

טיפול מרובה תרופות לקשישים

תקציר

בשנת 2010 היו הקשישים¹ כ-10% מאוכלוסיית ישראל, שמנתה כ-7.6 מיליון נפש. העלייה בתוחלת החיים ובהתפתחות מחלות כרוניות ופיתוח מתמיד של תרופות חדשות ושיווקן מביאים לשימוש רב יותר מבעבר בתרופות, בעיקר בקרב אוכלוסייה זו. קשישים רבים מטופלים במספר תרופות לאורך זמן, ויש כאלה שנוטלים גם 20 תרופות. תרומת התרופות לאריכות החיים ידועה, אך יש לוודא שלא יהפכו לחרב פיפיות.

ממחקרים רבים עולה כי קשישים רבים נוטלים במשך שנים תרופות מיותרות, ושכיחות הבעיות הנובעות מן הטיפול התרופתי עולה ככל שמספר התרופות שנוטל הקשיש עולה. אין במספר תרופות רב כשלעצמו שנוטל הקשיש להעיד על טיפול תרופתי לקוי או שגוי, אולם יש לבחון באופן שיטתי את נאותות מתן התרופות ואת השימוש בהן. טיפול מרובה תרופות (Polypharmacy) משמעותו טיפול קבוע בתרופות מסוגים שונים באותו בזמן. יש המגדירים שימוש מרובה תרופות כשימוש בחמש תרופות או יותר, ויש הקובעים מספר גדול יותר כגון שמונה. ריבוי תרופות מנבא במידה רבה אשפוז וסיבוכים בריאותיים לרבות נפילות ושברים.

בחודשים ינואר-יוני 2010, לסירוגין, בדק משרד מבקר המדינה את הטיפול הרפואי בקשישים הנוטלים תרופות רבות - שמונה תרופות או יותר. נבדקו בעיקר בקרת המשרד על הרפואה בקהילה בנושא זה, פעילותן של מרפאות להערכה גריאטרית הבדוקות את מצבם הרפואי של אותם קשישים, לרבות נטילת התרופות, מתן ייעוץ של רוקחים קליניים² לקשישים בעניין ריבוי נטילת תרופות, סדרי הדיווח של קופות החולים למשרד הבריאות על ניפוק תרופות ושימוש המשרד בדיווח זה, החלפת תרופות לקשישים, ומתן מידע תרופתי לחולים. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות (להלן - המשרד), בארבע קופות החולים (להלן גם - הקופות): שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), מכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) ובלאומית שירותי בריאות (להלן - לאומית). בירורים נעשו במועצה הלאומית לגריאטריה³.

- 1 לפי פרסומי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה "בן 65 ומעלה". יש פרסומים שבהם קשיש מוגדר "בן 75 ומעלה".
- 2 רוקח קליני - רוקח בעל תואר שני ברוקחות קלינית, נוסף על תארו הראשון ועל הדיפלומה ברוקחות שמשרד הבריאות מכיר בה. מטרת ההכשרה המיוחדת היא שיפור הטיפול התרופתי והתאמתו המרבית למטופל להשגת יעדים רפואיים אופטימליים.
- 3 המועצות הלאומיות הן גופים מייעצים מקצועיים בתחומי הבריאות. תפקידן לסייע למנכ"ל משרד הבריאות, בין היתר, בהתוויית מדיניות בריאות. ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 49 (1999), עמ' 130.

עיקרי הממצאים

פעילות המשרד וקופות החולים

1. הטיפול התרופתי בקשישים בקהילה נדון כבר בשנת 2003 במועצה הלאומית לגריאטריה, שהקימה ועדה ל"שימוש מושכל בתרופות בקשישים" ומסקנותיה הוצגו בנובמבר 2004. הנושא נדון גם בשנת 2004 בוועדה "לקידום בריאות ורפואה מונעת בגיל המבוגר", שפרסמה ביוני 2004 דוח⁴, ובו המליצה לבחון מעת לעת חולים הנוטלים תרופות רבות. רק כעבור שלוש שנים - במאי 2007 - הפיץ מינהל רפואה שבמשרד חוזר בנושא "אמות מידה למרפאות להערכה גריאטרית כוללנית בקהילה". החוזר קובע, בין היתר, כי קופות החולים תפעלנה מרפאה להערכה גריאטרית המיועדת לקשישים בני 75 ומעלה שהם בסיכון גבוה לפי קביעת הרופא הראשוני (רופא המשפחה) ולפי התוויות שונות כמו טיפול קבוע ביותר משמונה תרופות, ירידה תפקודית, נפילות חוזרות או אשפוזים חוזרים⁵.

לטיפול רפואי נאות בקשישים הנוטלים תרופות רבות יש כמה חלופות, ובהן מעקב תקופתי של רופא המשפחה על מצבו הבריאותי-תרופתי של הקשיש, סקירה תקופתית של רוקח קליני או פרמקולוג קליני⁶, בדיקה של רופא מומחה בגריאטריה וכן הפנייה מטעם רופא המשפחה לבדיקה ב"מרפאה להערכה גריאטרית כוללנית בקהילה" (ראו גם להלן). מבדיקת משרד מבקר המדינה בקופות החולים עולה כי יש שונות רבה בין הקופות באשר לטיפולן באוכלוסיית החולים הנוטלים תרופות רבות.

2. משרד מבקר המדינה בחן את שיעור הצריכה של שמונה תרופות או יותר (תרופות כרוניות ללא תרופות למצבי חולי חריפים) בקרב המבוטחים מעל גיל 75 לפי נתוני הקופות שהועברו אליו: בעוד שבמאחדת רק 7.3% מן הקשישים מעל לגיל 75 צורכים שמונה תרופות או יותר, הרי שבכללית 34.3% מן הקשישים צורכים שמונה תרופות או יותר - פי כחמישה. פער זה מחייב המשך חקירה מעמיקה. אין זה סביר שהוא תוצאה של פערים חברתיים-כלכליים או פערי פריפריה מול מרכז. גם אם באלה טמון הסבר מסוים להבדל בשונות, היא מעוררת סימני שאלה מהותיים, נוכח העובדה שהפערים יכולים להצביע על שימוש יתר או חסר בתרופות. מתעורר אפוא חשש שהטיפול בקופות אינו מיטבי.

ראוי שהמשרד וקופות החולים יבדקו את פשר השונות הגדולה בין הקופות; הבדיקה חייבת להיעשות בכל הרמות: במחוזות, בסניפים ואף אצל רופאים. כן ראוי שהמשרד יבחן פיתוח שיטות לבדיקת הצורך בתרופות הרבות שהחולים בכלל והקשישים בפרט נוטלים ויגבש המלצות מתאימות בעניין.

4 הוועדה לקידום בריאות ורפואה מונעת בגיל המבוגר, קידום בריאות ורפואה מונעת בגיל המבוגר, המלצות בתחום מדיניות הבריאות ומניעה קלינית למבוגרים בקהילה (2004).

5 במקרה של ריבוי תרופות יבדקו האם יש צורך לשנות את הטיפול התרופתי.

6 רופא המתמחה, בין היתר, בכל הקשור ליחסי הגומלין בין תרופות, תופעות לוואי בין-תרופתיות ושימוש בתרופות במצבים מיוחדים.

בקרת האגף לרפואה בקהילה במשרד על קופות החולים

הרשומה הרפואית של המבוטחים (תיק החולה) אמורה לכלול, בין היתר, מידע על התרופות שהחולה נוטל, על הדיון בכך ועל ההחלטה על המשך הטיפול בהן. קיום דיון על ידי הרופא המטפל, רופא אחר או רוקח קליני בעניין זה ותיעודו ברשומה הרפואית הוא תנאי מקדים להמשך הפניית המבוטח לייעוץ או לטיפול אחר כדי להפחית את מספר התרופות. משרד מבקר המדינה בדק 300 תיקי חולים, הצורכים שמונה תרופות או יותר, בכללית ובלאומית ושם דגש על קיום דיון בריבוי תרופות שאותן נוטלים אותם חולים.

מהבדיקה עלה כי בשלוש השנים שקדמו לביקורת לא התקיים דיון לגבי אותם חולים בשתי הקופות שנבדקו, ואין בתיקיהם התייחסות לתרופות הרבות שאותן הם נוטלים. זהו ממצא המצביע על טיפול רפואי חסר.

יצוין כי המשרד דרש מהקופות נתונים על קשישים הנוטלים תרופות רבות לפני שיקיים על כך ביקורת במחוזות הקופות, ואולם במהלך הביקורות הוא לא בדק אם יש בתיקיהם הרפואיים של החולים עדות לקיום דיונים בריבוי התרופות. מנגד, משרד מבקר המדינה מצא כי בבקרה של המשרד באמצעות לשכות הבריאות המחוזיות במוסדות גריאטריים, המשרד בדק את הטיפול התרופתי בכלל ואת התייחסות בתיקי החולים לריבוי תרופות בפרט.

מרפאות להערכה גריאטרית

1. במאי 2007 הפיץ כאמור מינהל הרפואה שבמשרד חוזר בנושא "אמות מידה למרפאות להערכה גריאטרית כוללנית בקהילה" ובו קריטריונים לקבלת השירות. החוזר שם דגש על קשישים הנמצאים בסיכון גבוה - על פי קביעת הרופא הראשוני ולפי התוויות שונות (קשישים המקבלים טיפול קבוע ביותר משמונה תרופות, קשישים הסובלים מנפילות חוזרות, ירידה תפקודית-קוגניטיבית וכו').

נמצא כי קופות החולים אכן מפעילות מרפאות להערכה גריאטרית, אולם רוב רובה של הפעילות בהן (כ-99%) נובעת רק מהפניות של רופאים בגלל ירידה תפקודית-קוגניטיבית של קשישים. בבדיקת 300 התיקים הרפואיים לא נמצאה אף לא הפניה אחת למרפאה להערכה גריאטרית שנבעה מהתוויה הרשומה בחוזר, לרבות טיפול קבוע ביותר משמונה תרופות.

כשלוש שנים לאחר הפצת החוזר האמור הטמענו בקופות החולים חלקית מאוד - רק קשישים הסובלים מירידה תפקודית-קוגניטיבית מופנים למרפאות להערכה גריאטרית. יתכן שהסיבה לכך היא אי-מודעות של הרופאים הראשוניים לקיום החוזר בכלל, ולמצבי הסיכון ולתופעות השליליות העלולים לנבוע מנטילת תרופות רבות בפרט, אך מכל מקום הדבר מחייב פעולה. מן הראוי שהמשרד יבחן את יישום החוזר בקופות ואת היקפי הפניית קשישים למרפאות אלה.

2. לרופא הגריאטר תפקיד חשוב בטיפול בחולה הקשיש. יש מחסור ברופאים מומחים בגריאטריה, והמשרד קבע שהמקצוע במצוקה.

רוקח קליני והשתלבותו בקהילה ובמחלקות האשפוז

מספר רוקחים קליניים שמועסקים בבתי חולים ובקהילה כבר הוכיחו את חשיבותם וכדאיות העסקתם למערכת הרפואית. הם עוסקים בהערכת הטיפול התרופתי, בייעוץ ובמתן מידע תרופתי לצוות הרפואי ולמטופלים, במתן המלצות להתאמת תרופות ומינונים, בניטור תרופתי של המטופל, בהדרכת החולה להגברת ההיענות לטיפול, בזיהוי תופעות לוואי של תרופות ובייעוץ להמשך טיפול. ביוני 2002 פרסם המשרד חוזר על רוקחות קלינית ובו קבע כי הוא רואה חשיבות רבה להעסקתו ולהשתלבותו של הרוקח הקליני בצוות הרפואי הן בבתי החולים והן במרפאות הקהילה.

בעקבות החוזר הגיש ארגון הרוקחים בישראל בשנת 2004 לוועדת סל הבריאות⁷ הצעה לטכנולוגיה חדשה - שילוב ייעוץ רוקחי לחולים כרוניים המטופלים במספר רב של תרופות, שמחייב את הקופות להעסיק לשם כך רוקחים קליניים. ואולם ועדת סל הבריאות לא אישרה זאת בשנת 2005, וההצעה לא הוגשה שוב.

על אף החשיבות שמייחס המשרד לשילוב רוקח קליני בטיפול, הוא לא בחן את האפשרות להוסיף לתקני בתי החולים תקנים לרוקחים קליניים במחלקות האשפוז בכלל, ובמחלקות הפנימיות והגריאטריות שבהן מאושפזים קשישים הנוטלים תרופות רבות, בפרט.

דיווח על ניפוק תכשירים - היעדר מידע לאומי עדכני

נתונים על הצריכה הלאומית של תרופות לסוגיהן חשובים לפיקוח ולבקרה על מערך הבריאות בארץ והם כלי מחקרי: הם יכולים לשמש כאומדן לרמת הטיפול התרופתי, להשוואה עם צריכת תרופות במדינות אחרות, להשוואה בין קופות החולים, להשוואת הצריכה לפי קבוצות גיל, אזורי ארץ, מגזרים וכו'.

ואכן, תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (דיווח של קופות החולים על ניפוק תכשירים), התשנ"ט-1998 (להלן - התקנות), מחייבות את הקופות בדיווח חצי-שנתי למשרד על ניפוק תכשירים (כולל כל סוגי התרופות). נמצא כי הקופות מדווחות למשרד לפי הנדרש בתקנות, ואולם השימוש שעושה המשרד בדיווח שהוא מקבל מיועד אך ורק להכנת נתונים לוועדת סל הבריאות. כמו כן הדיווח אינו מאפשר למשרד לנתח צריכה כמותית של תרופות לפי מדדים כמו קבוצות תרופות (למשל, תרופות לסוכרת, תרופות ללחץ דם, תרופות לשינה ולהרגעה, תרופות אנטיביוטיות ועוד), גיל המטופלים וכו'. ראוי לשקול לתקן את התקנות כדי לאפשר זאת.

החלפת תרופות לקשישים ולחולים כרוניים

סל שירותי הבריאות הממלכתי מכיל תרופות עם השם של החומר הפעיל בתרופה - בלבד⁸, ובאפשרותה של כל קופה לבחור את היצרן שממנו תרכוש את התרופה. אפשרות זו, החיונית לשמירה על המסגרת התקציבית, מתירה למעשה להחליף

7 ועדה ציבורית להרחבת סל הבריאות. את הוועדה ממנה שר הבריאות ולפעילותה מוקצה מדי שנה סכום קבוע.

8 תרופות המכילות חומרים פעילים בצורת חוזה ובצורת מינון שווים לתכשיר רפואי מקורי (שעליו נרשם פטנט) הרשום בפנקס התרופות הממלכתי, בין שיוצר בארץ ובין שיוצר בחו"ל.

בתדירות גבוהה צורה מסחרית אחת של תרופה בצורה מסחרית אחרת שלה. ואולם החלפת צורה מסחרית של תרופה בתדירות גבוהה עלולה לפגוע בנטילתה על ידי קשישים שהורגלו לשמה, לצורתה ולצבעה. שינוי התרופה בתדירות גדולה עלול להיות מקור לבלבול ולטעויות בקרב הצורכים תרופות רבות, והם אף עלולים להימנע מנטילתן. בביקורת עלה כי בכל הקופות אין הנחיות המורות להימנע במידת האפשר מהחלפת תרופות לקשישים, והמשרד עדיין לא נתן את דעתו לנושא⁹.

מתן מידע תרופתי לחולים

מערכות ממוחשבות לבדיקת השפעות גומלין בין-תרופתיות: תגובות גומלין בין-תרופתיות יכולות לבוא לידי ביטוי בהפחתת יעילות התרופות או בהשפעה על רעילותן אגב גרימת תוצאות טיפול לא רצויות. אי-זיהוי תגובות גומלין בין-תרופתיות או תגובות גומלין בין תרופות למזון או לתוספי מזון יכולים לסכן את החולה. קיימות כיום מערכות מידע שלהן מנגנון בדיקה מקוון להשפעות הגומלין שבין התרופות השונות שמקבל החולה. כל קופות החולים, למעט לאומית - שלה אין עדיין מערכת כזו - פיתחו לעצמן או רכשו מערכת לבדיקת תגובות גומלין בין-תרופתיות. לדעת משרד מבקר המדינה, נוכח האפשרות לחסוך בעלויות, על המשרד ועל קופות החולים לבחון הקמת מערכת מידע לאומית לבדיקת תגובות גומלין בין-תרופתיות.

מרכזים ייעוץ תרופתי בתשלום ושלא בתשלום: יש מרכזים למתן ייעוץ תרופתי כמו מרכז למידע תרופתי המופעל על ידי היחידה לפרמקולוגיה קלינית של "המרכז הרפואי הדסה עין כרם", אשר מטפל ללא תשלום בפניות קשישים בשאלות הקשורות לטיפול התרופתי הניתן להם. לאחרונה החל להתפתח בארץ גם שירות בתשלום של רוקחים פרטיים המציעים ייעוץ תרופתי פרטי לחולים שנוטלים תרופות רבות. השירות ניתן בבית החולה או בבית המרקחת.

המשרד סבור שיש לשמור על קשר ותיאום של החולה עם הרופא המטפל; לדעתו אין מקום למכונים פרטיים ולתשלום של הקשיש בגין שירות שמגיע לו בדין מהרופא המטפל בו. בפקודת הרוקחים [נוסח חדש], התשמ"א-1981, אין התייחסות לתנאים למתן ייעוץ של הרוקח ולשאלה מי הוא הרוקח המוסמך לתת ייעוץ תרופתי (רוקח קליני או רוקח אחר).

לדעת משרד מבקר המדינה, למרכזי הייעוץ התרופתי עשויה להיות תרומה לשיפור איכות הטיפול התרופתי בקשישים. לכן מן הראוי שהמשרד וקופות החולים יבחנו את פעילות המרכזים האלה מבחינת השפעתם על הטיפול בקשיש. יש לבדוק אותם מכל ההיבטים - התנדבותיים, ציבוריים או פרטיים בתשלום או שלא בתשלום - בהשוואה לשירות שנותנים הרופאים הראשוניים בקהילה. אם המשרד והקופות סבורים שאין מקום למרכזי ייעוץ שפועלים בלי להכיר את התיק הרפואי של החולה, עליהם להודיע לציבור שניתן לקבל סקירה של הטיפול התרופתי אצל הרופא המטפל בקופת החולים.

9 ראו גם דוח שנתי 256 של מבקר המדינה (2006), "הקצאת תרופות למבוטחים בקופות החולים", עמ' 527.

סיכום והמלצות

ממחקרים רבים עולה כי הרבה קשישים נוטלים במשך שנים תרופות רבות שחלקן אף מיותרות, ושכיחות הבעיות הנובעות מהטיפול התרופתי עולה ככל שמספר התרופות שנוטל הקשיש עולה. אין במספר תרופות רב לעצמו שנוטל הקשיש להעיד על טיפול תרופתי לקוי, אולם המלצות של מומחים קובעות כי יש לבחון בחינה תקופתית את נאותות מתן התרופות ואת השימוש בהן.

הפערים בין הקופות בשיעור הקשישים הצורכים שמונה תרופות או יותר מחייבים את המשך הבירור של המשרד וקופות החולים כדי להגיע למסקנה בעניין זה.

כל קופה נוקטת שיטה שונה בטיפול בחולים הנוטלים תרופות רבות. לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד ועל קופות החולים, בשיתוף האיגודים המקצועיים¹⁰, לבחון פיתוח שיטות לבדיקת איזון הטיפול התרופתי בחולים הנוטלים תרופות רבות, במיוחד הקשישים, ולגבש המלצות מתאימות.

יש לבחון את האפשרות לקביעת מדד מטרה, למשל שיעור החולים בני 75 ומעלה שיצרכו שמונה תרופות או יותר, ולשאוף להגיע אליו בתוך תקופה מסוימת שתיקבע. יש לקבוע גם מדדים נוספים אשר יבדקו אם השימוש בתרופות הוא ראוי בהתחשב בצורך הרפואי ויכללו גם בקרה על אי-שימוש בתרופות במקרים שבהם הן נדרשות.

קיימים מספר מודלים לטיפול בקהילה בחולים המטופלים במספר רב של תרופות: מעקב תקופתי של רופא המשפחה על מצבו הבריאותי-תרופתי של הקשיש, סקירה תקופתית של רוקח קליני או פרמקולוג קליני או שיתופם בטיפול בעת ביקור אצל רופא המשפחה, בחינה של רופא מומחה גריאטר, המודל שמצוין בחוזר המשרד - הפניה למרפאה להערכה גריאטרית כוללת בקהילה ועוד. על המשרד לבחון האם המודלים שבחרו הקופות מביאים לתוצאות הטובות ביותר.

על המשרד ועל קופות החולים לתת את הדעת להרגלי השימוש בתרופות של חולים קשישים וחולים כרוניים שנוטלים תרופות רבות. לחולים כאלה, בעיקר לקשישים, קשה להסתגל לדברים חדשים, והחלפת התרופה יכולה להיות מקור לבלבול ולסיבוכים. מן הראוי אפוא לספק להם מידע תרופתי ברור ולהשתדל שלא להחליף להם את התרופות בתדירות גבוהה.

נוכח תפקידי הרופא הגריאטר בקהילה ונוכח המצוקה במקצוע הגריאטריה ראוי שהמשרד יפעל להכשרת רופאים ראשוניים (רופאים פנימאים ורופאי משפחה) בתחום הגריאטריה כדי להפחית את העומס המוטל על הרופאים הגריאטרים. במקביל ראוי שהמשרד ינקוט צעדים אפקטיביים להגדלת מספר המתמחים בגריאטריה.

איזון הטיפול התרופתי לקשיש עשוי להשפיע על איכות חייו, להגדיל את תוחלת החיים שלו, לצמצם אשפוזים במחלקות הפנימיות, ובמקרה של צמצום בתרופות - אף לחסוך בהוצאות לקשיש ולהקטין את ההוצאה הלאומית לתרופות. על כן על משרד הבריאות ועל קופות החולים לטפל בכך.

10 גיבוש התוויות והנחיות קליניות הוא אחד הנושאים המרכזיים בפעילותם של האיגודים המדעיים של ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י). גיבושן ופרסומם נעשה על ידי אנשי המקצוע עצמם, כלומר האיגוד המקצועי הרלבנטי.



מבוא

1. בשנת 2010 היו הקשישים כ-10% מאוכלוסיית ישראל, אשר מנתה כ-7.6 מליון נפש¹¹. העלייה בתוחלת החיים ובתחלואה הכרונית ופיתוח מתמיד של תרופות חדשות ושיווקן מביאים לשימוש רב יותר בתרופות מבעבר, בעיקר בקרב אוכלוסייה זו. אומדן צריכת התרופות של הקשישים הוא פי שלושה משיעורם באוכלוסייה. מנתוני משרד הבריאות בישראל עולה כי בשנת 2008 סבלו יותר ממחצית בני ה-65 ומעלה מיתר לחץ דם, וכמעט רבע - מסוכרת¹². בשל כך קשישים רבים מטופלים במספר תרופות לאורך זמן, ויש כאלה שנוטלים גם 20 תרופות¹³ כדי לאזן מחלות כרוניות או תסמינים ולמנוע החמרה או סיבוכים. אריכות החיים כרוכה בשימוש בתרופות, אך יש לדאוג שלא יהיו חרב פיפיות.

טיפול מרובה תרופות (Polypharmacy) משמעותו טיפול קבוע בתרופות מסוגים שונים בו בזמן. יש המגדירים שימוש מרובה תרופות כשימוש בחמש תרופות או יותר, ויש הקובעים מספר גדול יותר כגון שמונה. ריבוי תרופות הוא גורם מנבא בדרגת ודאות גבוהה של אשפוז וסיבוכים בריאותיים לרבות נפילות ושברים¹⁴.

ממחקרים רבים עולה כי קשישים רבים נוטלים במשך שנים תרופות מיותרות, ושכיחות הבעיות הנובעות מהטיפול התרופתי עולה ככל שמספר התרופות שנוטל הקשיש עולה, בגלל תרופות ומיננים בלתי-מתאימים ובשל תגובות בין-תרופתיות¹⁵. אין במספר תרופות רב שנוטל הקשיש להעיד על טיפול תרופתי לקוי או שגוי, אולם יש לבחון באופן שיטתי את נאותות מתן התרופות ואת השימוש בהן. ליקויים אפשריים ברישום ובנטילה של תרופות הם רישום תרופה שאינה נחוצה, אי-רישום תרופה נחוצה, רישום מוטעה של תרופה כאשר יש הוריית נגד¹⁶, תופעות לוואי של תרופות ותגובות בין-תרופתיות וכן תופעת לוואי שנגרמת על ידי תרופה אשר עלולה להתפרש כמחלה ולהיות מטופלת בתרופה נוספת¹⁷.

האיגוד הישראלי לרפואה גריאטרית¹⁸ קבע כי עצם השימוש בתרופות הוא גורם סיכון לסיבוכים שונים. לכל תרופה יש תופעות לוואי בלתי-רצויות, ששכיחותן רבה יותר עם העלייה בגיל החולה.

-
- | | |
|----|---|
| 11 | לפי פרסומי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה "בן 65 ומעלה". יש פרסומים שבהם קשיש מוגדר "בן 75 ומעלה". |
| 12 | דוח משרד הבריאות, מצב הבריאות בישראל 2008 לפי קבוצות גיל, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, נובמבר 2009, פרסום 322. |
| 13 | רסולי איריס ויעקב מנצ'ל, "טיפול תרופתי בקשישים", PHARMALINE (גיליון 32, אוגוסט 2008). |
| 14 | שם. |
| 15 | רסולי איריס, "טיפול מרובה-תרופות בקשישים וחולים כרוניים בקהילה: אפיון הבעיות ותוכניות התערבות בתחום", גרונטולוגיה: כתב עת בנושאי הזקנה (גיליון 3, 2008, עמ' 49-65). תגובות בין תרופתיות יכולות לבוא לידי ביטוי בהפחתת יעילות התרופות או בהשפעה על רעילותן אגב גרימת תוצאות טיפול לא רצויות. |
| 16 | כגון תרופה שאסור לרשום לחולה עקב רגישותו לה או תרופה המשתייכת לקבוצת התרופות הבלתי-נאותות לאוכלוסיית הקשישים. |
| 17 | תופעת "מפל הרישום התרופתי". |
| 18 | גיבוש התוויות והנחיות קליניות הוא אחד הנושאים המרכזיים בפעילותם של האיגודים המדעיים של ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י). גיבושן ופרסומם נעשה על ידי אנשי המקצוע עצמם, כלומר האיגוד המקצועי הרלבנטי. |

צריכת מספר רב של תרופות מעלה את הסיכון הסטטיסטי לתופעות לוואי. לכן לדעתו יש לתת תרופות לקשישים בזהירות ולעקוב אחר השפעתן.

בשנת 2008 הייתה ההוצאה של קופות החולים על תרופות וציוד כ- 6.5 מיליארד ש"ח. כאמור, אומדן צריכת התרופות של בני 65 ומעלה בישראל הוא כ-30%¹⁹ מהוצאה זו, כשחלקם באוכלוסייה הוא כ-10%.

את הטיפול התרופתי צריך לאזן לכל המטופלים, אולם בגלל צריכת התרופות הגבוהה של הקשישים ביחס לשאר האוכלוסייה ומחמת האפשרויות הרבות יותר לבעיות אצלם, יש מקום להעניק לאיזון התרופות אצלם עדיפות. יצוין כי הפחתת מספר התרופות שאותן נוטלים קשישים הוא יעד של משרד הבריאות האמריקאי, שהמליץ לרופאים לבחון מתן תרופות שעלולות להיות מיותרות, לזהות טיפול מרובה תרופות ולרכז מידע על הטיפול התרופתי הנרשם על ידי הרופאים המטפלים באותו קשיש²⁰. עם זאת, חשוב להדגיש, שלעתים אין מנוס מטיפול בתרופות רבות, כגון בטיפול ביתר לחץ דם, ביתר שומנים בדם, בסוכרת, במחלות לב איסכמיות וכיו"ב.

2. משרד הבריאות (להלן - המשרד) מופקד על התכנון הכולל של מערכת הבריאות בישראל, על הפיקוח עליה, על הרישוי של העוסקים בה ועל תיאום הפעילות בה. משימותיו מתמקדות, בין היתר, באלה: ייזום ועדכון של חקיקה בענייני בריאות; הבטחת שירותי רפואה מונעת; ייזום ועידוד של תכניות בתחום קידום הבריאות בישראל; פיקוח ובקרה על קופות החולים; שיפור איכות השירות הרפואי הטיפולי, האבחנתי, השיקומי והמניעתי על ידי קביעת מדדי איכות ויישומם באמצעות תמריצים, פיקוח ואכיפה וכן קידום שירותי הבריאות לקשישים תוך שימת דגש על הטיפול הביתי והקהילתי.

בחודשים ינואר-יוני 2010, לסירוגין, בדק משרד מבקר המדינה את הטיפול הרפואי בקשישים הנוטלים תרופות רבות - שמונה תרופות או יותר. נבדקו בעיקר בקרת המשרד על הרפואה בקהילה בנושא זה, פעילותן של מרפאות להערכה גריאטרית הבודקות את מצבם הרפואי של אותם קשישים, לרבות שילת התרופות, מתן ייעוץ של רוקחים קליניים²¹ לקשישים בעניין ריבוי נטילת תרופות, סדרי הדיווח של קופות החולים למשרד הבריאות על ניפוק תרופות ושימוש המשרד בדיווח זה, החלפת תרופות לקשישים, ומתן מידע תרופתי לחולים. הבדיקה נעשתה במשרד הבריאות (להלן - המשרד), בארבע קופות החולים (להלן גם - הקופות): שירותי בריאות כללית (להלן - הכללית), מכבי שירותי בריאות (להלן - מכבי), קופת חולים מאוחדת (להלן - מאוחדת) ובלאומית שירותי בריאות (להלן - לאומית). בירורים נעשו במועצה הלאומית לגריאטריה²².

פעילות המשרד וקופות החולים

1. הטיפול התרופתי בקשישים בקהילה נדון במסגרת הוועדה "לקידום בריאות ורפואה מונעת בגיל המבוגר" (להלן - הוועדה) מטעם המועצה הלאומית לגריאטריה שעל יד המשרד. השתתפו בה

19 ראו הערה 13.

20 ראו הערה 13.

21 רוקח קליני - רוקח בעל תואר שני ברוקחות קלינית, נוסף על תארו הראשון ועל הדיפלומה ברוקחות שמשרד הבריאות מכיר בה. מטרת ההכשרה המיוחדת היא שיפור הטיפול התרופתי והתאמתו המרבית למטופל להשגת יעדים רפואיים אופטימליים.

22 המועצות הלאומיות הן גופים מייצגים מקצועיים בתחומי הבריאות. תפקידן לסייע למנכ"ל משרד הבריאות, בין היתר, בהתוויית מדיניות בריאות. ראו גם מבקר המדינה, דוח שנתי 49 (1999), עמ' 130.

מומחים מהמשרד ומארבע קופות החולים (להלן - הקופות). היא מונתה²³ בספטמבר 1999, ובינוני 2004 פרסמה דוח "קידום בריאות ורפואה מונעת בגיל המבוגר, המלצות בתחום מדיניות הבריאות ומניעה קלינית למבוגרים בקהילה".

שימוש מושכל בתרופות בקרב קשישים נדון גם בוועדה שהקימה המועצה הלאומית לגריאטריה בשנת 2003. מסקנותיה הוצגו בישיבת המועצה הלאומית לגריאטריה בנובמבר 2004. הוועדה המליצה, בין היתר, שהצוות הרפואי המטפל בחולה יסקור מדי שישה חודשים את הטיפול התרופתי כדי לגלות טיפול מיותר או בעל השפעות שליליות וקבעה כי הצוות יכול להקטין את ממדי התופעה בפעולות פשוטות יחסית.

2. במאי 2007 הפיץ מינהל רפואה שבמשרד חוזר בנושא "אמות מידה למרפאות להערכה גריאטרית כוללת בקהילה" (להלן - החוזר). החוזר קבע, בין היתר, שעל קופות החולים להקים מרפאות ייעודיות במטרה לאבחן בעיות אופייניות לקשישים כמו ריבוי תרופות, הפרעות ופגיעה בחושים, אי-שליטה על הסוגרים, ירידה בזיכרון, דיכאון ולהציע הצעות לטיפול בהם ולמעקב עליהם. המרפאה הייעודית להערכה גריאטרית מיועדת לאוכלוסיית הקשישים (מעל גיל 75) הנמצאים בסיכון גבוה על פי קביעת הרופא הראשוני (רופא המשפחה) ולפי ההתוויות הבאות: טיפול קבוע ביותר משמונה תרופות; שני אשפוזים בבי"ח כללי בשנה האחרונה או יותר; שלוש נפילות חוזרות בשנה או יותר; ירידה תפקודית לעומת תקופה קודמת; הפניה ליותר משני מומחים בתחומים שונים בשנה האחרונה; תסמונות גריאטריות שאינן מאובחנות או מטופלות; חסך בתמיכה משפחתית או שינוי במערך המשפחתי (על יישום החוזר ראו להלן בפרק "מרפאות להערכה גריאטרית").

ניהול הטיפול התרופתי בבתי חולים גריאטריים: האגף לגריאטריה שבמשרד אחראי לבקרת הטיפול במוסדות הגריאטריים; לשם כך גיבש להם נהלים וכלי בקרה. לפי נוהל המשרד, "האחות יחד עם הרופא בבית החולים הגריאטרי יבצעו עדכון תרופות לכל המטופלים אחת לחודש"; תפקידי הרוקח במוסד הגריאטרי הם "בקרה על שימוש מושכל בתרופות, מינון ותזמון נכונים, אינטראקציות בין תרופתיות ובין מזון לתרופות, מעקב אחר תופעות לוואי וכיו"ב... הדרכה בנושא תרופות לסגל הרפואי, הסגל הסייעודי ולמטופלים, בתיאום עם המנהל הרפואי".

לשכות הבריאות המחוזיות מקיימות פיקוח על המוסדות הגריאטריים ובודקות את הטיפול התרופתי בהם. למשל, ברוח ממצאי ביקורת של הרופא הגריאטר המחוזי בלשכת הבריאות מחוז תל-אביב על מוסד גריאטרי מסוים מינואר 2010, צוין שלא בכל התיקים של המטופלים הנוטלים יותר משמונה תרופות הייתה התייחסות לריבוי תרופות, בניגוד למתחייב מנוהלי האגף לגריאטריה. המוסד התבקש להשיב בתוך חודש כיצד טיפל בליקוי ותיקן אותו.

המשרד מודע אפוא לחשיבות ההשפעות הבריאותיות של ריבוי תרופות לקשישים, אולם לא מקיים פעילות מסודרת בשיתוף הקופות לבדיקת כל הקשישים הנוטלים תרופות רבות ולא גיבש עמך הנחיות לסקירה עתית של אוכלוסייה זו. לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לקבוע הנחיות לשם כך.

3. ההסתדרות הרפואית בישראל (להלן - הר"י) גיבשה בשנת 2004 מסמך ובו הנחיות קליניות - המלצות בנושא "קידום בריאות ורפואה מונעת"²⁴ המסמך קבע כי קידום בריאות ורפואה מונעת הן

23 הוועדה מונתה בידי המועצה הלאומית לגריאטריה, ובראשה עמד ד"ר אלי רוזנברג.

24 חוה טבנקין, הנחיות קליניות - קידום בריאות ורפואה מונעת, איגוד רופאי המשפחה, ההסתדרות הרפואית בישראל, האגף למדיניות רפואית (מהדורת 2008) (מהדורה ראשונה פורסמה כבר בשנת 2004).

מאבני הדרך של הרפואה במאה ה-21. הרפואה המודרנית מצאה פתרונות לבעיות רפואיות רבות אך לא מצאה ריפוי למצבים כרוניים רבים. אחד הפתרונות האפשריים הוא קידום בריאות האוכלוסייה ומניעת מחלות. ההמלצות במסמך מיועדות לצוותים הרפואיים הראשוניים ולכל מי שעוסק ברפואה מונעת, והן מכוונות לקידום בריאות ורפואה מונעת לכל קבוצות הגיל באוכלוסייה. אחת ההמלצות לגבי בני 65 ומעלה היא סקירה של הטיפול התרופתי מדי שישה חודשים או כשהמטופל חוזר מאשפוז.

4. רופאים גריאטרים שעובדי משרד מבקר המדינה נפגשו אתם טענו כי קשישים צורכים תרופות מיותרות במשך שנים, ולעתים גם נוטלים תרופות לטיפול בתופעות הלוואי של תרופות שהם נוטלים. לדבריהם, לרופאים ראשוניים בקהילה לעתים אין מודעות לטיפול בריבוי תרופות אצל קשישים.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד ועל הקופות לבדוק את הטענה הזאת ולהציע דרכים להדרכה בעניין לרופאים הראשוניים - אם יתברר שהיא נכונה.

הבדלים בצריכת תרופות של חולים קשישים

משרד מבקר המדינה פנה לקופות וביקש נתונים על צריכת תרופות מרובות בקרב כל אוכלוסיית הקשישים. להלן טבלה המסכמת את נתוני הקופות שהועברו למשרד מבקר המדינה לגבי שיעור הצריכה של שמונה תרופות או יותר (תרופות כרוניות ללא תרופות למצבי חולי חריפים) בקרב מבוטחים מעל גיל 75 בכל אחת מהקופות:

מבוטחים מעל גיל 75 הצורכים שמונה תרופות או יותר	מספר המבוטחים מעל גיל 75	מספר המבוטחים מעל גיל 75	הקופה
34.3%	89,616	261,015	כללית
15.2%	9,201	60,558	מכבי
7.3%	1,689	23,125	מאוחדת
51.0%	7,560	14,880	לאומית*

* הנתונים נלקחו מדוח על מבוטחים מעל גיל 65 הנוטלים שמונה תרופות או יותר ששלחה לאומית מדוח על צריכת תרופות בשניים ממחוזותיה (מרכז וצפון) מארבעה. משרד מבקר המדינה בודד את המבוטחים מעל גיל 75 הנוטלים שמונה תרופות או יותר. רשימת התרופות כוללת אותן תרופות בצורת חוזה שונה, בצורת מתן שונה, משחות, תוספי מזון וכו'. ראו להלן הערות לגבי בסיס הנתונים הלקוי של לאומית.

הנתונים מלמדים על שונות רבה בין הקופות שמעוררת סימני שאלה. עולה חשש לאי-הסדרת הטיפול בקשישים הנוטלים תרופות רבות. הפערים יכולים להצביע על שימוש יתר או חסר בתרופות, אך אין זה סביר שהם תוצאה של פערים חברתיים-כלכליים²⁵ או פערי פריפריה מול מרכז. מתעורר חשש שהטיפול הרפואי הניתן בקופות אינו מיטבי. ההסברים לכך יכולים להיות אי-מודעות של הרופאים הראשוניים לריבוי התרופות, היוועצות מעטה ברוקחים קליניים, אי-מעורבות רופא גריאטר, בעיות בבסיס הנתונים ועוד. לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לבחון את הסיבות לפערים בנתונים, ולאחר שיגיע למסקנות בעניין - לנקוט צעדים שיבטיחו שבכל הקופות יינתן לקשישים הטיפול המיטבי.

טיפול הקופות בחולים הנוטלים שמונה תרופות או יותר

משרד מבקר המדינה בדק בכללית ובלאומית תיקים רפואיים של חולים הנוטלים שמונה תרופות או יותר ועוד שלושה נושאים בכל הקופות: המדיניות לאיתור חולים הנוטלים שמונה תרופות או יותר באופן קבוע; התרעות של המערכות הממוחשבות בעניין טיפול תרופתי; תהליכים לצמצום מספר התרופות שאותם חולים נוטלים. להלן פרטים:

מדיניות הקופה

כל ל י ת : הכללית מסרה למשרד מבקר המדינה במאי 2010 כי תהליכים רבים במחוזות מבוססים על רוקחות קלינית או על תהליכי איכות בביצוע אחיות בהנחיית רופא. לדבריה, בחינת צריכת התרופות של החולה נתונה לשיקול דעתו של הרופא המטפל.

מ כ ב י : מכבי מסרה למשרד מבקר המדינה במאי 2010 כי חטיבת הבריאות שלה ממליצה לרופאים לסקור אחת לשישה חודשים את הטיפול התרופתי באוכלוסייה המבוגרת (מעל גיל 65). בכל מחוז נעשים פרויקטים שממוקדים בחולים המטופלים בתרופות רבות²⁶. מסקנות פרויקט משנת 2007 היו כי מעורבות רוקח קליני במסגרת מרפאה להערכה גריאטרית כוללנית בקהילה משפרת את איכות הטיפול התרופתי אצל הקשישים. מכבי עדיין לא קבעה הנחיה באיזה תדירות לעשות פרויקטים כאלה.

מכבי הודיעה למשרד מבקר המדינה בספטמבר 2010 כי החליטה לכלול בעתיד את ריבוי התרופות והמעקב התקופתי על קשישים שמקבלים טיפול מרובה תרופות בסל המדדים לאיכות הטיפול במרפאת הרופא הראשוני באדם הזקן.

מ א ו ח ד ת : מאוחדת רכשה כבר בשנת 2000 מסד נתונים של חברה בריטית (Stockley) לבדיקת תגובות בין-תרופתיות. עם הכנסת מסד הנתונים לשימוש והפעלתו כחלק מובנה מהליך רישום התרופות הוחלט בקופה להוסיף נדבך למניעת נזק למטופל הנוטל תרופות רבות: מיד עם הדלקת המחשב, הרופא הראשוני רואה את מספר חוליו הנוטלים מעל שמונה תרופות. הקופה מסרה למשרד מבקר המדינה כי היא רואה בריבוי התרופות גורם סיכון בריאותי. הסיכוי לתגובות בין תרופתיות צולבות תלוי ישירות במספר התרופות. עוד קבעה הקופה כי אכן ריבוי תרופות הוא

25 ספק אם ניתן להסביר את כל השונות בפערים סוציו-אקונומיים או גאוגרפיים או בפערים בין מגזרים ובין אוכלוסיות המבוטחים, כי הנתונים הם ארציים.

26 לדוגמה, במחוז צפון נעשה פרויקט שבו שותף הרוקח הקליני במרפאה גריאטרית רב-תחומית.

תופעה בלתי-רצויה, אולם אין לכרוך אותה עם טיפול מיטבי במספר תרופות כאשר יש צורך מוכח באותן תרופות רבות. הקופה החליטה לטפל בריבוי התרופות לחולים אצל הרופא הראשוני משום שגם אם החולה מקבל תרופות מרופאים שונים, הרופא הראשוני הוא זה שמחדש את המרשמים הכרוניים למטופל. הקופה גם החליטה בשנת 2005 לכלול את ריבוי התרופות כמדד לבחינת פעולותיו.

ל א מ י ת : לאומית מסרה למשרד מבקר המדינה כי התייחסות למספר התרופות שחולה נוטל היא חלק מסדר היום בכל ביקור שלו אצל רופא ובכל חידוש מרשם לתרופות בשבילו. לאומית הקצתה לכל רופא ראשוני שעה אחת ביום לטיפול מיוחד (ביחס להיקף המשרה) בחולים, כולל איוון הטיפול התרופתי. זימון מטופל בשעה זו נתון לשיקול דעתו של הרופא.



כל קופה נוקטת אפוא מדיניות שונה בקשר לטיפול בקשישים הנוטלים תרופות רבות. ראוי שהמשרד המשמש מיניסטרויון עם ראייה מערכתית, יבחן פיתוח מדדים לפי מאפיינים מסוימים לבדיקת תרופות שחולים נוטלים ויגבש המלצות מתאימות בעניין.

חובת תיעוד פעילות ברשומה הרפואית

סעיף 17 לחוק זכויות החולה קובע את חובת ניהול הרשומה הרפואית (להלן גם - תיק החולה). כל דיון והחלטה בעניין הטיפול התרופתי לחולה חייב להיות מתועד בתיקו (ראו להלן בפרק "בקרת האגף לרפואה בקהילה במשרד על הקופות"). קיום דיון בנושא ותיעודו ברשומה הרפואית הוא תנאי מקדים להמשך הפניית המבוטח לייעוץ או לניסיון טיפולי להפחית את מספר התרופות.

ה כ ל ל י ת : משרד מבקר המדינה בדק 200 תיקים רפואיים של חולים במחוז מרכז שנדגמו אקראית מכ-17,000 תיקים של חולים מעל גיל 65 במחוז הנוטלים שמונה תרופות או יותר. התברר שבשלוש השנים 2007, 2008, 2009 לא היו רישומים - אף לא בתיק אחד - בעניין מספר התרופות שאותן נוטלים החולים, אף שרופאים שטיפלו בהם שינו את התרופות מסיבות אחדות²⁷.

בתגובה לממצאים אלה מסרה הכללית כי אותם חולים הם חולים כרוניים, והרופאים המטפלים עושים להם בדיקות דם תקופתיות ובדיקות מעקב קליניות קבועות. עוד מסרה הכללית כי "באומנות הרפואה יש מנגנוני הערכה של מטופל שדורשים מיומנות נלמדת" ולא דורשים מעקב לדיווח הנדרש ברשומה הרפואית של החולה.

27 רויטל גרוס, שולי ברמלי-גרינברג, רונית מצליח, דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות במלאת עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, מכון מאיר-ג'וינט-מכון ברוקדייל (מארס 2007). בסקר שנערך בשנת 2005 בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל, נאמר כי רק 37% ממי שלקחו תרופות באופן קבוע אמרו שבשנה האחרונה עבר אתם רופא על רשימת כל התרופות שהם לוקחים.

לדעת משרד מבקר המדינה, נוכח העומס הרב המוטל על הרופא הראשוני בקהילה קיימת אפשרות שיפסח על סקירת הנוטלים תרופות רבות. מן הראוי כי ייקבע שהטיפול התרופתי בחולים הנוטלים שמונה תרופות או יותר ייסקר מדי זמן באופן שיטתי, לפי ההנחיות הקליניות של הר"י.

לאומית: משרד מבקר המדינה בדק 100 תיקים רפואיים של חולים במחוז מרכז מכ-4,700 תיקי חולים מעל גיל 65 במחוז הנוטלים שמונה תרופות או יותר. פרט לתיק רפואי אחד, לא נמצאה בתיקים התייחסות למספר התרופות שאותן נוטל החולה החל משנת 2007, אף שהיו בתיק שינויים בהן²⁸.

רק לחולה המסונף ליחידה לטיפול בית²⁹ הקטין הרופא המטפל, רופא גריאטר שהוא גם רופא ביחידה לטיפול הבית, את מספר התרופות.



הכללית ולאומית אינן מתעדות אם כן כנדרש את הדיון בטיפול התרופתי בתיקים הרפואיים של הקשישים הנוטלים תרופות רבות. כאמור, קיום דיון בנושא ותיעודו ברשומה הרפואית הוא תנאי מקדים להמשך הפניית המבוטח לייעוץ או לניסיון טיפולי להפחית את מספר התרופות.

התרעות ממוחשבות בעניין הטיפול התרופתי

על רופאי הקופות מוטל עומס עבודה רב. הזמן המוקצה לביקור חולה קצר, ולכן חשוב מאוד שמערכת המידע הממוחשבת תהיה ידידותית ותומכת ותראה לרופא מיד עם פתיחת תיק החולה את צריכת התרופות שלו.

הכללית: נתוני צריכת התרופות של החולים אינם זמינים מיידית לרופא הראשוני. רק לאחר שאילתה מיוחדת יש לו אפשרות צפייה בניפוק התרופות לחולה בהשוואה למרשמים שניתנו לו.

מכבי: נתוני צריכת התרופות של החולים אינם זמינים מיידית לרופא הראשוני. לא נמצא שחטיבת הבריאות מקיימת מעקב ובקרה אחר יישום המלצתה - סקירה אחת לשישה חודשים של הטיפול התרופתי בחולים מעל גיל 65. כמו כן לא נמצא כי יש אפשרות לקבל במערכת המידע התרעה או מידע בעניין סקירה כזאת.

מכבי מסרה למשרד מבקר המדינה בספטמבר 2010 כי מתקיימת עבודת מטה במטרה להטמיע הנחייה זו בעתיד.

28 ש.ש.

29 ראו ברוח זה את הפרק "הקשיש בקהילה - טיפולי בית שמספקות קופות החולים לקשישים", עמ' 105.

מאחדת : עם תחילת פעילות הרופא הראשוני במרפאה מופיעים על צג מחשבו מספר מדדים רפואיים-טיפוליים על חוליו: תשובות מעבדה שטרם טיפל בהן; תשובות מכונים שטרם טיפל בהן; מצב חולי הסוכרת שבטיפולו; מצב חולי האסטמה הכרונית ומספר המטופלים שלו הנוטלים יותר משמונה תרופות.

מאחדת הדגישה בפני משרד מבקר המדינה כי מספר המטופלים שנוטלים יותר משמונה תרופות אינו מדד לאיכות עבודתו של הרופא. מאחדת מסרה כי מערכת המידע שלה מחייבת אחת לשנה הצמדה של תרופות למחלות כרוניות לאבחנות המתועדות בתיק הרפואי של החולה: פעם בשנה המערכת דורשת מהרופא הראשוני לאבחן שוב את המחלות הכרוניות של החולה ולהתאים אליהן את התרופות שהוא רושם לו.

בשנת 2006 קבעה הר"י בנייר עמדה כי "השמירה על בריאות המטופל ובטיחותו היא ערך עליון ברפואה... 'הנחיות קליניות' ו'מדדי איכות', הנסמכים על ראיות, הם כלים מוכרים לשיפור רמת הרפואה, יש ליצור כלים אלו בכל תחום ברפואה... [הם] ייקבעו על פי שיקולים רפואיים ומדעיים, לטובת המטופל, וכשהם משוחררים מלחצים כלכליים. רשאי המעסיק לבחון את ביצועיו הקליניים של רופא המועסק על ידו, ובלבד שהדבר יעשה על פי מדדים מוכרים ומוסכמים, בשקיפות, ולאחר שניתנה על כך הודעה מראש...".

מערך הבקרה במאחדת בודק כל רופא ראשוני אחת לשנה בתחומים אלה: ריבוי תרופות אצל מטופליו; התייעוד ברשומה הרפואית; סריקת מסמכי אשפוז; שימוש באבחנות מנהלתיות; התמצאות ומבחנים גריאטריים; ערנות לזיהוי מצבי דיכאון וחרדה וטיפול בהם; מדדי איכות קליניים לאומיים.

מאחדת החלה ליישם את מדד מספר המטופלים הנוטלים יותר משמונה תרופות בשנת 2007. משרד מבקר המדינה ביקש ממנה נתונים על שיעור החולים מעל גיל 75 שצרכו שמונה תרופות או יותר לפני יישום המדד כדי לאמוד את ההשפעה של הפעלתו על פעילות הרופא הראשוני, וכתוצאה מכך - על שיעור החולים הנוטלים יותר משמונה תרופות; ואולם מאחדת הודיעה כי אין באפשרותה לשחזר נתונים אלו.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לשקול גיבוש הנחיות למוסדות הרפואיים המפעילים תכניות מדדים שעשויות להשפיע על בריאות הציבור, ולהורות להם, בין השאר, לשמור את הנתונים שקדמו להפעלתם כדי לאפשר בקרה על תוצאות יישום המדד.

לאומית : מערכת המידע של לאומית לא יכלה לספק את נתוני החולים מעל גיל 75 הנוטלים שמונה תרופות או יותר. משרד מבקר המדינה קיבל ממנה נתונים ברבר חולים מעל גיל 65 ממחוז מרכז וממחוז צפון הנוטלים שמונה תרופות או יותר. נכללו בהם תרופות שלא תמיד יש להכלילן ברשימה כזאת.

הקופה מסרה למשרד מבקר המדינה ביוני 2010 כי היא נמצאת בשלבים של פיתוח דוח שיאפשר סינון עדין של הנתונים הנכונים.

לדעת משרד מבקר המדינה, דוחות על צריכת תרופות של חולים בחתכים שונים אמורים להיות כלי ניהולי שגרתי בקופות החולים, שבאמצעותו ניתן לבדוק תקופתית צריכת תרופות של מטופלים. יש אפוא צורך לבנות בהקדם כלי שיאפשר הפקת דוחות כאמור.

תהליכי העבודה בקופות בעניין השימוש בתרופות רבות

הכללית: בכללית הרופא הראשוני אינו בודק תקופתית את הקשישים הצורכים שמונה תרופות או יותר באופן קבוע. הקופה הבהירה למשרד מבקר המדינה, כי היא מפעילה מנגנון של כריית מידע לאיתור אוכלוסיית הקשישים בסיכון גבוה להידרדרות. הקשישים המאותרים מופנים לבדיקה על ידי אחות שהוכשרה גם בתחום הגריאטרי, לזיהוי בעיות אצל קשישים, לפי תכנית שבמערכת המידע הממוחשבת - "מפת בריאות הקשיש". בין היתר, היא בודקת את השימוש בתרופות (אין בדיקה לפי מספר תרופות מזעריות). כאשר היא מגלה בעיות היא מפנה את החולה לרופא הראשוני או לרופא הגריאטר. לעתים היא מערכת בבירור גם רוקח קליני.

מכבי: בסוף שנת 2009 היו במכבי 7.3 משרות של רוקחים קליניים, שבדקו את הטיפול התרופתי ב- 2,314 חולים. 540 רופאים מ-1,112 רופאים ראשוניים בקופה (כ-50%) פנו אליהם בשאלות או הפנו אליהם חולים ליעוץ.

הקופה דנה בטיפול תרופתי של 325 חולים מבין 9,201 חולים מעל גיל 75 הנוטלים שמונה תרופות או יותר (לפי נתונים מסוף שנת 2009), שהם כ-3.5% בלבד. למרות המלצת חטיבת הבריאות של הקופה הרופא הראשוני במכבי אינו מקיים בדיקה תקופתית לקשישים הצורכים שמונה תרופות או יותר באופן קבוע.

מכבי הודיעה בספטמבר 2010 למשרד מבקר המדינה כי היא עושה הערכה תקופתית לחולים המטופלים במספר תרופות גדול באמצעות הרוקח המחוזי ורוקחים קליניים אחרים במחוז, לפי יכולתה (בהתאם לכוח האדם שלרשותה).

מאחדת: כאמור, הבקרה על חולים הנוטלים תרופות רבות נעשית על ידי הרופא הראשוני. לא נמצא כי במאחדת מעורב רוקח קליני בבחינת חולים הנוטלים תרופות רבות.

לאומית: בשנת 2005 פיתחה לאומית במחוז השפלה שלה שיטה יישומית לצמצום הטיפול מרובה התרופות בקהילה. אותרו חולים שצרכו יותר מעשר תרופות לפחות שלוש פעמים בחמישה חודשים ברציפות (1,229 חולים שטיפלו בהם כ-100 רופאים ראשוניים). אחת לשישה חודשים קיבל כל רופא ראשוני את רשימת מטופליו הנוטלים תרופות מרובות והונחה לאופטימיזציה של הטיפול התרופתי בכנס מחוזי בדרכים אלה: הצגת הבעיה ותכנית התמודדות עמה; הצגת שאלונים מובנים; הצגת הקריטריונים של בירס³⁰ וסדנאות הדרכה מקצועיות. כעבור 12 חודשים נבחנה ההשפעה המצטברת על צריכת תרופות במחוז, ונמצא כי מספר המטופלים במחוז שצרכו יותר מעשרה סוגי תרופות לפחות שלוש פעמים במהלך תקופת הבדיקה ירד ב-13% לעומת מספרם של המטופלים בקבוצת הביקורת, שעלה ב-11.6%.

לדעת הצוות שפיתח את השיטה, היא מוכיחה יעילות בצמצום ריבוי התרופות בקהילה, והוכחה לאפשרות יישומה בקופה תוך שיתוף פעולה מצד רופאים ראשוניים, ואולם השיטה הנ"ל או כל שיטה אחרת לא הוטמעה בלאומית.

לדעת משרד מבקר המדינה, לאור התוצאות שהתקבלו בעקבות הנהגת השיטה, היה על לאומית להמשיך בהטמעתה בכלל הקופה, ולאחר פרק זמן היה עליה לבחון אותה שוב.

30 הקריטריונים של בירס (או רשימת בירס - Beers) הם רשימת תרופות שנחשבות בלתי-ראויות לקשישים בגלל השפעות הלוואי שלהן אצלם. הרשימה המקורית הוכנה על ידי הרופא הגריאטר מ"ה בירס בהסכמה עם צוות מומחים, פורסמה לראשונה ב-1991 ועודכנה לאחרונה ב-2003.



הפערים בין הקופות בעניין צריכת התרופות של קשישים מחייבים להמשיך את בירור הסיבות לקיומם. בעניין זה נדרשת הסדרה ברמה הלאומית או הקופתית. לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד ועל קופות החולים לבדוק את הסיבות לשונות הרבה בצריכת תרופות בין הקופות ולקבוע - במידת האפשר - מה הוא השיעור הראוי של מבוטחים מעל גיל 75 הצורכים שמונה תרופות או יותר. הבדיקה חייבת להיעשות ברמת המחוזות של הקופות, ברמת סניף וברמת רופא, לפי הצורך.

על המשרד לבחון פיתוח שיטות יעילות לבחינה של הלימות הטיפול התרופתי בחולים הנוטלים תרופות רבות בכלל ובאוכלוסיות הקשישים בפרט ולגבש המלצות מתאימות. יש לבחון את האפשרות לקביעת מדד מטרה, למשל שיעור החולים בני 75 ומעלה שיצרכו שמונה תרופות או יותר, ולשאוף להגיע אליו בתוך תקופה מסוימת שתיקבע. יש לקבוע גם מדדים נוספים אשר יבדקו אם השימוש בתרופות הוא ראוי בהתחשב בצורך הרפואי ויכללו גם בקרה על אי-שימוש בתרופות במקרים שבהם הן נדרשות.

בקרת האגף לרפואת הקהילה במשרד על הקופות

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק), קובע כי המשרד יפקח על פעילותן של קופות החולים ויבקר את איכות שירותיהן. האגף לרפואת הקהילה שהוקם בשנת 2008 וכפוף למינהל רפואה שבמשרד, מפקח על מימוש הזכויות לשירותים לפי החוק. לשם כך הוא מקיים הליך בקרה בקופות שהוחל בו בשנת 2006 במסגרת מינהל רפואה, ומטרתו הן, בין היתר, א. בחינת השירות הכולל למבוטח (קיום השירותים, זמינותם, הבטחתם ועוד); ב. מיצוי זכויות המבוטחים בהתאם לחוק, בהתאם לחוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 (להלן - חוק זכויות החולה) ובהתאם לחזורי משרד הבריאות; ג. בחינת התשתיות (המבנה, נגישות, אזורי ההמתנה והבדיקה, שילוט, ציוד).

תיעוד ברשומה הרפואית: כאמור, סעיף 17 לחוק זכויות החולה קובע את חובת ניהול הרשומה הרפואית (להלן גם - תיק החולה). לתיעוד המידע הרפואי על הטיפול הרפואי שקיבל המטופל חשיבות רבה הן לצורך המשך טיפולים בו בעתיד, הן כדי לאפשר לו לדעת את פרטי מצבו הרפואי ולעקוב אחר הטיפול שניתן לו והן כראיה במקרה הצורך באשר לטיפול שקיבל. חוות דעת משפטית של המשרד, כפי שנמסרה למשרד מבקר המדינה, קובעת כי יש לתעד כל מידע בעל חשיבות כך שתתאפשר העברת המידע על אודות הטיפול בין המטפלים השונים, ותתאפשר בקרה רפואית ומשפטית עליו. כל שינוי בהוראות הטיפול וכל אינטראקציה טיפולית עם חולה, לרבות שינוי הטיפול ושילת הצורך בכך - חייבים להיות מתועדים.

בדוחות הבקרה של המשרד נכתב כי בדיקת הרשומה הרפואית של המטופל כוללת את אלה: "תיעוד מלא ותקין של מהלך הביקור במרפאת הקופה כולל האנמנזה³¹, ממצאי הבדיקה הגופנית,

31 אנמנזה - תיאור ההיסטוריה הרפואית של החולה, פרטים על המחלה ותסמיניה.

בדיקות העזר כולל ממקור חיצוני, רישום ותיעוד בדיקות היועצים, אבחנות רפואיות פעילות ומחלות העבר, רגישות ותרופות פעילות, הדיון וההחלטה על המשך הבירור והטיפול". כן נבדק קיום בקרה פנימית של מחוזות הקופות על איכות הטיפול הרפואי.

נמצא כי לקראת בקרה במחוזות הקופות המשרד מבקש מהקופות נתונים על מספר החולים בני 65 ומעלה הנוטלים יותר מחמש תרופות ועל אלה הנוטלים יותר משמונה תרופות, אולם הוא אינו משתמש בנתונים ולפיכך אינו מעיר לקופות על אי-תיעוד דיונים בריבוי התרופות בתיקי החולים. כלומר, למרות שריבוי השימוש בתרופות בקרב קשישים אמור להיות חלק מפעולות הבקרה של המשרד בקופות, הבקרה בנושא זה היא כללית ומצומצמת.

לדעת משרד מבקר המדינה, על הקופות לתעד ברשומה הרפואית של החולים את כל המידע החשוב; על האגף לרפואת הקהילה שבמשרד לשקול לבצע בדיקות בתיקי החולים לשם בקרה על הלימות הטיפול הרפואי וכדי לוודא שהרופאים המטפלים בקופות החולים מקיימים את הדיונים הנדרשים.

יישום חוזר המשרד בנוגע למרפאות להערכה גריאטרית כוללנית בקהילה: האגף לרפואת הקהילה שבמשרד בודק את טיפול הקופות באוכלוסיית הקשישים בסיוע האגף לגריאטריה. כאמור, על פי החוזר יש כמה התוויות למתן השירות לקשישים בסיכון גבוה: ריבוי תרופות; אשפוזים חוזרים; נפילות חוזרות; ירידה תפקודית ועוד.

לא נמצא שהאגף בדק הפניית קשישים למרפאות להערכה גריאטרית על פי התוויותיו. המשרד מבקש אמנם מידע על הקשישים, אולם אינו בודק אם הקופות מאתרות באופן שיטתי את החולים מעל גיל 75 הצורכים שמונה תרופות או יותר כדי לקיים את הוראות החוזר בעניין הפניה למרפאה גריאטרית.

לדעת משרד מבקר המדינה, על האגף לרפואת הקהילה שבמשרד, בתיאום עם האגף לגריאטריה, לשקול לפתח כלי בקרה לבחינת פעילות הקופות לאיתור החולים מעל גיל 75 הצורכים שמונה תרופות או יותר כדי לבחון את הטיפול בהם.

מרפאות להערכה גריאטרית

יישום חוזר המשרד

החוק מפרט את סל שירותי הבריאות שכל תושב זכאי לו. בסעיף 7(א) לחוק נקבע כי שירותי הבריאות יינתנו על-פי סל שירותי הבריאות כמפורט בתוספת השנייה. הפירוט כולל את שירותי הבריאות שנתנה "קופת החולים של ההסתדרות הכללית של העובדים בארץ ישראל" לחבריה במועד הקובע - 1.1.94. ברשימת השירותים נכללת בסעיף 1(ב)(9) גריאטריה.

כאמור, במאי 2007 הפיץ מינהל רפואה שבמשרד הבריאות את החוזר "אמות מידה למרפאות להערכה גריאטרית כוללנית בקהילה", ובו נקבע בין היתר כי בדיקות האבחון הכלולות בהערכה הגריאטרית הן חלק מסל השירותים המחייב של קופות החולים לפי החוק. סעיף בחוזר קבע, בין

היתר, כי המרפאה הגריאטרית מיועדת לקשישים (מעל גיל 75) הנמצאים בסיוע גבוה על פי קביעת הרופא הראשוני לפי כמה התוויות - טיפול קבוע ביותר משמונה תרופות, נפילות חוזרות, ירידה תפקודית וכו'.

מבדיקת משרד מבקר המדינה עולה כי כל קופות החולים מפעילות מרפאות להערכה גריאטרית, אולם רוב רובה של הפעילות בהן (כ-99%) נובעת מהפניות של רופאים בגלל ירידה תפקודית-קוגניטיבית של קשישים. בבדיקת מדגם של 300 תיקים רפואיים של קשישים בשתי קופות, כאמור, התברר שאפילו קשיש אחד לא הופנה למרפאה להערכה גריאטרית בגלל "טיפול קבוע ביותר משמונה תרופות" או עקב נפילות ואשפוזים חוזרים. הטמעת הוראות החוזר היא אם כן חלקית. ייתכן שהסיבה לכך היא אי-מודעות של הרופאים הראשוניים לקיומו בכלל, אי-מודעותם לתופעות השליליות העלולות לנבוע מנטילת תרופות רבות או מחסור ברופאים גריאטרים (ראו להלן).

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שהמשרד יבחן את יישום החוזר בקופות ואת מספר הפניות הקשישים למרפאות אלה. כמו כן ראוי שהמשרד ידאג להטמעתו בקרב הרופאים הראשוניים כדי שיפנו קשישים המקבלים טיפול קבוע ביותר משמונה תרופות למרפאה להערכה גריאטרית, ובכך ישופר השירות הרפואי הניתן להם. לחילופין, ראוי שהמשרד יבחן שוב את סעיפי החוזר, ובכללם ההתוויות להפניה למרפאה להערכה גריאטרית כוללנית בקהילה.

מחסור ברופאים גריאטרים

הערכה גריאטרית כוללנית לקשישים היא שירות שיעילותו הוכחה, והיא כלי מרכזי בסיוע להם.

מממצאי הבקרה בקהילה שמקיים האגף לגריאטריה במשרד עולה, כי יש שונות גדולה בין קופות החולים ובין אזורים מבחינת אלה: ההיערכות לטיפול המקצועי בחולה הקשיש, הנגישות לקבלת ייעוץ על ידי רופא מומחה בגריאטריה והשירות להערכה גריאטרית כוללנית.

לרופא הגריאטר תפקיד חשוב בטיפול בחולה הקשיש. יו"ר המועצה הלאומית לגריאטריה מינה על פי המלצת מנכ"ל משרד הבריאות ועדה לבחינת עתיד הגריאטריה בישראל. הוועדה התכנסה לראשונה ביולי 2006. באפריל 2008 פרסם המשרד את דוח הוועדה. בדוח נקבע כי תפקידי הרופא הגריאטר בקהילה הם בין היתר אלה: אבחונים קליניים וטיפוליים, ייעוץ למקצועות הרפואה, קידום בריאות, מניעה והכוונה, ניהול הטיפול בזקן והוראה. רופאים גריאטרים ובכירים במשרד מסרו למשרד מבקר המדינה כי קיים מחסור ברופאים גריאטרים. המקצוע הוכר על ידי המשרד כמקצוע במצוקה³². גם הוועדה לתכנון כוח אדם רפואי וסיעודי בישראל קבעה כך ביוני 2010. שיעור הרופאים הגריאטריים ל-1,000 נפש בסוף שנת 2010 הוא 0.025, והיעד לשנת 2025 הוא שיעור של 0.06. בעשר השנים הקרובות יש להוסיף 24 רופאים בשנה.

32 ראו דוח שנתי 259 של מבקר המדינה (2009), "כוח אדם רפואי וסיעודי - תמונת מצב", עמ' 355. אף על פי שהמשרד ער כבר שנים למחסור בכוח אדם גם בתחומי הגריאטריה, הוא לא נערך כראוי להכשרת רופאים בתחום.

חלק מהקופות מפנות קשישים להערכה גריאטרית למרפאות גריאטריות בבתי חולים ציבוריים, וחלק מפנות קשישים למרפאותיהן בקופה. משרד מבקר המדינה פנה לקופות וביקש מהן מידע על מספר המשרות של הרופאים המומחים בגריאטריה הפועלים במרפאות להערכה גריאטרית כוללנית בקהילה.

מניתוח נתוניו עולה כי קיימת שונות מהותית בין הקופות ביחס של מספר המומחים לכל 1,000 קשישים מעל גיל 75. לכך השפעה על הזמינות ועל האיכות של השירות של הקופות.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שהמשרד יבחן נתונים לגבי הגידול הצפוי של חולים שיזדקקו לשירות המרפאה להערכה גריאטרית לעומת מספר הרופאים שעוסקים בכך כדי לאפשר לתכנן את השירות כראוי.

המשרד השיב למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2010 כי מספר המומחים החדשים בגריאטריה הולך ועולה, הוא מעודד את ההתמחות בתחום ונערך בשיתוף הג'וינט למימון התמחות של רופאים נוספים בתחום זה. הוא הסביר כי הגדלת מספר המתמחים בגריאטריה תלויה גם בתוספת תקציב ובהקצאת תקני כוח אדם. לדבריו, יישום המלצות הוועדה לתכנון כוח האדם עדיין מתעכב.

לדעת משרד מבקר המדינה, לנוכח הנסיבות, ראוי שהמשרד ישקול לתת לרופאים ראשוניים כלים בתחום הגריאטריה כדי להפחית את העומס המוטל על הרופאים הגריאטרים. במקביל ראוי שינקוט צעדים אפקטיביים להגדלת מספר המתמחים במקצוע זה.

המשרד השיב למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2010 כי מנכ"ל המשרד פנה למועצה המדעית בדרישה שההתמחות ברפואת משפחה תכלול שלושה חודשים שהות חובה במסגרת מוכרת להתמחות בגריאטריה.

רוקח קליני והשתלבותו בקהילה ובמחלקות האשפוז

חוזר המשרד

ביוני 2002 פרסם המשרד חוזר בנושא רוקחות קלינית, שמפורטים בו תפקידי הרוקח הקליני (הערכת הטיפול התרופתי, ייעוץ ומתן מידע תרופתי לצוות הרפואי ולמטופלים, המלצות להתאמת תרופות ומינונים ועוד). בחוזר נקבע כי "בתקופה של צמצום משאבים מחד והתקדמות ניכרת באפשרויות הטיפול התרופתי מאידך, הרוקחות הקלינית מהווה פתרון אופטימאלי לחסכון כספי ניכר במקביל לשיפור איכות הטיפול בחולה... משרד הבריאות רואה חשיבות רבה להעסקתו ולהשתלבותו של הרוקח הקליני בצוות הרפואי".

שילוב רוקח קליני בקהילה

כאמור, בבדיקת מבקר המדינה עלה כי יש קופות שבהן רוקחים קליניים מעורבים בייעוץ לקשישים הנוטלים תרופות רבות. מסקנות פרויקט של מכבי, למשל, היו כי מעורבות רוקח קליני במרפאה גריאטרית משפרת את איכות הטיפול התרופתי בקשישים.

הכללית הודיעה למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2010 כי עובדים אצלה 16 רוקחים קליניים בקהילה בתיאום טיפול בחולים ובייעוץ לרופאים, וחלקם נותנים גם שירות ישירות למטופלים אף שפעילות זו אינה נכללת בסל הבריאות הממלכתי.

ארגון הרוקחים בישראל הגיש בשנת 2004 לוועדת סל הבריאות הצעה לטכנולוגיה חדשה - שילוב ייעוץ רוקח לחולים כרוניים בקהילה המטופלים במספר רב של תרופות. הייעוץ אמור לכלול מפגש של המטופל עם רוקח, מתן חוות דעת של הרוקח לרופא המטפל ופגישות מעקב לבחינת תוצאות הייעוץ. המגשים ציינו כי אין בידם מידע מקיף ומדויק ממדינות העולם בעניין, אולם הטכנולוגיה משמשת במדינות מערביות רבות לרבות ארה"ב ואנגליה. מגישי ההצעה ציינו כי במקרים מסוימים ניתן יהיה לצמצם את מספר התרופות שאותן נוטלים החולים הכרוניים וכך לסייע בחיסכון כלכלי במערכת הבריאות. בהצעה נאמר שאת הטכנולוגיה יפעיל "רוקח קליני (מומלץ או רוקח ותיק שעבר הכשרה קלינית ובעל ניסיון קליני)", כפי שמצוין בחוזר מנכ"ל 16/2002, ואולם הייעוץ הרוקחי לא נכלל בסל הבריאות בשנת 2005, ומאז לא נדון.

לדעת משרד מבקר המדינה, במסגרת בחינת החלופות לפיתוח שיטות לבחינה אפקטיבית של איזון הטיפול התרופתי בחולים הנוטלים תרופות רבות בכלל ובאוכלוסיות הקשישים בפרט, יש לשוב ולבדוק את כדאיות הייעוץ הרוקחי לחולים המטופלים במספר רב של תרופות בכלל, ולקשישים בפרט, ואת ישימותו. הבדיקה צריכה להיעשות בשיתוף קופות החולים אשר להן נתונים על עלויות יישום הטכנולוגיה ועל החיסכון האפשרי בהוצאות לתרופות אם תיושם.

שילוב רוקח קליני בבתי חולים

בעת אשפוז של קשיש הנוטל תרופות רבות נוצרת הזדמנות לבחון את כל התרופות שאותן הוא נוטל וניתנו לו בדרך כלל על ידי רופאים מומחים מתחומים רפואיים שונים. התייחסות רוקח קליני לכך והמלצותיו בעניין לרופא המטפל בקהילה עשויות לשפר את מצבו הבריאותי של הקשיש.

בפגישה שקיימו עובדי משרד מבקר המדינה במאי 2010 עם מנהל מחלקה פנימית בבית חולים ציבורי שהוא גם פרופסור לרפואה ומרצה בכיר בבית ספר לרפואה, בהשתתפות רוקחת קלינית שנמנית עם צוות המחלקה, התברר כי הרוקחת הקלינית משתתפת בביקור הרופאים, בודקת את רשימת התרופות הניתנות לחולים המאושפזים במחלקה כדי לאתר מינון חריג ומשווה אותה לרשימת התרופות שאותן נוטל המטופל בקהילה כדי לזהות סיכונים ואי-התאמות ולהציע חלופות. מנהל המחלקה הסביר כי צירוף הרוקחת הקלינית לצוות מקל על הרופאים את העומס, והדבר משפר את הטיפול במאושפזים. מנהל המחלקה ציין שהואיל ומשתני החלטה של הרופא מורכבים ורבים יותר מאלה שלפני 20 שנה, מעורבות הרוקח הקליני והשתלבותו בצוות הרפואי של מחלקות האשפוז מועילה מאוד.

המשרד השיב באוקטובר 2010 למשרד מבקר המדינה כי הוא שותף לדעה שיש להוסיף תקנים של רוקחים קליניים לכל בית חולים, לפחות רוקח קליני אחד לכל שתיים-שלוש מחלקות, לפי פעילות המחלקה ומספר החולים המאושפזים בה.

שיתוף פעולה של הקופות עם בתי חולים

משרד מבקר המדינה בדק בקופות אם מתקיים שיתוף פעולה בינן לבתי חולים בעניין הטיפול התרופתי ואם ישנו קשר בין הרופאים או הרוקחים הקליניים בבתי החולים לרופאים או לרוקחים הקליניים בקהילה בנוגע לאיזון הטיפול התרופתי של כל החולים. להלן פרטים:

ה כ ל ל י ת : בבתי החולים של הכללית התיקים הרפואיים של המטופלים שהם מבוטחי הכללית פתוחים לעיון רופאי אותם בתי חולים (התיק ממוחשב).

לדעת משרד מבקר המדינה, יש להרחיב את נגישות בתי החולים של הכללית לתיקים הרפואיים גם לתיקי חולים שאינם מבוטחי הכללית³³.

מ כ ב י : מכבי פנתה לבתי חולים רבים כדי לאפשר להם לעיין בתיק הרפואי של המטופל חבר מכבי, ואולם עד תום הביקורת רק למרכז הרפואי "הרסה" בירושלים יש אפשרות לעיין בנתונים מסוימים של המטופל הכוללים גם תרופות שאותן הוא נוטל. מכבי מסרה במאי 2010 למשרד מבקר המדינה כי לא קיים קשר ממוסד ומסודר בין רוקחים קליניים בבתי החולים לרופאי בעניין איזון הטיפול התרופתי של חולים.

מ א ו ח ד ת : מאוחדת מסרה במאי 2010 למשרד מבקר המדינה, כי היא מוכנה לספק לבתי החולים מידע מהתיק הרפואי של המטופל שמאושפז בבית החולים. היא פנתה בעבר לבתי החולים בנושא, אולם הם לא שיתפו פעולה עמה.

ל א ו מ י ת : מערכות המידע של לאומית אינן מאפשרות גישה ישירה לרופאי בתי החולים. לאומית מסרה ביוני 2010 למשרד מבקר המדינה כי אין לה עדיין פתרון הולם לכך. היא מסרה כי מידע לצורך טיפול בחולה מאושפז נשלח על ידי הרופא המפנה לבית החולים באמצעות מכתב ההפניה; רופאי בית החולים פונים לעיתים לרופא המטפל או ליחידת הקשר והבקרה של הקופה בבתי החולים השונים.



33 בעניין תיק רפואי אחר ראו בדוח זה בפרק "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים", עמ' 169.

לדעת משרד מבקר המדינה, עקב העומס הרב המוטל על הרופאים במחלקות אשפוז מסוימות ונוכח החשיבות שהמשרד רואה בשילוב רוקח קליני בצוותים רפואיים, יש לשקול מעורבות של רוקח קליני או של גורם רפואי אחר שיעביר לבית החולים מתיקו הרפואי של החולה בקופה רשימה עדכנית של התרופות שהמאושפז, במיוחד הקשיש, צורך. ראוי שהמשרד ישקול להוסיף לתקן בתי החולים תקנים של רוקחים קליניים, בייחוד למחלקות הפנימיות והגריאטריות. עד גיבוש פיתרון מחשובי-מערכתי יש למצוא דרך להעביר לבית החולים את המידע התרופתי על החולה המאושפז מתיקו הרפואי בקופה (על כרטיס תרופות אישי לחולה ראו להלן בפרק "מידע תרופתי לחולים"). כמו כן מן הראוי שהמשרד, הקופות ובתי החולים יכחנו אפשרויות לקיום קשר ודו-שיח בין רופאים ורוקחים קליניים בבתי החולים לבין רופאי הקהילה בעיקר בכל הנוגע להמלצות לשינויים בצריכת תרופות של קשישים בעקבות אשפוז בבתי חולים.

דיווח על ניפוק תכשירים - היעדר מידע לאומי עדכני

נתונים על הצריכה הלאומית של תרופות חשובים לפיקוח ולבקרה על מערך הבריאות בארץ וגם ככלי מחקרי: הם יכולים לשמש להשוואה לפי משתנים שונים (תפוצתן בקרב החולים, צריכתן במדינות אחרות, נתוני צריכה של מבטחי הקופות, צריכה של קבוצות גיל ועוד). נתונים כאלה, אם יפורסמו, יכולים לשמש גם גופים ציבוריים שונים.

תקנות ביטוח בריאות ממלכתי (דיווח של קופות החולים על ניפוק תכשירים), התשנ"ט-1998 (להלן - התקנות), מחייבות את הקופות בדיווח חצי-שנתי למשרד על ניפוק תכשירים. לפיהן, בדוח החצי-שנתי ייכללו פרטים אלה: (1) מספר התכשירים שניפקה קופת החולים בתקופה שאליה מתייחס הדוח; (2) מספר המטופלים שבעבורם נופקו התכשירים.

נמצא כי הקופות מדווחות למשרד לפי הנדרש בתקנות, אולם המשרד משתמש בדיווח אך ורק להכנת נתונים לדיוני הוועדה הציבורית העוסקת בהרחבת סל שירותי הבריאות. הדיווח הקיים אינו מאפשר למשרד לנתח צריכה כמותית של תרופות לפי מדדים כמו קבוצות תרופות (למשל, תרופות לסוכרת, תרופות ללחץ דם, תרופות לשינה ולהרגעה, תרופות אנטיביוטיות), גיל המטופלים וכו'.

בקרה על היקפי צריכת התרופות יכולה הייתה לסייע בהסברת הפערים בין הקופות בשיעור החולים מעל גיל 75 הנוטלים שמונה תרופות ומעלה; יתכן שיישום מדיניות רפואה מונעת שונה בין הקופות הוא הגורם לפערים וניתן היה לקבל ביטוי לכך בבחינת היקפי צריכת תרופות המניעה. בקרה יכולה גם להדגים מצבים של תת טיפול או טיפול מיותר שלבסוף פוגעת במבטח. לדוגמה שימוש בתרופות לשינה והרגעה (ראו להלן), שימוש מצומצם בתרופות למניעת אוסטיאופורוזיס (לדול העצם), תרופות להורדת שומנים בדם או תרופות מניעה אחרות.

המשרד השיב באוקטובר 2010 למשרד מבקר המדינה כי "אין ספק" שיש צורך לקבל נתונים על צריכת התרופות במדינה ולנתח אותה. לדבריו, התחום (פרמקואפדימולוגיה) חשוב ביותר ועוסקים בו בכל מדינה מתוקנת, אך "אצלנו תחום זה חלש ביותר" בגלל אי-היכולת לקבל נתונים מקופות החולים ומשום שאין כוח אדם שמיועד לעסוק בכך.

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שהמשרד ישקול לדרוש מהקופות לקבל את נתוני ניפוק התרופות כדי שיהיה אפשר לבדוק את צריכתן לפי קבוצות תרופות, לפי קבוצות גיל וכו'. יש לשקול תיקון של התקנות בנושא במידת הצורך. כך ניתן יהיה להסיק מסקנות ברמה הלאומית, ברמה קופתית, ברמה אזורית או ברמה נמוכה יותר על הטיפול ועל התרופות הניתנות לחולים, בפרט לקשישים.

מדדי איכות ברפואת קהילה

המשרד מפעיל תכנית לאומית למדדי איכות לרפואת הקהילה במטרה לעקוב אחר מגמות לאומיות ברמת הטיפול הרפואי ומפיק במסגרתה דוח אחת לשנה. בתכנית משתתפות ארבע קופות החולים, והדוח מבוסס על נתונים שלהן ומציג נתונים על טיפול בשישה תחומים מרכזיים ברפואת הקהילה: אסטמה, סוכרת, לב וכלי דם, חיסונים, בדיקות סקר לסרטן וילדים. בשנת 2008 כללה התכנית כ-30 מדדי איכות רפואיים.

תכנית מדדי האיכות בקהילה מופעלת בכללית מאז שנת 2000 לצד תכנית מדדי האיכות הלאומית. במסגרתה הוגדרו 70 מדדי איכות מבוססי ראיות ב-11 תחומים שונים. אחד המדדים הוא טיפול בקשישים - מניעת אשפוזים חוזרים. מדדי האיכות ברפואה מבטאים באופן כמותי מאפייני טיפול רפואי כמו מניעת תחלואה ורמת הטיפול. מדדים אלו מאפשרים לקבוע יעדי שיפור. דוח מבקר המדינה קבע כבר בשנת 2006³⁴ כי על המשרד למצוא דרך לשלב את תכנית מדדי האיכות במנגנון הפיקוח על קופות החולים.

מכבי השיבה למשרד מבקר המדינה בספטמבר 2010 כי היא נמצאת בתהליך של הרחבת מערכת מדדי האיכות הקליניים והאחרים וביניהם מדדים לטיפול תרופתי, מתן תרופות בלתי-מומלצות לקשישים, ריבוי תרופות ומעקב תרופות תקופתי.

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי לשקול להוסיף ולפתח מדדים שיאפשרו להעריך את השירות הכולל למבוטח: למשל, צריכת תרופות שונות; שיעור החולים מעל גיל 75 הצורכים שמונה תרופות או יותר³⁵; שיעור הקשישים המופנים למרפאה להערכה גריאטרית; זמני המתנה של קשישים לקבלת שירותים; זמן הביקור של מבוטח קשיש אצל רופא ראשוני וכו'. כל זאת - נוסף על הבקרה שמקיים האגף לרפואת הקהילה שבמשרד במתקני הקופות ונוסף על תכנית מדדי האיכות הקיימים. ראוי גם שהמשרד ישקול לתמרץ את הקופות בהתאם לתוצאות המדדים הרפואיים שיפותחו.

34 ראו דוח שנתי 56 של מבקר המדינה (2006), "סוגיות בתחום הרפואה הראשונית בקהילה", עמ' 411.
35 על פי מדד זה, ניתן יהיה לקיים השוואה בין הקופות. המדד ישווה למדדים ייעודיים אחרים כמו איוון סכרת, איוון לחץ דם וכו' כדי להבטיח טיפול נאות לחולה הזקוק לעתים לתרופות מרובות.

צמצום סיבוכים מתרופות לשינה ולהרגעה

מחקרים הראו כי השימוש בתרופות פסיכותרופיות³⁶ נפוץ בקרב קשישים בארץ; בפרט מקובל שימוש יתר בתרופות לשינה ולהרגעה למרות השפעותיהן השליליות הידועות³⁷. מאידך גיסא, אין די פעולות לאבחון בעיות נפשיות בקשישים - בפרט דיכאון - ולטיפול בהן. פרטי הטיפול התרופתי בקשישים בקופות החולים אינם נגישים כאמור למשרד.

מסקר בריאות לאומי שעשו הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות בשנים 2003-2004 עלה, כי 50% מבני 65 ומעלה דיווחו על שימוש בארבע תרופות מרשם לפחות "בשבוע האחרון". 20% מבני 65 ומעלה דיווחו על שימוש בתרופות פסיכותרופיות במהלך 12 החודשים שקדמו לסקר.

המשרד קבע (במצגת שהכין) כי השימוש בתרופות פסיכותרופיות בקשישים שכיח יותר מאשר בקבוצות גיל צעירות יותר. עוד נקבע כי עיקר השימוש הוא בתרופות נוגדות חרדה ובתרופות הרגעה מסוג בנזודיאזפינים שמומלץ לא להשתמש בהן בקרב קשישים, לפי רשימת בירס. מאידך גיסא, נמצא כי קשישים רבים שסובלים מדיכאון אינם מטופלים כראוי.

השימוש בבנזודיאזפינים בקשישים

התרופות מקבוצת הבנזודיאזפינים, האמורות לסייע במצבי חרדה ומתח, משפיעות על מערכת העצבים המרכזית ומיועדות על פי רוב לשימוש מוגבל. השפעתן עלולה לפגום בתפקוד המנטלי ולגרום לפגיעה בתיאום תנועות הגוף, ועל כן יש חשש למעידות ונפילות של הנוטלים אותן. לקשישים רגישות מוגברת לתופעות לוואי פוטנציאליות של תרופות אלה עקב ירידה בתפקוד מערכות גופם. מחקרים הראו עליה בסיכון לשברים במפרק הירך בקרב קשישים שנטלו אותן.

מכבי הפיצה בשנת 2008 בקרב רופאיה נייר עמדה "שימוש בבנזודיאזפינים". נקבע בו כי השימוש בתרופות אלה בקרב קשישים שכיח מאוד. כ-30% ממרשמי התרופות לקשישים מכילים תרופות פסיכותרופיות, ו"הבנזודיאזפינים הינן התרופות הנרשמות ביותר!" בנייר מוסברים עקרונות הטיפול בהם ומוצע בו למצות טיפולים שאינם פרמקולוגיים לשיפור שינה.

רופאים מומחים שמשרד מבקר המדינה נועץ בהם, מסרו כי בבנזודיאזפינים כלולים ברשימת התרופות שרצוי מאוד להימנע לתת לקשישים. במחקרים שנעשו בארה"ב על ידי שירותי בריאות המטמיעים אי-שימוש בבנזודיאזפינים התברר כי שיעור השימוש בהם פוחת מדי שנה.

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שהמשרד יבדוק בכל הקופות אצל קשישים את הצריכה של התרופות הפסיכותרופיות בכלל, ואת צריכת הבנזודיאזפינים בפרט. ראוי שהמשרד יבחן את הצריכה בארץ לעומת מדינות מתקדמות בעולם, ואם יתברר לו שבארץ יש צריכת יתר, יהיה עליו לגבש המלצות טיפוליות לצמצומה.

36 תרופות שעיקר שימושן בטיפול בהפרעות נפשיות, בהפרעות שינה, בכאב כרוני, בדיכאון, בחרדה ועוד.

37 כמו אפשרות לפגיעה קוגניטיבית ושכלית, האטת תגובה, ירידה במהירות ובדיוק של פעולות מוטוריות, סיכון לנפילות ושברים.

המועצה הלאומית לגריאטריה עסקה בנושא בישיבתה בנובמבר 2008, והועלה בה הרעיון כי חלק ממדדי האיכות יכולים להיות הקטנת השימוש בתרופות אנטי-פסיכוטיות ובתרופות ממשפחת הבנוזדיאזפינים.

לדעת משרד מבקר המדינה, יש מקום לבחון יישום מדד של הקטנת השימוש לטווח ארוך בתרופות ממשפחת הבנוזדיאזפינים באוכלוסיית הקשישים. מן הראוי שהמשרד יבחן גם תרופות ממשפחות אחרות שלהן עלולה להיות השפעה מזיקה על אוכלוסיית הקשישים ויפתח להן מדדי שימוש כדי שהשימוש בהן יהיה מיטבי.

המשרד השיב למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2010 כי עיסוק בשימוש בתרופות אלו וגיבוש המלצות מקצועיות הם חלק מתפקיד האיגוד המקצועי (למשל הר"י) ולא תפקידו. המשרד יכול אמנם לעודד עיסוק בסוגיה, אך האמירות המקצועיות צריכות להיות פרי עבודה ודיון בקרב אנשי מקצוע באיגודים המקצועיים הרלוונטיים. המשרד קבע כי נדרשת פעילות הסברתית ממוקדת שלו ושל הקופות בקרב רופאי המשפחה והרופאים הגריאטרים בהתאם להחלטות המקצועיות של האיגוד המקצועי העוסק באוכלוסייה הזאת.

לדעת משרד מבקר המדינה, אם לדעת המשרד, התייחסות המועצה הלאומית לגריאטריה והצעתה לקבוע מדד שיבחן את צמצום השימוש בתרופות אנטי-פסיכוטיות ובתרופות ממשפחת הבנוזדיאזפינים אינה מספקת, עליו לפעול בקרב מועצות לאומיות אחרות הקשורות לתחום ולבקש המלצות נוספות לגבי השימוש בתרופות כאלה ובתרופות ממשפחת הבנוזדיאזפינים.

נוכח הצעת המועצה הלאומית לגריאטריה וחיבות הנושא, ראוי שהמשרד יפנה לגורם מקצועי מתאים (לדוגמה הר"י) בבקשה שיגבש המלצות בנושא, ואחר כך יעקוב אחר גיבושן למדדים רפואיים שהקופות מטמיעות.

החלפת תרופות לקשישים ולחולים כרוניים

סל שירותי הבריאות הממלכתי מכיל תרופות עם שם המרכיב הפעיל בתרופה בלבד³⁸, ובאפשרותה של כל קופת חולים לבחור את היצרן שממנו תרכוש את התרופה. אפשרות זו, החיונית לשמירה על המסגרת התקציבית, מתירה למעשה להחליף בתדירות גבוהה צורה מסחרית אחת של תרופה בצורה מסחרית אחרת, גם אם משמעות ההחלפה חיסכון כספי קטן לקופות.

החלפת צורות מסחריות של תרופות בתדירות גבוהה עלולה לפגוע בנטילתן על ידי קשישים שהתרגלו לצורת התרופה ולצבעה. חולה שהתרגל לתרופה מסוימת עלול לחשוש מהשינוי ולהימנע מליטול את התרופה החדשה. מנהל המחלקה לפרמקולוגיה קלינית³⁹ מהמרכז הרפואי הדסה עין

38 תכשיר גנרי - תכשיר רפואי המכיל חומרים פעילים בחוזק ובצורת מינון שווים לתכשיר רפואי מקורי (שעליו נרשם פטנט) הרשום בפנקס התרופות הממלכתי, בין שיוצר בארץ ובין שיוצר בחו"ל, למעט תכשיר ביולוגי ומוצרי דם.

39 פרמקולוג קליני - רופא המתמחה, בין היתר, בכל הקשור ליחסי הגומלין בין תרופות, תופעות לוואי בין-תרופתיות ושימוש בתרופות במצבים מיוחדים.

כרם מסר לנציגי משרד מבקר המדינה כי חשוב שרופאים או צוותים רפואיים אחרים ידריכו את החולים ויסבירו להם מה היא תרופה גנרית כדי להפיג את חששותיהם. בביקורת קודמת של משרד מבקר המדינה⁴⁰ התברר כי חולים קשישים וחולים כרוניים טועים באופן נטילת התרופות כאשר משנים להם את צבע התרופה וצורתה, ויש לסייע להם בכך כל פעם מחדש.

שינוי התרופה בתדירות גבוהה, בלא שיוגבל הזמן המזערי למתן תרופה, עלול אפוא להיות מקור לבלבול ולטעויות בנטילתן בקרב אלה הצורכים תרופות רבות - ואף לגרום להם להימנע מכך.

משרד מבקר המדינה בירר בקופות אם יש להן נוהל, הוראות או הנחיות בעניין צמצום תדירות החלפת התרופות לקשישים. להלן פרטים:

הכללית השיבה למשרד מבקר המדינה במאי 2010 כי החלפת תרופות גנריות בעייתית לא רק אצל קשישים, ולכן בשנת 2010 החלו "להקפיד בתרופות בהן יש משמעות קלינית לשינוי בין [התרופות] הגנריות השונות...".

מכבי השיבה במאי 2010 כי קיימת בה הנחייה שהסכמי רכש לתרופות גנריות ייעשו רק אחרי שנתיים של שימוש בהן - לפחות - כדי לא לגרום לשינוי בחלופות גנריות באופן תכוף. נוסף על כך, נקבע כי לא תהיה החלפה גנרית בתכשירים שלהם "חלון טיפולי צר"⁴¹. בספטמבר 2010 השיבה מכבי למשרד מבקר המדינה כי לדעתה מומלץ שתרופות לא יוחלפו בתדירות גדולה מפעם בשנתיים.

מאוחדת השיבה במאי 2010 כי אין לה נוהל ספציפי לגבי הקשישים המבוטחים בה. מדיניותה במתן תרופות לחולים היא על פי הנחיות משרד הבריאות.

לאומית השיבה במאי 2010 כי "מדיניות הטיפול התרופתי בקופה נגזרת מהוראות החוק, התקנות והנחיות משרד הבריאות: בתרופות בהן החלון הטיפולי 'צר' - אנו שומרים על רצף טיפולי בתרופה המקורית. בתרופות אחרות - מותרת החלפה גנרית...".

לקופות אין אפוא הנחיות המורות להימנע במידת האפשר מהחלפת תרופות לקשישים, והמשרד עדיין לא נתן דעתו לכך.

לדעת משרד מבקר המדינה, יש לבחון אם ניתן לצמצם למינימום את החלפת התרופות לקשישים בהתייחס להיבטים הכספיים של ההחלפה לעומת הנזק הצפוי לקשישים. כמו כן יש מקום לבחון פעולות הסברה לחולים על תרופות גנריות כדי להפיג חששות אפשריים.



40 ראו דוח שנתי 2016 של מבקר המדינה (2006), "הקצאת תרופות למבוטחים בקופות החולים", עמ' 527.

41 חלון טיפולי הוא הטווח הטיפולי שבו ריכוז התרופה נמצא בתחום שבו ההשפעה הטיפולית שלה חיובית.

על המשרד ועל קופות החולים לתת את הדעת להרגלי השימוש בתרופות של חולים קשישים וחולים כרוניים שנוטלים תרופות רבות. לחולים כאלה החלפת התרופה יכולה להיות מקור לבלבול. מן הראוי לספק לקשישים מידע תרופתי ברור ולהשתדל שלא להחליף להם את התרופות בתדירות גבוהה.

מידע תרופתי לחולים

כרטיס תרופות אישי לחולה

במסמך שגיבש במרס 2010 האגף לגריאטריה בתיאום עם האגף לרוקחות במשרד נקבע כי למטופל הקשיש בקהילה אין מידע מסודר בכתב על הטיפול התרופתי שהוא מקבל. לעיתים מגיע המטופל לבית המרקחת עם מרשמים חוזרים לתרופות שנטל בעבר ואיננו צריך אותן עוד, והוא מיידע על כך את הרוקח אך לא את הרופא המטפל. במסמך הוצע לצייד את המטופל, כחלק משגרת הטיפול, בכרטיס תרופות שיכיל את המידע הבסיסי ההכרחי על הטיפול התרופתי שאותו הוא מקבל. המידע יועתק מן הרשומה הרפואית שלו ויכלול את הפרטים האלה: פרטיו האישיים; שם הרופא המטפל; שם המרכיב הפעיל בכל תרופה והשם המסחרי שלה; מטרת הטיפול; תמונת הגלולה; מינון נטילת התרופה וזמניה; הוראות נטילה נוספות לפי הצורך (קשר למזון, צורך במעקב). כרטיס תרופות עדכני ומסודר הוא בסיס להסברים מפורטים יותר למטופל מן הרופא המטפל ומן הרוקח.

לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי לקדם את הכנת כרטיס התרופות למטופל הקשיש ככלי לשיפור איכות הטיפול התרופתי. הכרטיס יהיה אסמכתה לטיפול התרופתי בקשיש גם במקרה של אשפוז כל עוד אין רשומה לאומית רפואית.

בדיקת השפעות גומלין בין-תרופתיות במחשב

תגובות גומלין בין-תרופתיות יכולות לבוא לידי ביטוי בהפחתת יעילות התרופות או בהשפעה על רעילותן אגב גרימת תוצאות טיפול לא רצויות. קיימות גם השפעות גומלין בין תרופות למזון, לתוספי מזון ולצמחי מרפא. אי-זיהוי תגובות גומלין בין-תרופתיות יכול לסכן את החולה. כאמור, במערכות מידע מסוימות יש אפשרות לבדיקה מקוונת של השפעות הגומלין הללו כשהחולה מקבל תרופה חדשה, ואולם אין עדיין אפשרות לבדוק במחשב את התגובות וההשפעות הבין-תרופתיות כאשר מעורבות יותר משתי תרופות.

משרד מבקר המדינה בדק את פעילות הקופות בנושא זה אצל הרופאים הראשוניים בקהילה, אצל הרופאים המומחים, אצל היועצים, בבתי המרקחת וביחידות לטיפולי בית⁴². להלן פרטים:

42 בדיקה קודמת נעשתה בשנת 2005. ראו דוח שנתי 56 של מבקר המדינה (2006), בפרק "הקצאת תרופות למבוטחים בקופות החולים", עמ' 527.

הכללית : בכללית בודקת מערכת המחשב תגובות גומלין בין-תרופתיות אצל הרופא הרושם את התרופה החדשה (הנוספת האחרונה) וגם בעת ניפוק תרופה בבית המרקחת. נלקחות בחשבון תגובות גומלין בין-תרופתיות חשובות לפי שיקול דעתם המקצועי של מנהלי הרפואה בכללית המזינים את מערכת המחשב.

מכבי : במכבי קיימת מערכת לבדיקת תגובות גומלין בין-תרופתיות שמתריעה מפני תגובות בזמן רישום תרופה חדשה שנוספת לרשימת התרופות הקיימת על ידי כל רופא המחובר אליה (רופא ראשוני או שניוני או יועץ). בדיקת תגובות גומלין בין-תרופתיות נעשית גם בעת הניפוק בבית המרקחת גם אם מעורבת תרופה ממרשם חיצוני (מבית חולים, למשל) או תרופה שבעבורה אין צורך במרשם. במכבי קיימת במערכת הממוחשבת גם בדיקה של מינוני יתר, כלומר היא מתריעה על מינון חורג מהמותר לתרופה לפי גיל המטופל. מערכת זו מצויה רק בבתי המרקחת ולא אצל הרופא. מכבי הקימה בשנת 2009 מערכת ממוחשבת נוספת המאפשרת הגדרת השפעות גומלין בין התרופות ובין בדיקות המעבדה ובין הגיל או לפי מדדים רפואיים אחרים. מערכת זו מתריעה לרופא המטפל כבר בעת רישום המרשמים על תגובות חריגות אפשריות בין התרופה למצבו הרפואי של המטופל.

מאודת : במאודת פועלת מערכת לבדיקת תגובות גומלין בין-תרופתיות שמסד הנתונים שלה הוא של חברה חיצונית. מסד נתונים זה משמש את שירות הבריאות הלאומי הבריטי. בכל רישום תרופה חדשה על ידי רופא ראשוני, שניוני או יועץ נבדקות תגובות הגומלין בין תרופה זו לכל התרופות שנוטל החולה. בבתי המרקחת אין נבדקות תגובות גומלין בין-תרופתיות של תרופות ממרשמים מגורמים חיצוניים או של תרופות שנקנות בלא מרשם.

לאומית : בלאומית אין עדיין מערכת לבדיקת תגובות גומלין בין-תרופתיות. הקופה הסבירה למשרד מבקר המדינה במאי 2010 כי "למרות מאמץ חיפוש מתמשך, לא נמצאה מערכת המתאימה לצרכי הקופה ולשילוב מקוון במערכות שלנו". היא הוסיפה כי מערכת המידע שלה בודקת את התאמת התרופה הנרשמת לחולה לגיל ולמיין, למדדים גופניים ולתוצאות בדיקות המעבדה של החולה.



כל קופה, למעט לאומית, פיתחה לעצמה או רכשה מערכת לבדיקת תגובות גומלין בין-תרופתיות. המערכות בודקות תגובות גומלין בין-תרופתיות רק בין שתי תרופות, כלומר בהוספת תרופה לרשימת התרופות הקיימת נבדקת תגובת הגומלין בין התרופה הנוספת לכל אחת מן התרופות ברשימה בנפרד. לדברי מומחים, גם בעולם אין עדיין אפשרות ממוחשבת לבדוק את התגובות הבין-תרופתיות של כל התרופות של חולה מסוים הנוטל תרופות רבות.

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שהמשרד והקופות יבחנו אפשרות לשילוב כוחות ביניהם להקמת מערכת לאומית משותפת לבדיקת תגובות גומלין בין-תרופתיות בהתחשב בפרמטרים גיל, מינון מומלץ, מדדים רפואיים, תוצאות בדיקות מעבדה וכו'. ראוי לבחון אם יהיה אפשר לשלב במערכת זו גם רשימת מזונות ותוספי מזון שלהם השפעה על הנוטל את התרופות.

המשרד השיב באוקטובר 2010 למשרד מבקר המדינה כי במסגרת משאבי כוח האדם ותשתיות המידע נעשה המרב לבדיקת יחסי גומלין בין תרופות בהסתמך על הידע והניסיון הקיימים בנושא.

לדעת משרד מבקר המדינה, תשובת המשרד אינה מייתרת את הצורך לקיים בדיקת היתכנות, בדיקת עלות-תועלת ואחרות בעניין הקמת מערכת מידע לאומית לשימוש כל הקופות וגורמים רפואיים אחרים בהשוואה למערכות הקיימות בכל קופה בנפרד, שהינן מערכות מוגבלות נוכח העובדה שניתן לבדוק בהן השפעות גומלין רק בין כל שתי תרופות. מערכת לאומית עשויה לחסוך לקופות חלק מעלויות התחזוקה.

מרכזים לייעוץ תרופתי

ה"מרכז למידע תרופתי לבני 70 ומעלה" בהדסה

במרכז הרפואי "הדסה" עין כרם (להלן - הדסה) מופעל "מרכז למידע תרופתי" על ידי היחידה לפרמקולוגיה קלינית מיוני 2008 בסיוע ארגון הג'וינט-אש"⁴³. עד מאי 2010 התקבלו בו כ-2,300 פניות. הוא מטפל בפניות יזומות של קשישים בעניין הטיפול התרופתי הניתן להם. אפשר לפנות אליו בטלפון, בדואר האלקטרוני או בפקס. נרשמים בו פרטי כל פונה הקשורים למחלותיו ולתרופות שהוא נוטל. הפנייה נדונה על ידי צוות מקצועי ולפונה נשלח מכתב מסכם עם העתק שאותו הוא אמור להעביר לרופא המשפחה. המרכז לא נותן המלצות או הוראות טיפוליות (למעט מקרי חירום שבהם נדרשת תגובה מיידית).

לפי נתוני המרכז למידע תרופתי, רוב הפונים דיווחו על חוסר ביטחון בטיפול התרופתי הניתן להם, על חשש מפני ריבוי תרופות בגלל אי-תיאום בין הרופאים המטפלים ועל חשש מתגובות בין-תרופתיות וביקשו מידע על נטילת התרופות במהלך היממה ובהתייחס למזון.

מנהל המרכז שיתף את משרד מבקר המדינה במידע והסביר כי אי-היענות לטיפול התרופתי היא בעיה מוכרת בספרות הרפואית בעולם; ירידה בהיענות לטיפול קשורה בעליה ניכרת בתחלואה, באשפוזים ובתמותה. מחקרים רבים הראו כי קיים מתאם בין מתן מידע והקניית תחושת ביטחון למטופל לבין היענות לטיפול התרופתי. מלבד הדרכה על אופן נטילת התרופות, על תגובות בין-תרופתיות ועל בעיות אחרות בטיפול התרופתי, רואה המרכז תרומה חשובה לבריאות הציבור בהדרכת הפונים ובמתן המידע מתוך תפיסה עקרונית כי שיפור ההיענות לטיפול יקטין תחלואה, אשפוזים ותמותה. המרכז מנהל מערך קבוע של משוב. מתשובות לשאלון שהועבר למדגם מייצג של 150 פונים עולה כי שביעות הרצון מהשירות גבוהה, ו-50% מהפונים פנו לרופא המשפחה עם המידע שקיבלו מהמרכז. חלק מהפונים דיווחו שחל שינוי בתרופות שהם נוטלים.

מנהל המרכז מסר למשרד מבקר המדינה כי בסיוע ארגון הג'וינט החל המרכז לתת שירות גם בשפה הרוסית. מעיון בפניות של דוברי רוסית עולה כי ויתור על לקיחת תרופות בשל מצוקה כלכלית שכיה יותר בקרבם⁴⁴. אי-האמון במערכת הממסדית רב יותר בקרב הפונים בשפה הרוסית והשימוש בתרופות עממיות כתחליף לתרופות מרשם רגילות נפוץ אצלם יותר.

43 ג'וינט - ארגון יהודי-אמריקאי, הפועל למען אוכלוסיות חלשות. הג'וינט פועל למען הזקנים בישראל באמצעות אש"ל - האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל, עמותה שנוסדה בשנת 1969 על ידי ג'וינט-מלב"ן במטרה לתכנן ולפתח שירותים למען הזקנים בישראל, והיא נתמכת על ידי ממשלת ישראל וג'וינט ישראל.

44 בעניין ויתור על נטילת תרופות ראו גם בדוח זה, "מצוקת האשפוז במחלקות הפנימיות בבתי חולים כלליים", עמ' 000; דוח שנתי 58 (2008), "סוגיות בנושא השתתפות עצמית של מבוסחים בתשלומים עבור שירותי בריאות", עמ' 409.

לדעת משרד מבקר המדינה, פרט להסדרת פעילות מרכזי הייעוץ התרופתי (ראו להלן), רצוי שהמשרד וקופות החולים ייתנו את דעתם לאמור לעיל ויפעלו לשיפור התקשורת עם מי שאינם דוברי עברית. מן הראוי שהמשרד והקופות ינקטו צעדי הסברה מתאימים לקידום ההיענות לטיפול הרפואי והתרופתי בקרב אוכלוסיות שאופיינו באי-היענות לכך⁴⁵.

ייעוץ תרופתי פרטי

לאחרונה החל להתפתח בארץ שירות של רוקחים פרטיים המציעים תמורת תשלום ייעוץ תרופתי פרטי לחולים שנוטלים תרופות רבות. השירות ניתן בבית החולה או בבית המרקחת.

סעיף 22 לפקודת הרוקחים [נוסח חדש], התשמ"א-1981 (להלן - פקודת הרוקחים), קובע כי "בבית מרקחת כשוי אסור לעסוק ברפואה או לטפל בבני אדם או להורות על הטיפול בהם... רוקח יהיה רשאי לייעץ בבית מרקחת באשר לשימוש בתכשיר"⁴⁶. כלומר רוקח יהיה רשאי לייעץ על השימוש בתרופה המופיעה במרשם שאותו הציג בפניו החולה ועל השפעותיה האפשריות גם בהתייחס לתרופות האחרות שאותן הוא נוטל. יוטעם כי על מנת לתת ייעוץ תרופתי מיטבי ראוי שלרוקח יהיה מידע עדכני שנמצא בתיק הרפואי של החולה (כל האבחנות, כל התרופות שהחולה מקבל, בדיקות המעבדה הרלוונטיות ורגישויות). לא ברור אם בתנאים הקיימים ראוי שהרוקח ייתן לחולה ייעוץ בבית המרקחת או בבית החולה בעניין כל התרופות שאותן הוא נוטל.

בפקודת הרוקחים אין התייחסות למתן ייעוץ על ידי הרוקח לחולים הנוטלים תרופות רבות. כאמור, בשנת 2002 הפיץ המשרד חוזר בנושא הרוקחות הקלינית ובו מפורטים תפקידי הרוקח הקליני: הערכת הטיפול התרופתי לחולה, ייעוץ ומתן מידע תרופתי לחולה ועוד (ראו לעיל).

לדעת משרד מבקר המדינה, ראוי שהמשרד יזום חקיקה להסדרת העיסוק במתן ייעוץ תרופתי: יש לקבוע מי הגורם המוסמך הרשאי לתת ייעוץ תרופתי (רוקח קליני או רוקח אחר) ובאילו תנאים הוא רשאי לעשות זאת.

הכללית הודיעה למשרד מבקר המדינה בספטמבר 2010 כי באתר הבית שלה יש מידע רוקחי זמין למבוטחים. היא גורסת שאת ההדרכה הבסיסית למטופל הצורך תרופות צריכים לתת רושם התרופה - הרופא - והרוקח המנפק לו אותה. לדעתה, קיום מוקדי מידע למתן ייעוץ תרופתי בידי מי שאינם מכירים את התיק הרפואי של החולה ואת מדיניות הטיפול התרופתי של הכללית, אינו ראוי.

המשרד מסר למשרד מבקר המדינה באוקטובר 2010, כי העיסוק בייעוץ תרופתי יוסדר בשנים הקרובות. עוד מסר המשרד בתשובתו כי עיקרון מרכזי מנחה לעניין מרכזים לייעוץ תרופתי הוא שמירה על הרצף הטיפולי בתיאום עם הרופא המטפל, ואין הוא רואה מקום למכונים פרטיים ולתשלום על ידי הקשיש בגין שירות שמגיע לו בדיון מהרופא המטפל בו.



45 בפברואר 2011 פרסם המשרד חוזר "התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות". בחוזר נקבע, בין היתר, כי חובה על המטפל לוודא כי המטופל הבין את כל הקשור בטיפול הרפואי אותו הוא קיבל או צפוי לקבל.

46 תכשיר - כל צורה של סמי מרפא שעברו תהליך של עיבוד לרבות תכשיר רפואי ותכשיר מזון רפואי.

לדעת משרד מבקר המדינה, למרכזי הייעוץ עשויה להיות תרומה לשיפור הטיפול התרופתי בקשישים. לכן מן הראוי שהמשרד וקופות החולים יבחנו את פעילות המרכזים העוסקים בייעוץ תרופתי מבחינת השפעתם על איכות הטיפול התרופתי בקשיש, על ההיענות לטיפול וכו'. יש לקבוע מי הם הגורמים הראויים להפעיל מרכזים כאלה, היכן יינתן הייעוץ ומה צריכה להיות מעורבות הקופות בשירות זה. אם המשרד והקופות סבורים שאין מקום למרכזי ייעוץ שפועלים בלי להכיר את התיק הרפואי של החולה, עליהם להודיע לציבור שניתן לקבל סקירה של הטיפול התרופתי אצל הרופא המטפל בקופות החולים.

סיכום

הפערים הניכרים שמצא משרד מבקר המדינה בין הקופות בשיעור החולים מעל גיל 75 הצורכים שמונה תרופות או יותר יכולים לנבוע מסיבות רבות ומחייבים בירור מקיף. נדרשת כאן הסדרה לאומית או קופתית. יש לבחון את האפשרות לקביעת מדד מטרה, למשל שיעור החולים בני 75 ומעלה שיצרכו שמונה תרופות או יותר, ולשאוף להגיע אליו בתוך תקופה מסוימת שתיקבע. יש לקבוע גם מדדים נוספים אשר יבדקו אם השימוש בתרופות הוא ראוי בהתחשב בצורך הרפואי ויכללו גם בקרה על אי-שימוש בתרופות במקרים שבהם הן נדרשות.

בטיפול בחולים הנוטלים תרופות רבות נוקטת כל קופה שיטה משלה. לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד ועל הקופות לבדוק אפשרות לפיתוח שיטות לבחינה אפקטיבית של הטיפול התרופתי בחולים הנוטלים תרופות רבות בכלל ובקשישים בפרט ואיזונו ולגבש המלצות מתאימות. קיימים מספר מודלים לטיפול בחולים בקהילה המטופלים במספר רב של תרופות: מעקב תקופתי של רופא המשפחה על מצבו הבריאותי-תרופתי של הקשיש, סקירה תקופתית של רוקח קליני או פרמקולוג קליני או שיתופם בטיפול בעת ביקור אצל רופא המשפחה, בדיקה של רופא מומחה בגריאטריה, המודל שמצוין בחוזר המשרד - הפניה ל"מרפאה להערכה גריאטרית כוללנית בקהילה" ועוד. על המשרד לבחון האם המודלים שבחרו הקופות מביאים לתוצאות הטובות ביותר.

על המשרד ועל קופות החולים לתת את הדעת להרגלי השימוש בתרופות של חולים קשישים וחולים כרוניים שנוטלים תרופות רבות, לרבות תרופות שנרכשו באופן עצמאי ושאינן מופיעות ברשומה הרפואית. לחולים כאלה, בעיקר לקשישים, החלפת התרופה יכולה להיות מקור לבלבול ולסיבוכים. מן הראוי לספק להם מידע תרופתי ברור ולהשתדל שלא להחליף להם את התרופות בתדירות גבוהה.

נוכח תפקידי הרופא הגריאטר בקהילה ונוכח המצוקה במקצוע הגריאטריה, ראוי שהמשרד יפעל להכשרת רופאים ראשוניים (פנימאים ורופאי משפחה) בתחום הגריאטריה כדי להפחית את העומס המוטל על הרופאים הגריאטרים. במקביל ראוי שהמשרד ינקוט צעדים אפקטיביים להגדלת מספר המתמחים בגריאטריה.

לדעת משרד מבקר המדינה, למרכזי הייעוץ התרופתי עשויה להיות תרומה לשיפור איכות הטיפול התרופתי באוכלוסיית הקשישים. לכן מן הראוי שהמשרד והקופות יבחנו את פעילות המרכזים העוסקים בייעוץ תרופתי מבחינת השפעתם על איכות הטיפול התרופתי בקשיש, השפעתם על ההיענות לטיפול וכו'. יש לבדוק את כל ההשלכות של הקמת מרכזי מידע כאלה ולקבוע מי הם הגורמים הראויים להפעילם, היכן יינתן הייעוץ ומה צריכה להיות מעורבות הקופות בשירות זה. אם המשרד והקופות סבורים, שאין מקום למרכזי ייעוץ שפועלים בלי להכיר את התיק הרפואי של החולה, עליהם להודיע לציבור על האפשרות לקבל סקירה של הטיפול התרופתי אצל הרופא המטפל בהם בקופת החולים.

איזון הטיפול התרופתי ובחינה עתית של הטיפול התרופתי אצל הקשישים הנוטלים תרופות רבות עשויים לשפר את איכות חיי הקשיש ולהגדיל את תוחלת החיים שלו, להקטין את מספר האשפוזים במחלקות הפנימיות, ובמקרה של צמצום בתרופות - אף לחסוך עלויות לקשיש ולהקטין את ההוצאה הלאומית לרכש תרופות.