

פוסטר מצטיין בכנס האגודה הישראלית לגרונטולוגיה 2003

**שיפור עלות/תועלת רפואית וכלכלית של צריכת תרופות בקשישים במחלקות סיעודיות ע"י
הטמעת גישה רציונאלית לטיפול בבעיית ריבוי התרופות (POLYPHARMACY)
ד. גרפינקל, ש. צור-גיל, י. בן-ישראל**

מחלקת שיקום ואבחון ובית המרקחת, המרכז הגריאטרי המשולב ע"ש שהם פרדס חנה

מטרת העבודה: תופעת השימוש במספר מוגזם של תרופות (פולירמצאה) מהווה בעיה שכיחה בקשישים בכל העולם במסגרת הקהילה וגם במסגרות בתי חולים ובתי אבות. ההשלכות השליליות של תופעה זו הם ברמת הסיכונים לפרט (תופעות לוואי של יותר תרופות, ואינטראקציות בין תרופות, אפקטים פסיכולוגיים), ברמה האפידמיולוגית (דוגמת השימוש הנרחב והבלתי הולם באנטיביוטיקה הגורם ליצירת עמידות ע"י חיידקים למספר הולך וגדל של תכשירים אנטיביוטיים) וברמה הכלכלית (בזבוז משאבים). הסיבות להיווצרות התופעה ולעליה בשכיחותה עם הגיל קשורה בריבוי המחלות הכרוניות התלויות בגיל הקשורות במקביל בעליה בסך התרופות, ריבוי מספר תרופות הניתנות ע"י רופאים מומחים שונים כל אחד בתחומו או לאחר כל אשפוז בבית חולים. ברם, עיקר הבעיה קשורה בחוסר זמן, רצון ו/או יכולת הרופא הראשוני (בקהילה, בבי"ח או בבית האבות) להתמודד עם הבעיה ולהשקיע בניסיון לפתור אותה ע"י הקטנת מספר התרופות (לדוגמה: תרופה זו אי אפשר להפסיק כי "ניתנה בבי"ח", או "נרשמה ע"י מומחה" או "החולה קשור אליה" והוא או משפחתו מסרבים להפסיקה). במרכז הגריאטרי המשולב שהם התחלנו תהליך שמטרתו להגיע למצב איזון תרופתי יעיל ורציונאלי בכל החולים המאושפזים במחלקות סיעודיות.

שיטות: החל מחודש פברואר 2003 הוחל בתהליך של איזון אישי בתרופות לחולים המאושפזים בשש מחלקות סיעודיות (כ - 180 חולים) מתוך 11 המחלות הסיעודיות של בית החולים. תהליך השינוי החל בישיבות רב מקצועיות בשש מחלקות אלו כאשר מנהל המחלקה (ד.ג.) מעלה לדין אפשרות קיצוץ במספר התרופות של כל חולה ומתבצע שינוי תרופתי במידת הצורך. נעשה ניסיון להפסיק תרופות (או להקטין מינון) בכל חולה המשתייך לקבוצות הבאות: חולה ללא תסמיני תעוקה המקבל ניטריטים (שהרי כולם סיעודיים, פעילותם הגופנית מזערית וברובם הוחל בניטריטים כאשר היו פעילים לרוב לפני שנים רבות. תכשירים לטיפול בכיב פפטי או צרבת בחולים ללא עדות לכיב. תכשירים להורדת ל"ד (תוך מעקב קפדני אחר ערכי ל"ד, רובם ללא פעילות גופנית והטיפול הוחל כשהיו פעילים), משתנים בחולים ללא עדות לאי ספיקת לב, תכשירי אשלגן, סידן או ברזל בנוכחות ערכים תקינים בסרום של אותם יסודות. במספר חולים הופסקו תרופות כמו דיגוקסין, כדורי הרגעה ושינה, אספירין, פנתוקסיפילין, תכשירים פומיים להורדת סוכר, תרופות להורדת שומני הדם ותרופות נגד כפיון (בחולה אחד הופסק טגרטול אותו קיבל לטיפול בתופעת פנטום לאחר כריתת רגל 8 שנים מוקדם יותר, ללא כל בעיות). התפיסה והשיטה הועברו לרופאים המתמחים שהמשיכו לבצע בשילוב האחיות האחראיות כגורמי שינוי, בכל החולים במחלקתם.

תוצאות: באף אחד מהקשישים הסיעודיים בהם הופסק הטיפול בניטריטים או בחוסמי H₂ לא הופיעו תסמונת תעוקה או תסמיני כיב פפטי, בהתאמה. בין החולים בהם הופסק טיפול או הורד מספר התכשירים או מינון התרופה להורדת לחץ דם - רק בפחות מ - 10% היה צורך לחדש הטיפול כפי שהיה לפני השינוי. ברובם ניתן היה להפסיק תכשירים אלו ללא החמרה קלינית או מעבדתית ובלי כל סיבוך או תופעות לוואי. כך היה לגבי רוב החולים בהם הופסקו דיגוקסין, משתנים, תכשירים להורדת סוכר וכולסטרול ותרופות אחרות. במספר החולים אפילו דווח ע"י הצוות הרב מקצועי על שיפור בערנות, בשיתוף הפעולה ובמצב הרוח (נושא זה לא נבדק כמותית). בטבלה שלהלן מוצג השינוי בעלות התרופות באותן שש מחלקות סיעודיות בחודשים פברואר עד מאי בשנים 2002 ו - 2003 (לפני ואחרי ההתערבות). ראוי לציין כי ירידה של כ - 16% בעלויות תרופות נצפתה באותה שנה בכל בית החולים עקב שיפור במדיניות בית המרקחת, כפי שניתן לראות גם בחודש פברואר לפני תחילת המיזם שלנו. ברם, בחודשים אפריל-מאי כבר ניכרת ההשפעה הנוספת של ההתערבות שלנו כאשר החיסכון בעלות התרופות מגיע עד 29%.

חודש	עלות תרופות בש"ח 2002	עלות תרופות בש"ח 2003	החיסכון באחוזים
פברואר	48455	40702	16
מרס	39514	33773	15
אפריל	42778	30369	29
מאי	36044	25954	28

מסקנות: צמצום תרופות לקשישים בכלל ובמחלקות סיעודיות בפרט, מהווה דוגמה לשילוב נדיר בו התועלת הקלינית עולה בקנה אחד עם חיסכון כלכלי. כדאי ליישם מדיניות דומה לזו שהנהגנו במרכז הגריאטרי שהם גם במחלקות סיעודיות ובבתי אבות אחרים בארץ כמו גם בקהילה.