

# **První zkušenosti z projektu „Účelná a bezpečná farmakoterapie v zařízení sociálních služeb“**

**(realizovaný na Vysočině v letech 2016 – 2017)**

Autoři: I.Plechátá, M.Halačová

## **Shrnutí**

Senioři v zařízení sociálních služeb jsou v důsledku problematické dostupnosti zdravotní péče ohroženi nadužíváním léků a dalšími polékovými problémy. Potvrdila to šetření týmu klinických farmaceutů v šesti domovech pro seniory. Ukazuje to na nutnost řešit tuto situaci koncepčně a systémově v celé České republice.

## **Klíčová slova**

**Senioři, zařízení sociálních služeb, polypragmazie, polékové problémy, farmakoterapeutická doporučení.**

## **Summary**

Seniors in social care facilities are threatened by overmedication and other drug related problems due to problematic access to healthcare. This was confirmed by a survey of a team of clinical pharmacists in six homes for the elderly. It shows the need to solve this situation conceptually and systemically throughout the Czech Republic.

## **Key words**

**Seniors, social services facilities, polypragmazia, drug problems, pharmacotherapeutic recommendations.**

## **1.Úvod**

Senioři žijící v zařízeních sociálních služeb, nejčastěji v domovech pro seniory, jsou zranitelnou skupinou vyžadující většinou nepřetržitou zdravotně – sociální péči. Už to dávno nejsou „běhaví“ starší lidé, kteří „jen“ potřebují sociální kontakt se svými vrstevníky a občas dohled, aby si nezapomněli vzít své léky. Poslední dekádu se zdravotní stav seniorů v těchto zařízeních významně zhoršil. V drtivé většině jde o seniory převážně či plně závislé na pomoci personálu. Velmi trefně to popisuje praktická lékařka, která do takového domova dochází:

*„ Poslední roky vykonávám práci primáře léčebny dlouhodobě nemocných s těžce chronicky nemocnými seniory za kapitální platbu kolem 170 Kč měsíčně.“* Senioři v sociálních zařízeních bez stálé přítomnosti lékaře jsou rizikovou skupinou mj. i z hlediska

užívání léků. Tato rizika jsou dána zejména jejich křehkostí, multimorbiditou a někdy také jejich sníženou rozhodovací schopností. V souvislosti se změnou citlivosti cílových tkání, snížené absorpci některých léčiv i omezené funkci eliminačních orgánů dochází v seniorském věku k odlišnostem na úrovni farmakodynamiky i farmakokinetiky, k častější manifestaci nežádoucích účinků léčiv a polékových reakcí a zvyšuje riziko lékových interakcí a non-adherence k léčbě (1). Rostoucí věk a množství užívaných léčiv představují významné nezávislé rizikové faktory pro nárůst polékových komplikací. U seniorů nad 70 let dochází až k pětinasobnému zvýšení výskytu nežádoucích účinků léčiv ve srovnání s populací osob ve věku 20–40 let (ze 4 % na 21 %) (2). Zároveň byl zaznamenán nárůst nežádoucích účinků léčby v souvislosti s počtem užívaných léků, kdy ve skupině pacientů užívajících 10 a více léků byla popsána osmkrát vyšší incidence nežádoucích účinků (17 %) než u pacientů užívajících 1–2 léky (2 %) (3).

To si uvědomují ve vyspělých zemích a hledají cesty, jak tento problém řešit prostřednictvím pravidel, doporučení, navýšením odborných kapacit, případně legislativy tak, aby byla jednak naplněna práva seniorů na svobodné rozhodování o svém zdraví, ale zároveň zajištěna kvalita a účelnost poskytované zdravotní péče, mj. také farmakoterapie. V případě léků jde zejména o to, aby nedocházelo k předepisování a podávání příliš mnoha léků najednou (polypragmazie), nebyla předepisována léčiva nevhodná ve stáří nebo naopak nedocházelo k odepírání léčiv s prokazatelným účinkem na pozitivní vývoj nemoci a délku přežití, ke zbytečnému užívání léků ovlivňujících psychiku a mobilitu, anebo kumulaci či neřešení problémů spojených s nežádoucími účinky léků. V březnu tohoto roku například vyhlásila britská NHS plán zaměstnat v domovech pro seniory (care homes) až 240 farmaceutů a farmaceutických asistentů. Rozhodla se k tomu poté, co zjistila, že senioři v těchto zařízeních užívají velké množství léků (v průměru 7 léků denně, ale 10 % lidí nad 75 užívá 10 a více léků denně). Pilotní roční projekt ověřování medikace farmaceuty v 6 domovech vedl ke snížení urgentních nemocničních příjmů pacientů o 21%, snížení nutnosti používání orální nutriční podpory o 7%, snížení volání záchranky téměř o 30% a úspory za léky na jednoho pacienta mezi 125 – 305 £.(4)

Cílem Ústavu lékového průvodce (ÚLP, [www.lekovypruvodce.cz](http://www.lekovypruvodce.cz)) je obrátit pozornost na farmakoterapii v seniorském věku a zejména u klientů v zařízení sociálních služeb v ČR. Proto se ústav rozhodl ve spolupráci s týmem klinických farmaceutů Nemocnice Na Homolce a za podpory Státního ústavu pro kontrolu léčiv **zmapovat reálnou situaci v užívání léků v domovech pro seniory**. Na základě získaných dat potom navrhnout konkrétní řešení, jak ji zlepšit (přitom se inspirovat v zahraničí) a ukázat dobrou praxi. Jak popíšeme dále, jde o velice závažný problém, jehož podceňování potenciálně ohrožuje kvalitu života a zdraví mnoha tisíců klientů seniorských sociálních zařízení v celé České republice.

## 2. Dotazníková šetření.

V roce 2015 provedl ÚLP dotazníkové šetření k tématu předepisování léků v 8 domovech pro seniory napříč Českou republikou. Do dotazníkového šetření se zapojilo 8 zařízení sociálních služeb z celé ČR, která jsou registrovaná jako domovy seniorů. Kritérium pro výběr byla ochota jejich vedení, ošetrovatelského personálu a předepisujícího lékaře se do projektu zapojit. Domovům byla poskytnuta plná anonymita. Vyhodnocení dat z dotazníků, která popisovala situaci 859 klientů, ukázalo na obecné a často systémové problémy v péči o cílovou skupinu multimorbidních seniorů v průměrném věku 81,6 let, kdy 99% těchto klientů užívalo léky.

Získaná data ukazují na velké množství farmak, které klienti užívají. Průměrný počet léků je 6 na předpis lékaře. Pouze 7% klientů má léky u sebe a užívá je samostatně. Zbytek klientů je zcela či převážně závislý na pomoci personálu při užívání léků (např. vlivem demence). 71% klientů ve vzorku užívá psychofarmaka, přitom psychiatr dochází do zařízení max. 1x měsíčně. U více jak 16% klientů nebyla jejich farmakoterapie revidována lékařem delší dobu než 3 měsíce, u téměř 5% déle než rok.

Kromě dat týkajících se léků, tým zaznamenal skutečnosti, které ukazují na vážné systémové problémy, spojené zejména s nedostatečnou dostupností praktického lékaře a zdravotních sester v těchto zařízeních.

- Role praktických lékařů v domovech pro seniory je často nedostačující. V jednom zařízení měli například 200 klientů (včetně těch vyžadujících zvýšenou péči), ale lékař je navštěvoval pouze dvakrát týdně po dvou hodinách.
- Byly zaznamenány stesky praktických lékařů k možnosti koordinovat předepisování léků, když je senior v péči několika specialistů.
- Hlavní roli koordinátora péče, či toho kdo indikuje ke „zhlédnutí“ klienta lékařem a také k předepisování léků, mají zdravotní sestry, jejichž počet v zařízení sociálních služeb stále klesá a domovy pro seniory se potýkají s problémem jak je zaplatit. V dotazníkovém šetření byl domov, kde jedna zdravotní sestra měla v noci odpovědnost za 177 klientů!
- Sehnat lékaře, který by docházel v odpoledních hodinách či o víkendech je téměř nemožné. Proto střední zdravotnický personál v těchto hodinách volá raději záchranku.
- Geriatr, který by měl být součástí primární péče o křehké seniory je v některých oblastech naprosto nedostupný.

- Zřejmě velmi problematická je v mnoha zařízeních dostupnost psychiatrické péče a práce s psychofarmaky. Mnohde je obtížné psychiatrické konsilium vůbec zajistit, jinde přijíždí psychiatr striktně jen ve zjevně nedostatečné frekvenci, takže psychofarmaka nejsou vyladěna, neřeší se jejich nežádoucí účinky (přetlumení, poruchy pohybu a další nežádoucí účinky).

Tento nepříznivý stav má velmi hluboké kořeny a příčiny spočívají v ostudném odkládání koncepčního řešení a financování dlouhodobé zdravotně- sociální péče.

## 2. Podrobné rozборы medikace.

Na dotazníkové šetření navázaly další plánované aktivity projektu „SENIOR“. Jednalo se o podrobné rozборы farmakoterapie u jednotlivých klientů s cílem maximalizovat bezpečnost a minimalizovat rizika jejich léčby. Sekundárním výstupem pak bylo pochopení nejpalčivějších problémů farmakoterapie u institucionalizovaných seniorů v ČR. V této části projektu sehrál významnou roli zejména přístup kraje Vysočina, který se aktivně a plošně zapojil do farmakoterapeutických auditů svých „domovů“ a poskytl tak významný a reprezentativní vzorek pro další zpracování a vyhodnocení.

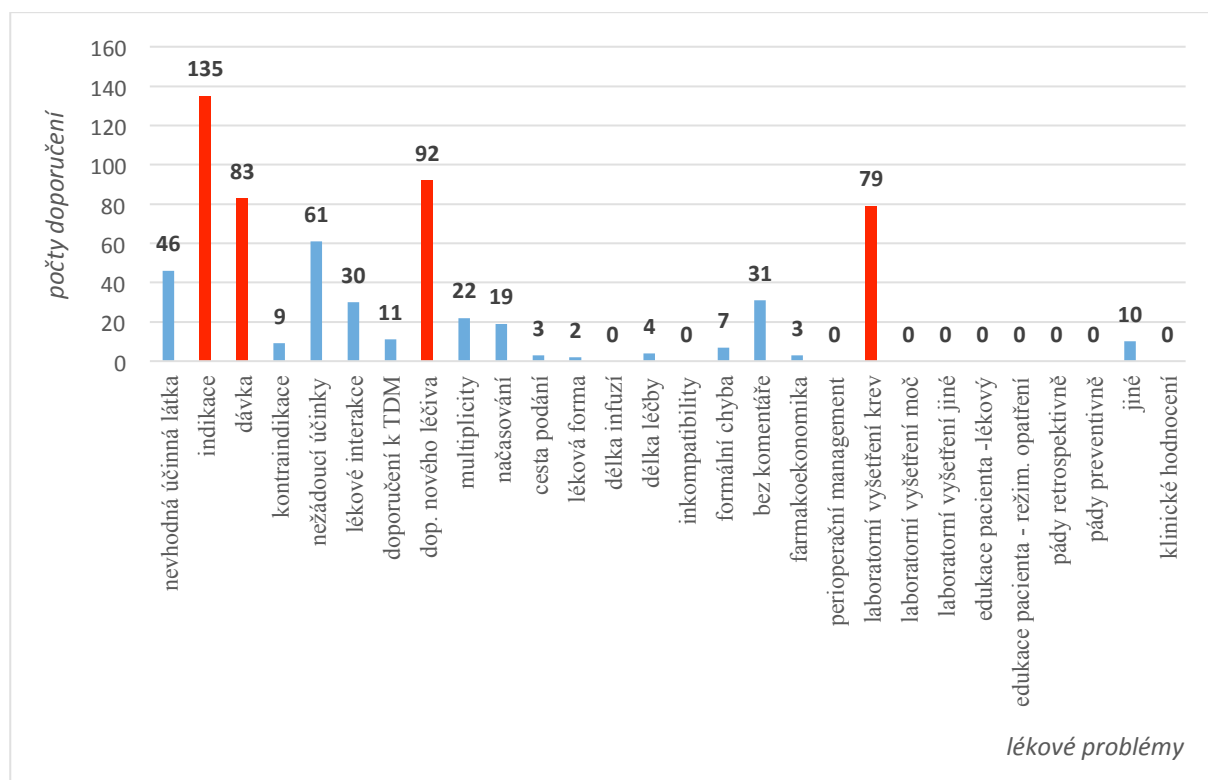
V kraji Vysočina proběhly rozборы farmakoterapie v letech 2016 a 2017 v šesti zařízeních, celkem u 284 klientů. Výběr klientů provedl lékař spolu s ošetřujícím týmem ze svého odborného pohledu a na základě zdravotní potřeby klienta. V každém zařízení pracoval tým čtyř klinických farmaceutů 2-3 dny (průměrně zpracoval medikace 20 klientů denně). Všichni klienti, jejichž dokumentaci KF posuzovali, podepsali informovaný souhlas.

Kliničtí farmaceuti posuzovali účelnost a bezpečnost farmakoterapie na základě informací připravených ošetřujícím personálem o jednotlivých klientech a na základě studia ošetřovatelské a lékařské dokumentace, s možností konzultovat nejasnosti a klást otázky buď ošetřovatelskému personálu, nebo přímo lékařům (častěji telefonicky). Posouzení farmakoterapie probíhalo v širokém kontextu zdravotního stavu klienta, jeho individuálních stesků a dostupných laboratorních ukazatelů. Nalezené polékové problémy byly zaznamenávány a řazeny pomocí mezinárodní klasifikace PCNE polékových problémů (5). Následovalo vypracování klinických doporučení ze strany farmaceutického týmu pro ošetřujícího lékaře a ošetřovatelský personál a jejich předání lékaři/ošetřujícímu týmu.

### 2.1. Nejčastější nálezy a doporučení

Analýzou všech provedených farmakoterapeutických doporučení (n=647) bylo zjištěno, že 21% problémů (n=135) se týkalo tzv. **nadléčenosti klientů**, tzn., že chyběla diagnóza pro dané léčivo, respektive nebyla dohledatelná informace, jak dlouho a z jakých

důvodů pacient dané léčivo užívá. Problematika správných indikací je často spojena s „**nekompletními informacemi**“ o klientech a jejich diagnózách. Ve 14% (n=92) se připomínky KF vztahovaly naopak **podléčenosti**, tzn., že chybělo léčivo s jasně prokázaným účinkem na prognózu pacienta či kvalitu jeho života (např. řešení fraktur po pádu, zachování soběstačnosti a důstojnosti klienta). 65% doporučení upozorňovalo na další **významná rizika léčby**. Mezi tato rizika patří nevhodné dávky léčiv (vysoké), klinicky významné lékové interakce, nevhodné lékové formy, kontraindikace, duplicity, manifestované nežádoucí účinky nebo chybějící laboratorní monitorace bezpečnosti léčby. Podrobné vyhodnocení jednotlivých skupin je znázorněno v *grafu č. 1*.



## 2.2. Metodologická úskalí projektu

V rámci realizovaného projektu nelze mluvit o reprezentativnosti dat, a to zejména z následujících důvodů:

- Počet a výběr zařízení byl vázán na ochotu zařízení spolupracovat a poskytnout údaje. Lze se důvodně domnívat, že tato krajem zřizovaná zařízení patří k těm lepším v oboru, která nemají co skrývat, jsou registrovaná, mají standardy sociální péče, chtějí péči poskytovat co nejlépe, mají více či méně efektivně nastavenou spolupráci s praktickými lékaři a jejich managementy jsou otevřeny k odborné spolupráci a ke zlepšování služeb, které poskytují.

- Výběr klientů, kteří byli „auditováni“ (jejich léková preskripce prošla hodnocením klinických farmaceutů), nebyl náhodný. Výběr byl ponechán na zvážení ošetřovatelského personálu. Předpoklad byl, že k auditu budou doporučení klienti, jejichž stav to vyžaduje (není zcela jisté, že se předpoklad vždy naplnil).

### 3. Shrnutí a zhodnocení očekávání realizátora projektu

Výsledky projektu, i přes všechna metodologická úskalí ukazují, že senioři v zařízení sociální služeb jsou ohroženou skupinou, pokud jde o účelné, efektivní a bezpečné předepisování a podávání léků. Důvodem je nejen samotný zdravotní stav a potřeba odborné zdravotní péče, ale zejména organizace a přístup k této zdravotní péči. Úloha praktického lékaře jako koordinátora zdravotní péče je nezastupitelná a v dosavadním nastavení systému se jeví jako nedostatečná. Možností se jeví určitá forma zapojení klinického farmaceuta do multidisciplinárního týmu péče v domovech, například formou konzultací. Ve druhé polovině roku 2017 došlo ve dvou pražských domovech pro seniory k vytvoření systematizovaného místa pro klinického farmaceuta, který je nedílnou součástí týmu pečujícího o klienta. Další možnost přímých konzultací pro ambulantní lékaře (nejen pro ty, kteří předepisují léky klientům v domovech pro seniory), nabízí Ústav lékového průvodce prostřednictvím své konzultační linky (tel: 731 630 981) nebo mailové korespondence (pomoc@lekovypruvodce.cz). Zkušenosti klinických farmaceutů takto denně odpovídají na přímé dotazy lékařů či pacientů lékařem zaslaných.

### 4. Použitá literatura

1/ Fialová D, Topinková E. 2002. Specifika geriatrické farmakoterapie z pohledu farmakokinetických a farmakodynamických změn ve stáří. Remedica. 12 2002, 6, s. 434–440.1

2/ Kriška M, Lašánová M, Krajčík Š, Murín J. 2001. Utilizácia liekov u staršej generácie – prevencia rizík liekov. Geriatria. 1 2001, s. 7-12.

3/ Topinková E, Neuwirth J. 1995. Geriatrie pro praktického lékaře. Praha : Grada Avicenum, 1995.

4/ <https://www.england.nhs.uk/2018/03/care-home-pharmacists-to-help-cut-over-medication-and-unnecessary-hospital-stays-for-frail-older-patients/>

5/ The Pharmaceutical Care Network Europe [online].Available from:  
<http://www.pcne.org/news/3/new-version-of-the-pcne-drp-classification> (last access 24. 3.  
2018).