

25. MULTIMORBIDNOST IN BOLNIK S SLADKORNO BOLEZNIJO

Jelka Zaletel, Branko Gabrovec

na osnovi izdelkov projekta skupnega ukrepanja »Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS)«

Izjava: Ta dokument izvira iz rezultatov dela "Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS)", ki je sofinanciran s strani evropske unije v okviru zdravstvenega programa 2008-2013.

Multimorbidnost je stanje, ko ima bolnik sočasno vsaj dve kronični bolezni ali bolezenski stanji. Število takšnih bolnikov se strmo povečuje, predvsem na račun staranja populacije. Ti bolniki potrebujejo najbolj kompleksno oskrbo, poleg zdravstvene pogosto tudi socialno. Tradicionalni model medicine, ki temelji na ideologiji ene bolezni, ne omogoča kakovostne oskrbe in življenja takim bolnikom. Manj kakovostno so pogosto zdravljenje diskordantne komborbidnosti, ki s sladkorno boleznijo nimajo skupnega patofiziološkega mehanizma, so pa prisotne pri vsaj polovici bolnikov, v starosti nad 65 let pa kar pri treh četrtinah. S povečevanjem števila komorbidnosti se strmo povečuje uporaba zdravstvene dejavnosti, še posebej kadar gre za psihične bolezni.

PRIPOROČILA

1. Ocena bolnikovega stanja temelji na:
 - a) Oceni vseh bolnikovih bolezni in stanj s poudarkom na funkcionalni zmožnosti in psihičnem stanju, njihove kompleksnosti, zdravljenja, bremena zdravljenja in interakcij med zdravili ter na
 - b) evalvaciji bolnikovih preferenc, osebnih značilnosti (npr. zdravstvena pismenost, zmožnost za reševanje težav) ter socialnih okoliščin (npr. razpoložljiva socialna mreža). (E*, I)
2. Kadar gre za starejšega bolnika, ocena bolnikovega stanja temelji na celoviti geriatrični oceni. To je interdisciplinaren in večdimenzionalen proces, ki vključuje oceno zdravja, funkcije, psihološko oceno, funkcionalno oceno in oceno okolja. (E*, I)
3. Na osnovi ocene je potrebno oceniti tveganje za negativne zdravstvene izide (npr. hospitalizacijo) ter pripraviti načrt oskrbe (medicinske in pogosto tudi socialne) za multidisciplinarno obravnavo in dolgotrajno oskrbo. Ocenjevanje je potrebno ponoviti na redne časovne intervale (ki jih določa

bolnikovo izhodiščno stanje) ter ob pomembnih spremembah bolnikovega stanja. (E*, I)

4. Oceno izvaja ustrezno usposobljen interdisciplinarni tim, ki deluje usklajeno in koordinirano. Sestavo tima določajo bolnikove bolezni oziroma stanja, njegove specifične potrebe, povezava med člani tima pa mora zagotavljati kontinuiteto oskrbe in preprečevati fragmentacijo. Bolniku mora zagotavljati enostavno dostopno oskrbo. Delo tima usklajuje in vodi en odgovorni zdravnik, ki ima najširši vpogled v bolnikovo zdravstveno in socialno stanje in potrebe (praviloma specialist splošne medicine ali specialist geriatrije) in lahko vključuje zdravnike drugih specialnosti, medicinske sestre različnih področij, klinične farmacevte, dietetike, kineziologe, strokovnjake s področja socialnega varstva in psihološke oskrbe. (E*, I)
5. Načrt zdravljenja in njegovo izvajanje se pripravlja skupaj z bolnikom oziroma njegovimi bližnjimi, kadar je to potrebno oziroma zaželeno s strani bolnika. Glavna značilnost oskrbe je visoka fleksibilnost. (E*, I)
6. Bolnikom z največjim tveganjem za negativne zdravstvene izide se lahko dodeli enega od članov tima v funkciji koordinatorja oskrbe za tega bolnika, ki predstavlja bolniku in njegovim bližnjim tudi prvo in enotno kontaktno točko v zvezi z zagotavljanjem oskrbe. (E*, I)
7. Oskrba bolnikov z multimorbidnostjo načeloma temelji na z dokazi podprtih medicinskih priporočilih za posamezne bolezni, ki jih bolnik ima, vendar se uporabljajo fleksibilno, upoštevajo sočasen obstoj vseh drugih bolezni in stanj, pričakovano preživetje, interakcije med zdravili ter bolnikovo psihično in funkcionalno stanje ter obstoječo socialno mrežo. Usklajena mora biti z bolnikovimi vrednotami in prioriteta in temeljiti na bolnikovi izbiri. (E*, I)
8. Člani multidisciplinarnega tima morajo biti za izvajanje takšne oskrbe ustrezno usposobljeni. Še posebej morajo imeti znanje, da ponudijo ustrezno podporo bolniku oziroma bližnjim za izvajanje samokontrole, samovodenja oziroma samooskrbe, ki so prilagojeni bolnikovim izbiram in sposobnostim. (E*, I)
9. Odgovorni zdravnik glede na bolnikovo stanje v oskrbo bolnika kot konzultante vključuje tudi člane izven osnovnega multidisciplinarnega tima. (E*, I)
10. Izmenjava za oskrbo pomembnih informacij med člani tima, bolnikom oziroma njegovimi bližnjimi in konzultanti mora biti pravočasna in zadostna

ter mora hkrati upoštevati zakonske omejitve. Multidisciplinarni tim oskrbo načrtuje skupaj z bolnikom oziroma njegovimi bližnjimi. Oskrbo spremlja na rednih srečanjih vključenih strokovnjakov skupaj z bolnikom oziroma njegovimi bližnjimi. (E*, I)

11. Člani multidisciplinarnega tima seznanjajo bolnika in njegove bližnje in podpirajo dostop do vseh oblik formalne psihosocialne in socialne podpore v okolju, kjer bolnik živi, ter pomagajo bolniku krepiti njegovo neformalno socialno mrežo, tudi z vključevanjem v društva bolnikov. (E*, I)

UTEMELJITEV

Kronične bolezni predstavljajo največji delež bremena bolezni v Evropi in so odgovorne za 86% smrti (1, 2). Zdravstveni sistemi po svetu se soočajo z izzivom, kako zagotoviti kakovostno oskrbo za bolnike s kompleksnimi težavami, ki izvirajo iz sočasnega pojava več kroničnih bolezni, oziroma stanj, kar definiramo kot multimorbidnost. Multimorbidnost postaja najpogostejše kronično stanje, katerega prevalenca s starostjo progresivno narašča (1, 2). Multimorbidnost je tako pri mlajših, kot pri starejših odraslih osebah pomemben faktor za neugodne izide zdravljenja in je povezana tudi s porastom stroškov zdravstvenih storitev. V primerjavi z osebami, ki imajo eno bolezensko stanje, bolniki z multimorbidnostjo umirajo prej, so večkrat hospitalizirani, imajo slabšo kakovost življenja in prejemajo več zdravil (3).

Multimorbidnost se nanaša na sopojav vsaj dveh telesnih ali duševnih bolezenskih stanj, ki vzajemno delujejo pri posamezniku (4, 5). Termin multimorbidnost se včasih souporablja s terminom komorbidnost (4), pri čemer se termin komorbidnosti nanaša na sočasen obstoj bolezni, ne zajema pa celotne kompleksnosti bolezenskih stanj in bolnikovih zdravstvenih in socialnih potreb, ki so v centru termina multimorbidnosti (6).

Kronična stanja so v zadnjih letih postala pomemben izziv zdravstvenim sistemom po vsem svetu (7). Glede na to, da so glavni vzroki obolevnosti in smrtnosti v staroživih družbah kronične bolezni, obstaja naraščajoča potreba po stroškovno učinkovitih poteh za oskrbo populacije (3, 8).

V razvitih državah ima eden od štirih odraslih vsaj dve kronični stanji (1, 4, 9), pri starejših odraslih ima vsaj polovica oseb tri ali več kroničnih stanj (10). V svetovnem merilu ljudje živijo dlje, a z več kroničnimi stanji, kar ima pomembne posledice za globalne zdravstvene potrebe (11). Zaradi staranja in podaljševanja življenjske dobe populacije ter izboljšanja zdravstvene oskrbe, vedno večje število ljudi živi z kroničnimi boleznimi (12), 30% populacije Evropske unije živi s kroničnimi boleznimi (13) in ta odstotek bi se naj

povečeval še v naslednjih desetletjih (14). Delež multimorbidno kronično obolelih narašča (15). Konzervativne ocene navajajo, da v EU živi 50 milijonov ljudi z multimorbidnostjo (16). Prevalenca multimorbidnosti je še posebej visoka pri starejših od 65 let (65%) in pri starejših od 85 let (85%) (3, 17).

Bolniki z multimorbidnostjo imajo kompleksnejše potrebe (zdravstvene in druge, npr. socialne), vendar so glede na tradicionalno orentiran medicinski pristop, ki temelji na zdravljenju akutno bolnega s prevladujočim enim bolezenskim stanjem, deležni fragmentirane oskrbe, kar vodi k nepopolnim, neučinkovitim, nezadostnim oziroma celo potencialno nevarnim intervencijam.

K povečanju vpliva na rezultat zdravljenja in povečano uporabo virov lahko poleg posameznih bolezni vplivajo tudi kombinacije različnih bolezni. Takšen primer je npr. sladkorna bolezen z njegovo povezavo z ostalimi kroničnimi boleznimi. Sladkorna bolezen je pogosto povezana s srčno-žilnimi boleznimi in boleznimi ledvic, kar je tudi pričakovano zaradi enakega patofiziološkega vzorca (18).

Obstajajo pomembne razlike pri bolnikih s kroničnimi boleznimi z sladkorno boleznijo tipa 2, kjer je prevalenca multimorbidnosti večja, kot pri bolnikih z drugimi kroničnimi boleznimi (18). Pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2 soobstoj duševne komorbidnosti pomembno poveča tveganje za hospitalizacijo (19).

Te ugotovitve poudarjajo, da je potrebno razviti pristope za nekatere sočasne bolezni, ki mogoče niso tako pogoste, a lahko vodijo k negativnim rezultatom zdravljenja in povečani rabi virov (20). Ker področje merjenja multimorbidnosti še ni dovolj raziskano, bo temu potrebno v prihodnosti nameniti več pozornosti (21).

Kompleksnost oskrbe bolnikov z multimorbidnostjo potrebuje vpletenost večjega števila ponudnikov zdravstvene oskrbe in resorsov. Medtem ko najdemo primere integriranih programov oskrbe kroničnih bolezni v relativno majhnih populacijah, ne najdemo širše sprejetih modelov oskrbe multimorbidnosti (22).

LITERATURA

1. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care' research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012; 380: 37-43.

2. Melis R, Marengoni A, Angleman S, Fratiglioni L. Incidence and predictors of multimorbidity in the elderly: a population-based longitudinal study. *PLoS One*. 2014; 9: e103120.
3. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011; 10: 430-9.
4. Mercer SW, Smith SM, Wyke S, O'Dowd T, Watt GC. Multimorbidity in primary care: developing the research agenda. *Fam Pract*. 2009; 26: 79-80.
5. Fortin M, Hudon C, Haggerty J, van den Akker M, Almrall J. Prevalence estimates of multimorbidity: a comparative study of two sources. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10: 111.
6. Yancik R, Ershler W, Satariano W, Hazzard W, Cohen HJ, Ferrucci L. Report of the national institute on aging task force on comorbidity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007; 62: 275-80.
7. Navickas R, Visockienė Ž, Puronaitė R, Rukšėnienė M, Kasiulevičius V, Jurevičienė E. Prevalence and structure of multiple chronic conditions in Lithuanian population and the distribution of the associated healthcare resources. *Eur J Intern Med*. 2015; 26: 160-8.
8. Schäfer I, Hansen H, Schön G, Hofels S, Altiner A, Dahlhaus A, et al. The influence of age, gender and socio-economic status on multimorbidity patterns in primary care. First results from the multicare cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12: 89.
9. Chronic Conditions. Making the case for ongoing care. September 2004 update. John Hopkins and the Robert Wood Johnson Foundation's for Solutions. 2004. Dosegljivo 01.10.2012 s spletne strani: <http://www.partnershipforsolutions.org/DMS/files/chronicbook2004.pdf>.
10. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians. *J Am Geriatr Soc*. 2012; 60: E1.
11. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015; 386: 743.
12. Van Oostrom SH, Picavet HSJ, Bruin SR, Stirbu I, Korevaar JC, Schellevis FG, Baan AC. Multimorbidity of chronic diseases and health care utilization in general practice. *BMC Fam Pract*. 2014; 15: 61.
13. Eurostat, 2014. Dosegljivo 01.12.2015 s spletne strani: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/.
14. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. Observatory Studies Series No. 20. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies Series. 2010.
15. Boyd C, Fortin M. Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design? *Public Health Rev*. 2010; 32: 451-74.
16. Rijken M, Struckmann V, Dyakova M, Melchiorre MG, Rissanen S, Van Ginneken E. ICARE4EU: improving care for people with multiple chronic conditions in Europe. *Eurohealth*. 2013; 19: 29-31.
17. Vogeli C, Shields AE, Lee TA, Gibson TB, Marder WD, Weiss KB, et al. Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, caremanagement, and costs. *J Gen Intern Med*. 2007; 22: 391-5.
18. Alonso-Moran E, Nuno-Solinis R, Orueta JF, Fernandez-Ruanova B, Alday-Jurado A, Gutiérrez-Fraile E. Health-related quality of life and multimorbidity in community-dwelling telecare-assisted elders in the Basque Country. *Eur J Intern Med*. 2005; 26: 169-75.
19. Calderón-Larrañaga A, Abad-Díez JM, Gimeno-Feliu LA, Marta-Moreno J, González-Rubio F, Clerencia-Sierra M, et al. Global health care use by patients with type-2 diabetes: Does the type of comorbidity matter? *Eur J Intern Med*. 2015; 26: 203-10.

20. Onder G, Lattanzio F, Battaglia M, Cerullo F, Sportiello R, Bernabei R, Landi F. The risk of adverse drug reactions in older patients: beyond drug metabolism. *Curr Drug Metab.* 2011; 12: 647-51.
21. Le Reste, J., Nabbe, P., Lingner, H., Kasuba Lazic D, Assenova R, Munoz M, et al. What research agenda could be generated from the European General Practice Research Network concept of Multimorbidity in Family Practice? *BMC Fam Pract.* 2015; 16: 125.
22. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in Primary care and community settings. *BMI.* 2012; 345: e5205.