

Zażywanie leków wymaga śledzenia

Rozmowa z dr. Jarosławem Woroniem z Zakładu Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii Collegium Medicum UJ, Uniwersyteckiego Ośrodka Monitorowania i Badania Niepożądanych Działań Leków oraz Oddziału Klinicznego Leczenia Bólu.



Rynek Zdrowia: - Według wyników badania Polsenior, w Polsce statystyczny pacjent powyżej 65 roku życia przyjmuje przewlekłe pięć leków przepisanych przez lekarza i dodatkowo dwa leki lub suplementy diety dostępne bez recepty. Oglądając telewizję, trudno trafić na blok reklamowy, który nie zawierałby spotów polecających leki przeciwbólowe czy suplementy. Czy to oznacza, że Polacy są narodem lekomanów? **Dr Jarosław Woron:** - To zależy od tego, jaką przyjmiemy definicję lekomanii. To, że

lubimy przyjmować leki, nie może być tożsame z lekomanią. Weźmy pod uwagę pacjentów, którzy bez leków nie mogą żyć, bo bez tego źle funkcjonują. Przykładem mogą być polekowe bóle głowy, gdzie nadużywanie leków może powodować zaburzenia o charakterze przewlekłego bólu i w konsekwencji prowadzi do tego, że pacjent musi tę tabletkę przyjąć, bo ona mu daje jakąś ulgę.

Używanie dużej ilości leków nie może być kojarzone bezpośrednio z lekomanią, dlatego, że pacjenci z wielochorobowością są często skazani na wielolekowość. Pytanie, na ile istnieje taka potrzeba, a na ile jest to pewna postawa: zażywam leki i czuję się bezpiecznie, bo będę miał ochronę przed starzeniem, ładniejszą skórę, lepsze trawienie itd., jeśli tak zaczynam myśleć i przyzwyczajając się do tych dobroczynnych składników, zaczynam brać coraz więcej tabletek. To jest już skazywanie się na przyjmowanie wielu leków, więc mamy powiązanie z lekomanią, a w niej istotny jest element psychologiczny - uzależnienia.

- Wydaje się, że w Polsce istnieje bardzo duża zachęta, żeby stosować leki przeciwbólowe i suplementy...

- Tak, przeciętny Polak stosuje np. 26 tabletek niesteroidowych leków przeciwzapalnych rocznie. Kłopot polega na tym, że im starszy pacjent, szczególnie płci żeńskiej, tym większa skłonność do leczenia za pomocą leków dostępnych nie tylko na receptę, ale i OTC, skłonność do samoleczenia oraz kupowania i stosowania suplementów diety, które często uważane są za dobroczynne i nieszkodliwe.

Tymczasem, dopóki nie będzie ustawy o bezpieczeństwie suplementów diety, tak naprawdę nie będziemy wiedzieli o zasięgu problemu nadużywania suplementów, ich działań niepożądanych, ich interakcji z lekami, a ten problem może być poważny, bo wskazuje na to praktyka. Generalnie im pacjent starszy, im więcej ma chorób, tym większa zachęta do wielolekowości, tym większe koincydencje między tymi lekami i większe zagrożenia zdrowotne.

- Winne są reklamy?

- Poniekąd. Spójrzmy jak kreowane są reklamy np. środków przeciwbólowych. Przekaz do pacjenta/klienta to np. "większe opakowanie, wystarczy na dłużej". Pytanie, czy ma on wskazanie do tego, żeby ten lek dłużej stosować? Dodatkowo, gdy kupi duże opakowanie, to często poszukuje uzasadnienia, żeby lek stosować, bo przecież go nie wyrzuci. Kłopot polega też na tym, że reklama pokazuje, że ktoś coś zażywa i to mu natychmiast pomaga. Zło się wycofuje.

Tymczasem w rzeczywistości ktoś bierze tabletkę i jemu to nie pomaga. Bierze, więc drugą tabletkę, trzecią, a wtedy zaczynają się już pojawiać działania niepożądane, a za nimi np. hospitalizacje z tego powodu. Co prawda w reklamie pada wezwanie, żeby przeczytać ulotkę i skonsultować się z lekarzem lub farmaceutą, ale kłopot polega na tym, że chętniej czytamy instrukcje sprzętu AGD niż ulotkę lekową.

- Czy NFZ powinien być zaniepokojony zjawiskiem polipragmatyzacji, również tej wynikającej z nadużywania leków OTC i suplementów diety? Przecież za nie pacjent płaci z własnej kieszeni...

- Niezależnie od tego, czy lek jest refundowany czy nie, może powodować wystąpienie chorób polekowych, działań niepożądanych, działań toksycznych, które wymagają hospitalizacji. Często pacjent kupuje suplementy diety, których NFZ nie refunduje i nie bada bezpieczeństwa takich preparatów, ale już za hospitalizację z wyniku działań niepożądanych Fundusz musi zapłacić.

Wciąż nie mamy jakiegokolwiek dokumentu, który wykazywałby, jakie leki bierze pacjent. Problem ten mogłaby rozwiązać z pewnością elektroniczna karta pacjenta albo system, który blokowałby możliwość wydania pacjentowi leków, które zawierają tę samą substancję pod różnymi nazwami handlowymi. To częsty problem. Pacjent idzie do dwóch specjalistów, każdy przepisuje leki według wskazań obowiązujących dla leczenia choroby z jego dziedziny, ale mało, kto pyta, jakie leki zażywa już chory. Nikt dziś nie wie, ile Fundusz wydaje na to, żeby leczyć polekowe działania niepożądane, a mogą to być znaczące kwoty.

Producenci leków mają obowiązek informowania o działaniach ubocznych leków, ale już w przypadku suplementów diety takiego obostrzenia nie ma. Dodatkowo pacjentowi się wydaje, że jak kupić preparat w tabletkach i do tego jeszcze w aptece, to jest to lekarstwo. Poza tym suplement diety może obiecywać wszystko...

- Nawet to, że gdy będziemy go zażywać, odmłodzi nas o 20 lat?

- Tak, i dokąd nie będzie zbiorowych pozwów konsumenckich dotyczących suplementów diety, dotąd będzie zupełna dowolność. Zwróćmy uwagę, że przekaz, jaki niesie reklama, może zagrażać nawet bezpieczeństwu zdrowotnemu, bo mówi ona: możesz jeść boczek, tort i pić, co chcesz, ale jeśli będziesz stosował ten suplement, to ci nic nie będzie. Reklama można oczywiście podkreślać, że to jest tylko suplement diety, ale komu zależy, żeby przeciętnego Kowalskiego wyedukować, czym się różni suplement diety od leku? Na pewno nie zrobi tego producent.

Powinna powstać edukacyjna kampania społeczna, która mówi: pamiętaj konsumencie, suplement diety to nie lek, nie ma badań klinicznych, może powodować objawy niepożądane, toksyczne, może zmieniać bezpieczeństwo stosowanych przez ciebie leków. Pytanie, kto miałby za to zapłacić i komu w ogóle zależy, żeby pacjent to rozróżniał.

- Może właśnie Funduszowi powinno zależeć?

- Być może płatnik byłby tym zainteresowany, gdyby mógł wykazać, że środki, które wydał na kampanię społeczną, w istotny sposób ograniczają hospitalizację pacjentów z powodów patologii polekowych i po suplementowych, a jak on może to wykazać, skoro nie wie, ile na to wydaje? Niewiele jest czasopism, w których nie ma reklam leków. Nie ma szans, by w magazynie naszprycowanym reklamami suplementów diety nagle ukazał się artykuł pt. "Pacjencie uważaj, bo suplementy diety mogą zaszkodzić". W ten sposób wydawca podciąłby gałąź, na której się siedzi.

- Więc co, kampania społeczna? Być może przeprowadzenia jej mogłaby się podjąć jakaś niezależna organizacja pozarządowa?

- Żeby taka kampania była skuteczna, musiałaby mieć, co najmniej takie natężenie jak suma tych reklam, a i tak pacjent na końcu mógłby powiedzieć: ale ja widzę, że gdy to zażywam, to czuję się lepiej. i trudno z tym dyskutować.

- Co zatem można robić, by ograniczyć zjawisko polipragmazji?

Cenne są na przykład szkolenia dla lekarzy, które promują holistyczną opiekę nad pacjentem. Istnieje istotny związek między tym, co się dzieje w podstawowej opiece zdrowotnej a częstością hospitalizacji czy wystąpieniem powikłań, które wymagają potem leczenia szpitalnego. Rzecz w tym, by lekarz nie postrzegał pacjenta, szczególnie starszego, jako chorego, który leczy się tylko u niego. Bardzo ważna jest komunikacja między lekarzami, nie tylko na linii POZ - szpital, ale również w obrębie jednego szpitala. Często jest tak, że do pacjenta przychodzi konsultant z innego oddziału i zapisuje lek - niekoniecznie zastanawiając się, jaki to będzie miało wpływ na leczenie, a może mieć znaczny.

Druga rzecz to uwrażliwienie na to, że problem interakcji istnieje i ma duże znaczenie. Zróbmy wszystko, żeby farmakoterapia była przemyślana i zastanówmy się nad tym, jak te leki będą razem działały. Są już szpitale, które doceniają wagę tego problemu i organizują szkolenia dla swoich pracowników. To świetna inicjatywa, która przekłada się na poprawę, jakości farmakoterapii.

- Czy to jedyny sposób, by ograniczyć zjawisko polipragmazji? Czy również nowe drogi podawania leków mogą przyczynić się do zmniejszenia skali tego zjawiska?

- Tak, przykładem mogą być transdermalne systemy terapeutyczne, stosowane w leczeniu bólu zarówno receptorowego, jak i neuropatycznego. Podawanie przezskórne leków nie obciąża układu pokarmowego i powoduje, że u pacjenta zmniejsza się liczba branych tabletek i nie ma konieczności zażywania leków np. trzy razy dziennie. Nowe drogi zmniejszają ryzyko tego, że powstaną działania niepożądane.

To metoda atrakcyjna dla pacjenta, gdyż jest on przekonany, że może stosować farmakoterapię niosącą ulgę jego cierpieniu, a jednocześnie nie niszczy sobie żołądka. Co ważne, zmniejsza się ryzyko pomyłki w zażywaniu leków i ich dawkowaniu, co odciąża pacjenta i jego opiekuna.