Skrb za bolesnike s multimorbiditetom u obiteljskoj medicini

Kuprešanin, Nadja

Master's thesis / Diplomski rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:960793

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**



Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository







SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Nadja Kuprešanin

Skrb za bolesnike s multimorbiditetom u obiteljskoj medicini

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2019.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Nadja Kuprešanin

Skrb za bolesnike s multimorbiditetom u obiteljskoj medicini

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2019.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za obiteljsku medicinu u Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom izv. prof.dr.sc. Đurđica Kašuba Lazić i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2018./2019.

POPIS I OBJAŠNJENJE KRATICA KORIŠTENIH U RADU

LOM – liječnik obiteljske medicine (engl. GP, general practitioner)

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija (engl. WHO, World health organization)

EGPRN – Europska mreža istraživača iz obiteljske medicine (engl. EGPRN, The European General Practice Research Network)

EPOC – Cochrane urednička skupina za djelotvorniji rad i organizaciju skrbi (engl. EPOC, Cochrane Effective Practice and Organisation of Care)

JA-CHRODIS – kolaboracija za djelovanje u svrhu promocije zdravlja i sprječavanja kroničnih bolesti (engl. JA-CHRODIS, Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle)

START – alat probira koji liječnika upozorava na ispravno propisivanje lijekova (engl. START, Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment)

STOPP – alat probira koji liječnika upozorava na potencijalno neodgovarajuće propisivanje lijekova starijim osobama (engl. STOPP, Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions)

CCM – Model kronične skrbi (engl. CCM, Chronic Care Model)
PCMH – pacijentu usmjerena medicinska kuća (engl. PCMH, Patient-centered medical home)

SADRŽAJ

1. SAŽETAK
2. SUMMARY
3. UVOD 1
   3.1. Definicija multimorbiditeta 3
   3.2. Prevalencija multimorbiditeta 5
   3.3. Uloga LOM-a u skrbi za bolesnika s multimorbiditetom i dinamika odnosa liječnik – bolesnik 6
4. RASPRAVA 8
   4.1. Značajke i organizacija skrbi za bolesnike s multimorbiditetom 8
   4.2. Korištenje službe liječnika – Smjernice za skrb bolesnika s multimorbiditetom 10
      4.2.1. Polifarmacija 12
      4.2.2. Kvaliteta života – zdravstveni ishodi, nemoć i povećanje nesposobnosti 15
      4.2.3. Teret bolesti (engl. burden of disease) – nošenje s bolešću i socijalna mreža 17
      4.2.4. Modeli skrbi za bolesnike s multimorbiditetom 18
   4.3. Kvaliteta i ishodi skrbi za bolesnike s multimorbiditetom 25
5. ZAKLJUČAK 27
6. ZAHVALE 29
7. LITERATURA 30
8. ŽIVOTOPIS 35

1. SAŽETAK

Naslov: Skrb za bolesnike s multimorbiditetom u obiteljskoj medicini

Nadja Kuprešanin

Multimorbiditet predstavlja rastući problem u populaciji za koju skrbi liječnik obiteljske medicine (LOM). Zadatci liječnika i drugih zdravstvenih profesionalaca koji pružaju zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini, osim liječenja i sprečavanja pogoršanja kroničnih bolesti, još su i rješavanje poteškoća u dnevnom funkcioniranju s kojima se suočavaju bolesnici s multimorbiditetom. Zbog progresivnog starenja stanovništva sve se više povećava broj bolesnika koji istovremeno pate od više kroničnih bolesti. Tome pridonosi ne samo starost populacije, nego i utjecaj dodatnih faktora kao što su: način života, socioekonomski status, genetika i biopsihosocijalne odrednice. Unatoč visokoj i rastućoj prevalenciji multimorbiditeta još uvijek ne postoje jasno definirane smjernice i oblici liječenja za takve bolesnike. Ono što je poznato je da multimorbiditet zahtijeva skrb koja nadilazi dosadašnje okvire skrbi za pojedine kronične bolesti i da su neizbježne promjene u sustavu koji liječi te bolesnike. Te promjene se, prije svega, odnose na organizaciju zdravstvene službe na primarnoj razini zaštite, posebice liječnika obiteljske medicine, ali i na promociju zdravijeg načina života među pacijentima i općenito promjeni njihovog stava vezanog za bolest u smislu samostalne skrbi i jačanja potpore od strane zajednice u kojoj žive. Postoji nekoliko modela skrbi za bolesnike s multimorbiditetom koji su nastali krajem prošlog stoljeća i koji se dan danas primjenjuju u praksi. Glavne odrednice tih modela su integrirana zdravstvena zaštita i izvaninstitucionalna skrb koja uključuje više članova tima, bilo medicinskih radnika, bilo neformalnih sudionika u skrbi za tog

bolesnika. Zbog toga se nastoji izgraditi potporno socijalno okruženje za pacijenta, što pozitivno utječe na njegovo mentalno i fizičko stanje. Multimorbiditet bolesnicima predstavlja veliki životni teret jer su često opterećeni većim brojem lijekova kao i potrebom za brojnim posjetama liječniku obiteljske medicine, dijagnostičkim i terapijskim postupcima te specijalistima drugih specijalnosti. Uz napredovanje bolesti i starenje, nadovezuje se propadanje samostalnih funkcionalnih vještina, odnosno pojava i povećanje nemoći, te posljedično povećanje ovisnosti o pomoći okoline i zajednice.

Ključne riječi: multimorbiditet, skrb, obiteljska medicina, liječnik

2. SUMMARY

Title: Managing patients with multimorbidity in family medicine

Nadja Kuprešanin

Multimorbidity is a growing problem in family medicine clinics. Primary level health care helps with the problems that patients with multimorbidity must deal with. Because of the progressive aging of the population, the number of patients who can be classified in this group is increasing. This is not only due to the age of the population, but also to the influence of additional factors such as lifestyle, socioeconomic status, genetics and biopsychosocial determinants. Despite the high and growing prevalence of multimorbidity, there are still no clearly defined guidelines and forms of treatment for such patients. What is known is that multimorbidity requires care that emerges from the current care framework for some chronic diseases and that there are inevitable changes in the system that treats these patients. These changes relate primarily to the organization of the family medicine physician's healthcare, but also to the promotion of a healthier way of life among the patients and, in general, to change their attitude towards the illness in terms of self-care and the strengthening of the support of the community in which they live. There are several models of care for patients with multimorbidity that were created at the end of the last century and are still being applied in practice today. The main determinants of these models are integrated clinical and out-of-clinic care that includes multiple team members of either medical staff or informal participants in the care of that patient. Therefore, it is important to build a supportive social environment for the patient, which positively affects his mental and physical condition. Multimorbidity is a major burden to patients because they are often burdened with a

large amount of medication and frequent doctor visits. In addition to this, the increase of frailty enhances the community dependency.

Keywords: multimorbidity, care, family medicine, physician

3. UVOD

Ovaj diplomski rad je napisan kao pregled osnovnih i najvažnijih elemenata skrbi za bolesnike koji su u novije vrijeme postali najučestaliji pacijenti liječnika obiteljske medicine (u daljnjem tekstu – LOM). Radi se o bolesnicima koji boluju od više kroničnih bolesti istovremeno i na taj način se, uz mnoga druga obilježja, svrstavaju među bolesnike s multimorbiditetom. Starenjem populacije i napredovanjem moderne medicine sve je više takvih bolesnika i sve je više bolesti koje poprimaju obilježja kroničnih bolesti, odnosno bolesti koje u interakciji jedna s drugom predstavljaju značajan stručni i znanstveni izazov modernoj medicini, a posebice LOM-u koji je liječnik prvog kontakta s bolesnikom, ali i onaj koji pruža dugotrajnu skrb koja se često proteže i kroz nekoliko desetljeća. U izazove adekvatne skrbi za bolesnike koji boluju od više kroničnih bolesti također se ubraja i učestao problem polifarmacije i tzv. „teret“ (engl. burden) bolesti kao i sposobnost bolesnika da se nosi s njim. U takvoj situaciji kompleksnih zdravstvenih problema mijenja se život bolesnika, stoga je jedan od ciljeva skrbi koju pruža LOM nastojanje da se pruži sveobuhvatna, bolesniku i osobi usmjerena, skrb koja, između ostalog, stavlja naglasak na kvalitetu života samog bolesnika kao bitan aspekt ishoda cjelokupne skrbi.

U prošlosti se termin multimorbiditeta dosta poistovjećivao s komorbiditetom i zbog toga je bilo ključno zasebno definirati ta dva termina. Problematika nije postojala samo u terminologiji, nego je bilo bitno definirati multimorbiditet kao zasebnu cjelinu i u smislu rješavanja svih komplikacija koje takvo stanje nosi sa sobom. Počevši od definicije, poslije je bilo lakše prepoznati pacijente na koje se ona odnosi i sukladno tome raditi na definiranju problema s kojima se ti pacijenti nose. Liječnici obiteljske

medicine iz iskustva znaju da takvi pacijenti spadaju pod posebnu kategoriju pacijenata pa se postavlja pitanje – Po čemu se oni razlikuju od ostalih?

Nije jednostavno definirati sve poteškoće koje multimorbiditet stvara jer je to kompleksno stanje koje nije univerzalno, nego je definiranje problema koje ono nosi sa sobom individualno za svakog bolesnika. To mogu biti razne kombinacije bolesti, akutne i kronične, razni simptomi i komplikacije, bilo zbog bolesti bilo zbog ijatrogenih učinaka uslijed većeg broja lijekova koje ti bolesnici primaju u terapiji. Osim toga, puno je faktora koji utječu na ishode bolesti kao što su: dob, socijalno stanje, životne navike, obiteljsko okruženje u kojem pacijent boravi i podrška obitelji i prijatelja, ali i odnos između LOM-a i bolesnika koji se gradi godinama, također i s ostalim članovima tima.

U posljednjih nekoliko desetljeća traže se rješenja za pružanje adekvatne skrbi bolesnicima koji boluju od više kroničnih bolesti istovremeno, a koja ne mogu biti orijentirana prema određenim pojedinačnim bolestima, već moraju staviti u kontekst razmatranja i rješavanja kompleksnih međuodnosa bolesti i stanja koja se pri tome isprepliću.

Cilj toga usmjeren je na unaprjeđenje i organizaciju zdravstvene zaštite, koordinaciju skrbi ili djelovanje u smjeru olakšanja nekih specifičnih funkcionalnih poteškoća.(1)

3.1. Definicija multimorbiditeta

Prije više od 20 godina je Van der Akker (sa suradnicima) izrazio potrebu pojašnjavanja značenja nekoliko pojmova koji se u slobodnom kontekstu često koriste kao sinonimi i pozvao na povlačenje jasnih granica između tih pojmova, prije svega komorbiditeta i multimorbiditeta. U njegovom originalnom istraživanju, razlučio je ta dva pojma na način da je komorbiditet nazvao kao svaku posebnu dodatnu bolest koja je postojala ili se može pojaviti za vrijeme liječenja glavne bolesti u određenog pacijenta, a multimorbiditet kao istovremenu prisutnost više akutnih ili kroničnih bolesti ili medicinskih stanja u iste osobe. (2)

Ljudi često boluju od više različitih bolesti i taj je broj u porastu zbog starenja populacije i sve učestalijih kroničnih bolesti. Pojam „multimorbiditeta“ veže se uz postojanje dvije ili više kroničnih bolesti u jednog pojedinca. U duhu specijalizacije obiteljske medicine, a također i kompetencija koje treba posjedovati svaki liječnik specijalist obiteljske medicine, jedna od glavnih je pružanje sveobuhvatne, bolesniku i osobi usmjerene, skrbi za bolesnike s multimorbiditetom. Pristup tim načelima skrbi pruža određenu sigurnost i povjerenje u primarnu zdravstvenu zaštitu, koju će liječnici obiteljske medicine nastojati pružiti svim bolesnicima, a posebice onima kojima je to najpotrebnije, kao što su bolesnici koji boluju od više bolesti istovremeno.(3) Kako bi takva skrb bila adekvatna, važno je poznavati akademsku definiciju multimorbiditeta koju je oblikovala Europska mreža istraživača iz obiteljske medicine (eng. EGPRN, European General Practice Research Network), a tekst je podijeljen u tri dijela. Tako se multimorbiditet definira kao kombinacija jedne kronične bolesti s bilo kojom drugom bolešću (akutnom ili kroničnom), biopsihosocijalnim faktorom (povezanim s bolešću ili ne) ili somatskim rizičnim faktorom.

Bilo koji psihosocijalni faktor, rizični čimbenik, društveno okruženje, opterećenje bolešću, korištenje zdravstvene službe i bolesnikov mehanizam nošenja s bolešću mogu djelovati kao modifikatori ishoda multimorbiditeta.

Multimorbiditet može djelovati kao modifikator ishoda zdravstvenog stanja, dovesti do invalidnosti i smanjenja kvalitete života te do nemoći. (4)

Da bi LOM mogao uspješno obavljati svoju ulogu koja mu je namijenjena u sustavu zdravstvene zaštite kao primarni liječnik, bitno je da je upoznat sa značenjem i definicijom multimorbiditeta te da je stručno i praktično osposobljen za provođenje specifične skrbi usmjerene na rješavanje kompleksnih zdravstvenih problema. Navedena definicija multimorbiditeta koja je u početnoj fazi razvoja predstavljala sažetak brojnih definicija koje su se koristile u definiranju multimorbiditeta u suvremenoj medicinskoj literaturi (132 različite definicije) i istraživanjima tijekom nekoliko desetljeća, prihvaćena je u deset zemalja Europe koje su sudjelovale u njezinom oblikovanju. Testiranjem akademske definicije u praksi, među liječnicima specijalistima obiteljske medicine, došlo je do uvođenja dodatnih vrijednosti, važnih za skrb bolesnika s multimorbiditetom: Prva dodana vrijednost je ekspertiza LOM-a, što bi značilo da LOM mora posjedovati i razvijati ekspertno znanje neophodno za rješavanje takvih kompleksnih problema. Druga stavka odnosila se na dinamiku odnosa liječnik-pacijent koja bi, poboljšana, dovela do kvalitetnije komunikacije i boljeg zajedničkog razumijevanja problema bolesnika.(5)

3.2. Prevalencija multimorbiditeta

Liječnici obiteljske medicine skrbe za bolesnike s multimorbiditetom u više od 80 % vremena njihovih konzultacija, a u gerijatrijskoj populaciji to se odnosi na skoro sve pacijente.(6) Službena literatura navodi da prevalencija istodobnih bolesti iznosi između 37 i 90% i da se povećava s dobi bolesnika. U Hrvatskoj je prema rezultatima istraživanja provedenog u 11 nastavnih ordinacija obiteljske medicine, učestalost kroničnih bolesti u dobnoj skupini od 0 do 24 godine bila 12,8%, dok je u dobnoj skupini starijih od 65 godina bila čak 79,8%. Tijekom 10 godina praćenja kohorte tih kroničnih bolesnika udio kroničnih bolesti porastao je s prosječnih 1,6 bolesti na 4,7 po ispitaniku. (7) Prevalencija kroničnih bolesti udvostručila se između 1985. i 2005. godine. U tom razdoblju udio pacijenata s jednom i dvije kronične bolesti ostao je relativno stabilan, a broj onih oni s tri kronične bolesti porastao je oko 60%, a broj onih s četiri ili više kroničnih bolesti povećao se oko 300%. Ove promjene se podudaraju sa smanjenjem broja bolesnika bez ikakve kronične bolesti oko 10%. (8)

Istraživanje provedeno u Nizozemskoj pokazalo je da je postotak pacijenata koji boluju od najmanje jedne kronične bolesti 10% u populaciji ispod 15 godina dok je taj broj znatno viši kod pacijenata starijih od 75 godina, čak 90 %. Uz to se nadovezuje podatak da 4 i više kroničnih bolesti ima 55 % pacijenata starijih od 75 godina. U usporedbi s drugim sličnim istraživanjima (9,10) navedeni su slični rezultati, s tim da je u nekim dijelovima svijeta postotak oboljelih od nekoliko kroničnih bolesti bio i znatno viši. (10) Pored starije dobi, brojni drugi čimbenici, a posebice socioekonomski, važni su za pojavnost multimorbiditeta kroničnih bolesti u populaciji. (8)

3.3. Uloga LOM-a u skrbi za bolesnika s multimorbiditetom i dinamika odnosa liječnik – bolesnik

Obiteljska medicina u Hrvatskoj čini temelj primarne zaštite. Liječnik obiteljske medicine liječnik je prvog kontakta s pacijentom. Dugotrajna veza između liječnika i bolesnika utječe na razvijanje dobrog i partnerskog odnosa među njima što rezultira kvalitetnijom skrbi za bolesnika. Osim što LOM izgrađuje dugotrajni odnos s pacijentom, on također izgrađuje takav odnos s njegovom obitelji, često ima i cijelu obitelj u skrbi, ali pritom poštuje individualne zdravstvene probleme njezinih članova. Takav pristup je utemeljen na biopsihosocijalnom modelu zdravstvene zaštite. (11) Na Nordijskom kongresu opće medicine u Tampereu 2013. organizirana je radionica okupljanjem liječnika opće medicine i istraživača iz nordijskih zemalja, a njihov cilj bio je istražiti stavove sudionika prema problemima i izazovima vezanim uz liječenje bolesnika s multimorbiditetom u općoj medicini. Radionica je bila otvorena za sve sudionike kongresa i organizirana je u suradnji između nordijskih istraživačkih institucija opće medicine. Rezultati diskusije s radionice ukazali su na četiri područja koja su doživljena kao posebno problematična i izazovna za LOM-e kada se liječe bolesnici s multimorbiditetom: kompleksna medicinska stanja, nedovoljna suradnja, teško određivanje prioriteta, razgovor s bolesnikom i nedovoljno definirana uloga LOM-a. Sudionici su također smatrali da su njihovi napori da pruže visokokvalitetnu skrb ovoj skupini bolesnika nedovoljni. Javlja se potreba za većom podjelom zadataka upravljanja multimorbiditetom s drugima (npr. gerijatrijom) i signalizira novi fokus na suradnju s obrazovnim i društvenim sustavima kako bi umanjili nejednakosti u zdravlju. Njihova studija naglašava potrebu za boljim obrazovnim i komunikacijskim vještinama kao preduvjetom za LOM-e u rješavanju multimorbiditeta.(12) Kompleksnost problema u bolesnika s multimorbiditetom dovodi do osjećaja

nesigurnosti u liječenju takvih bolesnika te je malo vjerojatno da se rješenja nalaze u sve sofisticiranijim smjernicama za pojedinačne kronične bolesti. Liječnici stoga moraju prihvatiti kliničku prosudbu na temelju procjene potreba pacijenta. To zahtijeva vrijeme za rješavanje više od jednog problema u isto vrijeme i koordinaciju skrbi na načine koji promiču dugoročne ili barem srednjoročne odnose između liječnika i pacijenata. Važnost usmjeravanja skrbi bolesniku, a ne pojedinačnoj bolesti, bilo liječnika opće/obiteljske medicine ili onih koji su specijalizirani za brigu o starijim osobama, ne može biti prenaglašena.(13)

4. RASPRAVA

4.1. Značajke i organizacija skrbi za bolesnike s multimorbiditetom

S obzirom na kompleksnost multimorbiditeta, organizacija bilo kakvih intervencija je isto tako kompleksna i višeslojna kada se pristupa svakoj pojedinačnoj potrebi takvih bolesnika. U prošlosti su se pokušavale definirati intervencije koje bi mogle pridonijeti poboljšanju ishoda skrbi za bolesnike s multimorbiditetom, no one su imale ograničena znanstvena pokrića. Unatoč tome, prepoznati su pojedini tipovi intervencija koji bi mogli rezultirati boljim ishodima skrbi. Cochrane urednička skupina za djelotvorniji rad i organizaciju skrbi (engl. EPOC, Cochrane Effective Practice and Organisation of Care) razvio je taksonomiju koja definira nekoliko tipova intervencija. To su: profesionalna intervencija, financijska intervencija, organizacijska intervencija, intervencija usmjerena ka pacijentu i regulatorna intervencija. Od njih se najviše pažnje pridaje organizacijskoj intervenciji i već je ranije pretpostavljeno da je ona najvažniji aspekt cijele intervencije. Ključni dio organizacijske intervencije je tzv. „case management“, odnosno obnašanje funkcije koordinatora za pacijente s multimorbiditetom od strane jedne osobe ili jedne grupe. Također, u Kanadi i u Velikoj Britaniji, implementirane su i neke druge vrste organizacijske intervencije koje funkcioniraju na temelju uključenja socijalnog rada i zajednice u program intervencije uz potporu medicinskih sestara koje su u tim modelima skrbi bile ključne osobe, odnosno koordinatori skrbi. Intervencije čiji cilj su bile osobe s određenim poteškoćama, kao što je invalidnost, također su se pokazale učinkovite.(1) U analizi Rolanda i Paddisona navedene su neke ključne komponente važne za poboljšanje skrbi bolesnika s multimorbiditetom. Jedna od njih je važnost kliničkog prosuđivanja prilikom procjene preporuka iz službenih smjernica za pojedinačne kronične bolesti.

Navodi se da je aktivno slušanje bolesnika, odnosno kvalitetna komunikacija liječnik -bolesnik ključna za procjenu najvažnijih potreba i za utvrđivanje ciljeva prema kojima će se skrb usmjeravati. Bolesnici su svjesni vrijednosti koju ima kontinuitet skrbi, osobito oni s kroničnim bolestima. Dobar kontinuitet i koordinacija skrbi povezani su s boljim ishodom bolesnika i povećanim zadovoljstvom pacijenata. Dakako da je za provođenje takve kompleksne i bolesniku usmjerene skrbi potrebno dovoljno vremena u kliničkom radu. Tako je, na primjer unutar sustava koji se bavi plaćanjem zdravstvenih usluga koje australski liječnici pružaju već dugi niz godina, prepoznata i vrednovana činjenica da je nekim pacijentima potrebno posvetiti više vremena tijekom konzultacije. I druge zemlje bi trebale slijediti taj primjer. Struktura i organizacija primarne zaštite trebala bi sadržavati izgradnju odnosa liječnika i pacijenta u jednom vremenskom kontinuitetu. (13)

Poseban pristup skrbi za bolesnike s multimorbiditetom potreban je i u onim situacijama kada je bolesniku samom teško voditi brigu o svojim lijekovima ili ga je potrebno bodriti i pomagati mu u svakodnevnim aktivnostima. Nadalje, poseban pristup je potreban ako bolesnik dobiva skrb i podršku na više mjesta, ako ima dugoročne fizičke i psihičke bolesti, ako je nemoćan ili često pada, ako mu je često potrebna neplanirana ili hitna pomoć ili ako mu se propisuje više redovitih lijekova. Zadatak LOM-a je identificirati bolesnike koji mogu imati koristi od pristupa skrbi koji uzima u obzir multimorbiditet tijekom rutinske skrbi uz proaktivno korištenje elektroničkih zdravstvenih podataka. LOM-ima bi korištenje validiranih elektroničkih programa olakšalo unos i analizu podataka pacijenta, ako su dostupni u elektroničkim zdravstvenim kartotekama primarne zdravstvene zaštite. Lakše bi identificirali odrasle osobe s multimorbiditetom koje su u opasnosti od nuspojava kao

što su neplanirani prijem u bolnicu ili prijem u domove za njegu. Osim toga, LOM bi trebao razmotriti korištenje elektroničkih zdravstvenih podataka u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kako bi se identificirali markeri povećanog opterećenja liječenjem, kao što je broj propisanih lijekova. Korištenjem pristupa skrbi koji uzima u obzir multimorbiditet za odrasle bilo koje dobi koji imaju propisane ili redovite lijekove (jer je vjerojatno da će biti izložen većem riziku od nuspojava i interakcija lijekova), jedan je od načina na koji bi se mogle umanjiti štete u budućnosti. Također bi trebalo razmotriti pristup skrbi koji uzima u obzir multimorbiditet za odrasle bilo koje dobi kojima je propisano 10 do 14 redovnih lijekova i oni kojima je propisano manje od 10 redovitih lijekova, ali su posebno izloženi riziku od nuspojava.(14)

4.2. Korištenje službe liječnika – Smjernice za skrb bolesnika s multimorbiditetom

Ne postoji mnogo smjernica za skrb za pacijente s multimorbiditetom. Dosadašnje smjernice ne pokrivaju sve aspekte koje bi trebalo uzeti u obzir, ali su, za razliku od prijašnjih koje su bile orijentirane isključivo na jednu bolesti, doprinijele razvoju skrbi za multimorbiditet. Preporuke smjernica koje pokrivaju širok spektar aktivnosti usmjerenih na kliničke aspekte rada i one koji se odnose na samu skrb, izvan su područja tradicionalnih smjernica usmjerenih na pojedinačnu bolesti.

Preporuke za skrb bolesnika s multimorbiditetom razlikuju se u svojim specifičnostima – od apstraktnih vodilja do detaljnih preporuka o potrebnim promjenama u praksi i načina koji pružaju poticajnu podršku. Ograničena dostupnost pouzdanih modela predviđanja rizika, izvedivih intervencija, dokazane učinkovitosti i pomoći pri donošenju odluka, kao i ograničeni konsenzus o odgovarajućim ishodima skrbi, čine glavne nedostatke istraživanja na kojima se navedene smjernice temelje.

(6) Kada se odluči za pristup skrbi koji uzima u obzir multimorbiditet, LOM treba biti usredotočen na sljedeće potrebe pacijenta: zdravstvene prilike osobe, interakcije raznih vrsta liječenja, utjecaj na kvalitetu života pacijenta, individualne potrebe osobe, individualne želje vezane za liječenje, prioriteti zdravlja, način života i ciljevi bolesnika, procjenu prednosti i nedostataka smjernica za pojedinačne bolesti, poboljšanje kvalitete života smanjenjem opterećenja liječenjem, rizike od nepovoljnih događaja i neplanirane uže skrbi, te poboljšanja koordinacije skrbi u svim službama. Tijekom konzultacije s bolesnikom LOM će pratiti određene korake u algoritmu pri pružanju pristupa skrbi koji uzima u obzir multimorbiditet na način da s bolesnikom i članovima tima razgovara o svrsi pristupa skrbi koji uzima u obzir multimorbiditet, utvrđuje bolest i opterećenje liječenjem, utvrđuje pacijentove ciljeve, vrijednosti i prioritete, pregledava lijekove i druge oblike liječenja uzimajući u obzir dokaze o mogućim prednostima i nedostatcima za pojedinog pacijenta, dogovara individualni plan rješavanja problema, uključujući i ciljeve i planove za buduću skrb te preuzima odgovornost za koordinaciju skrbi. Moguća prednost u tom procesu bila bi dostava individualiziranih planova skrbi i odgovornosti za koordinaciju skrbi svim stručnjacima i uključenim službama. LOM također prati vremenski tijek pružanja skrbi i osigurava način pristupa hitnoj skrbi.(14)

Kolaboracija za djelovanje u svrhu promocije zdravlja i sprječavanja kroničnih bolesti JA-CHRODIS (engl. Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS)) predlaže nekoliko komponenti važnih u liječenju i njezi pacijenata s multimorbiditetom i daje smjernice za liječenje u europskim zdravstvenim sustavima. Njihov članak opisuje šesnaest elemenata podijeljenih u kategorije: provođenje skrbi, potpora u odlučivanju, potpora u provođenju samostalne skrbi, informacijski sustavi i tehnologije i socijalni i društveni

resursi, važni u liječenju i skrbi bolesnika s multimorbiditetom i daje smjernice za liječenje u europskim zdravstvenim sustavima. Te smjernice uključuju: redovitu sveobuhvatnu procjenu bolesnika, multidisciplinarni, koordinirani tim stručnjaka imenovan od strane koordinatora, individualiziran plan skrbi i kontakt osobu za pacijenta i obitelj ("voditelj slučaja"), individualizirane planove skrbi, implementaciju medicine utemeljene na dokazima, osposobljavanje članova multidisciplinarnog tima, razvijanje sustava savjetovanja za profesionalne stručnjake, osposobljavanje pružatelja skrbi za prilagodbu podrške prema pacijentu u vidu samostalne skrbi u sklopu njegovih mogućnosti, pružanje mogućnosti pacijentima i obiteljima da poboljšaju samostalnu skrb, zajedničko odlučivanje (liječnik i pacijent), elektroničke zapise o pacijentima i kompjuterizirane kartone, razmjenu informacija o pacijentu (uz dopuštenje pacijenta) između pružatelja skrbi i drugih sektora skrbi uz pomoć kompatibilnih informacijskih sustava, jedinstveno kodiranje zdravstvenih problema pacijenata gdje je to moguće, tehnologiju koja omogućava pacijentima da šalju informacije svojim pružateljima zdravstvenih usluga, podršku pristupu društvenim i socijalnim resursima i uključivanje neformalne društvene mreže (obitelj, prijatelji, susjedi) u skrb bolesnika.(15)

4.2.1. Polifarmacija

Poseban problem za zdravstvene djelatnike je taj da režimi liječenja (uključujući nefarmakološke tretmane) mogu lako postati vrlo opterećujući za osobe s multimorbiditetom, a skrb može postati nekoordinirana i fragmentirana. Polifarmacija, kod osoba s multimorbiditetom, često je potaknuta uvođenjem više lijekova namijenjenih sprečavanju budućeg morbiditeta i smrtnosti. Međutim, korisnost

mnogih lijekova se umanjuje ako se stavi u kontekst smanjenja očekivanog trajanja života kao i u slučaju razvoja nemoći u bolesnika s multimorbiditetom. Učinak svakog dodatnog lijeka može se također smanjiti kada ljudi uzimaju više preventivnih lijekova. Implikacije multimorbiditeta za organizaciju zdravstvene skrbi vrlo su varijabilne, ovisno o uvjetima koje osoba ima. Skupine stanja koje su blisko povezane ili usklađene, kao što su dijabetes, hipertenzija i angina pektoris, postavljaju manje problema za koordinaciju nego stanja koja zahtijevaju sasvim drugačiji pristup (na primjer, fizički i psihičke bolesti i poteškoće).(14)

Istraživanaje o politerapiji na uzorku 180 815 odraslih osoba u primarnoj zdravstvenoj zaštiti pokazalo je da oko 20% pacijenata s dva kronična stanja imaju propisana četiri do šest lijeka, a 1% ima propisano 10 ili više lijekova. (16) Za bolesnike s najmanje šest kroničnih bolesti vrijednosti su se povećale na 48%, odnosno 42%. Polifarmacija je također još i dodatno povezana s morbiditetom uzrokovanim lijekovima, kao što su nuspojave lijekova, nepovoljna stanja izazvana neprikladnim propisivanjem lijekova ili stanja nastala zbog smanjenog učinka lijekova.(17) Prevalencija polifarmacije je u porastu, uglavnom zbog promjena u demografiji stanovništva i povećanja udjela bolesnika s multimorbiditetom.(18) Prilikom pregleda lijekova i drugih načina liječenja, LOM-u se savjetuje korištenje baze podataka o učincima liječenja kako bi pronašao informacije o učinkovitosti liječenja, trajanju liječenja i populaciji uključenoj u pokuse liječenja. Također se preporuča korištenje raznih alata za skrining (npr. alat probira koji liječnika upozorava na ispravno propisivanje lijekova, engl. START - Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment ili alat probira koji liječnika upozorava na potencijalno neodgovarajuće propisivanje lijekova starijim osobama, engl. STOPP, Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions) kako bi se identificirali

mogući rizici za sigurnost vezanu uz lijekove koje osoba koristi, kao i za one lijekove od kojih bi osoba mogla imati koristi, ali ih trenutno ne uzima. Prilikom optimizacije liječenja, trebao bi razmisliti o bilo kakvim lijekovima ili nefarmakološkim tretmanima koji bi mogli biti započeti, kao i onima koji bi mogli biti zaustavljeni. Bitno je pitati osobu pružaju li oblici liječenja koji služe za ublažavanje simptoma zadovoljavajući učinak ili nanose štetu. Ako osoba nije sigurna u korist ili štetu zbog liječenja, LOM bi trebao predložiti smanjenje ili zaustavljanje liječenja, kao i planiranje pregleda kako bi pratili učinke svih napravljenih promjena i odlučiti jesu li potrebne daljnje promjene u liječenju (uključujući ponovno pokretanje liječenja). Također bi trebalo uzeti u obzir mogućnost niže ukupne koristi nastavka liječenja čiji je cilj pružiti prognostičku korist, osobito u osoba s ograničenim životnim vijekom ili slabošću. Važno je da LOM razgovara s osobama koje imaju multimorbiditet, ograničen životni vijek ili slabost, žele li nastaviti s liječenjem preporučenim u smjernicama za pojedinačne zdravstvene uvjete koje im mogu ponuditi ograničenu ukupnu korist. Također je važno razgovarati o svim promjenama u liječenju koje bi se provele kako bi pružio informaciju o prognozi koristi za osobu od takvog liječenja, uzimajući u obzir njegova stajališta o vjerojatnim koristima i štetnostima pojedinih načina liječenja te o tome što im je važno u smislu osobnih ciljeva, vrijednosti i prioriteta. Kao primjer navodi se osoba koja je uzimala bisfosfonat za osteoporozu najmanje 3 godine i procjena LOM-a da lijek više nije adekvatan za pacijenticu. Procjena se odnosi na daljnju korist od nastavka bisfosfonata još 3 godine i šteti od prestanka uzimanja bisfosfonata naredne 3 godine. U raspravu o prestanku uzimanja bisfosfonata nakon 3 godine LOM treba uključiti i pacijenta, evaluirati rizik od prijeloma i očekivano trajanje života pacijenta. Mnogi ljudi uzimaju preventivne lijekove koji ne daju adekvatne rezultate zbog smanjenog očekivanog životnog vijeka. Lijekovi i drugi

oblici liječenja mogu stoga povećati opterećenje liječenjem bez dodavanja kvalitete ili duljine života. Sposobnost identificiranja osoba sa smanjenim očekivanim trajanjem života mogla bi pružiti zdravstvenim djelatnicima i osobama informacije koje bi mogle donijeti odluke o pokretanju ili nastavku dugoročnog preventivnog liječenja. Isto tako, mlađi ljudi s multimorbiditetom i smanjenim očekivanim trajanjem života mogu imati koristi od dodatnih preventivnih oblika liječenja .(14)

4.2.2. Kvaliteta života – zdravstveni ishodi, nemoć i povećanje nesposobnosti

Multimorbiditet ima obrnuto proporcionalan odnos s kvalitetom života pacijenta. Utječe na sve njegove aspekte, iako do sada nije sasvim jasno u kojoj mjeri utječe na socijalnu i psihološku dimenziju kvalitete života. Za razliku od toga dosadašnja istraživanja jasnije su pokazala poveznicu između multimorbiditeta i smanjene funkcionalne osposobljenosti. (19)

Rezultati upitnika koji je bio proveden među pacijentima s multimorbiditetom u SAD-u otkrili su niz važnih problema. Problemi su uključivali fizičke simptome i njihove učinke na funkcioniranje, psihološke reakcije, negativne učinke na odnose i utjecaj na rad i slobodne aktivnosti. Pacijenti su bili više zabrinuti zbog narušavanja funkcionalnosti i načina na koji te bolesti utječu na njihov život, nego zbog simptoma bolesti. Također su izrazili zabrinutost zbog lijekova i problema u interakciji sa svojim liječnicima i zdravstvenim sustavom. Njihove brige o zdravlju jasno predstavljaju velike izazove za ove bolesnike. Glavne brige i poteškoće su bile vezane sa samopomoć. Zabrinutost ovih bolesnike, predstavlja važan odgovor na pitanja s kojima se suočavaju u svakodnevnom životu i njihovom odnosu prema zdravstvenom sustavu. Analize su pokazale da ovisnost zdravstvene zaštite o

specifičnim intervencijama na pojedinačnim bolestima, fokusiranje tijekom skrbi prema simptomima umjesto na funkcionalno stanje, oslanjanje na lijekove i fragmentacija skrbi često ne rješavaju aktualne potrebe bolesnika, ali mogu stvoriti istovremeno onoliko problema koliko ih i rješavaju.(20)

U komunikaciji liječnika s bolesnikom koji boluje od većeg broja kroničnih bolesti važno je pristupiti razgovoru na način da se bolesniku pojasni koja je svrha posebne skrbi, odnosno koji bi postupci mogli dovesti do poboljšanja kvalitete života. Na primjer: smanjenje opterećenja liječenjem i optimizirana skrb kao i podrška bolesniku pri donošenju odluke o tome kako postići maksimalnu korist od postojećih oblika liječenja. Važno je nadalje prepoznati one oblike liječenja, gdje se primjenjuje velik broj lijekova koji mogu rezultirati brojnim nuspojavama (na primjer: padovi, gastrointestinalno krvarenje, akutno oštećenje bubrega). Uključivanjem nefarmakoloških načina liječenja moguće je pružiti alternativu nekim lijekovima. (14)
Prilikom utvrđivanja ciljeva liječenja, te vrijednosti koje su važne bolesniku kao i određivanje prioriteta liječenja važnoga za bolesnika, najbitnije je dogovoriti s bolesnikom, a prema njegovoj odluci i želji, u kolikoj mjeri dopušta da njegov partner, članovi obitelj i/ili njegovatelji, budu uključeni u ključne odluke vezane za skrb nad njegovim zdravstvenim stanjem. Redoviti kontrolni pregledi ključna su pretpostavka uspješne konzultacije i kontinuiteta održavanja zdravstvenog stanja. U skrbi za bolesnika s multimorbiditetom LOM treba poticati osobe s multimorbiditetom da iznesu ono što im je važno, uključujući njihove osobne ciljeve, vrijednosti i prioritete. To može uključivati: održavanje njihove neovisnosti, poduzimanje plaćenog ili volonterskog rada, sudjelovanje u društvenim aktivnostima i aktivno sudjelovanje u obiteljskom životu, sprečavanje određenih nepovoljnih ishoda (na primjer, moždani

udar), smanjenje štete od lijekova, smanjenje opterećenja liječenjem, produljenje života.(14)

Također je bitno naglasiti da su uzročno-posljedično način života i životne navike vezane uz samu pojavu mutimorbiditeta, na način da loše navike predstavljaju značajan rizik za pojavu skoro svih bolesti koje se tradicionalno pojavljuju u sklopu multimorbiditeta. Do sada su objavljene i studije koje pružaju potporu za povezivanje nezdravih životnih navika s multimorbiditetom. Povećanje multimorbiditeta s kombiniranim učinkom nezdravih životnih odluka može se koristiti za hipotezu da bi promicanje pozitivnih čimbenika zdravlja moglo biti intervencija u borbi protiv multimorbiditeta.(21)

4.2.3. Teret bolesti (engl. burden of disease) – nošenje s bolešću i socijalna mreža

Važna uloga LOM-a je prepoznati koliki je teret bolesti prisutan kod bolesnika razgovarajući s njim o tome kako njegovi zdravstveni problemi utječu na njegov svakodnevni život. U razmatranju toga važno je uključiti i psihičko zdravlje bolesnika te procijeniti kako teret bolesti utječe na njega. Nadalje, svakako bi bilo važno procijeniti kako zdravstveni problemi i njihova interakcija utječu na kvalitetu života bolesnika. Svakako je važno da LOM u razgovor s pacijentom i donošenje odluka o daljnjoj skrbi uključi u razmatranje i broj i vrstu zdravstvenih pregleda koje osoba ima i gdje se one odvijaju, broj i vrstu lijekova koje uzima i koliko često primjećuje nuspojave. Isto tako je važno razmotriti sve nefarmakološke načine liječenja kao što su dijete, programi vježbanja i psihološki oblici podrške i liječenja jer svi oni potencijalno mogu utjecati na bolesnikovo mentalno zdravlje ili dobrobit. Potrebno je

posebnu pažnju usmjeriti na otkrivanje depresije i anksioznosti, kronične boli te važnost da se procijeni čak i onaj način liječenja boli koji se čini adekvatnim.(14)

Nakon ciljanog razgovora s bolesnikom o opterećenosti bolestima i liječenju, te osobnim ciljevima, vrijednostima i prioritetima, LOM treba razviti i dogovoriti individualizirani plan skrbi s bolesnikom. Liječnik i bolesnik trebaju zajednički postići dogovor o tome što će se zabilježiti kao daljnji plan liječenja te koje će se akcije potom poduzeti. To može uključivati uvođenje, zaustavljanje ili mijenjanje lijekova i nefarmakoloških postupaka, određivanje prioriteta zdravstvenih pregleda, predviđanje mogućih promjena u zdravlju i dobrobiti, dodjeljivanju odgovornosti za koordinaciju skrbi i osiguravanje da se o tome obavijeste drugi zdravstveni radnici i službe, osvrtanje na neka druga područja koja osoba smatra važnima i organiziranje praćenja i analize izvršenja donesenih odluka. Također je preporuka da se podjele kopije plana upravljanja u pristupačnom formatu s pacijentom i (uz dopuštenje pacijenta) drugim osobama uključenim u njegu (uključujući zdravstvene djelatnike, partnera, članove obitelji i/ili njegovatelje).(14)

4.2.4. Modeli skrbi za bolesnike s multimorbiditetom

Model kronične skrbi (engl. Chronic Care Model (CCM))

Učinkovito liječenje kroničnih bolesti u ordinaciji LOM-a karakteriziraju produktivne interakcije između aktiviranih pacijenata (kao i njihove obitelji i njegovatelja) i organiziranog te pripremljenog tima u praksi. Ta se skrb odvija u sustavu zdravstvene skrbi koji koristi resurse zajednice. Na razini kliničke prakse, četiri područja (elementi modela kronične skrbi) utječu na sposobnost pružanja učinkovite i kontinuirane skrbi. To su: podrška za samostalnu skrb (engl. self management),

dizajn sustava pružanja skrbi, podrška u odlučivanju i klinički informacijski sustavi. Cilj je osigurati zdravstvenu skrb koja je sigurna, učinkovita, pravodobna, usmjerena na pacijenta i pravedna. Promjene sustava rade se prema tim kriterijima. (22)

Wagner je, 1996. godine, osmislio model kronične skrbi na osnovu nekoliko elemenata koji su se u prošlosti pokazali značajnima za unaprjeđenje skrbi za bolesnike s multimorbiditetom, a koji su navedeni i u ovom pregledu. Tih nekoliko elemenata mogu se podijeliti u pet općih područja: (1) korištenje određenih planova i smjernica na temelju dokaza, (2) reorganizacija radnog vremena kako bi se zadovoljile potrebe pacijenata kojima je potrebno posvetiti više vremena, širok raspon resursa i češće kontrole, (3) pažnja usmjerena na ponašanje i potrebe pacijenata; (4) jednostavan pristup određenoj ekspertizi i (5) potporni informacijski sustavi.

Sastavnice Wagnerovog modela su sljedeće:

1. *Planirana skrb utemeljena na dokazima*. Planiranje skrbi za skupine pacijenata i za pojedinačne pacijente bitan je korak prema poboljšanju skrbi za kronične bolesti.
2. *Reorganizacija radnog vremena*. Da bi se izbjegle ograničene petnaestominutne posjete u ordinaciji potrebno je provesti značajne organizacijske promjene. Pod time se podrazumijevaju promjene u organizaciji timova i raspodjela obaveza, sustave imenovanja i praćenja te dostupnost drugih specijalista.
3. *Podrška za samostalnu skrb i promjenu ponašanja pacijenta*. Svi uspješni programi kroničnih bolesti pružaju neku vrstu obrazovnog programa koji

zadovoljava potrebe pacijenata i skrbnika za informacijama, vještinama ponašanja i psihosocijalnom podrškom.

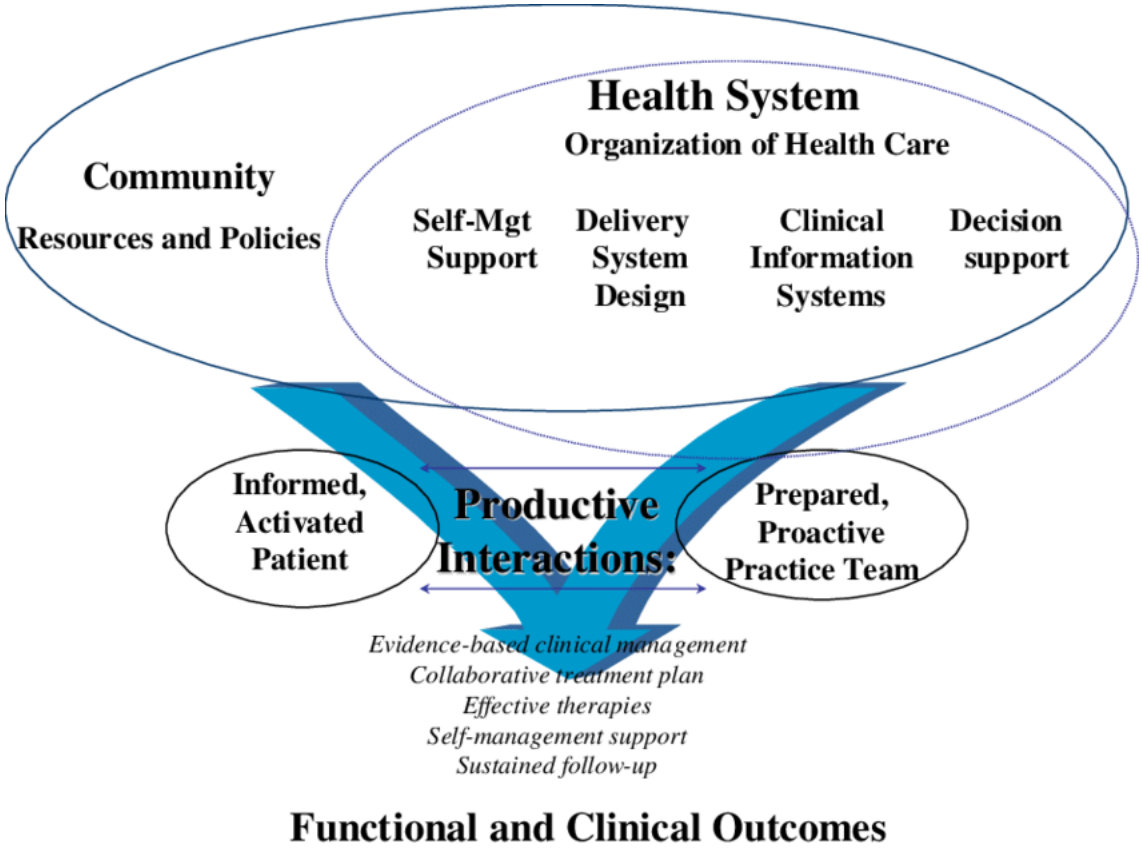
4. *Stručnost.* Ključno istraživačko pitanje u ovom području, a možda i za liječenje kroničnih bolesti općenito je trebaju li pružatelji zdravstvene zaštite bolesnicima biti liječnici opće medicine ili specijalisti kao tzv. „care manager-i“.
5. *Informacije.* Popis svih pacijenata sa kroničnim stanjem - registar - može biti ključan prvi korak u pružanju pomoći u prelasku iz akutne, reaktivne skrbi u organiziranu, planiranu skrb. Dostupnost popisa svih pacijenata i nekoliko drugih ključnih elemenata podataka predstavlja mogućnost podsjećanja pacijenata i liječnika na potrebe praćenja ili preventivne intervencije. (23)

Za poboljšanje kvalitete skrbi kroničnih bolesnika iskustva temeljena na preporukama *Modela kronične skrbi* pokazala su se vrlo korisna. Premda ne postoje konačna rješenja, do danas su objavljeni rezultati nekih istraživanja koji su pokazali da su se ordinacije opće medicine počele prilagođavati preporukama *Modela kronične skrbi* u pogledu kvalitete skrbi i ishoda za pacijente s različitim kroničnim bolestima. To je potvrđeno u zdravstvenom sustavu Sjedinjenih Američkih Država kao i u nekim drugim zemljama. Iako bi neke manje intervencije, koje se odnose na funkcioniranje modela skrbi za kronične bolesnike, bile jednostavnije za provesti, mnogo više truda treba uložiti u postizanje praktičnosti, učinkovitosti i racionalizacije troškova ordinacije.

Osim toga, *Model skrbi za kronične bolesnike* ne predstavlja intervenciju koja je odmah primjenjiva, već predstavlja okvir unutar kojeg organizacije za pružanje skrbi prenose opće ideje za promjene na manji, specifičniji nivo zdravstvene skrbi. Naime, specifične promjene u ordinaciji povezane s određenim elementom sadržanim u

Modelu zaštite kroničnih bolesnika variraju od organizacije do organizacije i od zemlje do zemlje. Na primjer, neke prakse obiteljske medicine pružaju potporu za samostalnu skrb upućivanjem pacijenata na bolničku medicinsku edukaciju, dok neke druge ordinacije koriste druge metode savjetovanja.(24)

Na slici 1. prikazan je *Model kronične skrbi*[1]



[1] (A Leaders' Guide to Creating the Business Case for Planned Care - Scientific Figure onResearchGate. Available at: https://www.researchgate.net/figure/The-Wagner-Care-Model_fig1_254110574 [accessed May, 2019])

Skrb usmjerena ka pacijentu – model „kuća skrbi“

Pacijentu usmjerena medicinska kuća (engl. Patient-centered medical home (PCMH), predstavlja dobro organizirani tim ljudi koji su integrirani u zajednicu i koji nastoje poboljšati zdravlje ljudi u toj zajednici. Oni organiziraju i pružaju usluge s ciljem optimiziranja i usklađivanja temeljnih obilježja primarne zdravstvene zaštite u skladu s novim idejama, a koje se odnose na organiziranje i razvijanje prakse te promjenama zdravstvenog sustava u jednoj široj dimenziji od postojeće. Za razliku od uže usredotočenih načina organiziranja zdravstvene skrbi, PCMH ima za cilj personalizirati, odrediti prioritete i integrirati skrb za poboljšanje zdravlja ljudi, obitelji, zajednica i stanovništva. Kuća skrbi oslanja se na četiri osnovna principa: 1) temeljna načela primarne zdravstvene zaštite: prvi kontakt, sveobuhvatnost, integracija/ koordinacija i kontinuirani odnosi 2) novi načini organiziranja ordinacije 3) razvoj unutarnjih kompetencija i 4) promjena zdravstvene zaštite i troškova. (25)

Principi modela „kuća skrbi“[2]

Osobni liječnik	Svaki pacijent ima svog osobnog liječnika koji je osposobljen za skrb pri prvom kontaktu i za pružanje kontinuirane i sveobuhvatne skrbi.
Liječnička ordinacija pod vodstvom liječnika	Osobni liječnik vodi tim pojedinaca na razini prakse koji zajednički preuzimaju odgovornost za stalnu brigu o pacijentima.
Skrb usmjerena ka pacijentu	Osobni liječnik je odgovoran za osiguravanje svih zdravstvenih potreba pacijenta i preuzimanje odgovornosti za prikladno organiziranje skrbi s drugim kvalificiranim stručnjacima.
Njega je koordinirana i/ili integrirana	Kroz sve elemente složenog zdravstvenog sustava (npr. subspecijalistička skrb, bolnice, razne domicilne zdravstvene udruge, domovi za njegu) i zajednicu bolesnika (npr. obiteljske, javne i privatne usluge u zajednici). Njegu olakšavaju registri, informacijska tehnologija, razmjena zdravstvenih informacija i druga sredstva
Kvaliteta i sigurnost	Uključuju: proces planiranja skrbi, medicinu utemeljenu na dokazima, odgovornost, mjerenje uspješnosti, uzajamno sudjelovanje i donošenje odluka
Bolji pristup	Skrb je dostupna kroz sustave kao što su fleksibilni termini, dodatno radno vrijeme i nove mogućnosti za komunikaciju između pacijenata, njihovih osobnih liječnika i ordinacije.
Plaćanje	Plaćanje izvan tradicionalnih okvira.

[2] (Summarized from: American Academy of Family Physicians (AAFP), American Academy of Pediatrics (AAP), American College of Physicians (ACP), American Osteopathic Association (AOA). Joint principles of the patient-centered medical home. 2007. Available at: www.medicalhomeinfo.org/Joint%20Statement.pdf, Accessed May 2019)

Rezultati studije Europskog projekta za inovativnu skrb za ljude s više kroničnih bolesti (engl. European ICARE4EU) navode da, iako postoje primjeri integrirane skrbi u europskim zemljama koje se bave nekim aspektima usmjerenosti ka pacijentu u načinu na koji pružaju skrb osobama s multimorbiditetom, ima prostora za poboljšanje. Budući integrirani programi skrbi koji su usmjereni na osobe s multimorbiditetom trebaju podržati uključivanje pacijenata u razvoj individualnih planova skrbi, prilagoditi skrb potrebama specifičnih skupina pacijenata, eksplicitno uključiti neformalne skrbnike te uspostaviti multidisciplinarnu suradnju, a idealno bi bilo uključiti sve razine zdravstvene zaštite. Također se preporučuje ulagati u sustavne analize usluga integrirane skrbi za osobe s multimorbiditetom, kako bi se podržao razvoj te politike i njezina daljnja provedba.(26)

Istraživanje ishoda skrbi nakon primjene modela kronične zaštite pokazalo je da usvajanje modela PCMH u ordinacijama obiteljske medicine u primarnoj zdravstvenoj zaštiti smanjuje vjerojatnost posjete hitnoj službi kronično bolesnih pacijenata. Smanjio se broj posjeta pacijenata s dijabetesom, hipertenzijom i koronarnom arterijskom bolešću.(27) Drugo istraživanje pokazalo je da prema modelu „kuća skrbi za kronične bolesnike“ pružanje visokoučinkovite skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osobama koje su nemoćne, može poboljšati ishode liječenja za tu skupinu bolesnika. To su potvrdili i korisnici navedenih usluga izrazivši zadovoljstvo što uvijek dobivaju skrb koja im je potrebna jer su uključeni u navedeni model. Također su nestale i rasne i etničke razlike u dobivanju potrebne skrbi među onim bolesnicima kod kojih je ovaj model primijenjen, dok su razlike u preventivnoj skrbi i liječenju kroničnih stanja ili smanjene ili eliminirane.(28)

4.3. Kvaliteta i ishodi skrbi za bolesnike s multimorbiditetom

Ishodi skrbi mogu se podijeliti na ishode vezane za organizaciju zdravstvene zaštite i ishode vezane za ponašanje pacijenata, promjenu psihičkog zdravlja i promjene u funkcionalnom statusu bolesnika. LOM je često zbog administrativnog opterećenja ili broja posjeta u jednom danu, onemogućen u provođenju kvalitetne i dobro koordinirane skrbi za bolesnike s multimorbiditetom. U drugu ruku, ti su bolesnici preopterećeni brojem i vrstama različitih dijagnostičkih i terapijskih postupaka koji ih često usmjeravaju na više liječnika i bolnica. Neizostavno je uz to rastuće financijsko opterećenje koje rezultira i financijskom i emocionalnom iscrpljenosti pacijenta i njegove obitelji. Već je spomenut mogući pozitivni utjecaj organizacije interdisciplinarnog tima i raznih modela na poboljšanje ishoda skrbi, međutim postoji nekoliko razloga zbog čega to nije jednostavno izvesti. Kronične bolesti su same po sebi progresivne i zbog toga nije moguće spriječiti njihove egzacerbacije koje su neizbježne. Osim toga još uvijek nije definirana struktura interdisciplinarnog tima i načini provođenja zdravstvene zaštite, a ni način poticanja na izvrsnost pojedinog tima. Do sada nisu rađena istraživanja koja bi potvrdila koji su to visokorizični bolesnici koji bi imali koristi od takve posebne organizacije zdravstvene skrbi. (29) Neka istraživanja pokazala su da bi uključivanje farmaceuta i farmakoterapeuta u terapijski interdisciplinarni tim moglo rezultirati pravilnijim i redovitijim uzimanjem lijekova od strane kroničnih bolesnika. Takvi ishodi bi se, vjerojatno, mogli odraziti i na racionalnije korištenje drugih zdravstvenih usluga.(30) Rezultati istraživanja o racionalnosti korištenja zdravstvenog sustava, provedenog u SAD-u, pokazali su da bi se boljom suradnjom različitih stručnjaka unutar primarne zdravstvene zaštite možda moglo dovesti do smanjenja korištenja sustava te do poboljšanja zdravstvenog stanja bolesnika koji boluju od više kroničnih bolesti. (31) Nadalje,

istraživanje provedeno u SAD-u koje je analiziralo ishod intervencije medicinske sestre koja je skrbila o bolesnicima koji su bolovali od nekoliko kroničnih bolesti, po točno definiranim smjernicama i preporukama, pokazalo je da je na taj način moguće unaprijediti kontrolu bolesti i smanjiti prevalenciju depresije kod tih pacijenata. (32) Također, rađena je analiza učinkovitost intervencije koja je bila usmjerena na promjenu ponašanja pacijenata prema svojoj bolesti. Rezultat je bio da unatoč edukaciji i konzultacijama ispitanici nisu pokazali promjenu u ponašanju, a posljedično nije došlo niti do promjene u kvaliteti života. Nađen je, statistički značajan, samo napredak u samokontroli bolesti, što je potvrdilo poznatu činjenicu da osnaživanje bolesnika da budu aktivno uključeni u svoju skrb može rezultirati boljim ishodima skrbi. (33)

5. ZAKLJUČAK

Rastući broj bolesnika koji boluju od multimorbiditeta u posljednjim desetljećima važan je problem koji zahtijeva od zdravstvenih sustava diljem svijeta da nađu načine kako bi zdravstvena skrb koju pružaju takvim bolesnicima bila adekvatna. S obzirom na slojevitost i kompleksnost problema multimorbiditeta u zdravstvenoj i interdisciplinarnoj skrbi, prije svega bilo bi važno usmjeriti pažnju na uzroke multimorbiditeta i na one bolesnike koji su pod rizikom za njegov razvoj. Pored toga bilo bi važno naći učinkovit način probira među bolesnicima s multimorbiditetom kako bi se izdvojili oni koji bi mogli imati koristi od takve vrste skrbi. U tu zasebnu skupinu bolesnika mogu se ubrojiti kronični bolesnici koji boluju od nekoliko kroničnih bolesti, koji piju više lijekova i koji imaju potrebe za čestim posjetama liječniku obiteljske medicine. To su također pacijenti koji zbog svojih bolesti imaju smanjenu kvalitetu života, a njihova bolest ih ograničava u svakodnevnim aktivnostima. Nadalje, to su i oni bolesnici koji su ovisni o pomoći drugih ljudi, a multimorbiditet im predstavlja teret i povećava osjećaj nemoći. Važno je da se u rješavanju problema tih bolesnika pristupa individualno, što znači da svaki bolesnik treba imati poseban način skrbi prilagođen svojem stanju i svojim potrebama. Od ključne važnosti je organizacija rada ordinacije opće medicine, radnog vremena tima i načini suradnje te uključivanja drugih zdravstvenih radnika u skrb za bolesnike s multimorbiditetom. Kvalitetu skrbi i utjecaj na njene ishode moglo bi poboljšati aktivno uključivanje članova obitelji i uže okoline u skrb. Sam bolesnik također bi trebao biti dovoljno educiran o svom stanju te o načinu na koji si sam može pomoći i olakšati tegobe. Polifarmacija predstavlja izuzetan teret svakome bolesniku, stoga LOM treba pronaći individualno rješenje za svakog pojedinca respektirajući principe racionalne farmakoterapije te odmjeravajući potencijalne koristi i potencijalnu štetu od primjene nekih lijekova s obzirom na dob,

očekivano trajanje života, kvalitetu života i pridružene komorbiditete. Premda se liječenje bolesnika s multimorbiditetom ne može temeljiti na svim preporukama iz kliničkih smijernica namijenjenih bolesnicima s jednom kroničnom bolesti, rad brojnih stručnjaka na problemu zdravstvene skrbi bolesnika s multimorbiditetom i brojnih preporuka sadržanih u smjernicama za tu kategoriju bolesnika mogle bi biti od koristi liječniku obiteljske medicine, liječniku gerijatru kao i svim zdravstvenim djelatnicima koji skrbe za ovakve bolesnike.

6. ZAHVALE

Zahvaljujem svojoj mentorici, prof.dr.sc. Đurđici Kašubi Lazić na ljubaznosti i stručnoj pomoći oko pisanja diplomskog rada.

Također zahvaljujem određenim kolegama koji su mi tijekom školovanja bili prijatelji kada je bilo potrebno i vjerovali u mene kada ja to nisam mogla.

Hvala i mojim roditeljima na trudu i pažnji, zbog njih sam sada ovdje gdje jesam.

7. LITERATURA

1. Smith SM, Wallace E, Odowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016;

2. Akker MVD, Buntinx F, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. Eur J Gen Pract 1996;2(2):65–70.

3. World Health Organization. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016. dostupno na : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252275/9789241511650-eng.pdf;jsessionid=37974F451A5D6B0A5927E6334ADD2328?sequence=1 (pristupljeno 1.05.2019.).

4. Reste JYL, Nabbe P, Manceau B, Lygidakis C, Doerr C, Lingner H, et al. The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of multimorbidity in family medicine and long term care, following a systematic review of relevant literature. J Am Med Dir Assoc 2013;14(5):319–25.

5. Reste JYL, Nabbe P, Lazic D, Assenova R, Lingner H, Czachowski S, et al. How do general practitioners recognize the definition of multimorbidity? A European qualitative study. Eur J Gen Pract 2016;22(3):159–68.

6. Muth C, Blom JW, Smith SM, Johnell K, Nguyen TS, Brueckle M, et al. Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy : a systematic guideline review and expert consensus. 2018;

7. Kašuba Lazić Đ, Cedilnik Gorup E. Bolesnik s istodobnim bolestima u obiteljskoj medicini. U: Katić M, Švab I i sur, ur. Obiteljska medicina. Zagreb: Alfa Zagreb; 2013. Str. 391–400.

8. Uijen AA, Lisdonk EHVD. Multimorbidity in primary care: Prevalence and trend over the last 20 years. Eur J Gen Pract 2008;14(sup1):28–32.

9. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of Multimorbidity Among Adults Seen in Family Practice. Ann Fam Med 2005;3(3):223–8.

10. Macleod U, Mitchell E, Black M, Spence G. Comorbidity and socioeconomic deprivation: an observational study of the prevalence of comorbidity in general practice. Eur J Gen Pract 2004;10(1):24–6.

11. Katić M. Položaj i funkcioniranje obiteljske medicine u Hrvatskoj. U: Katić M, Švab I i sur, ur. Obiteljska medicina. Zagreb: Alfa Zagreb; 2013. Str. 19–27.

12. Søndergaard E, Willadsen TG, Guassora AD, Vestergaard M, Tomasdottir MO, Borgquist L, et al. Problems and challenges in relation to the treatment of patients with multimorbidity: General practitioners' views and attitudes. Scand J Prim Health Care 2015;33(2):121–6.

13. Roland M, Paddison C. Better management of patients with multimorbidity. Bmj 2013;346(may02 1):2 -5.

14. Multimorbidity: clinical assessment and management [Internet]. NICE. [pristupljeno12.06.2019.]. Dostupno na: https://www.nice.org.uk/guidance/ng56

15. Palmer K, Marengoni A, Forjaz MJ, Jureviciene E, Laatikainen T, Mammarella F, et al. Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). Health Policy 2018;122(1):4–11.

16. Payne RA, Avery AJ, Duerden M, Saunders CL, Simpson CR, Abel GA. Prevalence of polypharmacy in a Scottish primary care population. Eur J Clin Pharmacol 2014;70:575–81.

17. Duerden M, Avery T, Payne R. Polypharmacy and medicines optimisation Making it safe and sound. London: The King's Fund; 2013.

18. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. Bmj 2015;350(jan20 2).

19. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review [Internet]. Health and quality of life outcomes. BioMed Central; 2004 [pristupljeno 12.06.2019.]. Dostupno na: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC526383/

20. Noel PH, Frueh BC, Larme AC, Pugh JA. Collaborative care needs and preferences of primary care patients with multimorbidity. Health Expect 2005;8(1):54–63.

21. Fortin M, Haggerty J, Almirall J, Bouhali T, Sasseville M, Lemieux M. Lifestyle factors and multimorbidity: a cross sectional study. BMC Public Health 2014;14(1).

22. Wagner E. Summary of the Wagner Chronic Care Model. Seattle: MacColl Institute, Group Health Cooperative.

23. Wagner EH, Austin BT, Korff MV. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. Milbank Q 1996;74(4):511.

24. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. Health Aff 2009;28(1):75–85.

25. Stange KC, Nutting PA, Miller WL, Jaén CR, Crabtree BF, Flocke SA, et al. Defining and Measuring the Patient-Centered Medical Home. J Gen Intern Med 2010;25(6):601–12.

26. Heide IVD, Snoeijs S, Quattrini S, Struckmann V, Hujala A, Schellevis F, et al. Patient-centeredness of integrated care programs for people with multimorbidity. Results from the European ICARE4EU project. Health Policy 2018;122(1):36–43.

27. David G, Gunnarsson C, Saynisch PA, Chawla R, Nigam S. Do Patient-Centered Medical Homes Reduce Emergency Department Visits? Health Serv Res 2014;50(2):418–39.

28. Beal AC, Doty MM, Hernandez SE, Shea KK, Davis K. Closing the divide : How medical homes promote equity in health care Results from the Commonwealth Fund 2006 Health Care Quality Survey;2007.

29. Kašuba Lazić Đ. Intervencije i ishodi skrbi u bolesnika s multimorbiditetom kroničnih bolesti u obiteljskoj medicini. ur. Soldo D. Zbornik: Petnaesti kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora .Zagreb, 2015. str. 65-73

30. Hogg W, Lemelin J, Moroz I, Soto E, Russell G. Improving prevention in primary care: Evaluating the sustainability of outreach facilitation. Can Fam Physician 2008;54(5):712–20.

31. Krska J, Cromarty JA, Arris F, Jamieson D, Hansford D, Duffus PR. Pharmacist-led medication review in patients over 65: a randomized, controlled trial in primary care. Age Ageing 2001;3(3):205–11.

32. Sommers LS, Marton KI, Barbaccia JC, Randolph J. Physician, nurse and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. Arch Intern Med 2000;160(12):1825–33.

33. Katon WJ, Lin EH, VonKorff M, Ciechanowski P, Ludman EJ, Young B, et al. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. N Engl J Med 2010;363(27):2611–20.

8. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 18.12.1992. godine u Freyung-u, Savezna Republika Njemačka. Završila sam osnovnu školu i privatnu srednju školu „ Una Sana College“ u Bihaću (BiH). Završila sam osnovnu školu J.U. „Umjetnička škola“ Bihać. Medicinski fakultet upisala sam 2011. godine. Za vrijeme studija bila sam aktivni član Studentske sekcije za javno zdravstvo i Sekcije za anesteziologiju, reanimatologiju i hitnu medicinu. Tečno govorim engleski i njemački jezik.