenia w podejmowaniu decyzji w sposób zgodny z modelem SDM, (5) niektóre określone cechy pacjenta. Do najczęściej przytaczanych przeszkód we wdrażaniu tego modelu na-

leżą: (1) ograniczenia dotyczące czasu trwania wizyty, (2) brak możliwości zastosowania SDM z powodu określonych cech pacjenta, sytuacji klinicznej, (3) oczekiwania pacjenta w kwestii współuczestnictwa w podejmowaniu decyzji nie spełniające kryteriów modelu, (4) niezgoda (lekarza) na pytanie pacjenta o preferowaną rolę w procesie podejmowania decyzji.

Powstały i funkcjonują centra medyczne (np. *Hitchcock Medical Center* w Dartmouth), reklamujące się jako centra wspólnego podejmowania decyzji i dysponujące stronami internetowymi, gdzie przedstawiona jest koncepcja SDM. Na stronie wspomnianego centrum zamieszczony jest ponadto *The Ottawa Personal Decision Guide* – narzędzie przygotowane w celu pomagania „odbiorcom usług” w podejmowaniu decyzji związanych ze zdrowiem. Na stronie tegoż centrum znaleźć można *Decision Aid Library* – bibliotekę wcześniej wspomnianych „pomocy decyzyjnych”.

Hamann i wsp. [2006] w randomizowanym badaniu kontrolowanym porównał model SDM z opieką rutynową. Celem badania było sprawdzenie praktyczności modelu SDM w przypadku pacjentów oddziału całodobowego dla chorych na schizofrenię. Wspólne podejmowanie decyzji okazało się modelem możliwym do zastosowania u większości pacjentów i wbrew często wyrażanym obawom, niewymagającym poświęcania przez lekarzy większej ilości czasu. Pacjenci z grupy poddanej interwencji mieli lepszą wiedzę na temat swojej choroby, byli bardziej zaangażowani w podejmowanie medycznych decyzji, a ich korzyść z psychoedukacji była większa [55].

Kolejne badanie Hamanna i wsp. (2007) miało na celu zbadanie wpływu zastosowanego modelu na długotrwały efekt leczenia i przestrzeganie zaleceń w grupie pacjentów leczących się z powodu schizofrenii. Badacze nie stwierdzili wyraźnych korzyści płynących z zastosowania SDM, lecz zaobserwowali korzystny trend – mniej ponownych hospitalizacji w grupie pacjentów uczestniczących w SDM. Dodatkowo zaobserwowano, że większa potrzeba autonomii i szersza wiedza w momencie wypisu były związane z większą liczbą ponownych hospitalizacji. Konkludując – pacjenci z większymi oczekiwaniami dotyczącymi współdecydowania, są zagrożeni gorszymi długoterminowymi wynikami leczenia i z tego powodu wymagają szczególnej uwagi [56].

Podobne badanie przeprowadzili Loh i wsp. [57] u 405 pacjentów leczonych ambulatoryjnie z powodu depresji. Porównali dwie grupy pacjentów (poddanych interwencji z udziałem SDM lub rutynowej opiece) pod względem zaangażowania, udziału, satysfakcji, przestrzegania zaleceń oraz redukcji objawów. Interwencja nie zmieniła nasilenia objawów depresji w większym stopniu niż w grupie kontrolnej (poddanej rutynowej opiece). Zmieniła natomiast poziom zaangażowania pacjentów w terapii. Lekarze w tej grupie chętniej ułatwiali pacjentom współuczestniczenie w procesie leczenia, uzyskano poprawę przestrzegania zaleceń. Powyższe cele osiągnięto bez wydłużania czasu wizyty u lekarza.

## DWIE STRONY MEDYCZNEJ INTERAKCJI

W opinii publicznej zachodniego kręgu kulturowego dobroczynny i obdarzony wyjątkową wiedzą lekarz z połowy dwudziestego wieku, darzony szacunkiem a nierzadko

podziwem został zepchnięty ze swego piedestału [58]. Szacowni lekarze spoglądający na nas z XIX- i XX-wiecznych portretów mieliby spore trudności z odnalezieniem się w dzisiejszej „lekarskiej” rzeczywistości. Zaufanie do medycznej profesji oraz wiara w integralność instytucji i organizacji dostarczających usług medycznych osłabły. Tendencja ta wiąże się wieloma różnorodnymi czynnikami. Wedle Fentona [58] wpłynęły na to: (1) ogólny kryzys zaufania do tradycyjnych autorytetów, (2) przekonanie, że lekarze wyżej cenią swój interes ponad dobro pacjenta, (3) niepokojący, nadmierny wpływ koncernów farmaceutycznych, (4) administracyjne regulacje, które ograniczają wybór pacjenta, (5) ekonomiczny konflikt interesów i w końcu (6) dokonywana przez lekarzy promocja nierealistycznych oczekiwań zarówno ich własnych, jak i pacjentów. W stosunkowo krótkim, bo zaledwie kilkudziesięcioletnim okresie, postrzeganie roli i pozycji lekarza zmieniało się diametralnie. Lekarz z roli wyposażonego w specjalistyczną, niemal tajemną i dostępną dla niewielu wiedzę profesjonalisty, poprzez rolę świadczeniodawcy usług medycznych stał się w końcu (lub może dopiero staje się), beznamietnym technokratą, pozbawionym estymy przepisywaczem recept (*prescriber*). Ostatecznie, szczęśliwie odzyskuje swój humanistyczny wymiar w postaci partnera, towarzysza w podejmowaniu, czasem niezwykle trudnych, lecz wspólnych decyzji w modelach typu SDM lub uzgadniania [50, 59].

W 1992 roku Emanuel i Emanuel zaproponowali cztery modele relacji lekarz-pacjent, każdy odzwierciedlający ważny aspekt tej interakcji:

- model paternalistyczny (*paternalistic*),
- model informacyjny (*informative*),
- model interpretacyjny (*interpretive*) i
- model uzgodnieniowy (*deliberative*).

Lekarz praktykujący model paternalistyczny podejmuje medyczne decyzje za pacjenta, czasem wbrew jego życzeniu. W modelu informacyjnym rolą lekarza jest przedstawić pacjentowi w sposób bezstronny i neutralny wszystkie dostępne możliwości wyboru. Model interpretacyjny wymaga od lekarza intuicyjnego wycucia potrzeb i życzeń pacjenta, nawet jeśli pozostają niewypowiedziane. W końcu, model uzgodnieniowy zbliża się do otwartego dialogu między dwiema osobami, zmierzającego do wspólnego rozwiązania, najlepszego w danej sytuacji. Autorzy wskazują, że niektóre określone sytuacje, takie jak stan bezpośredniego zagrożenia życia uzasadniają paternalizm lekarza, lecz, poza tymi szczególnymi wyjątkami, model uzgodnieniowy wydaje się im najbardziej uniwersalny i najwłaściwszy. Warto dodać, że w psychiatrii typowymi sytuacjami wymagającymi podejścia paternalistycznego są konieczność zastosowania przymusu bezpośredniego i leczenia wbrew woli pacjenta. Emanuel i Emanuel wskazują, że przez kilka ostatnich dziesięcioleci dyskurs dotyczący relacji lekarz-pacjent koncentrował się na dwóch ekstremach: autonomii i paternalizmie. Wielu zarzucało lekarzom paternalizm popierając umacnianie (*empowerment*) pacjentów, zachęcając by kontrolowali oferowaną im opiekę medyczną. Model informacyjny stał się modelem dominującym w bioetyce i standardach prawnych, lecz zdaniem cytowanych autorów zawiera on wadliwą koncepcję autonomii pacjenta i w sposób szkodliwy redukuje rolę lekarza do roli technologa [50].

DeCamp [40] przestrzega przed bezkrytycznym przeniesieniem do opieki zdrowotnej relacji i języka biznesu lub handlu. Zwraca uwagę, że traktowanie usług medycznych tylko i wyłącznie jako towaru, nie obędzie się bez szkody dla obu stron medycznej interakcji.

Brytyjskie autorki, Clyne, Granby i Piston [60], zwracają uwagę na konieczność odpowiedniej edukacji lekarzy i ich przygotowania, umożliwiającego rzeczywiste partnerstwo w trakcie konsultacji medycznej. Na stronie internetowej promującej wspólne podejmowanie decyzji (www.choicementalhealth) przedstawiono fragmenty dokumentu opierającego się na modelu zdrowienia (*recovery*), ujmującego problem z perspektywy konsumenta (*The New York Office of Mental Health's White Paper*). Dokument ten wylicza dziesięć zasad niezbędnych dla jakości usług medycznych w dziedzinie zdrowia psychicznego [61]. Jedną z zasad brzmi, że profesjonalista musi dysponować odpowiednią wiedzą, wykazywać się elastycznością i otwartością wobec informacji związanych ze zdrowieniem: m.in. wobec programów terapeutycznych, holistycznych możliwości leczniczych lub usług uzupełniających [61].

Wypełnianie zaleceń lekarskich, realizowanie postępowania terapeutycznego ustalonego wspólnie lub oddzielnie (tylko pacjent lub tylko lekarz) jest ważne. Niezależnie od ujęcia problemu i jego uwikłania ideologicznego – ocena ostatecznego rezultatu interakcji lekarz-pacjent może być dokonana na podstawie efektów leczenia lub stwierdzenia faktu rozpoczęcia i kontynuowania leczenia przez pacjenta. Efekt leczenia, choć dla obu stron niezwykle ważny, jako metoda pomiaru zachowania typu *compliant* lub *non complaint* nie jest niepewny. Lek może nie działać w sposób oczekiwany, mimo że pacjent przyjmuje go zgodnie z zaleceniem.

Warto też wspomnieć, iż skutki zawierzenia zalecanej terapii mogą być skrajnie odmienne. Wypełnianie zaleceń wymaganych przez dobroczynną terapię jest związane z niższą śmiertelnością, natomiast w przypadku szkodliwej (ryzykownej) terapii może wiązać ze śmiertelnością zwiększoną. W metaanalizie 21 badań (46847 uczestników), w tym 8 projektów badawczych z użyciem placebo (19633 uczestników), iloraz szans (OR, *odds ratio*) dla umieralności związanej ze stosowaniem się do dobroczynnej terapii wyniósł 0,56 (95% CI: 0,50–0,63). Wypełnianie zaleceń w przypadku placebo także było korzystne dla pacjenta (OR = 0,56; 95% CI = 0,43–0,74, podczas gdy regularne przyjmowanie szkodliwego leku było, jak się można spodziewać, szkodliwe (OR = 2,90; 95% CI = 1,04–8,11). Takie wyniki sugerują istnienie zdrowotnego efektu wypełniania zaleceń (*healthy adherer*) [62].

Dostrzeżenie, że niektórzy pacjenci biorą zalecane leki i stosują się do zaleceń lekarza a niektórzy nie, oraz wpływu tego zjawiska na oczekiwany efekt leczenia, spowodowały konieczność przyjrzenia się bliżej człowiekowi – pacjentowi. Zaczęto dostrzegać „drugą stronę” klinicznej interakcji – jej opinie, preferencje. Wykonano szereg badań dotyczących subiektywnego odbioru leczenia przez pacjenta. Skuteczność leczenia, wynik terapeutyczny przestał być jedynym ważnym wskaźnikiem „dobrostanu” pacjenta [63–67].

Wraz z pogłębiającą się wiedzą na temat zamierzonej *non-adherence*, wzrosło zainteresowanie czynnikami o potencjalnym wpływie na motywację pacjenta do respek-

towania zaleceń [6]. Zaowocowało to przekonaniem, że więcej czasu należałoby poświęcić nie tyle na wybór leku najlepszego ze względu na chorobę, co na wybór leku najlepszego ze względu na osobę pacjenta – z uwzględnieniem jej stylu życia i preferencji [31].

Dzięki badaniom nad respektowaniem zaleceń powstały nowe pojęcia, ujmujące problem szerzej, bardziej nowoczesnie, jak uzgadnianie (*concordance*) czy wspólne decydowanie (*shared decision making*) [1, 68].

Wyniki badań poświęconych respektowaniu zaleceń – zdopingowały firmy farmaceutyczne do produkcji leków – wygodniejszej drodze podania, w postaci plastrów, tabletek podjęzykowych, aerozoli donosowych, tabletek o przedłużonym czasie uwalniania substancji czynnej, leków *depot*, a także leków o wygodniejszym dla użytkownika sposobie dawkowania (np. 1 raz dziennie). Producenci nowszych leków m.in. także dzięki dostrzeżeniu problemu respektowania lub nierespektowania zaleceń dbają o bardziej korzystny profil działań niepożądanych leku, ponieważ pacjenci chętniej przyjmują a lekarze chętniej przepisują leki cieszące się akceptacją i „popularnością” wśród pacjentów [31].

O dalszym stosowaniu terminu i jego użyteczności świadczyć może ostatnia zmiana w polskim prawodawstwie: w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 listopada 2007 r. w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością w miejsce krytykowanej „schizofrenii lekooportnej”, oprócz „zwykłej” schizofrenii (pozycja 23 na liście), na kolejnym 24 miejscu pojawiła się całkiem nowa pozycja: „schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychiatrycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego”. Wedle nowszych wytycznych stwierdzenie tejże uprawnia lekarza do przepisania pacjentowi risperidonu o przedłużonym działaniu w formie iniekcji domięśniowych, wydawanych po wniesieniu opłaty ryczałtowej [69]. Zmiana ta rodzi pewne trudności – jak zmierzyć i udokumentować „uporczywy brak współpracy” rozumiany tu przypuszczalnie właśnie jako nierespektowanie zaleceń. Dostępne metody oceny respektowania, albo istotnie zawyżają jego poziom, albo są kosztowne i trudne do interpretacji.

## UWAGI KOŃCOWE

Warto wspomnieć o rozdźwięku pomiędzy tym, co głośzą oświeceni luminarze, a tym co dzieje się w zaciszu gabinetu lekarskiego. O tym, jak niewiele czasu poświęca się opisywanym tu zagadnieniom w trakcie medycznych studiów i w dalszym kształceniu podyplomowym, kładąc niezmiernie nacisk na element merytorycznego przygotowania, w dużej mierze z pominięciem kwestii umiejętności interpersonalnych, jak np. nawiązywania kontaktu, sprawnego komunikowania się, negocjowania. Badania interakcji lekarz-pacjent w dziedzinach medycyny innych niż psychiatria wskazują, iż pacjenci zwykle nie są współuczestnikami podejmowania terapeutycznych decyzji w sposób zgodny z modelem SDM. Po analizie ponad 1000 konsultacji (lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, interniści i ortopedzi) Braddock i in. konkludują, że z wyraźnym współuczest-



nictwem pacjenta jest podejmowanych mniej niż 10% decyzji terapeutycznych [70].

W związku z propagowanym w opiece medycznej podejściem skoncentrowanym na pacjencie (*patient centered care*) i związanej z nim rosnącej autonomii pacjenta oraz prawa do decyzji w kwestiach dotyczących własnego zdrowia, nasuwa się szereg wątpliwości i pytań. Oto niektóre z nich.

Należałoby zadać pytanie, czy pacjent chce skorzystać z możliwości stania się ekspertem w sprawach własnej choroby. Czy jest przygotowany do podejmowania tego typu decyzji i konfrontacji z pojawiającymi się wtedy obciążającymi czynnikami psychologicznymi: lękiem, niepewnością, napięciem, czy czynnikiem merytorycznego nieprzygotowania? Decydowanie związane jest ze stresem, a dodawanie chorującemu, poza koniecznością walki z chorobą, ciężaru współodpowiedzialności za leczenie może budzić wątpliwości natury etycznej i moralnej. Z pewnością nie jest to rozwiązanie optymalne dla wszystkich, choć niektórzy pacjenci nie odnajdą się w relacji patriarchalnej – chcą współuczestniczyć, wiedzieć i współdecydować. Warto dostrzegać wynikającą z tych rozbieżności konieczność różnicowania grup pacjentów [71]. Wrażliwość pacjenta nie może być zaniebawiana, zważywszy na fakt, że zaufanie chorego jest w pewnym sensie wymuszone – pacjent powierzając w potrzebie lekarzowi swój los, ulega pewnej presji sytuacji i zasługuje z tego powodu na szczególną ochronę [40].

Z badania Strulla i wsp. [72] z połowy lat 80., z udziałem 50 klinicystów i 210 pacjentów z rozpoznanyim nadciśnieniem tętniczym wynikało, że lekarze nie doceniali potrzeb pacjentów w kwestii informacji i dyskusji, a przeceniali chęć pacjentów do wspólnego podejmowania decyzji – 41% pacjentów oczekiwało od klinicysty więcej informacji na temat swojego schorzenia (lekarze nie doceniali oczekiwań pacjentów w tej sprawie), 53% pacjentów wyraziło chęć uczestnictwa w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia (klinicyści zawyżyli tę chęć w swych ocenach wskazując 78% pacjentów jako oczekujących większego udziału w decyzjach). Wielu spośród pacjentów, którzy pierwotnie nie wyrażali chęci współuczestniczenia w decyzjach dotyczących leczenia, chciało uczestniczyć w dokonywaniu oceny już rozpoczętego leczenia.

W kolejnym badaniu [73], w którym poddano analizie dane 2197 pacjentów biorących udział w 4-letnim *Medical Outcomes Study* z udziałem chorych na choroby przewlekłe (nadciśnienie, cukrzyca, choroba niedokrwienna mięśnia sercowego, depresja), wyniki wskazywały, że większość pacjentów (69%) wolała pozostawić medyczne decyzje swoim lekarzom. Chęć do współuczestniczenia w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia malała wraz z wiekiem pacjenta i rosła wraz z jego poziomem wykształcenia. Kobiety były bardziej aktywne niż mężczyźni. Chorzy na cukrzycę i choroby serca byli mniej aktywni od pacjentów z nadciśnieniem. Pacjenci chorzy na depresję częściej deklarowali chęć aktywnego współuczestniczenia (OR = 1,64, p = 0,01).

Levinson i in. [71] przeprowadzili badanie z udziałem reprezentatywnej próby 2765 respondentów (*General Social Survey*). Badani określali swoje oczekiwania wobec trzech aspektów SDM tj.: poszukiwania informacji, dyskusowania wyboru i podejmowania decyzji. Prawie wszystkie osoby badane (96%) oczekiwały możliwości wyboru i pytania

o ich opinie. Połowa respondentów (52%) wolało ostateczne decyzje pozostawić lekarzom, a 44% preferowało poleganie na wiedzy lekarza, zamiast samodzielnego zdobywania informacji. Ponownie, kobiety, osoby bardziej wykształcone i zdrowsze częściej deklarowały wolę aktywnego udziału w podejmowaniu zdrowotnych decyzji. Chęć aktywnego udziału wzrastała wraz z wiekiem, ale malała po przekroczeniu 45 r.ż. Badacze wnioskowali, że akcentowane przez lekarzy i organizatorów opieki zdrowotnej założenie, iż pacjenci pragną uczestniczyć w podejmowaniu medycznych decyzji nie jest zgodne z faktycznym stanem rzeczy. Zachodzi konieczność oceny indywidualnych preferencji i planowania zgodnej z nimi formy opieki zdrowotnej.

Warto podkreślić problem odpowiedzialności za terapeutyczne decyzje w przypadku takich chorób, które wymagają leczenia, ze względu na dobro ogółu, jak: gruźlica, kiła, AIDS/HIV. Choroby te nie zostawiają zbyt wiele miejsca na debatę w kwestii leczenia. Ujmując problem prościej – są sytuacje, w których pełna dowolność i poszanowanie autonomii pacjenta może skutkować poważnym uszczerbkiem dobra ogółu. Wydaje się że problem ten dotyczy niektórych chorych psychicznie, ujawniających tendencje agresywne lub zachowania (działania, zaniechania) ryzykowne z innych powodów.

Respektowanie zaleceń, jako konstrukt służący wyjaśnieniu i zrozumieniu zachowania pacjentów w fazie inicjowania i kontynuacji leczenia, w dużej mierze nie sprawdził się i jest obecnie traktowany jako przestarzały, niepoprawny. Najprawdopodobniej jednak pozostanie w użyciu jako wygodna miara skuteczności bardziej nowoczesnych i finezyjnych modeli relacji terapeutycznej. Być może, poprawa przestrzegania ustalonego sposobu leczenia stanie się celem samym w sobie, lecz „skutkiem ubocznym” wzmocnienia autonomii pacjenta.

## PIŚMIENNICTWO

1. Chatterjee JS. From compliance to concordance in diabetes. *J Med Ethics*. 2006; 32 (9): 507–10.
2. Muszbek N, Brixner D, Benedict A, Keskinaslan A, Khan ZM. The economic consequences of noncompliance in cardiovascular disease and related conditions: a literature review. *Int J Clin Pract*. 2008; 62 (2): 338–51.
3. Bramley TJ, Gerbino PP, Nightengale BS, Frech-Tamas F. Relationship of blood pressure control to adherence with antihypertensive monotherapy in 13 managed care organizations. *J Manag Care Pharm*. 2006; 12 (3): 239–45.
4. Elliott WJ. Compliance and improving it in hypertension. *Manag Care*. 2003; 12 (8 Suppl Hypertension): 56–61.
5. Costa FV. Compliance with antihypertensive treatment. *Clin Exp Hypertens*. 1996; 18 (3–4): 463–72.
6. Horne R. Compliance, Adherence, and Concordance. Implications for Asthma Treatment. *Chest* 2006; 130: 65S–72S.
7. Sackett DL. Introduction. In: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979.
8. Urquhart J. Patient non-compliance with drug regimens: measurement, clinical correlates, economic impact. *Eur Heart J*. 1996; 17: 8–15.
9. Gordis L. Methodological issues in the measurement of patient compliance. In: Sackett DL, Haynes RB, eds. *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1976.

10. Marcus SC, Olfson M. Outpatient Antipsychotic Treatment and Inpatient Costs of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. Advance Access published online on June 19, 2007.
11. Babiker IE. Noncompliance in schizophrenia. *Psychiatr Dev*. 1986; 4 (4): 329–37.
12. Bebbington PE. The content and context of compliance. *Int Clin Psychopharmacol*. 1995; Suppl 5: 41–50.
13. Corrigan PW, Libermann RP, Engel JD. From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hosp Commun Psychiatry*. 1990; 41: 1203–1211
14. Kampman O, Lethinen K. Compliance in psychoses. *Acta Psychiatr Scand*. 1999; 100: 167–175.
15. Christensen DB. Drug-taking compliance: A review and synthesis. *Health Serv Res*. 1978; 13: 171.
16. Hershey JC, Kunreuther HC. Drug-taking compliance as an innovation-decision process. *Health Serv Res*. 1978; 13 (4): 439–441.
17. Willcox DRC, Path MC, Gillan R, Hare EH. Do psychiatric outpatients take their drugs? *Brit med J*. 1965; 2: 790–792.
18. Hare E, Willcox DRC. Do psychiatric in-patients take their pills? *Brit J Psychiat*. 1967; 113: 1435–1439.
19. Wilson JD, Enoch MD. Estimation of drug rejection by schizophrenic in-patients, with analysis of clinical factors. *Brit J Psychiatry*. 1967; 113: 209–211.
20. Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull*. 1997; 23: 637–651.
21. Fleischhacker WW, Meise U, Günther V, Kurz M. Compliance with antipsychotic drug treatment: influence of side effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1994; 89 (s382): 11–15.
22. Weiden PJ, Olfson M. Cost of Relapse in Schizophrenia. *Schiz Bull*. 1995; 21 (3): 419–429.
23. Knapp M, King D, Pugner K, Lapuerta P. Non-adherence to antipsychotic medication regimens: associations with resource use and costs. *Brit J Psychiat*. 2004; 184: 509–516.
24. Gilmer TP, Dolder CR, Lacro JP, Folsom DP, Lindamer L, Garcia P, Jeste DV. Adherence to Treatment With Antipsychotic Medication and Health Care Costs Among Medicaid Beneficiaries With Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2004; 161 (4): 692–699.
25. Kissling W. Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1994; 382: 16–24.
26. Zygumnt, A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159: 1653–1664.
27. Dolder CR, Lacro JP, Leckband S, Jeste DV. Interventions to improve antipsychotic medication adherence: review of recent literature. *J Clin Psychopharmacol*. 2003; 23 (4): 389–99.
28. Vergouwen AC, Bakker A, Katon WJ, Verheij TJ, Koerselman F. Improving adherence to antidepressants: a systematic review of interventions. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64 (12): 1415–20.
29. Heath I. A wolf in sheep's clothing: a critical look at the ethics of drug taking. *BMJ*. 2003; 327: 856–858.
30. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking. London: RPS; 1997.
31. Mullen PD. Compliance becomes concordance. Making a change in terminology produce a change in behaviour. *BMJ*. 1997; 314: 691.
32. Hodgkin P. Medicine, postmodernism, and the end of certainty. *BMJ*. 1996; 313: 1568–1569.
33. Broom A. Virtually He@lthy: The Impact of Internet Use on Disease Experience and the Doctor-Patient Relationship. *Qualitative Health Research*. 2005; 15 (3): 325–345.
34. Corrigan PW, Libermann RP, Engel JD. From Noncompliance to Collaboration in the Treatment of Schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*. 1990; 41 (11): 1203–1211.
35. Dickinson D, Wilkie P, Harris M. Taking medicines: concordance is not compliance. *BMJ*. 1999; 319 (7212): 787.
36. Segal JZ. „Compliance” to „concordance”: a critical view. *J Med Humanit*. 2007; 28 (2): 81–96.
37. Aronson J K. Editors' view- Compliance, concordance, adherence. *Br J Clin Pharmacol*. 2007; 63 (4): 383–384
38. Marinker M, Shaw J. Not to be taken as directed. Putting concordance for taking medicines into practice. *BMJ*. 2003; 326: 348–349.
39. Kelley M. Limits on patient responsibility. *J Med Philos*. 2005; 30 (2): 189–206.
40. DeCamp MW. Ethics and the Physician-Patient Relationship: Medico-moral Consequences of Commodification. *Einstein Quart J Biol Med*. 2002; 19: 135–138.
41. Ferner RE. Is concordance the primrose path to health? It might not make much difference. *BMJ*. 2003; 327 (7419): 821–822.
42. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, Perneger TV, and members of the Infection Control Programme. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Lancet*. 2000; 356: 1307–12.
43. World Health Organization. Chapter 3. Perceiving risk. In: *World Health Report 2002*. Geneva: WHO; 2003.
44. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. *JR Soc Med*. 2003; 96: 219–22.
45. Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. GAPS IN DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION I. Doctor-Patient Interaction and Patient Satisfaction. *Pediatrics*. 1968; 42 (5): 855–871.
46. Torrey EF. *Czarownicy i psychiatry*. Warszawa: PIW; 1981.
47. Cruz M, Pincus HA. Research on the Influence That Communication in Psychiatric Encounters Has on Treatment. *Psychiatr Serv*. 2002; 53: 1253–1265.
48. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63 (10): 892–909.
49. Hamann J, Leucht S, Kissling W. Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatr Scand*. 2003; 107: 403–409.
50. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician patient relationship *JAMA*. 1992; 267: 2221–2226.
51. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*. 1997; 44: 681–692.
52. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *J Gen Intern Med*. 2005; 20 (6): 531–5.
53. Britten N, Ukoumunne O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. *BMJ*. 1997; 315: 1506–1510.
54. Gravel K, Légaré F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implementation Science*. 2006; 1: 16.
55. Hamann J, Langer B, Winkler V, Busch R, Cohen R, Leucht S, Kissling W. Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 114 (4): 265–73.
56. Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W. Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68 (7): 992–7.
57. Loh A, Simon D, Wills CE, Kriston L, Niebling W, Härter M. The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2007; 67 (3): 324–32.
58. Fenton WS. Shared decision making: a model for the physician-patient relationship in the 21st century? *Acta Psychiatr Scand*. 2003; 107: 401–402.
59. Cohn F. Addressing Paternalism with Patients' Rights: Unintended Consequences. *Virtual Mentor*. 2004; 6 (2).

60. Clyne W, Granby T, Picton C. A competency framework for shared decision-making with patients. Achieving concordance for taking medicines. First edition Jan 2007 Medicines Partnership Programme.
61. Appleby J, Cawthra L, Johnson K, Lawton-Smith S, Lipczynska S, Mariathsan J, Samele C, Warner L. Briefing 31 – Choice in Mental Health Care. 2006.
62. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, Johnson JA. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ*. 2006; 333: 15–20.
63. Day JC, Bentall RP, Warner S. Schizophrenic patients' experiences of neuroleptic medication: a Q-methodological investigation. *Acta Psychiatr Scand*. 1996; 93 (5): 397–402.
64. Karow A, Naber D. Subjective well-being and quality of life under atypical antipsychotic treatment. *Psychopharmacology*. 2002; 162 (1): 3–10.
65. Naber D. A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables. *Int Clin Psychopharmacol*. 1995; 10 (suplement 3): 133–8.
66. Jarema M, Murawiec S, Taflński T. Porównanie subiektywnej i obiektywnej oceny leczenia olanzapiną chorych na schizofrenię. *Psychiatria Polska*. 2004; XXXVIII (5): 895–909.
67. Jarema M, Murawiec S, Szafrński T, Szaniawska A, Konieczńska Z. Subiektywna i obiektywna ocena leczenia schizofrenii lekami klasycznymi i atypowymi. *Psychiatria Polska*. 2001; XXXV (1): 5–19.
68. Concordance Co-ordinating Group. Concordance-partnership in medicine taking, information pack. London: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain; 2000.
69. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 listopada 2007 r. w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością tekst rozporządzenia podpisany przez Ministra Zdrowia Dz.U.07.222.1652 z dnia 28 listopada 2007 r.
70. Braddock CH III, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Levinson W. Informed decision making in outpatient practise: time to get back to basis. *JAMA*. 1999; 282: 2313–2320.
71. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *J Gen Intern Med*. 2005; 20 (6): 531–5.
72. Strull WM, Lo B, Charles G. Do patients want to participate in medical decision making? *JAMA*. 1984; 252 (21): 2990–4.
73. Arora NK, McHorney CA. Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate? *Med Care*. 2000; 38 (3): 335–41.

*Wpłynęło: 03.07.2008. Zrecenzowano: 11.08.2008. Przyjęto: 15.09.2008.*

*Adres: Lek. Karolina Friemann, I Klinika Psychiatryczna IPiN, al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, tel. (22) 4582 532, e-mail: friemann@ipin.edu.pl*