

SMERNICE ZA OBRAVNAVO BOLNIKOV Z MULTIMORBIDNOSTJO IN POLIFARMAKOTERAPIJO

ALGORITEM ZA OBRAVNAVO BOLNIKOV Z MULTIMORBIDNOSTJO IN POLIFARMAKOTERAPIJO



Pripravila:

dr. Tatja Kostnapfel, mag. farm.,
Nacionalni inštitut za javno zdravje
Gregor Veninšek, dr. med.,
Center za geriatrično medicino, UKC Ljubljana



SMERNICE ZA OBRAVNAVO BOLNIKOV Z MULTIMORBIDNOSTJO IN POLIFARMAKOTERAPIJO

ALGORITEM ZA OBRAVNAVO BOLNIKOV Z MULTIMORBIDNOSTJO IN POLIFARMAKOTERAPIJO

Pripravila:

dr. Tatja Kostnapfel, mag. farm., Nacionalni inštitut za javno zdravje
Gregor Veninšek, dr. med., Center za geriatrično medicino, UKC Ljubljana

Izdajatelj: NIJZ

CIP

Ljubljana 2026

Povzeto po:

NICE NG56. Multimorbidity: clinical assessment and management. NICE guideline, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>)

SMERNICE ZA OBRAVNAVO BOLNIKOV Z MULTIMORBIDNOSTJO IN POLIFARMAKOTERAPIJO

1. Opredelitev multimorbidnosti:

Multimorbidnost pomeni prisotnost dveh ali več dolgotrajnih zdravstvenih stanj, vključno z:

- določenimi telesnimi in duševnimi stanji (npr. diabetes, shizofrenija);
- trajajočimi stanji (npr. učna motnja);
- kompleksnimi simptomi (npr. krhkost, kronična bolečina);
- senzoričnimi okvarami (npr. okvara vida ali sluha);
- zlorabo alkohola ali drugih substanc.

Obvladovanje dejavnikov tveganja je lahko veliko breme in ga je treba skrbno pretehtati pri optimizaciji oskrbe.

Potreben je osebni pristop z oceno potreb in izdelavo individualiziranega načrta, katerega cilj je

izboljšanje kakovosti življenja z zmanjšanjem bremena zdravljenja, neželenih dogodkov in nenačrtovane oskrbe. Upošteva potrebe, prioritete in življenjski slog osebe ter izboljšuje koordinacijo oskrbe.

Individualiziran načrt oskrbe

Načrt, ki pokriva klinične vidike oskrbe (zdravila, storitve), poudarja najpomembnejša področja za pacienta in vključuje informacije o ustavitvi zdravljenja zaradi zmanjšanja bremena.

Celostna ocena starejših z zapletenimi potrebami

Interdisciplinarni diagnostični proces za oceno zdravstvenih, psiholoških in funkcionalnih sposobnosti krhke starejše osebe, s ciljem oblikovanja usklajenega in celostnega načrta dolgotrajne podpore.

2. Ključna načela:

Splošna načela

1. Multimorbidnost pomeni prisotnost dveh ali več dolgotrajnih zdravstvenih stanj, ki so opisana zgoraj.
2. Obvladovanje dejavnikov tveganja za prihodnje bolezni zahteva velik terapevtski napor za osebe z multimorbidnostjo, zato je treba to skrbno upoštevati pri optimizaciji oskrbe.

3. Dokazi, na katerih temeljijo priporočila v smernicah NICE za posamezne bolezni so pogosto pridobljeni pri osebah brez multimorbidnosti in z manj predpisanimi rednimi zdravili.
4. Razmisliti je potrebno o tveganjih in koristih posameznih zdravljenj pri smernicah za eno bolezen, kadar gre za osebe z multimorbidnostjo. Dogovoriti se je potrebno s pacientom ob upoštevanju njegovih/njenih preferenc glede oskrbe in zdravljenja.

Upoštevanje multimorbidnosti pri prilagajanju oskrbe

Razmisliti je potrebno o pristopu k oskrbi, ki upošteva multimorbidnost, če si tega želi oseba ali če velja katera od naslednjih okoliščin:

- ima težave pri obvladovanju zdravljenja ali vsakodnevnih dejavnosti;
- prejema oskrbo več različnih služb in potrebuje dodatno pomoč;
- ima tako dolgotrajna telesna kot duševna stanja;
- je krhka ali ima pogoste padce;
- pogosto išče nenačrtovano ali urgentno oskrbo;
- ima predpisana številna redna zdravila.

Prepoznavanje oseb, ki bi jim koristil pristop k oskrbi, ki upošteva multimorbidnost

1. Prepoznati je potrebno odrasle, ki bi jim koristil takšen pristop, tako priložnostno, med rednimi pregledi in proaktivno s pomočjo elektronskih zdravstvenih zapisov.
2. Razmisliti je potrebno o uporabi validiranih orodij za prepoznavanje oseb z multimorbidnostjo, ki so ogrožene za neželene dogodke, kot so npr. nenačrtovane hospitalizacije ali sprejem v domove za ostarele.
3. Razmisliti je potrebno o uporabi elektronskih zdravstvenih zapisov v primarni oskrbi za prepoznavanje kazalnikov večjega bremena zdravljenja, kot je število predpisanih zdravil.
4. Uporabiti je potrebno pristop, ki upošteva multimorbidnost, za odrasle vseh starosti, ki jim je predpisanih 10 ali več rednih zdravil.
5. Razmisliti je potrebno o pristopu tudi za odrasle, ki imajo predpisanih do 10 rednih zdravil, in imajo povečano tveganje za neželene dogodke ter za osebe, ki imajo predpisanih več kot 10 do 14 rednih zdravil.

Ocenjevanje krhkosti

1. Razmisliti je potrebno o oceni krhkosti pri osebah z multimorbidnostjo.
2. Potrebna je previdnost pri ocenjevanju krhkosti pri osebah, ki so trenutno akutno bolne.
3. Ni primerno uporabljati orodij za telesno zmogljivost pri akutno bolnih osebah za oceno krhkosti.
4. Pri primarni in skupnostni oskrbi je potrebno upoštevati naslednje parametre:
 - neformalna ocena hitrosti hoje (npr. čas hoje do vrat ali iz čakalnice);
 - samoocena zdravstvenega stanja (ocena od 0 do 10, kjer ≤ 6 kaže na krhkost);
 - ormalna ocena hitrosti hoje (več kot 5 sekund za 4 metre pomeni krhkost);
 - vprašalnik PRISMA-7 (ocena ≥ 3 kaže na krhkost).
5. Pri bolnišnični uporabi je potrebno upoštevati naslednje:
 - samoocena zdravstvenega stanja;

- test "Timed Up and Go" (vstani in pojdi. čas >12 sekund pomeni krhkost);
- formalna ocena hitrosti hoje;
- PRISMA-7;
- samoocena telesne aktivnosti (<56 za moške in <59 za ženske na lestvici PASE).

Načela pristopa k oskrbi, ki upošteva multimorbidnost

1. Pri ponudbi pristopa k oskrbi, ki upošteva multimorbidnost, se je potrebno osredotočiti na:
 - medsebojni vpliv zdravstvenih stanj in zdravljenj ter njihov vpliv na kakovost življenja
 - posameznikove potrebe, preference glede zdravljenja, zdravstvene prioritete, življenjski slog in cilje;
 - koristi in tveganja upoštevanja smernic za posamezne bolezni;
 - izboljšanje kakovosti življenja z zmanjšanjem bremena zdravljenja, neželenih dogodkov in nenačrtovane oskrbe;
 - izboljšanje koordinacije oskrbe med službami.
2. Pri izvajanju pristopa k oskrbi, ki upošteva multimorbidnost, je potrebno slediti spodnjim korakom:
 - Pogovorite se o namenu pristopa;
 - Ugotovite bolezensko in terapevtsko breme;
 - Opredelite pacientove cilje, vrednote in prioritete;
 - Preglejte zdravila in druga zdravljenja ob upoštevanju dokazov o koristih in škodi za posameznika;
 - Dogovorite se o individualiziranem načrtu oskrbe, ki vključuje:
 - cilje in načrte za prihodnjo oskrbo (vključno z vnaprejšnjim načrtovanjem)
 - kdo je odgovoren za koordinacijo oskrbe
 - kako se načrt in odgovornost sporočata drugim zdravstvenim delavcem
 - načrt pregleda in dostop do nujne oskrbe.

Izvajanje pristopa k oskrbi, ki upošteva multimorbidnost

1. Upoštevati je potrebno priporočila iz smernic NICE o izkušnjah pacientov v NHS, ki obravnavajo individualizacijo oskrbe, kontinuiteto in sodelovanje pacientov.
2. Z osebo se je potrebno pogovoriti o namenu pristopa: izboljšanje kakovosti življenja, vključno z zmanjšanjem bremena zdravljenja in optimizacijo oskrbe, zlasti z:
 - maksimiranjem koristi obstoječih zdravljenj
 - opustitvijo zdravljenj z omejeno koristjo
 - prepoznavanjem obremenjujočih terapij in terminov
 - prepoznavanjem zdravil z večjim tveganjem za neželene učinke
 - razmislekom o nefarmakoloških alternativah
 - optimizacijo terminov in kontrol.

4. Ugotoviti je potrebno breme zdravljenja z razpravo o:
 - številu in vrsti obiskov ter lokaciji
 - številu in pogostosti zdravil
 - morebitnih škodljivih učinkih
 - nefarmakoloških terapijah (npr. diete, vadbeni programi, psihološka obravnava)
 - vplivu zdravljenja na duševno zdravje in dobrobit.
5. Pozornost je potrebno usmeriti na možnost:
 - depresije in anksioznosti (upoštevajte NICE smernice za duševno zdravje)
 - kronične bolečine in njene ustrezne obravnave.
6. Določiti je potrebno cilje, vrednote in prioritet pacienta, razjasniti, ali in kako želi pacient vključiti partnerja, družinske člane ali skrbnike v odločanje. To je potrebno redno preverjati ter ob soglasju delite informacije z njimi.
7. Spodbuditi je potrebno pacienta, da razjasni, kaj mu je pomembno, npr.:
 - ohranjanje samostojnosti
 - delo, družabne dejavnosti, vloga v družini
 - preprečevanje določenih zapletov (npr. možganske kapi)
 - zmanjšanje škode zaradi zdravil
 - zmanjšanje bremena zdravljenja
 - podaljšanje življenja.
8. Raziskati je potrebno odnos osebe do zdravljenj in njihovih koristi/škod ob upoštevanju priporočil NICE glede sodelovanja pacienta in razumevanja njegovih prepričanj in skrbi glede zdravil.
9. Pri pregledu zdravljenja je potreben pregled uporabe zdravil ter o učinkih terapij (trajanje, populacije, učinkovitost).
10. Uporabite je smiselno orodje za presejanje (npr. STOPP/START) za prepoznavanje varnostnih tveganj in morebitnih koristnih zdravil, ki jih pacient ne prejema.
11. Pri optimizaciji je potrebno razmisliti tako o uvedbi kot opustitvi terapij (tudi nefarmakoloških).
12. Potrebno se je vprašati, ali simptomatska zdravljenja koristijo ali škodujejo. V kolikor oseba dvomi o učinkovitosti ali ima stranske učinke, je potrebno razmisliti o zmanjšanju ali prekinitvi zdravljenja. Potrebno je načrtovanje pregleda učinkov spremembe in morebitne ponovne uvedbe.
13. Upoštevati je potrebno, da so lahko koristi prognostičnih terapij manjše pri krhkih osebah ali osebah z omejeno pričakovano življenjsko dobo.

14. Razpravljati je potrebno z osebami z multimorbidnostjo in omejeno pričakovano življenjsko dobo, ali si želijo nadaljevati zdravljenje po smernicah za posamezna stanja.

15. Spremembe zdravljenja naj bodo v soglasju z osebo glede na:

- njihove poglede o koristih in tveganjih
- njihove cilje, vrednote in prioritete.

16. Pacientu, ki bisfosfonate za osteoporozo jemlje vsaj 3 leta, povejte, da ni doslednih dokazov o dodatni koristi ob nadaljevanju zdravljenja še 3 leta oz. škodi ob prekinitvi po 3 letih.

Pogovoriti se je potrebno o možnosti prekinitve zdravljenja glede na pacientovo izbiro, tveganje za zlome in pričakovano življenjsko dobo.

17. Potreben je dogovor o individualiziranem načrtu oskrbe.

Po razpravi o bremenu bolezni in zdravljenja ter ciljih, vrednotah in prioritetah, razvijte in dogovorite individualiziran načrt oskrbe. Dogovorite se o:

- začetku, prekinitvi ali spremembi zdravljenja
- prioriteti obiskov in kontrol
- predvidevanju sprememb zdravstvenega stanja
- določitvi odgovornega za koordinacijo oskrbe in obveščanju sodelujočih
- drugih pacientovih pomembnih področjih
- nadaljnjih pregledih in spremljanju odločitev.

Načrt posredujte pacientu in (ob soglasju) vsem, ki sodelujejo pri oskrbi (zdravstvenim delavcem, partnerju, družini, skrbnikom).

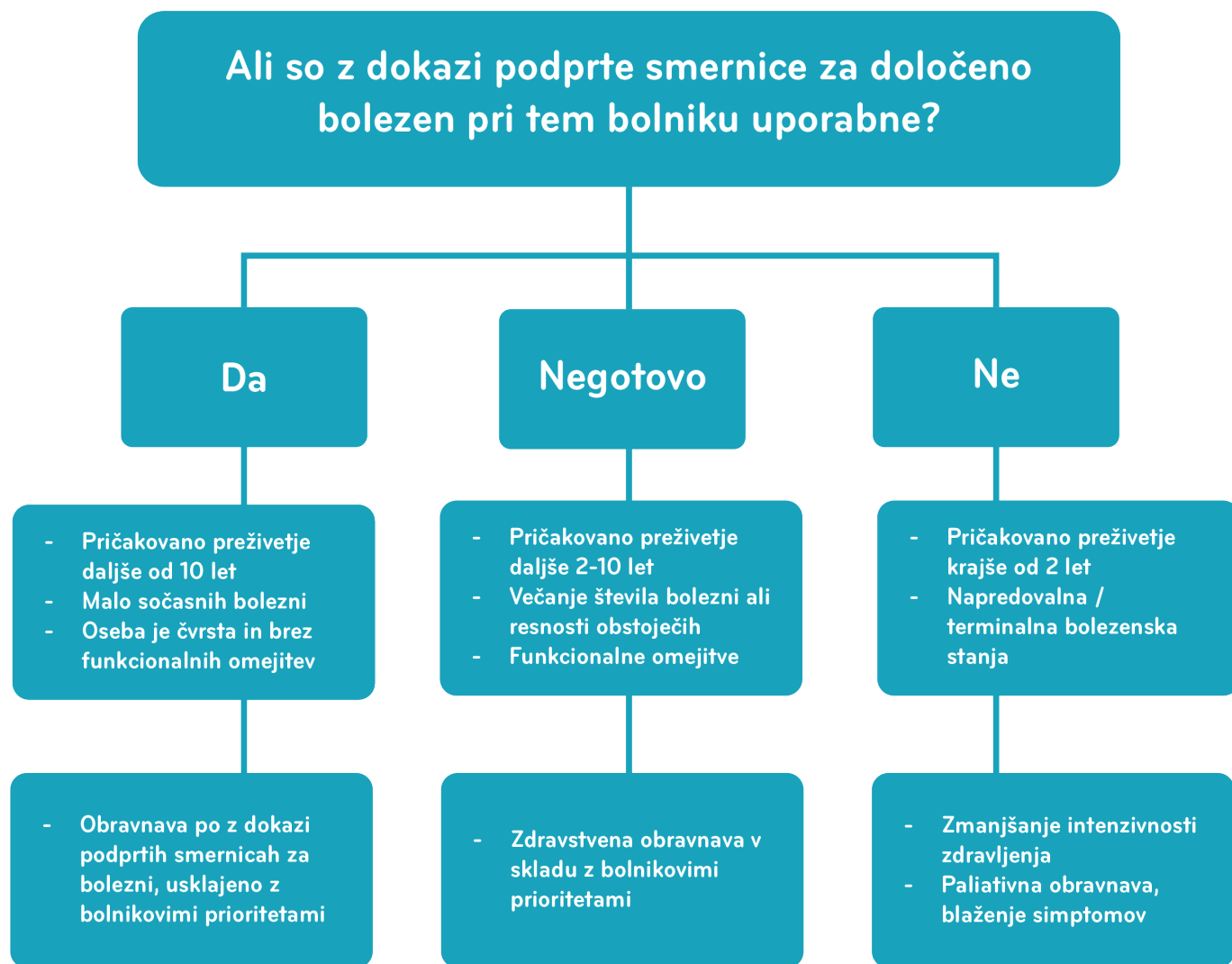
Celostna ocena v bolnišnici

Za starejše z zapletenimi potrebami je potrebno začeti celostno oceno že ob sprejemu v bolnišnico, po možnosti v specializirani enoti za starejše. [Priporočilo iz NICE smernice o prehodih iz bolnišnic v skupnost.]

Povzeto po:

NICE NG56. **Multimorbidity: clinical assessment and management.** NICE guideline, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>

ALGORITEM ZA OBRAVNAVO BOLNIKOV Z MULTIMORBIDNOSTJO IN POLIFARMAKOTERAPIJO



Bolnik v kategoriji 'Negotovo' (pričakovana življenjska doba 2-10 let, povečano število/resnost bolezni, oslajeno delovanje) zahteva celostni pristop, ki presega zgolj obvladovanje posameznih bolezni.

Ključno je razumevanje, kaj je za bolnika resnično pomembno in prilagoditev oskrbe njegovim prioritetam.

Ključna vprašanja za razumevanje bolnikovih prioritet

Namen teh vprašanj je spodbuditi odkrit pogovor in prepoznati, kaj bolniku predstavlja kakovost življenja ter katere cilje želi zasledovati s pomočjo zdravstvene oskrbe. Pogovor naj poteka v

empatičnem in podpornem okolju.

Pomembno je aktivno poslušanje, potrjevanje bolnikovih občutkov in dajanje dovolj časa za odgovore.

Splošno vprašanje:

- Če bi lahko nekaj spremenili ali dosegli glede vašega zdravja, kaj bi to bilo?

Kakovost življenja in cilji:

- Kaj vam je glede na vaše zdravje in počutje trenutno v življenju najpomembnejše?
- Katere dejavnosti ali sposobnosti bi želeli ohraniti kolikor je mogoče dolgo?
- Kaj upate, da vam bo zdravstvena oskrba pomagala doseči ali ohraniti?
- Kako izgleda za vas 'dober dan'?

Skrbi in strahovi:

- Česa se najbolj bojite ali kaj vas najbolj skrbi glede vašega zdravstvenega stanja sedaj ali za prihodnost?
- Katere simptome (npr. bolečina, utrujenost, težko dihanje) bi želeli najbolj obvladati ali ublažiti?

Prihodnost in želje:

- Kakšne so vaše želje, če se bo vaše stanje poslabšalo in boste morda potrebovali več pomoči ali drugačno vrsto oskrbe? (Vprašanje za čas, ko je na mestu pogovor o načrtovanju paliativne oskrbe)
- Ali obstaja karkoli, kar bi bilo za vas nesprejemljivo glede prihodnje oskrbe?

Podpora:

- Kdo so osebe (družina, prijatelji), ki so vam v podporo in bi morale biti morda vključene v pogovore o vaši oskrbi?

Primer okvira za načrt oskrbe, osredotočen na bolnika

Ko so pacientove prioritete prepoznane, lahko zdravstvena ekipa (zdravnik, medicinska sestra, morda socialni delavec, fizioterapevt itd.) v sodelovanju z bolnikom (in po potrebi svojci) oblikuje načrt oskrbe.

Celovita geriatrična ocena:

- Pregled vseh diagnoz in resnosti bolezni.
- Ocena funkcionalnega stanja (sposobnost samostojnega opravljanja vsakodnevnih aktivnosti).
- Ocena psiho-socialnega stanja (razpoloženje, socialna podpora, bivalne razmere).
- Obvladovanje simptomov (bolečina, utrujenost, dispneja, ipd.).
- Pregled vseh zdravil (polifarmakoterapija, interakcije, breme).
- Jasno dokumentiranje bolnikovih zdravstvenih prioritete in ciljev.
- Soodločanje (z bolnikom in ali njegovimi bližnjimi) o ciljih oskrbe:
- Cilji, ki temeljijo na prepoznanih prioritetah (npr. obvladovanje bolečine za omogočanje druženja, ohranjanje mobilnosti za izhod iz bivališča, zmanjšanje utrujenosti).
- Postavitev realističnih in dosegljivih ciljev glede na trenutno stanje in pričakovani potek bolezni.
- Cilji se lahko sčasoma spremenijo.

Prilagojen načrt ukrepov:

- Optimizacija zdravil: Prilagoditev terapije za zmanjšanje bremena zdravil in neželenih učinkov (depreskripcija, kadar je primerno), s poudarkom ohranjanja zdravil za obvladovanje simptomov.
- Obvladovanje simptomov: Aktivno in proaktivno zdravljenje bolečine, dispneje, slabosti, utrujenosti in drugih motečih simptomov, ki vplivajo na kakovost življenja.
- Podpora za ohranjanje funkcij: Fizioterapija, delovna terapija, pripomočki, svetovanje o prilagoditvi domačega okolja.
- Psiho-socialna podpora: Pogovor, svetovanje, napotitev k psihologu/psihoterapevtu, povezovanje s socialnimi službami.
- Vključitev svojcev in negovalcev: Svetovanje, izobraževanje, emocionalna podpora.
- Koordinacija z drugimi specialisti: Zagotovitev, da so cilji oskrbe usklajeni med vsemi vključenimi zdravniki.

Redno pregledovanje in prilagajanje načrta oskrbe:

- Načrt oskrbe ni statičen; redno se ga pregleduje (npr. na vsake 3-6 mesecev ali ob pomembni spremembi stanja) in po potrebi prilagaja, saj se bolnikove prioritete in zdravstveno stanje lahko spreminjajo.

Načrtovanje paliativne oskrbe:

- Pogovor o bolnikovih željah glede prihodnje oskrbe (npr. glede hospitalizacije, oživljanja, umetnega hranjenja) je priporočljivo začeti čim prej, ko je bolnik še sposoben sprejemati odločitve in jasno izraziti svoje želje. To vključuje tudi določitev pooblaščen osebe za sprejemanje odločitev, ko bolnik tega ne bi več zmogetl.

Potencialni izzivi pri obravnavi te skupine bolnikov

Obravnava bolnikov v kategoriji 'Negotovo' prinaša specifične izzive:

- Kompleksnost in polifarmakoterapija: Sočasno obvladovanje multiplih kroničnih bolezni in pogosto velikega števila zdravil zahteva poglobljeno klinično znanje in skrbno usklajevanje, da se izognemo škodljivim interakcijam ali neželenim učinkom, ki slabšajo kakovost življenja.
- Nejasna prognoza: Klasifikacija 'Negotovo' poudarja negotovost glede natančnega poteka bolezni in preostale življenjske dobe, kar otežuje načrtovanje in lahko povzroča negotovost pri bolniku, svojcih in zdravstvenih delavcih.
- Usklajevanje ciljev: Pogosto je težko uravnotežiti ukrepe, ki so usmerjeni v podaljšanje življenja, s tistimi, ki izboljšujejo kakovost življenja. Odločitve o invazivnih postopkih ali agresivnem zdravljenju morajo biti skrbno pretehtane glede na bolnikove prioritete in pričakovano korist/breme.
- Zahtevni pogovori: Odprti pogovori o prioritetah, ciljih, omejitvah oskrbe in koncu življenja so čustveno zahtevni tako za bolnika in svojce kot za klinično osebje. Ti pogovori zahtevajo čas, specifične komunikacijske veščine in podporo.
- Različna pričakovanja: Pričakovanja bolnikov in svojcev glede ozdravitve ali obsega terapevtskih ukrepov se lahko razlikujejo od realističnih kliničnih možnosti in morajo biti skrbno obravnavana.
- Dostopnost storitev: Zagotavljanje ustrezne podpore (paliativna oskrba, specialistične obravnave, socialne storitve) v okolju bivanja je lahko omejeno, kar vpliva na zmožnost uresničevanja načrta oskrbe, osredotočene na bolnika.
- Pomanjkanje časa: Izvedba celovite geriatrične ocene, poglobljenega pogovora o prioritetah in koordinaciji oskrbe zahteva precej časa, ki ga zdravstveni delavci včasih nimajo na voljo.

Uspešna obravnava teh bolnikov zahteva multidisciplinarni pristop ter poudarek na komunikaciji in fleksibilnost pri prilagajanju načrta oskrbe, ko se stanje ali prioritete bolnika spremenijo.

Povzeto po:

Cynthia Boyd , Cynthia Daisy Smith, Frederick A Masoudi , Caroline S Blaum , John A Dodson , Ariel R Green , Amy Kelley , Daniel Matlock , Jennifer Ouellet , Michael W Rich, Nancy L Schoenborn , Mary E Tinetti: **Decision Making for Older Adults With Multiple Chronic Conditions: Executive Summary for the American Geriatrics Society Guiding Principles on the Care of Older Adults With Multimorbidity.** J Am Geriatr Soc, 2019 Apr;67(4):665-673. DOI: 10.1111/jgs.15809)