



Debata Medycznej Racji Stanu

„Adherencja – współodpowiedzialność za zdrowie i efekt terapeutyczny w chorobach przewlekłych”

18 września 2025 r., w godz. 11:00 – 15:30
Pałac Staszica (siedziba PAN), Sala Okrągłego Stołu
ul. Nowy Świat 72 w Warszawie

Informacja prasowa

W przypadku pacjentów z chorobami przewlekłymi (np. cukrzyca, otyłość, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia psychiczne), istotne znaczenie dla skuteczności leczenia ma adherencja, czyli przestrzeganie zasad terapii, stosowanie się do zaleceń lekarskich oraz akceptacja uzgodnionych terapii.

Adherencja terapeutyczna (ang. adherence), definiowana jako stopień, w jakim pacjent stosuje się do zaleceń dotyczących farmakoterapii i innych interwencji zdrowotnych, stanowi jedno z kluczowych wyzwań współczesnej medycyny. Jest to kluczowe dla skuteczności terapii i dobrego stanu zdrowia pacjenta. Warto odróżnić adherencję od terminu "compliance" (z ang. compliance), który dotyczy jedynie przestrzegania zaleceń lekarskich, zwłaszcza przyjmowania leków. Adherencja jest pojęciem szerszym, obejmującym również zaangażowanie pacjenta w proces leczenia, jego motywację i świadomość celu terapii.

Poniżej przedstawiono definicje najistotniejszych pojęć dotyczących stosowania się do zaleceń i współpracy pomiędzy pacjentem, a kadrami medycznymi (za Górski S., Królczyk J., 2023)¹

<i>Termin angielski</i>	<i>Termin polski</i>	<i>Znaczenie/definicja</i>
Compliance	Stosowanie się do zaleceń	Stopień, do jakiego zachowanie pacjenta (w zakresie przyjmowania leków, przestrzegania diety i dokonywania zmian w stylu życia) jest zgodny z zaleceniami medycznymi
Adherence	Stosowanie się do uzgodnionych wspólnie zaleceń	Stopień, do jakiego zachowanie pacjenta (w zakresie przyjmowania leków, przestrzegania diety i dokonywania zmian w stylu życia) jest zgodny z wypracowanymi

¹ Górski S, Królczyk J. Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych i współpraca z pacjentem: przegląd pojęć, narzędzi i czynników wpływających na skuteczność leczenia hipotensyjnego. Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce. 2023;9(3):123–129.

		ustaleniami wspólnie z lekarzem lub innym profesjonalistą medycznym
Concordance	Współpraca terapeutyczna oparta na porozumieniu, aktywności i współodpowiedzialności	Współpraca zakładająca współodpowiedzialność lekarza i pacjenta za efekty leczenia oparta na tzw. Wspólnym podejmowaniu decyzji (shared decision-making)
Persistence	Wytrwałość	Wytrwałość pacjenta w stosowaniu się do zaleceń w określonych jednostkach czasu

Źródło. Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych i współpraca z pacjentem: przegląd pojęć, narzędzi i czynników wpływających na skuteczność leczenia hipotensyjnego. Stanisław Górski, Jarosław Królczyk *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce* 2023;9(3):123-129.

Brak adherencji stanowi cichy kryzys zdrowotny w Europie i Polsce oraz jedno z najpoważniejszych wyzwań współczesnej medycyny. Według danych WHO i OECD, w krajach rozwiniętych nawet 30–50% pacjentów z chorobami przewlekłymi nie przyjmuje leków zgodnie z zaleceniami lekarza, a w psychiatrii odsetek ten sięga nawet 70–80%, szczególnie w przypadku schizofrenii, depresji i choroby afektywnej dwubiegunowej. W populacji Polski szacuje, że wśród osób po 65 roku życia, 50 proc. mężczyzn i 60 proc. kobiet zgłasza, że cierpi na wiele chorób przewlekłych, a odsetek ten jest jednym z najwyższych wśród krajów Unii Europejskiej. W Polsce problem może dotyczyć ponad 7 mln osób, biorąc pod uwagę populację chorych przewlekłe: z nadciśnieniem (ok. 10 mln), cukrzycą (ponad 3 mln), chorobami serca, POChP i zaburzeniami psychicznymi. Nieprzyjmowanie leków lub ich niewłaściwe stosowanie prowadzi do nasilenia objawów, wzrostu liczby zaostrzeń, pilnych hospitalizacji, utraty produktywności oraz niepełnosprawności, a także przedwczesnych zgonów. Szacunki Komisji Europejskiej i ekspertów wskazują, że brak adherencji generuje rocznie nawet 125 miliardów euro strat w UE i powoduje około 200 tys. przedwczesnych zgonów. W Polsce koszty związane z *non-adherence* szacuje się na około 6 mld zł rocznie.

Z perspektywy Unii Europejskiej rekomenduje się, by adherencja została włączona do głównych dokumentów strategicznych, takich jak: Europe's Beating Cancer Plan, EU4Health, EU Non-Communicable Diseases Initiative oraz European Health Data Space, wraz ze standaryzacją wskaźników adherencji w ramach raportowania zdrowotnego. Tylko takie podejście pozwoli skutecznie podnieść jakość opieki, zmniejszyć obciążenie systemów ochrony zdrowia i realnie poprawić stan zdrowia obywateli UE.

Problem ma charakter wielowymiarowy i dotyczy większości chorób przewlekłych. Szacuje się, że 50–60% pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą typu 2, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), czy schorzeniami psychiatrycznymi (np. depresja, schizofrenia) nie stosuje się konsekwentnie do zaleceń terapeutycznych. W przypadku chorób układu krążenia, które pozostają główną przyczyną zgonów w Polsce i w całej Unii Europejskiej, skutki braku *adherence* są szczególnie dramatyczne. Wysoka śmiertelność poudarowa i pozawałowa jest w dużej mierze konsekwencją przerwania lub nieregularnego stosowania leczenia. Dane wskazują, że co dziesiąty pacjent po zawale serca umiera w ciągu roku od wypisu ze szpitala, a około 50% pacjentów z nadciśnieniem przerywa terapię w ciągu pierwszych 12 miesięcy od diagnozy.

Brak *adherence* wiąże się nie tylko ze zwiększoną śmiertelnością, lecz także z rosnącą liczbą hospitalizacji, powikłań, absencji w pracy oraz obciążeniem ekonomicznym systemu ochrony zdrowia. Badania wykazują, że interwencje ukierunkowane na poprawę *adherence* – takie jak stosowanie technologii cyfrowych (np. aplikacje zdrowotne, systemy powiadomień o e-receptach), angażowanie farmaceutów w proces koncyliacji lekowej, czy edukacja pacjentów i profesjonalistów – pozwalają istotnie ograniczyć te negatywne konsekwencje.

W odpowiedzi na skalę problemu powołano w Polsce Parlamentarny Zespół ds. Adherencji. Zespół ten, działający pod przewodnictwem Pani Senator Beaty Małeckiej-Libery, ma charakter interdyscyplinarny i koncentruje się na opracowaniu rozwiązań legislacyjnych i organizacyjnych sprzyjających poprawie przestrzegania zaleceń terapeutycznych. W ramach jego prac utworzono trzy podzespoły: ds. edukacji

zdrowotnej, ds. integracji dokumentacji medycznej oraz ds. roli farmaceutów. Ich zadaniem jest przygotowanie propozycji systemowych działań, które umożliwią skuteczniejszą profilaktykę wtórną i redukcję strat zdrowotnych oraz ekonomicznych związanych z *non-adherence*.

Eksperti rekomendują kompleksowe działania systemowe w zakresie poprawy adherencji:

1. Wdrożenie opieki farmaceutycznej i przeglądów lekowych – szczególnie w populacji pacjentów 65+ i z wielolekowością.
2. Zwiększenie roli e-zdrowia – przypomnienia o lekach (SMS, aplikacje).
3. Edukacja pacjentów i lekarzy (także studentów) – kampanie społeczne, materiały edukacyjne i szkolenia z komunikacji medycznej.
4. Stałe monitorowanie poziomu adherencji – wbudowane w system e-recepty i raportowanie do NFZ.
5. Wsparcie psychologiczne i interwencje behawioralne – szczególnie u pacjentów z depresją i zaburzeniami lękowymi.
6. Rozszerzenie dostępu do terapii długodziałających.
7. Zmiana paradygmatu wyceny świadczeń – nie tylko wycena za ilość przyjętych pacjentów, ale także jakość realizowanego świadczenia.

Adherencja to nie tylko kwestia indywidualnych wyborów pacjentów, to sprawa zdrowia publicznego, efektywności kosztowej systemu i jakości życia milionów obywateli. W obliczu starzejącego się społeczeństwa, czas na podjęcie kompleksowych i zdecydowanych działań w zakresie poprawy poziomu adherencji w Polsce.

Konferencja pt. „Adherencja – współodpowiedzialność za zdrowie i efekt terapeutyczny w chorobach przewlekłych” jest poświęcona zagadnieniu, w jaki sposób przestrzeganie zaleceń terapeutycznych wpływa na bezpieczeństwo pacjentów, skuteczność leczenia oraz racjonalne wykorzystanie środków w systemie ochrony zdrowia. Podkreśli również znaczenie odpowiedzialności społecznej i świadomości pacjentów, które mają istotny wpływ na osiąganie efektów terapeutycznych. Omówione zostaną takie zakresy tematyczne, jak: adherencja – bezpieczeństwo pacjenta i racjonalizacja wydatków, społeczna świadomość a współodpowiedzialność za kondycję zdrowotną i efekt terapeutyczny oraz adherencja – dialog systemu z ekspertami.

Deбата Medycznej Racji Stanu to przestrzeń do dialogu między przedstawicielami administracji publicznej, środowiskiem medycznym, organizacji pacjentów, która pozwoli wypracować skuteczne rozwiązania, wnioski i rekomendacje, mające szansę przyczynić się do realnych zmiany w systemie ochrony zdrowia.

Adherencja w kardiologii

Adherencja jest kluczowym czynnikiem w terapii schorzeń układu krążenia, które są odpowiedzialne za ponad 35% wszystkich zgonów w Polsce. Wymagają one szczególnej uwagi w kontekście zagadnienia adherencji, ponieważ nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich w przypadku tych schorzeń może prowadzić do poważnych konsekwencji, takich jak zawał serca, udar mózgu czy niewydolność serca. Długoterminowe terapie farmakologiczne, choć skuteczne, wymagają od pacjentów wytrwałości i dyscypliny w ich stosowaniu, co często stanowi wyzwanie, szczególnie w przypadku braku objawów chorobowych. Adherencja najczęściej dotyczy systematycznego przyjmowania leków i przestrzegania zaleceń dotyczących diety i aktywności fizycznej, a także monitorowania kluczowych parametrów zdrowotnych (np. pomiar ciśnienia tętniczego krwi). Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych jest szczególnie ważne w przypadku pacjentów z chorobami przewlekłymi układu krążenia, którzy z uwagi na stan własnego zdrowia codziennie

powinni przestrzegać zaleceń dotyczących postępowania terapeutycznego. Brak przestrzegania zaleceń terapeutycznych może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia, zaostrzenia choroby przewlekłej, hospitalizacji, a w niektórych przypadkach nawet zgonu.

Adherencja w nadciśnieniu tętniczym

Adherencja w nadciśnieniu tętniczym to przestrzeganie przez pacjenta zaleceń terapeutycznych, obejmujących regularne przyjmowanie leków, stosowanie odpowiedniej diety (np. z ograniczeniem soli i tłuszczów, bogatej w warzywa i owoce) oraz aktywność fizyczną. Kluczowa dla sukcesu leczenia jest współpraca z lekarzem i świadomość, że adherencja ma realny wpływ na zdrowie, zapobiegając powikłaniom, takim jak zawał serca czy udar mózgu. Wyniki badań wskazują, że u mniej niż 50% pacjentów leczonych z powodu nadciśnienia terapia jest skuteczna. Jednocześnie zwiększa się liczba dowodów wskazujących, że za tę sytuację w istotnym stopniu (obok inercji terapeutycznej lekarzy w stosowaniu najnowszych zaleceń i intensyfikacji leczenia) odpowiada nieprzestrzeganie przez pacjenta zaleceń lekarskich. Dokładny pomiar *adherence* służy dwóm celom. Po pierwsze, ważne jest, aby motywować pacjentów do dalszego przestrzegania zaleceń. Po drugie, jest to również ważne przy określaniu skuteczności przepisanego leczenia. Wczesne rozpoznanie braku przestrzegania zaleceń może zmniejszyć liczbę kosztownych badań i procedur (w tym leczenie interwencyjne) i uniknięcia przepisywania niepotrzebnych leków. W wytycznych ESH podsumowano interwencje, które mogą poprawić przestrzeganie zaleceń przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, odnosząc się do tych z poziomu lekarza, pacjenta, leczenia farmakologicznego oraz systemu opieki zdrowotnej.

Interwencje z poziomu lekarza obejmują: dostarczanie informacji na temat ryzyka nadciśnienia tętniczego i korzyści leczenia, a także uzgadnianie strategii leczenia w celu osiągnięcia i utrzymania prawidłowego ciśnienia tętniczego; upodmiotowienie pacjenta; otwartość na informacje zwrotne na temat ulepszeń organizacyjnych i klinicznych; ocenę i rozwiązywanie indywidualnych barier w *adherence* oraz współpracę z innymi świadczeniodawcami opieki zdrowotnej, zwłaszcza pielęgniarkami i farmaceutami w zakresie edukacji, konsultacji farmakologicznej, nauki poprawnej samokontroli itd. Interwencje z poziomu pacjenta obejmują: samokontrolę ciśnienia tętniczego (w tym telemonitoring); spotkania grupowe; instruktaż połączony ze strategiami motywacyjnymi; korzystanie z przypomnień (w tym z użyciem nowych technologii); wsparcie rodzinne, społeczne lub pielęgniarskie oraz zapewnienie leków w miejscu pracy. Interwencje z poziomu leczenia farmakologicznego obejmują: uproszczenie schematu lekowego, w tym stosowanie preparatów złożonych oraz opakowanie ułatwiające przypomnienia o niezacyciu leków (np. związane dniami tygodnia). Interwencje z poziomu organizacji systemu opieki zdrowotnej obejmują: wspieranie rozwoju systemów monitorowania efektywności leczenia (wizyta telefoniczna, wizyty domowe, telemonitoring domowego ciśnienia tętniczego, aplikacje mobilne); wsparcie finansowe współpracy między świadczeniodawcami (np. farmaceutami i pielęgniarkami); refundacja preparatów złożonych (wciąż jedynie częściowo dostępna w Polsce) oraz rozwój krajowych baz danych, w tym danych o receptach, dostępnych dla lekarzy i farmaceutów.

Ocena przestrzegania zaleceń powinna być zawsze prowadzona bez obciążania pacjenta winą i powinna sprzyjać otwartej dyskusji w celu zidentyfikowania konkretnych barier ograniczających zdolność pacjenta do przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Należy znaleźć zindywidualizowane rozwiązania, zachęcać pacjentów do przejęcia odpowiedzialności za własne zdrowie. Przestrzeganie przez pacjenta terapii można poprawić kilkoma interwencjami. Najbardziej przydatne interwencje to te, które łączą przyjmowanie leków z odpowiednimi nawykami, udzielają pacjentom informacji zwrotnych na temat przestrzegania zaleceń oraz samokontroli ciśnienia tętniczego, używanie pudełek na pigułki i innych specjalnych opakowań oraz stosowanie wywiadów motywacyjnych. Zwiększenie współpracy wśród świadczeniodawców z udziałem

farmaceutów i pielęgniarek polepsza przestrzeganie zaleceń lekarskich. Stosowanie wielu interwencji jednocześnie lepiej wpływa na *adherence*, ponieważ wielkość indywidualnego efektu każdej interwencji jest na ogół niestety niewielka. Najnowsze dane sugerują, że przestrzeganie zasad leczenia można również poprawić dzięki wykorzystaniu telementrii i aplikacji mobilnych do przekazywania zarejestrowanych danych domowych oraz utrzymywania kontaktu między pacjentami a lekarzami.

Kluczowe znaczenie w poprawie adherencji w terapii nadciśnienia tętniczego ma wybór odpowiedniego schematu leczenia. Można to osiągnąć poprzez: odpowiednie, szybkie interwencje przy wystąpieniu objawów ubocznych leczenia; stosowanie leków długo działających, które wymagają podawania dawki raz na dobę; unikanie złożonych schematów dawkowania; stosowanie preparatów złożonych, gdy tylko jest to możliwe oraz uwzględnienie wpływu leczenia na budżet pacjenta.

Eksperci Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego oraz Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego przedstawili w 2025 roku "Apel o poparcie działań na rzecz poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych", skierowany do decydentów, organizacji pacjenckich i profesjonalistów medycznych, podkreślając, że poprawa w obszarze stosowania zaleceń terapeutycznych wymaga działań na wielu poziomach – od zmian systemowych po codzienną pracę lekarzy i farmaceutów, aktywne zaangażowanie w proces terapeutyczny pacjentów. Podniesienie stopnia stosowania zaleceń terapeutycznych to inwestycja w zdrowie, dłuższe i lepsze życie pacjentów, a także w bardziej zrównoważony system ochrony zdrowia. To szansa na zmniejszenie liczby powikłań, poprawę jakości życia milionów ludzi i ograniczenie wydatków na leczenie skutków braku przestrzegania zaleceń terapeutycznych.² Międzynarodowe Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego ustanowiło dzień 27 marca, Dniem Adherence. Polska może czerpać z dobrych praktyk krajów europejskich takich jak Portugalia czy Słowacja, które dzięki systemowym działaniom podnoszącym stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych znacząco zredukowały częstość powikłań sercowo-naczyniowych, takich jak zawały i udary. Te doświadczenia mogłyby stanowić punkt wyjścia dyskusji różnych środowisk: lekarzy, farmaceutów, pacjentów, decydentów i być inspiracją dla wypracowania rozwiązań systemowych możliwych do wdrożenia w naszym kraju.

Adherencja w zaburzeniach psychicznych

Zaburzenia psychiczne jako narastający problemem zdrowotny. Pokazują to dane epidemiologiczne dotyczące najczęściej występujących zaburzeń psychicznych w Polsce, w tym depresji, zaburzeń afektywnych dwubiegunowo i schizofrenii. Rosną koszty pośrednie, w tym utracone produktywność oraz koszty społeczne zaburzeń psychicznych. Wpływ braku adherencji w leczeniu psychiatrycznym manifestuje się obniżeniem efektywności terapii oraz wzrostu kosztów dla systemu opieki zdrowotnej. Należy niwelować bariery w leczeniu i poprawiać adherencję oraz mapować przyczyny nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych u pacjentów psychiatrycznych.

Niestosowanie się pacjentów do zaleceń lekarskich jest jednym z głównych wyzwań w terapii zaburzeń psychicznych. Brak adherencji terapeutycznej może dotyczyć nawet blisko 60% chorych z depresją. Nieprzestrzeganie zaleceń zależy od szeregu czynników i jest zjawiskiem kompleksowym: może się odnosić do jednego lub kilku zaleceń, być ciągłe lub przerywane, intencjonalne lub nie. Brak adherencji prowadzi do licznych negatywnych konsekwencji, zarówno zdrowotnych, jak i społecznych. U pacjentów z depresją może zwiększać częstość hospitalizacji i ryzyko nawrotu objawów, a ponadto wiązać się z większym nasileniem depresji, rzadszym uzyskiwaniem odpowiedzi terapeutycznej i remisji oraz niższym poziomem

² Nowe rekomendacje ekspertów w obszarze adherence. Termedia. 2025 Dostępne: <https://www.termedia.pl/mz/Nowe-rekomendacje-ekspertow-w-obszarze-adherence,59946.html>

funkcjonowania. Wydaje się, iż jedną z przyczyn niestosowania się do zaleceń są działania niepożądane leków. W grupie osób z zaburzeniami lękowymi niestosowanie się do zaleceń lekarskich także jest częstym zjawiskiem, zależnym od wielu zmiennych. Znajomość czynników negatywnie wpływających na adherencję wśród pacjentów z depresją i zaburzeniami lękowymi oraz adekwatne interwencje mogą się przyczynić do poprawy wyników leczenia chorób i zaburzeń psychicznych.³

Farmakoterapia obok psychoterapii jest jedynym narzędziem skutecznej opieki nad pacjentem z zaburzeniami psychicznymi. W ciągu ostatniej dekady podjęto jedynie kilkanaście decyzji refundacyjnych w zakresie nowych cząsteczko-wskazań leków stosowanych w psychiatrii. To pokazuje, jak mało nowych leków jest rejestrowanych w terapii zaburzeń psychicznych. Dlatego każdy nowy lek, rejestrowany w Unii Europejskiej powinien być jak najszybciej refundowany publicznie – także w zakresie wskazań pozarejestacyjnych.

Przyczyny nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych u pacjentów z depresją i schizofrenią oraz propozycje rozwiązań w tym zakresie

Depresja stanowi coraz większy problem zdrowotny i społeczny. Dane NFZ wskazują, że świadczenia z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym depresji miało udzielone w 2023 r. 809 tys. pacjentów i świadczenia najczęściej udzielano osobom w wieku 65-74 lata. Refundowane leki przeciwdepresyjne (stosowane w depresji, ale również innych zaburzeniach psychicznych) wykupiło w 2023 r. 1,7 mln osób i było to o 83% więcej niż w 2013 r. Wartość refundacji tych leków wyniosła w 2023 r. 241 mln zł.⁴ Dane ZUS wskazują, że w 2023 roku mieliśmy do czynienia ze wzrostem liczby dni absencji z powodu epizodów depresyjnych i zaburzeń nawracających, w powiązaniu ze zwiększeniem kosztów pracy, oznacza to, że straty dla gospodarki wyniosły 2,8 mld zł, czyli 27,7 proc. więcej niż w 2022 i o 44 proc. więcej w porównaniu do roku 2021.⁵

W latach 2020–2022 liczba hospitalizacji z powodu schizofrenii wzrastała – z 37,6 tys. do 39,5 tys. W 2023 r. sprawozdano 39,0 tys. hospitalizacji z tego powodu⁶ Wzrosła liczba zwolnień lekarskich wystawionych z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. W 2023 roku do ZUS wpłynęło o 8,7 procent więcej takich zwolnień niż w 2022 roku. W ubiegłym roku lekarze wystawili ponad 1,4 mln zaświadczeń lekarskich z powodu zaburzeń zaliczających się do tej grupy.⁷

W Polsce w 2023 r. zwolnienia z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania stanowiły 6,4 proc. wszystkich eZLA. Zwolnienia z powodu zaburzeń psychicznych trwały średnio 20 dni. Zaświadczenia lekarskie z tytułu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania najczęściej wystawiane są osobom w wieku 30-49 lat (zarówno kobietom, jak i mężczyznom). Osobom w tym wieku w 2023 r. wystawiono zaświadczenia lekarskie na 15,5 mln dni, co stanowi 60 proc. łącznej absencji chorobowej we wszystkich grupach wiekowych⁸.

³ Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w grupie pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi oraz lękowymi. Psychiatr Psychol Klin 2019, 19 (2), p. 177–187. DOI: 10.15557/PiPK.2019.0018 Dostępne: <https://www.psychiatria.com.pl/arttykul.php?a=854>

⁴ <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-depresja>

⁵ raport pt. „Depresja wciąż mocno dotyka Polaków. Ile to kosztuje gospodarkę?” UCE Research

⁶ <https://dane.gov.pl/pl/dataset/4349,wyzkaz-swadczeniodawcow-na-terenie-polski-realizuj/resource/58918/table>

⁷ https://www.zus.pl/-/coraz-wiecej-zwolnienie%25C5%84-lekarskich-z-powodu-zaburzenie%25C5%84-psychicznych-i-zaburzenie%25C5%84-zachowania?p_l_back_url=%2Fwyniki-wyszukiwania%3Fquery%3Dzwolnienie%25C5%84%2Bz-powodu%2Bzaburzenie%25C5%84%2Bpsychicznych%26dateFrom%3D%26dateTo%3D

⁸ https://www.zus.pl/-/prezes-zus-o-zwolnieniach-lekarskich-z-powodu-zaburzenie%25C5%84-psychicznych?p_l_back_url=%2Fwyniki-

U pacjentów z zaburzeniami psychicznymi brak adherencji może być wywołany przez czynniki zarówno intencjonalne, jak i niezamierzone. Do nieadherencji terapeutycznej dochodzi wtedy, kiedy pacjent zapomina o zażywaniu leków, a także kiedy nie jest w stanie zrealizować zaleceń z powodu barier, które znajdują się poza jego kontrolą – jak w przypadku zaburzeń funkcji poznawczych czy niesprawności fizycznej (Farooq i Naeem, 2014; Gadkari i McHorney, 2012), o adherencji intencjonalnej mówi się wówczas, gdy pacjent świadomie decyduje się na nieprzestrzeganie zaleceń, przykładowo z powodu negatywnych przekonań na temat metod leczenia bądź samej choroby (Chapman i Horne, 2013).

Szacunkowa częstość występowania braku adherencji terapeutycznej w grupie pacjentów z depresją waha się według literatury od kilkunastu do nawet blisko 60% osób (De las Cuevas et al., 2017; Sansone i Sansone, 2012). Z kolei brak adherencji dotyczący zażywania leków przeciwdepresyjnych – w badaniach w pierwszej kolejności biorących pod uwagę rodzaj stosowanego leku, a nie diagnozę – dotyczył nawet 97% pacjentów (Mert et al., 2015)⁹

Zgodnie z wynikami badań głównymi czynnikami powodującymi nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich u pacjentów psychiatrycznych są niechęć do stosowania leków, nieakceptowanie choroby oraz działania niepożądane, dobre samopoczucie.¹⁰

Na podstawie badania przeprowadzonego w 5 krajach wśród pacjentów stosujących leki przeciwdepresyjne (7 506 pacjentów w USA i 4 230 pacjentów) w UE, 46,19% pacjentów w UE zgłosiło nieprzestrzeganie zaleceń z co najmniej jednego powodu, a 42,9% w USA. Najczęstszym powodem nieprzestrzegania zaleceń w UE była obawa o długotrwałe efekty i możliwe działania niepożądane leków. Nieprzestrzeganie zaleceń trwało dłużej z powodu braku przekonania o konieczności dalszego przyjmowania leków zarówno w USA, jak i w UE¹¹

Przyjmowanie leków indywidualnie dobranych do chorego - personalizacja leczenia - uważana się za najważniejszy czynnik w jak najszybszym ustępowaniu objawów psychotycznych, równie ważne w zaburzeniach psychicznych jest przestrzeganie zaleceń dotyczących stylu i trybu życia, wsparcie psychologiczne, aktywności fizycznej i żywienia.

Stosowanie nowoczesnych terapii zmienia obraz osób chorujących na schizofrenię. Dla chorych z uporczywym brakiem współpracy rozwiązaniem są też leki o przedłużonej formie uwalniania pozwalające utrzymać stałe stężenie terapeutyczne leku w krwi.

Polipragmazja jest częstą przyczyną braku przestrzegania zaleceń terapeutycznych, pacjenci mają trudności związane ze stosowaniem wielu leków ze złożonymi schematami dawkowania, czuje się przytłoczeni licznymi lekami lub doświadcza działań niepożądanych, co skutkuje przerywaniem terapii. Brak adherencji, z kolei, pogarsza stan zdrowia, zwiększa ryzyko nawrotów choroby i prowadzi do nieskuteczności leczenia.

Czynniki wpływające na wzrost adherencji to w szczególności dobra komunikację między pacjentem a lekarzem, wiedza na temat leku i jego stosowania, psychoedukacja - przekonanie o konieczności leczenia¹². Kluczowa jest współpraca lekarz - pacjentem i dzielenie odpowiedzialności za efekt terapeutyczny oraz współpraca z opiekunami pacjenta, z jego rodziną.

wyszukiwania%3Fquery%3Dzwolnie%25C5%2584%2Bz%2Bpowodu%2Bzaburze%25C5%2584%2Bpsychicznych%26dateFrom%3D%26dateTo%3D

⁹ https://www.psychiatria.com.pl/assets/pdf/artykuly/177-187_Psychiatria_2.2019_Gorostowicz.pdf

¹⁰ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4298301/>

¹¹ <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032723011916>

¹² <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3191684/#:~:text=Barriers%20to%20the%20effective%20use,require%20numerous%20medications%20with%20varying>

System opieki zdrowotnej powinien być nakierowany na współpracę, współodpowiedzialność i promocję zachowań prozdrowotnych. Szerszy dostęp do opieki psychiatrycznej to wyższy poziom psychoedukacji, czynna profilaktyka, wczesne wykrywanie zagrożeń, większe możliwości monitorowanego skutecznego leczenia farmakologicznego, ograniczanie hospitalizacji, a tym samym zmniejszenie kosztów leczenia¹³

Adherencja w cukrzycy i otyłości

Adherencja w terapii cukrzycy

Pomimo dostępności na rynku wielu różnych grup leków o odmiennych mechanizmach działania, u wielu pacjentów z cukrzycą nie udaje się osiągać celów terapeutycznych, wobec czego konieczne jest poszukiwanie nowych opcji terapeutycznych. Na zmniejszenie adherencji może wpływać występowanie działań niepożądanych, złożoność schematów leczenia, koszty terapii ale też brak widocznych efektów leczenia. Widoczne efekty leczenia są szczególnie istotne dla pacjentów ze współistniejącą otyłością u których optymalne leczenie przeciwcukrzycowe powinno sprzyjać nie tylko poprawie parametrów kontroli glikemii, ale również zmniejszeniu masy ciała oraz ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych. Nieodpowiednia adherencji w cukrzycy niesie ze sobą znaczne ryzyko kliniczne:

- Niewystarczająca kontrola glikemii ($HbA1c > 7\%$): Pacjenci nieprzestrzegający zaleceń terapeutycznych mają istotnie wyższe wartości $HbA1c$, co zwiększa ryzyko powikłań mikro- i makronaczyniowych 1 2.
- Wzrost ryzyka powikłań cukrzycowych: niska adherencja prowadzi do częstszego występowania retinopatii, neuropatii, nefropatii czy też chorób sercowo-naczyniowych 1 3
- Badania wykazały, że pacjenci z niską adherencją mają 1,6–1,8 razy wyższe ryzyko zgonu z jakiegokolwiek przyczyny

Strategie poprawy adherencji w cukrzycy typu 2

1. Edukacja pacjenta
 - a. Przed rozpoczęciem leczenia:
 - i. Wyjaśnienie przewlekłego charakteru cukrzycy typu 2 i konieczności długoterminowej terapii, omówienie celów leczenia (kontrola $HbA1c$, redukcja ryzyka powikłań) oraz możliwych działań niepożądanych.
 - b. W trakcie terapii:
 - i. Regularne wizyty kontrolne w celu monitorowania skuteczności leczenia, tolerancji i przestrzegania zaleceń.
 - ii. Optymalizacja dawkowania i zarządzanie działaniami niepożądanymi: Stopniowe zwiększanie dawki (miareczkowanie): Rozpoczęcie terapii od niskiej dawki i dostosowywanie jej eskalacji co celów klinicznych przy zminimalizowaniu ryzyka wystąpienia działań niepożądanych ze strony przewodu pokarmowego.
 - iii. Porady dietetyczne: Udzielenie pacjentom wskazówek dotyczących modyfikacji diety (np. unikanie tłustych, ciężkostrawnych potraw).
 - iv. Dostęp do leczenia. Zapewnienie pacjentom dostępu do refundowanego leczenia o nowych, innowacyjnych mechanizmach działania, gwarantujących osiągnięcie

¹³ <https://bmcpsykiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-025-07192-6>

bezprecedensowych celów terapeutycznych zarówno w zakresie glikemii, jak i utraty masy ciała.

Adherencja w cukrzycy – czyli przestrzeganie zasad terapii – to klucz do zdrowia

Wg Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków adherencja to międzynarodowe określenie przestrzegania przez pacjentów zaleceń terapeutycznych, które uznaje się za równie ważne, jak wprowadzanie nowych terapii. Dotyczy ono zarówno odpowiedniego przyjmowania leków, jak i przestrzegania właściwego stylu życia. Jednak wielu pacjentów nie stosuje się do zaleceń, zaprzepaszczać szanse na skuteczne leczenie i dłuższe życie. Dlaczego lekceważenie zaleceń terapeutycznych jest tak powszechne? Pacjenci często nie zdają sobie sprawy z tego, jak ważne jest regularne przyjmowanie leków, zwłaszcza w chorobach przewlekłych. Wiele pacjentom wydaje się, że krótkie „wakacje” w terapii nie mają większego znaczenia, wystarczy wrócić do leczenia i wszystko wróci do normy. Tymczasem często tak nie jest, szczególnie w takich schorzeniach jak cukrzyca. Nie zawsze jednak winni są tylko pacjenci, którzy obawiają się na przykład działań niepożądanych leków, o których czytają w Internecie lub ulotce leku. Stosowanie się do zaleceń utrudnia skomplikowany schemat leczenia, wymagający stosowania kilku różnych leków w odmiennych dawkach i o innej porze dnia. Jest to duże utrudnienie dla starszych wiekiem chorych, a takich jest najwięcej.¹⁴

Systemy zintegrowane jako innowacja w leczeniu cukrzycy

Cukrzyca typu 1 jest chorobą, w której trzustka przestaje produkować insulinę – hormon niezbędny do życia. Dlatego podawanie insuliny to nie tylko terapia, ale codzienne ratowanie życia pacjenta. Tradycyjne metody leczenia, takie jak wielokrotne wstrzyknięcia insuliny (MDI) czy pompy insulinowe sterowane manualnie (CSII), wymagają od pacjentów podejmowania wielu decyzji w oparciu o własne obliczenia i pomiary z glukometru. Te metody, mimo że powszechnie stosowane, wiążą się z ryzykiem błędów, prowadzących do dużych wahań glikemii, hipoglikemii lub przewlekłej hiperglikemii. W odpowiedzi na te wyzwania powstały systemy automatycznego podawania insuliny (AID – Automated Insulin Delivery), takie jak MiniMed™ 780G, które integrują pompę insulinową, system ciągłego monitorowania glukozy (CGM) oraz algorytm automatycznie obliczający i dostosowujący dawki insuliny w czasie rzeczywistym. Technologia ta działa na zasadzie zamkniętej pętli – urządzenie nie tylko monitoruje wartości glukozy przez całą dobę, ale także samodzielnie koryguje poziom insuliny, ograniczając zarówno ryzyko hiperglikemii, jak i hipoglikemii. Dzięki temu terapia lepiej odwzorowuje fizjologiczne działanie zdrowej trzustki i znacząco redukuje codzienne obciążenie pacjenta.

Skuteczność systemów AID została potwierdzona w licznych w badaniach klinicznych:

1. Użytkownicy systemów AID osiągają średnio 76% czasu w zakresie glikemii (TIR 70–180 mg/dl), podczas gdy pacjenci korzystający z MDI lub CSII wspieranych tylko przez CGM uzyskują zazwyczaj 45–60%.
1. Badania z udziałem ponad 100 000 pacjentów z 12 krajów wykazały średni TIR na poziomie 72,3% oraz HbA1c/GMI poniżej 7%, przy minimalnym czasie spędzonym w hipoglikemii.
2. W populacji polskich pacjentów TIR wyniósł nawet 78%, co wskazuje na długotrwałe i stabilne wyrównanie metaboliczne.

Systemy AID okazują się szczególnie korzystne dla osób, które przez lata nie były w stanie osiągnąć odpowiedniego poziomu kontroli glikemii tradycyjnymi metodami. Dowody kliniczne potwierdzają poprawę wyrównania metabolicznego, redukcję ryzyka powikłań oraz zwiększenie bezpieczeństwa terapii. Równie istotne są korzyści jakościowe – automatyzacja terapii znacząco ogranicza liczbę decyzji

¹⁴ Adherencja w cukrzycy – czyli przestrzeganie zasad terapii – to klucz do zdrowia. 26.08.2025 Dostępne: <https://diabetyk.org.pl/adherencja-w-cukrzycy-czyli-przestrzeganie-zasad-terapii-to-klucz-do-zdrowia/>

terapeutycznych podejmowanych przez pacjenta każdego dnia. Dzięki temu zmniejsza się obciążenie psychiczne i poprawia komfort życia, co jest kluczowe w przewlekłej, wymagającej codziennej kontroli chorobie. W efekcie systemy AID są coraz szerzej rekomendowane jako terapia z wyboru przez międzynarodowe i krajowe gremia eksperckie, w tym Polskie Towarzystwo Diabetologiczne czy brytyjski instytut NICE. W wielu krajach stają się one standardem opieki dla osób z cukrzycą typu 1.

Dostępność pomp insulinowych dla pacjentów powyżej 26 roku życia

Pompa insulinowa to niewielkie urządzenie wykorzystywane w terapii pacjentów z cukrzycą typu 1, które umożliwia ciągły podskórny wlew insuliny. Stanowi alternatywę dla wielokrotnych wstrzyknięć i pozwala w znacznie większym stopniu odtworzyć fizjologiczny sposób wydzielania tego hormonu. Insulina podawana jest za pomocą zestawu infuzyjnego – cienkiego drenu podłączonego do zbiornika z insuliną, zakończonego wkłuciem wprowadzanym do tkanki podskórnej (najczęściej w okolicy brzucha lub pośladków). Wkłucie mocowane jest plastrem, a podawanie insuliny odbywa się w postaci indywidualnie dopasowanego przepływu podstawowego (bazy), uzupełnianego o bolusy podawane przed posiłkami lub w celu korekty hiperglikemii. Jedną z największych zalet osobistej pompy insulinowej jest możliwość dostosowania dawkowania insuliny do zmieniających się potrzeb pacjenta w różnych porach dnia. Dzięki temu terapia staje się bardziej precyzyjna i skuteczna. Niestety, obecnie refundacja pomp insulinowych w Polsce ograniczona jest wyłącznie do pacjentów poniżej 26. roku życia. Klinicyści i eksperci podkreślają, że to ograniczenie powinno zostać zniesione.

Argumentów za taką zmianą jest wiele. Pacjenci, którzy żyją z cukrzycą od kilkudziesięciu lat, często zmagają się z ciężkimi powikłaniami, jak retinopatia, nefropatia czy zespół stopy cukrzycowej. Zastosowanie nowoczesnej pompy insulinowej, szczególnie w systemie hybrydowej pętli zamkniętej, daje im realną szansę na poprawę wyrównania metabolicznego i spowolnienie progresji choroby. Dodatkowo ograniczenie wiekowe budzi poczucie niesprawiedliwości społecznej – wielu pacjentów po ukończeniu 26 lat korzysta ze starych, niesprawnych urządzeń kupowanych samodzielnie, często kosztem dużych wyrzeczeń finansowych. W grupie osób starszych, powyżej 60. roku życia, szczególnie istotne jest ryzyko ciężkich hipoglikemii, a pompy insulinowe znacząco redukują to zagrożenie – co potwierdzono w badaniach już kilkanaście lat temu. Zniesienie kryterium wieku oznaczałoby zwiększenie dostępności do nowoczesnego leczenia dla osób z wieloletnim wywiadem choroby, a także sprawiedliwe społecznie podejście do pacjentów. Dodatkowym argumentem jest fakt, że obecnie pacjenci tuż przed ukończeniem 26 lat często otrzymują pompę „na ostatnią chwilę”, niezależnie od wskazań, gdyż po przekroczeniu tej granicy tracą szansę na refundację. Wprowadzenie takiej zmiany przyniosłoby wiele korzyści – od poprawy jakości życia pacjentów, przez zmniejszenie liczby hospitalizacji związanych z powikłaniami i kwasicą ketonową, aż po ograniczenie kosztów leczenia powikłań cukrzycy w długiej perspektywie.

Semaglutyd w terapii cukrzycy typu 2

Leczenie cukrzycy jest istotne przede wszystkim w kontekście chorób układu sercowo-naczyniowego, które są jedną z głównych przyczyn zgonów osób z cukrzycą. W ostatnich latach nastąpił znaczny postęp w farmakoterapii cukrzycy typu 2, szczególnie w zakresie szerokiego włączenia do leczenia agonistów receptora glukagonopodobnego peptydu 1 (GLP-1), do których należy semaglutyd. Leki z tej grupy, w tym semaglutyd w formie doustnej, przynoszą wymierne korzyści w zakresie kontroli glikemii, redukcji masy ciała oraz kardioprotekcji. Pacjenci z cukrzycą typu 2 przyjmujący semaglutyd mają znacznie mniejsze ryzyko wystąpienia niekorzystnych zdarzeń sercowo-naczyniowych, w tym: ostrego zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu i ostrej niewydolności serca a także niższe ryzyko zgonu z jakiegokolwiek przyczyny. Od 1 września 2022 r. semaglutyd jest refundowany we wskazaniu: „Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m² oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-

naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu).” Semaglutyd, który pełni rolę agonisty receptora GLP-1 selektywnie wiąże się z receptorem GLP-1 aktywując go, podobnie jak natywny GLP-1. GLP-1 to fizjologiczny hormon o wielorakim działaniu w zakresie regulowania apetytu i stężenia glukozy oraz czynności układu sercowo-naczyniowego. Jego wpływ na stężenie glukozy i apetyt jest związany z receptorami GLP-1 znajdującymi się w trzustce i mózgu. Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) semaglutyd jest wskazany do stosowania u dorosłych z niedostatecznie kontrolowaną cukrzycą typu 2 łącznie z odpowiednią dietą i wysiłkiem fizycznym w monoterapii, u pacjentów, u których stosowanie metforminy jest niewskazane ze względu na nietolerancję lub istniejące przeciwwskazania oraz w skojarzeniu z innymi produktami leczniczymi stosowanymi w leczeniu cukrzycy. Dzięki refundacji publicznej lekarze mają możliwość personalizacji leczenia cukrzycy typu 2 i poprawy adherencji pacjentów.

Niezaspokojone potrzeby w leczeniu choroby otyłościowej

Adherencja, czyli właściwe stosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich, jest kluczowym czynnikiem sukcesu w leczeniu przewlekłych schorzeń. W przypadku leczenia otyłości z użyciem agonistów receptora GLP-1+GIP, niska adherencja stanowi poważne wyzwanie, które może negować potencjalne korzyści kliniczne i ekonomiczne terapii. Adherencja do leczenia analogami GLP-1 i GLP-1+GIP w chorobie otyłościowej obejmuje nie tylko regularne przyjmowanie leku, ale także utrzymywanie zdrowego stylu życia, w tym odpowiedniej diety i aktywności fizycznej.

Niska adherencja prowadzi do:

- Zmniejszonej skuteczności klinicznej: Pacjenci nie osiągają oczekiwanej redukcji masy ciała, a w konsekwencji nie doświadczają poprawy parametrów metabolicznych (np. ciśnienia krwi, poziomu glukozy).
- Wyższego ryzyka powrotu do wagi wyjściowej: Nieregularne stosowanie leku może prowadzić do przerw w terapii, co z kolei zwiększa ryzyko ponownego przybrania na wadze.
- Nieefektywnego wykorzystania zasobów: Leki z grupy GLP-1 / GLP-1RA i GLP-1+GIP są kosztowne. Brak adherencji oznacza, że wydatki na leczenie nie przekładają się na korzyści zdrowotne, co stanowi obciążenie zarówno dla pacjentów, jak i systemów opieki zdrowotnej. Zrozumienie przyczyn nieprzestrzegania zaleceń jest kluczowe do opracowania skutecznych interwencji.

Najczęstsze bariery to:

- Działania niepożądane ze strony przewodu pokarmowego, takie jak nudności, wymioty, biegunka czy zaparcia, są najczęstszym powodem przerywania leczenia, zwłaszcza w początkowej fazie terapii.
- Brak wsparcia i edukacji: Niewystarczająca wiedza na temat mechanizmu działania leku, oczekiwanych efektów i sposobów radzenia sobie z działaniami niepożądanymi może prowadzić do niepewności i w rezultacie do przerywania terapii. Dlatego tak ważna jest edukacja przez lekarza.
- Wysokie koszty terapii: Koszt leków GLP-1 / GLP-1RA i GLP-1+GIP jest barierą finansową dla wielu pacjentów. Brak refundacji lub jej niski poziom może uniemożliwić długoterminowe stosowanie leku.
- Brak natychmiastowych efektów: Pacjenci, którzy nie widzą szybkiej utraty wagi, mogą czuć się zniechęceni i stracić motywację do kontynuacji leczenia.

Znaczenie ciągłości leczenia, bo terapia otyłości jako proces długoterminowy. Otyłość jest chorobą przewlekłą nie ustępującą samoistnie, z tendencją do nawrotów. Należy zaplanować program kompleksowej terapii pacjenta, w kontekście, jak długo powinno być prowadzone leczenie

farmakologiczne. Analogi GLP-1 i GLP-1+GIP działają na mechanizmy biologiczne regulujące apetyt i metabolizm. Dlatego, podobnie jak w przypadku leczenia nadciśnienia czy cukrzycy, terapia musi być kontynuowana, aby utrzymać osiągnięte efekty. Przerwanie leczenia często prowadzi do powrotu do wagi wyjściowej. Jest to zgodne z biologiczną kompensacją, gdzie organizm dąży do powrotu do wcześniejszego "punktu ustawienia wagi" (set point).

Kluczowe aspekty ciągłości terapii:

- Mechanizm działania: Leki GLP-1 / GLP-1RA i GLP-1+GIP nie leczą otyłości, ale kontrolują ją poprzez zmniejszanie apetytu i zwiększanie uczucia sytości. Efekty te utrzymują się, dopóki lek jest przyjmowany
- Badania wskazują, że część pacjentów po przerwaniu terapii wielu pacjentów odzyskuje utracone kilogramy. Utrzymanie wagi wymaga ciągłej interwencji, zarówno farmakologicznej, jak i behawioralnej.
- Długoterminowe korzyści zdrowotne: Ciągłe leczenie prowadzi do trwałej poprawy zdrowotnej, redukując ryzyko chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy typu 2 i innych powikłań otyłości.

Wytyczne Polskiego Towarzystwa Leczenia otyłości wskazują, że:

- Planując program kompleksowej terapii, należy uwzględnić przyczyny rozwoju otyłości, stopień jej zaawansowania, współistnienie związanych z nią chorób oraz stopień zaangażowania chorego w proces leczenia. Cel kliniczny leczenia chorych na otyłość, opisany procentowym spadkiem wyjściowej masy ciała, powinien prowadzić do osiągnięcia – celu terapeutycznego, czyli zapobiegania powikłaniom choroby.
- Czas trwania farmakologicznego leczenia otyłości należy dostosować do wyznaczonych celów i planowanego tempa zmniejszania masy ciała.
- Leczenie powinno trwać optymalnie ≥ 12 miesięcy i należy je dostosować do indywidualnych potrzeb pacjenta, w tym wyznaczonych celów leczenia i planowanego tempa redukcji masy ciała.
- Część pacjentów chorujących na otyłość wymaga stosowania przewlekłej terapii. Farmakoterapię należy stosować tak długo, jak tylko jest potrzebna, skuteczna i dobrze tolerowana, ponieważ otyłość jest chorobą przewlekłą, bez tendencji do samoistnego ustępowania, za to z tendencjami do nawrotów. Zbyt wczesne przerwanie leczenia może utrudnić utrzymanie uzyskanych efektów, zwłaszcza u pacjentów z długoletnią chorobą.

Strategie poprawy adherencji w terapii otyłości:

1. Przed rozpoczęciem leczenia:

- Lekarz powinien szczegółowo omówić oczekiwania, potencjalne działania niepożądane i konieczność długoterminowego stosowania leku.
- Należy szczegółowo omówić przewlekły charakter otyłości oraz konieczność długoterminowej terapii.
- Pacjent musi rozumieć, że leczenie otyłości działa na te same zasady co terapia nadciśnienia czy cukrzycy.

2. W trakcie terapii:

- Regularne wizyty kontrolne pozwalają na monitorowanie postępów, zarządzaniem działaniami niepożądanymi oraz odpowiedzi na pytania pacjenta.
- Stopniowe zwiększanie dawki (miareczkowanie): Rozpoczęcie terapii od niskiej dawki i dostosowywanie jej eskalacji co celów klinicznych przy zminimalizowaniu ryzyka wystąpienia działań niepożądanych ze strony przewodu pokarmowego.
- Porady dietetyczne: Udzielenie pacjentom wskazówek dotyczących modyfikacji diety (np. unikanie tłustych, ciężkostrawnych potraw).
- Pacjenci z chorobą otyłościową powinni mieć zapewniony dostęp do leczenia nieograniczonego w czasie tak jak to ma miejsce np. w cukrzycy, astmie czy epilepsji.

- Aplikacje przypominające o dawce, pozwalające na monitorowanie masy ciała i aktywności fizycznej, a także dostarczające edukacyjnych materiałów, mogą zwiększyć zaangażowanie pacjentów.

Podsumowanie: Odpowiednia adherencja do leczenia GLP-1 / GLP-1RA i GLP-1+GIP jest kluczowa w terapii otyłości. Zrozumienie przyczyn, takich jak działania niepożądane, koszty czy brak wsparcia, jest pierwszym krokiem do stworzenia skutecznych interwencji. Niezbędne jest zapewnienie refundowanego, ciągłego leczenia oraz uświadomienie pacjentom, że otyłość jest chorobą przewlekłą, a ciągłość leczenia ma kluczowe znaczenie dla utrzymania efektów. Poprawa adherencji poprzez edukację, zarządzanie działaniami niepożądanymi i programy wsparcia może znacząco zwiększyć szanse pacjentów na osiągnięcie długotrwałej redukcji masy ciała i poprawę stanu zdrowia.

Dialog międzysektorowy pt. Stop epidemii otyłości w Polsce oraz założenia do krajowego planu strategicznego redukcji otyłości w Polsce

Obecnie około 2,6 miliarda ludzi na świecie, czyli 38% populacji, jest otyła lub ma nadwagę, a z raportu opublikowanego przez Our World in Data wynika, że ponad 4,5 miliona ludzi na świecie umiera przedwcześnie z powodu otyłości. W Polsce nadmierną masę ciała ma 65,7% mężczyzn i 45,9% kobiet, natomiast otyłość występuje u 15,4% mężczyzn i 15,2% kobiet. Otyłość olbrzymia (BMI 40,0 lub więcej) występuje u 0,5% mężczyzn i 0,4% kobiet (wyniki badań realizowanych przez IŻŻ/NIZP-PZH w ramach współpracy z EFSA, przeprowadzonych w latach 2019-2020). Nadwaga i otyłość zwiększają ryzyko zachorowalności na ponad 200 schorzeń, w tym m.in. cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, chorobę niedokrwienną serca, obturacyjny bezdech senny, chorobę zwyrodnieniową stawów, depresję oraz sprzyjają rozwojowi niektórych typów nowotworów, podwyższając ryzyko zgonu.

Zgodnie z wynikami kontroli Najwyższej Izby Kontroli, w Polsce na otyłość choruje już ponad 9 milionów osób. Choroba oraz jej powikłania mogą znacząco skrócić życie Polaków – wg szacunków OECD średnio o 3 lata i 10 miesięcy. Nadwaga i otyłość mają i będą miały nie tylko poważne konsekwencje zdrowotne, ale także społeczno-ekonomiczne. Według szacunków OECD w ciągu 30 lat z powodu chorób wywołanych otyłością Polska straci ok. 108 mld zł (4,1% PKB), tj. średnio ok. 3,6 mld zł rocznie (ok. 0,14% PKB). Najwyższa Izba Kontroli wskazuje z kolei, że w 2022 r. koszty bezpośrednie związane z otyłością mogły stanowić ponad 9 mld zł, a pośrednie prawie 27 mld zł – przy całkowitych wydatkach NFZ na ochronę zdrowia w wysokości 133,6 mld zł. W czerwcu 2024 r. rozpoczął się projekt dialogu międzysektorowego pt. STOP EPIDEMII OTYŁOŚCI W POLSCE zainicjowany przez Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości oraz Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego. W dniu 11 czerwca 2024 r. odbyła się konferencja prasowa poświęcona premierze raportu prezentującego propozycję założeń do krajowego planu strategicznego redukcji otyłości w Polsce. Raport i dyskusje ekspertów mają odpowiedzieć na pytania: Czy jest możliwe zatrzymanie epidemii otyłości w Polsce? Jak kształtować ekosystem społeczny, by sprzyjał budowaniu postaw prozdrowotnych i prewencji otyłości? Jak tworzyć współpracę międzysektorową na poziomie centralnym i lokalnym, by zbudować trwałe mechanizmy prewencji otyłości o zasięgu ogólnokrajowym? oraz Jak wzmacniać system publicznej ochrony zdrowia w obszarze monitoringu, diagnostyki i kompleksowego leczenia choroby otyłościowej?¹⁵ W czasie konferencji odbyła się pierwsza w Polsce wielosektorowa merytoryczna debata z udziałem nie tylko klinicystów, naukowców, przedstawicieli resortów: zdrowia, edukacji, sportu, finansów i rolnictwa, ale także parlamentarzystów, przedstawiciela Rzecznika Praw Dziecka, organizacji pacjenckich, stowarzyszeń biznesowych oraz mediów. Autorzy założeń do strategii redukcji otyłości rekomendują, by

¹⁵ <https://izwoz.lazarski.pl/aktualnosci/stop-epidemii-otylosci-w-polsce/>

dokument zyskał rangę planu krajowego, koordynowanego przez Kancelarię Premiera Rady Ministrów. Wskazują na konieczność wdrożenia skoordynowanych działań na poziomie centralnym oraz na poziomie samorządów terytorialnych, we wszystkich środowiskach życia i rozwoju człowieka: od rodziny, przez placówki edukacyjne i miejsca pracy, w mediach i miejscach rekreacji, na opakowaniach produktów spożywczych, w sklepach i obiektach sportowych, na wydarzeniach kulturalnych i w środkach masowego przekazu. Konieczna jest ewolucja, wdrażana konsekwentnie, w formie dostosowanej do każdej grupy wiekowej. By wskazać skuteczne zalecenia dla Polski, autorzy raportu dokonali benchmarku najlepszych praktyk różnych krajów. Wybrano 13 krajów (Polska, Czechy, Dania, Francja, Hiszpania, Irlandia, Kanada, Niemcy, Portugalia, Rumunia, Węgry, Włochy, Wielka Brytania) i przyjrano się ich działaniom na rzecz redukcji otyłości. Co konkretnie brano pod uwagę? Cztery domeny: problemy zdrowotne (odsetek osób z otyłością w różnych przedziałach wiekowych), politykę zdrowotną, diagnostykę i leczenie i mechanizmy finansowania. W raporcie wskazano również, że najlepsze światowe strategie profilaktyki otyłości – funkcjonujące w modelu całościowego systemowego podejścia do otyłości (Whole System Approach to obesity, WSA) skupiają swoje rozwiązania w trzech głównych obszarach: strategiczna wielosektorowość, zakorzenienie w lokalnych społecznościach oraz „cywilizacyjne przejście” w stylu życia. Fundamentalne znaczenie ma wyznaczenie mapy drogowej działań w horyzoncie nawet 30 lat. Kolejnym priorytetem powinno być zbudowanie partnerstwa międzysektorowego, które pozwoliłoby na efektywną współpracę między różnymi resortami administracji publicznej a sektorem nauki, przedsiębiorstwami i sektorem społecznym. Działania powinny obejmować profilaktykę otyłości oraz diagnostykę i leczenie choroby otyłościowej. Z uwagi na krytyczne znaczenie rozwoju otyłości w populacji dzieci i młodzieży rekomendowane jest, by w pierwszej dekadzie działania w obszarze profilaktyki pierwotnej skupić na grupie osób do 18. r.ż. Natomiast jeśli chodzi o skuteczną diagnostykę, leczenie otyłości i profilaktykę wtórną od początku wdrożenia strategii, tymi działaniami powinny być objęte wszystkie grupy wiekowe.¹⁶

Program kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej (KOS-BAR)

Najnowsze badania naukowe sugerują, że leczenie operacyjne chorych otyłych wydłuża ich życie, jednocześnie znacząco poprawiając jego jakość. Chirurgiczne zmniejszenie żołądka zapewnia wyraźną utratę wagi i pomaga w leczeniu ponad 40. schorzeń związanych z otyłością, takich jak: cukrzyca typu 2, choroby serca, obturacyjny bezdech senny i niektóre nowotwory, zapobiegając im, łagodząc ich objawy oraz prowadząc do ustąpienia choroby. U wielu pacjentów po zabiegu obserwowano redukcję incydentów kardiologicznych, udarów, występowania nowotworów oraz w szczególności lepszą kontrolę lub remisję cukrzycy, co wpływa na zmniejszenie śmiertelności związanej z patologiczną otyłością. W odpowiedzi na powyższe doniesienia, wprowadzono w Polsce program pilotażowy KOS-BAR, który wszedł w życie 1 stycznia 2022 r.¹⁷ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 1 czerwca 2023 r. pilotaż został przedłużony do grudnia 2024.¹⁸ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z kwietnia 2024 r. program

¹⁶Puls Medycyny <https://pulsmedycyny.pl/powstala-kompleksowa-strategia-walki-z-otyloscia-w-polsce-oparta-na-najlepszych-swiatowych-rozwiazaniach-1218813>

¹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210001622>

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 czerwca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR. <https://www.infor.pl/akt-prawny/DZU.2023.153.0001052,rozporzadzenie-ministra-zdrowia-zmieniajace-rozporzadzenie-w-sprawie-programu-pilotazowego-w-zakresie-kompleksowej-opieki-specjalistycznej-nad-swiadczeniobiorcami-leczonymi-z-powodu-otylosci-olbrzymie.html>

pilotażowy w zakresie specjalistycznej opieki nad pacjentami z otyłością olbrzymią został przedłużony do 30 czerwca 2026 r.¹⁹

KOS-BAR to unikalny na skalę światową program kompleksowej opieki zdrowotnej opartej na wartości (VBHC), dedykowany chorym na otyłość olbrzymią leczoną chirurgicznie (JGP F14). Jego wyjątkowość polega m.in. na długoterminowej kontroli i wsparciu pacjentów oraz płaceniu za efekt zdrowotny. Dodatkowo, KOS-BAR został całkowicie sfinansowany z podatku cukrowego. Do programu mogą zostać zakwalifikowani pacjenci o:

- 1) BMI ≥ 40 kg/m² w wieku od 18 do 65 roku życia z rozpoznaniem ICD-10: E66.0 Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii;
- 2) BMI 35-40 kg/m², u których chirurgicznie indukowana redukcja masy ciała może przynieść potencjalną poprawę w zakresie chorób wywołanych otyłością.

KOS-BAR realizowany jest w czterech modułach:

- 1) I moduł – diagnostyka, leczenie przedoperacyjne i rehabilitacja przedoperacyjna, która trwa od 3 do 6 miesięcy od rozpoczęcia diagnostyki. Ten etap obejmuje także opiekę diabetologiczną czy psychologiczną.
- 2) II moduł – leczenie zabiegowe/operacja bariatryczna
- 3) III moduł – rehabilitacja lecznicza
- 4) IV moduł – bariatryczna opieka specjalistyczna (monitorowanie).

Obecnie program jest realizowany w 19-stu ośrodkach w całej Polsce. Szacowane koszty programu pilotażowego z uwagi na wydłużenie programu pilotażowego wyniosą 194 731 772,92 zł (w tym szacowany koszt samego przedłużenia programu wynosi 67 270 975,92 zł). Na wysokość kosztów programu pilotażowego mają wpływ: czas realizacji trwania pilotażu (4 lata i 7 miesięcy) oraz populacja objęta pilotażem (około 10 750 pacjentów). Program KOS-BAR powinien być uzupełniony o farmakoterapię otyłości.

KONTAKT: Anna Jasińska - rzecznik Medycznej Racji Stanu, tel. 734 439 122, e-mail: jasinska@greencomm.pl,
Grażyna Mierzejewska - ekspert Medycznej Racji Stanu, tel. 734 437 337, e-mail: mierzejewska@greencomm.pl

PARTNERZY:



¹⁹Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR. 17.04.2024
<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12384209/katalog/13053386#13053386>