

המלחמה במתן תרופות בלתי הולם (IMU) ובריבוי תרופות (POLYPHARMACY)

הערכה וחיבה מחודשת דרושים עבור כל תרופה ותרופה בקשיש

ד"ר זורון גרפינקל

מנהל מחלקה גריאטרית פליאטיבית, מרכז גריאטרי שהם, פרדס חנה

רקע:

הרפואה המודרנית ובעיקר תחום המניעה מבוססים על נהלי טיפול קליניים (Clinical Practice Guidelines) שהוכחו כיעילים במבוגרים צעירים יחסית ללא תחלואה נלווית (Co-morbidity). רופאים נאלצים להשליך (EXTRAPOLATION) מאותם נהלים וליישם בקשישים גם בנוכחות ריבוי תחלואה (Co-morbidity), מוגבלות ושיטיון למרות שבאוכלוסיות אלו אין עבודות מבוקרות המוכיחות יעילות/סיכון לנהלים ו/או לתרופות המניעה. מאידך, שימוש בלתי הולם בתרופות (IMU) עולה ביחס ישר לגיל, Co-morbidity, למוגבלות ולשיטיון, וביחס למספר התרופות, דבר המחייב הערכה-חיבה מחודשת לגבי הגישה הטיפולית הכוללת בקשישים.

מטרה:

האלגוריתם והגישה הפליאטיבית-גריאטרית (Good Palliative-Geriatric Practice-GPGP) הוכחו כיעילים ובטוחים בהורדת מספר התרופות, שיפור התמותה והתחלואה במוגבלים המאושפזים במחלקות סיעוד⁽¹⁾. מטרת המיזם הנוכחי לבדוק יעילות ה-GPGP בהורדת עומס התרופות ושיפור איכות החיים בקשישים בקהילה.

שיטה:

הערכה גריאטרית כוללת והערכת תרופות בוצעה לקשישים מהקהילה בביתם או במרכז יום לקשיש בפרדס חנה. הוסבר במפורט למטופל/משפחתו Benefit/Risk לגבי כל תכשיר בהסתמך על הספרות בתת-אוכלוסייה שלו, ועל הסיכון בריבוי תרופות. בכפוף להסכמתם ובשיטת ה-GPGP, בוצע ניסיון להפסיק כמה שיותר תרופות שאינן "מצילות חיים" בהן אין הוכחות ליחס תועלת/נזק חיובי בגילו ובמצבו התפקודי-קוגניטיבי של הקשיש, לפחות לשלושה חודשים. מדדי המעקב כללו היענות ואחוז הצלחה להפסקת תרופה סגולית, תופעות לוואי, תמותה, אשפוזים, שינוי במצב בריאות ושביעות רצון.

תוצאות:

בין 2/2005–7/2008 עברו 70 קשישים עוקבים הערכת ה-GPGP. גיל ממוצע 82.8 ± 6.9 , רובם עצמאיים או תשושים. 43/70 (61%) סבלו מיותר משלוש, 26% מיותר מחמש מחלות שונות. 71% סבלו מיותר משלושה סינדרומים גריאטריים. בהכללת Co-morbidity וסינדרומים ביחד ל-94% היו יותר משלושה, 4<79%, 6<51% בעיות בריאות שונות. משך המעקב היה 19.2 ± 11.4 חודשים. הקשישים צרכו 7.73 ± 3.7 תרופות (טווח 0-16). הומלצה הפסקת 57.5% מהתרופות (4.4 ± 2.5 תרופות למטופל). לאחר התייעצות עם רופא המשפחה רק 47% הופסקו למעשה (3.7 ± 2.5 תרופות למטופל). רק חמש מתוך 256 תרופות שהופסקו חייב היה רופא המשפחה להחזיר (כשלוש הפסקת תרופות 2%). אם נצרף גם מקרי חוסר ההיענות (intention to discontinue), הצלחת ה-GPGP בהפסקת התרופות הייתה 80.7%. לא דווחו כול תופעות לוואי משמעותיות להפסקת התרופות. 80% מהמטופלים/המשפחות דווחו על שיפור רפואי-תפקודי-נפשי – קוגניטיבי. 29% הגדירו השיפור כיוצא דופן בעוצמתו. 10 קשישים נפטרו (אחר מעקב ממוצע של 13 חודש), גיל ממוצע לנפטרים 88, גם בהם לרוב דווח על שיפור בתקופה האחרונה לחיים.

מסקנות:

הרבה קשישים בקהילה סובלים מריבוי תרופות ו-IMU. בדומה להצלחה במוגבלים מאושפזים במחלקות סיעוד, האלגוריתם ושיטת ה-GPGP (Good Palliative-Geriatric Practice) הוכחו כבטוחים ויעילים בהקטנת עומס תרופתי גם בקשישים בקהילה. יישום השיטה ברמה הארצית עשוי לשפר איכות חיים של רבבות קשישים ולהניב השלכות כלכליות חיוביות משמעותיות (חסכון בתרופות ובאשפוזים עקב IMU).

1). Garfinkel D, et al. The war against Polypharmacy. IMAJ 9:430-4, 2007.