

ceut s příslušnou specializovanou způsobilostí, bylo podmínkou, aby se podílel minimálně na analýze a kontrole získaných dat.

Jednoduchá revize farmakoterapie (typ 1) je demonstrována na dispenzaci léčiv v lékárně. DRP byl identifikován u necelého 1 % z 292 771 lékařských předpisů, kdy dominovaly DRP týkající se dávkování (více než 50 %). Větší podíl DRP byl nalezen u pacientů starších 65 let a DRP se týkala zejména kardiovaskulárních léčiv, analgetik a nesteroidních antiflogistik. Lepší znalost pacientů a výhodně koncipovaný prostor oficiální lékárny mimo jiné pomohl v práci Močárkové k vyššímu zachytu DRP. K tomu více než 80 % intervencí u DRP bylo ze strany předepisujícího lékaře přijato (25). Ukázalo se tak, že lékárník je schopen identifikovat a řešit takové DRP, ke kterým má alespoň určité množství objektivních informací, a současně, že může být určitou pojistkou pochybení, která vznikají při preskripci léčiv (duplicitní preskripce, dávkování léčiv aj.). Dále dokáže upozornit na preskripci nevhodných léčiv např. ve vztahu k věku pacienta (explicitní hodnocení farmakoterapie). Druhý typ revize farmakoterapie (typ 2a) byl mimo jiné realizován v rámci individuálních konzultací poskytovaných pacientům v lékárnách. Například v pracích Dobručké a kol. (26), Gregora (27) nebo Kotlanové (28) byla revize farmakoterapie a management DRP součástí farmaceutické péče vázané na určitou oblast, jako např. péče o pacienty s nadváhou a obezitou nebo měření krevního tlaku pacientům/klientům lékárny. Průměrný počet DRP se v těchto studiích pohyboval přibližně od 0,5 do 1,1 DRP na pacienta, přičemž počet pacientů v uvedených studiích se pohyboval řádově od desítek po stovky. Oproti jednoduché revizi byly ve větší míře identifikovány nežádoucí účinky nebo případy non-adherence pacienta k léčbě.

Ve spolupráci s Českou lékárnickou komorou a Všeobecnou zdravotní pojišťovnou byla po dobu 7 měsíců roku 2016 realizována studie zaměřená na detekci a řešení DRP v rámci indi-

viduálních konzultací poskytovaných pacientům v lékárnách v ČR. Identifikováno bylo 2,7 DRP na pacienta se zastoupením všech skupin DRP. Téměř 30 % DRP bylo při analýze označeno za velmi závažné nebo zásadní, naproti tomu 21 % DRP bylo označeno jako málo významné nebo nevýznamné. To může vysvětlovat vyšší podíl identifikovaných DRP. Na závěr je třeba zmínit, že zapojení lékárníků absolvovali specializovaný výcvik formou garantovaného kurzu (29).

Základní parametry studií provedených formou revize farmakoterapie typu 2b shrnuje tabulka 4. Data ze studií označených A až D pocházejí z lůžkového zdravotnického zařízení poskytujícího rehabilitační péči. Vždy se jednalo o náhodně vybraná oddělení. Jak je z tabulky zřejmé, hodnocené soubory pacientů se v čase lišily, současně docházelo i ke změnám ve spektru DRP. Roli jistě sehrál fakt, že uvedené zdravotnické zařízení změnilo v průběhu doby skladbu pacientů a zřídilo ošetrovatelská lůžka. Kohorta pacientů se tak rozšířila o pacienty vyššího věku s polymorbiditou a polyfarmakoterapií. Tito pacienti byli hospitalizováni často delší období a cílem hospitalizace pacientů již nebyla pouze rehabilitace, přičemž ošetřující lékaři měli více prostoru na případné zásahy do terapie oproti ostatním pacientům tohoto zařízení. Tento fakt se projevil mimo jiné v ochotě intervence navržené farmaceuty u pacientů realizovat. V ostatních případech byla zásadní doporučení z revize farmakoterapie lékařem uvedena v propouštěcí zprávě pro praktického lékaře. Zachyt DRP mimo jiné závisí na zkušenostech osob, které revizi farmakoterapie provádí, proto i tento fakt mohl hrát roli. Na druhou stranu dlouhodobá spolupráce měla vliv i na předepisující/ošetřující lékaře, protože spektrum, četnost a závažnost DRP se měnily pozitivním směrem. Pro srovnání je v tabulce 4 uvedeno šetření (E), které proběhlo v jiném zdravotnickém zařízení. Konkrétně se jednalo o zdravotnické zařízení poskytující primárně následnou péči, kde audit proběhl poprvé, a dané zařízení nemá pravidelný kontakt se specialistou na farmakoterapii. Dále je

třeba zmínit vysoký průměrný počet užívaných léčiv a věk pacientů dosahující téměř 80 let. Pro úplnost je třeba dodat, že většina DRP z šetření A až E se týkala dávkování léčiv; další skupinou DRP byly problémy s výběrem léčiva (např. výběr nevhodného léčiva např. z důvodu poklesu funkce vylučovacích orgánů nebo chybějící léčivo přes jasnou indikaci) (9, 24).

Pokročilá revize farmakoterapie (3) a management DRP je poslední dekádu v ČR součástí klinickofarmaceutické péče poskytované klinickými farmaceuty v lůžkových a nově i ambulancích zdravotnických zařízení. Péče je vykazována a může být hrazena z veřejného zdravotního pojištění jako zdravotní výkon. Za výzkumný projekt postavený na pokročilé revizi farmakoterapie s přímými dopady do praxe lze v podmínkách ČR považovat analýzu pádů jako nežádoucích účinků, resp. DRP u hospitalizovaných pacientů (30, 31).

Diskuze

Vedle orientace na individuální přístup k pacientovi a jeho farmakoterapii je management DRP jedním z hlavních pilířů soudobého modelu farmaceutické péče konsenzuálně přijatého také autoritami v ČR (10). DRP jsou mostem ke spolupráci jak s ostatními zdravotníky, tak pacienty. Prezentované příklady z praxe ukázaly, že právě přes DRP a jejich management může farmaceut najít společnou cestu s dalšími zdravotníky, což může být klíčem k úspěchu stran větší implementace lékárníka nebo klinického farmaceuta do týmů pečujících o pacienta, z čehož profituje samotný pacient.

Výsledky naznačily, že s vyšším stupněm revize farmakoterapie roste prevalence identifikovaných DRP, kdy hlavním důvodem bude vedle více klinických zkušeností revidujícího farmaceuta především větší množství objektivních informací o pacientovi, které umožní identifikovat širší spektrum typů DRP. Zatím však není k dispozici nástroj, který by dokázal spolehlivě provést individuální zhodnocení farmakoterapie

Tab. 4. Srovnání výsledků získaných pomocí revize farmakoterapie typu 2b (33)

Studie; rok publikace	Počet revidovaných pacientů	Ø věk ± SD pacientů (v letech)	Ø počet LČ na pacienta	Ø počet DRP na pacienta	Ø počet DRP na 10 LČ	% podíl pacientů s 1 ≥ DRP
A; 2013	70	59 ± 19,1	5,9	2,0	3,4	78,6
B; 2014	175	58 ± 21,2	6,4	2,7	4,3	84,0
C; 2016	99	66 ± 14,1	7,1	2,9	4,4	86,0
D; 2018	103	67 ± 13,7	8,6	2,2	2,6	83,5
E; 2020	76	78 ± 10,1	8,8	3,9	4,4	98,7

DRP – lékový problém; LČ – léčivo; Ø – průměrný; SD – směrodatná odchylka