

Marija Petek Šter¹, Igor Švab²

Bolniki s sočasnimi boleznimi v družinski medicini

Patients with Comorbidities in Family Medicine

IZVLEČEK

KLJUČNE BESEDE: družinska medicina, sočasne bolezni, kronična bolezen

Pregledni prispevek obravnava problematiko obravnave bolnikov s sočasno prisotnima vsaj dvema kroničnima boleznima, kar predstavlja definicijo multimorbidnosti. Zaradi staranja populacije in boljše zdravstvene oskrbe je multimorbidnih bolnikov vedno več in v družinski medicini predstavljajo prej pravilo kot izjemo. Multimorbidnost je povezana s slabšo kakovostjo življenja, psihosocialnimi težavami, pogostejšimi zdravljenji v bolnišnici, pogostejšimi zapleti pri operacijskem zdravljenju, z večjimi stroški zdravljenja ter večjo smrtnostjo. Multimorbidni bolniki pogosteje prihajajo v stik z zdravstveno službo, njihova obravnava zahteva več časa, zaradi sočasne prisotnosti različnih bolezenskih stanj pa je pri njihovi obravnavi omejena uporaba izsledkov kliničnih raziskav in smernic, ki predpostavljajo, da ima bolnik le eno bolezen. Učinkovita oskrba multimorbidnega bolnika zahteva celosten in k bolniku usmerjen pristop. Slednje predstavlja eno od prioritete v družinski medicini in postavlja zdravnika družinske medicine, ki je z bolnikom v dolgotrajnem in zaupnem odnosu, na ključno mesto pri obravnavi bolnika s sočasnimi boleznimi in stanji.

205

ABSTRACT

KEY WORDS: family practice, comorbidity, chronic disease

This review article deals with the problems of care of people with at least two chronic diseases, which is the definition of multimorbidity. Growing population of older people and better health care are the main reasons for higher number of multimorbid patients and they present the rule rather than an exception in family medicine. Multimorbidity is related to lower quality of life, psychosocial distress, more frequent hospitalisations, more complications of treatment, higher costs and higher mortality. Multimorbid patients more frequently seek for medical help, management of multimorbid patients takes more time, different chronic diseases which are present at the same time limit the use of results of clinical studies and guidelines, which usually deal with only one disease. Successful management of multimorbid patients takes a holistic approach, which is directed to the patient. This is one of the priorities of family medicine and keeps the family physician, which is in a tight and long relationship with the patients, to the leading position in case of multimorbid patients.

¹ Doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med., Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana.

² Prof. dr. Igor Švab, dr. med., Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana.

UVOD

Multimorbidnost pomeni sočasno prisotnost dveh ali več kroničnih bolezni (1). Pogostnost problema narašča s staranjem prebivalstva; najpogostejša skupina bolnikov, ki ima več sočasnih kroničnih bolezni, so osebe, starejše od 65 let (2). Zaradi sočasno prisotnih več kroničnih stanj in njihovega prepletajočega se učinka, se pri multimorbidnih bolnikih srečujemo s potrebo po drugačni klinični obravnavi, prilagojeni organizaciji dela, ki zahteva več časa, z večjimi stroški zdravljenja, neučinkovitostjo kliničnih smernic in s slabšimi izidi zdravljenja ter pogostejšo prisotnostjo duševnih motenj (3). Ugotovili so, da število in resnost spremljajočih bolezni pri bolnikih s srčno-žilnimi boleznimi predstavljajo neodvisni napovedni dejavnik za ponovni srčno-žilni dogodek ali srčno-žilno smrt (4).

Multimorbidni bolniki predstavljajo prej pravilo kot izjemo v družinski medicini in predstavljajo skupino bolnikov, ki zahteva drugačen pristop (2). Dosedanja obravnava bolnikov na sekundarnem, pa tudi na primarnem nivoju, je še vedno pogosto usmerjena v obravnavo ene bolezni, neodvisno od prisotnosti sočasno prisotnih bolezni. Neupoštevanje komorbidnosti je lahko vzrok za neustrezno obravnavo in slabši izid zdravljenja.

Glede na naraščanje pogostnosti sočasnih bolezni v starajoči se populaciji, je pomembno, da poznamo značilnosti multimorbidnih bolnikov, njihove potrebe z vidika obravnave v družinski medicini ter se zavedamo omejitve, ki jih ima uporaba z dokazi podprte medicine pri obravnavi multimorbidnih bolnikov.

TIPI SOČASNIH BOLEZNI IN STANJ

Glede na sočasno pojavnost kroničnih bolezni in stanj ločimo štiri tipe komorbidnosti (5):

- slučajne – komorbidnosti, ki se pojavijo slučajno, brez vzročne povezave (npr. arterijska hipertenzija in obraba kolka);

- vzročne – komorbidnosti si delijo skupen vzrok (npr. arterijska hipertenzija je vzrok za možgansko kap in anevrizmo abdominalne aorte);
- zapletene – običajna povezava je nejasna, vendar pa določene okoliščine kažejo, da obstaja med sočasnimi boleznimi povezava (npr. debelost in obraba kolen ali debelost in sladkorna bolezen, depresija in možganska kap) – v raziskavi, narejeni v Sloveniji, ki je vključevala podatke za več kot 400 odraslih obiskovalcev ambulantne družinske medicine, so ugotovili, da se depresivna motnja pojavlja bistveno pogostejše pri bolnikih s kronično bolečino in kronično boleznijo kot pri bolnikih brez spremljajočih bolezni (6);
- skupne – določena stanja se skupaj pojavljajo pogostejše, kot bi to naključno pričakovali (npr. arterijska hipertenzija in sladkorna bolezen) – v zgoraj omenjeni slovenski raziskavi so ugotovili, da se depresija in anksioznost pojavljata skupaj kar v 42,6 % (6).

POGOSTNOST BOLNIKOV S SOČASNIMI KRONIČNIMI BOLEZNIMI V DRUŽINSKI MEDICINI

Podatki o pogostnosti pojavljanja sočasnih kroničnih bolezni so zelo različni, odvisno od načina zbiranja podatkov o komorbidnostih in populacije preiskovancev. Giblje se med 37 in 90 % (7). V raziskavi, kjer so ugotavljali sočasno pojavljanje kroničnih bolezni pri obiskovalcih ambulant, so ugotovili, da je imelo 9 od 10 obiskovalcev ambulant več kot en kroničen zdravstveni problem (2). Pogostnost bolnikov s sočasnimi boleznimi in stanji narašča s starostjo, tako da je pogostnost bolnikov z več kroničnimi stanji v starostnem obdobju od 18 do 44 let 68 % pri ženskah in 72 % pri moških, v starosti 45 do 64 let 95 % pri ženskah in 89 % pri moških ter v starosti več kot 65 let 99 % pri ženskah in 97 % pri moških. S starostjo narašča tudi število kroničnih bolezni, povprečno število kroničnih bolezni po 65. letu je po izsledkih omenjene študije doseglo število 6 (2).

VZROKI ZA NARAŠČANJE DELEŽA BOLNIKOV S SOČASNIMI KRONIČNIMI BOLEZNIMI

Vzroke za naraščanje števila bolnikov s sočasnimi kroničnimi boleznimi in stanji lahko delimo na štiri skupine:

- Demografske spremembe: višja starost predstavlja glavni dejavnik, ki napoveduje prisotnost večjega števila kroničnih bolezni. S staranjem prebivalstva v razvitem svetu je pričakovati trend naraščanja števila multimorbidnih bolnikov.
- Epidemiološke spremembe: pojavnost infekcijskih bolezni z akutnim potekom upada, narašča pa pogostnost kroničnih bolezni, posebej tistih, ki so povezane z ne-zdravim življenjskim slogom (npr. sladkorna bolezen), ali pa bolezni, kjer je z boljšo diagnostiko možnost prepoznavne večja (npr. bolezni ščitnice) (8).
- Boljša diagnostika in zdravljenje omogočata boljše prepoznavo bolezni, z zgodnejšo diagnostiko in izboljšanim zdravljenjem pa kroničnim bolnikom omogočimo, da živijo dlje.
- Spremembe v družbi: velike obremenitve in vsesplošno hitenje vodita v nastanek kroničnih bolezni, ki so povezane z ne-zdravim življenjskim slogom. Odtujenost in porušeni medosebni odnosi prispevajo k porastu duševnih motenj. Kapitalističen družbeni red pa generira vedno večje socialne razlike tudi v bivših socialističnih državah. Nižji socialno-ekonomski status, ki je pogojen z nižjo izobrazbeno strukturo, predstavlja poleg višje starosti najpomembnejši dejavnik tveganja za pojav kroničnih bolezni (1).

BOLNIK S SOČASNIMI BOLEZNIMI IN KAKOVOST ŽIVLJENJA

Število in teža kroničnih bolezni zmanjšuje kakovost bolnikovega življenja, zlasti ko gre za oceno funkcionalne prizadetosti, prizadene pa tudi socialno in psihosocialno dimenzijo kakovosti bolnikovega življenja (9). Na kakovost življenja najbolj vplivajo bolezni srca in

ožilja, zgornjih prebavil in kostno-mišičnega sistema, med kombinacijami bolezni pa na kakovost življenja najbolj vpliva kombinacija bolezni dihal in bolezni srca in ožilja (10).

KAJ BOLNIK S SOČASNIMI BOLEZNIMI PRIČAKUJE OD ZDRAVNIKA IN ZDRAVSTVENE SLUŽBE

Multimorbidni starostniki so pri ocenjevanju kakovosti oskrbe dali prednost ustrezni komunikaciji pred kakovostjo klinične oskrbe. Cenili so, če jih je zdravnik poslušal, jim podal razlago na razumljiv način, spoštoval njihovo odločitev ter jim namenil dovolj časa (11).

V primerjavi z bolniki, ki imajo le eno kronično bolezen, so multimorbidni bolniki bolj motivirani za samozdravljenje in zdrav življenjski slog, pozornejši so na simptome, ki lahko govorijo za resno bolezen, o svojih težavah se pogovarjajo z zdravnikom in mu postavljajo vprašanja in pogosteje pravilno jemljejo zdravila. Pogosteje si želijo pomoči drugih zdravstvenih delavcev (npr. medicinske sestre, dietetika, farmacevta) in ocenjujejo zdravstveno oskrbo na primarnem nivoju bolj pozitivno kot bolniki z eno samo kronično boleznijo (12).

BOLNIKI S SOČASNIMI BOLEZNIMI IN ZDRAVSTVENA SLUŽBA

Bolniki s kroničnimi boleznimi prihajajo v stik z zdravnikom družinske medicine pogosteje kot ostali, še pogosteje pa, če imajo več sočasno prisotnih kroničnih bolezni (13). Pogostnost obiskov je odvisna tako od števila kroničnih bolezni kot od resnosti le-teh (14, 15).

Sočasna prisotnost več kroničnih zdravstvenih problemov vodi k obravnavi večjega števila zdravstvenih problemov ob enem obisku. Poleg obravnave akutnega zdravstvenega problema pri kroničnem bolniku običajno obravnavamo tudi sočasne kronične bolezni (13). Ugotovili so, da so zdravniki obravnavali v povprečju tri zdravstvene probleme ob enem obisku, pri starejših od 65 let skoraj štiri zdravstvene probleme, pri bolnikih

s sladkorno boleznijo pa 4,6 kroničnih zdravstvenih težav (16).

Po podatkih presečne študije o delu zdravnikov družinske medicine v Sloveniji, ki se nanaša na stanje v letih 2003 in 2004, je bilo povprečno število obravnavanih zdravstvenih problemov ob enem obisku 1,6, kar je bistveno manj od zgoraj navedenih podatkov (17). To kaže, da ob kratkih časih posveta pri družinskih zdravnikih v Sloveniji, ki znaša le dobrih sedem minut, ostajajo številni zdravstveni problemi neprepoznani in neobravnavani. Obravnava vsakega dodatnega zdravstvenega problema podaljša čas posveta za približno dve minuti (18).

Večje število bolezni pomembno poveča tudi število predpisanih receptov in napotitev (15). Prav tako število sprejemov v bolnišnico narašča s številom kroničnih bolezni. Bolnik, starejši od 65 let z enim kroničnim bolezenskim stanjem, ima v primerjavi z enako starim bolnikom brez kroničnih zdravstvenih težav 7,5-krat večjo verjetnost za bolnišnično zdravljenje, medtem ko je tveganje za sprejem v bolnišnico pri bolniku s štirimi ali več kroničnimi bolezenskimi stanji 98,5-krat večje kot pri bolniku brez kroničnih bolezni (19).

Z naraščanjem števila kroničnih bolezni naraščajo tudi stroški zdravljenja. Pri bolnikih, starejših od 65 let, so bili stroški zdravljenja v primeru sočasnih štirih ali več kroničnih bolezni za skoraj 70-krat višji kot pri enako starih zdravih starostnikih (19).

BOLNIKI S SOČASNIMI BOLEZNIMI IN KAKOVOST ZDRAVSTVENE OSKRBE

Bolniki s sočasnimi boleznimi imajo večje tveganje za slabši izid zdravljenja, vendar pa slabši izid zdravljenja ni posledica slabše oskrbe. V raziskavah ugotavljajo, da so multimorbidni bolniki deležni enako kakovostne (20, 21) ali pa celo boljše oskrbe kot bolniki z le eno kronično boleznijo ali brez prisotnih kroničnih bolezni (22). Slabši izid zdravljenja pri multimorbidnih bolnikih je odraz sočasne prisotnosti več bolezni in ne slabše kakovosti zdravstvene oskrbe (4).

OMEJITVE PRI UPORABI IZSLEDKOV KLINIČNIH ŠTUDIJ IN PRIPOROČIL SMERNIC PRI OBRAVNAVI MULTIMORBIDNIH BOLNIKOV V DRUŽINSKI MEDICINI

Kakovostna obravnava bolnikov je ena od prioritet vsakega zdravstvenega sistema in postavlja se vprašanje, kako sočasna prisotnost več kroničnih bolezni vpliva na kakovost obravnave bolnikov. V pomoč pri zagotavljanju kakovostne obravnave posamezne bolezni so nam v pomoč klinične smernice, ki temeljijo na najboljših možnih dokazih o koristnosti določenega postopka. Nastajanje smernic podpirajo strokovna združenja, oblikujejo jih najvidnejši predstavniki stroke z namenom poenotenja in izboljšanja kakovosti oskrbe bolnikov z določeno boleznijo.

Več raziskav je poizkušalo odgovoriti na vprašanje o ustreznosti uporabe kliničnih smernic, ki so običajno posvečene eni bolezni, v primeru prisotnosti več sočasnih kroničnih bolezni pri enem bolniku. V raziskavi, kjer so ustreznost oskrbe posameznega bolnika merili z deležem priporočene oskrbe, so ugotovili, da so bolniki z več kroničnimi boleznimi pogostejše prejeli po smernicah priporočeno oskrbo za vsako posamično bolezen. Zaključili so, da je verjetnost za kakovostno oskrbo večja, če ima bolnik sočasno prisotnih več kroničnih bolezni (23). V resnici pa je bil tak zaključek, ki mu lahko oporekamo, posledica dejstva, da različne smernice predvidevajo določene skupne postopke obravnave. Verjetnost, da je bil bolnik deležen nekega postopka, je bila večja, če je imel več kroničnih bolezni. V drugi raziskavi so ugotavljali, kaj bi se zgodilo z multimorbidnim bolnikom, če bi pri njem sočasno uporabili priporočila različnih smernic za obravnavo posameznih kroničnih bolezni. Ugotovili so, da je tveganje za neustrezno oskrbo pri multimorbidnih bolnikih večje. V raziskavi, ki je želela odgovoriti na vprašanje o primernosti uporabe kliničnih smernic za 15 najpogostejših kroničnih zdravstvenih problemov pri multimorbidnih starostnikih, so ugotovili, da bi hipotetični bolnik prejemal 12 različnih zdravil in bi moral spoštovati zahteven režim nefarmakološkega zdravljenja. Opozarjajo na veliko verjetnost

interakcij med zdravili, neustreznost postopkov zdravljenja, slabšo kakovost obravnave ter večje stroške zdravljenja (24). Izračunali so, da bi za obravnavo bolnikov z 10 najpogostejšimi kroničnimi stanji (ob upoštevanju smernic) zdravnik družinske medicine dnevno potreboval 3,5 ure v primeru ustreznega nadzorovane bolezni oz. 10,6 ure v primeru neustreznega nadzora bolezni (25). Omenjena ugotovitev bi pomenila, da zdravnik v svojem rednem delovnem času ne bi mogel poskrbeti niti za vse bolnike z najpogostejšimi kroničnimi boleznimi.

Ugotovitve omenjenih raziskav kažejo, da neprimljiva uporaba v bolezni usmerjenih smernic ni primerna za obravnavo multimorbidnih bolnikov v družinski medicini. Smernice, pogosto temeljijo na raziskavah preiskovancev, ki se razlikujejo od bolnikov, ki jih zdravimo v družinski medicini (26). Za obravnavo multimorbidnih in pogosto starejših bolnikov bi potrebovali drugačne standarde za kakovostno obravnavo, ki bi temeljili na celostnem in v bolnika usmerjenem pristopu, kar je ena od osnovnih značilnosti družinske medicine, ki jo loči od specialističnih, v specifično bolezen ali organski sistem usmerjenih strok (26–28).

IZZIVI OBRAVNAVE BOLNIKOV S SOČASNIMI KRONIČNIMI BOLEZNIMI V DRUŽINSKI MEDICINI

Pri obravnavi multimorbidnih bolnikov v družinski medicini se srečujemo z vprašanji koristnosti zdravljenja določenega bolezenskega stanja v prisotnosti sočasnih bolezenskih stanj, s problemi sodelovanja pri zdravljenju, stranskimi učinki zdravljenja (pogosti ob jemanju 10 in več zdravil), z usklajevanjem prioritete zdravnika (temeljijo na tehtanju med koristjo in tveganjem za bolnika) s prioriteta bolnika (pogosto drugačne od zdravnikovih prioritete), neizpolnjenimi psihosocialnimi potrebami multimorbidnih bolnikov ter s tveganjem, da se pri obravnavi bolnika, ki zahteva kompleksno biopsihosocialno obravnavo, dogodi zdravstvena napaka.

Klinične smernice, ki so usmerjene v obravnavo posamezne bolezni, pogosto ne dajejo odgovora na kompleksna vprašanja, ki se nam pojavljajo pri obravnavi multimorbidnih bolnikov. Eden od možnih modelov za obrav-

navo multimorbidnih bolnikov, ki zadovolji tudi potrebe bolnika, je model oskrbe, ki temelji na sodelovanju med družinskim zdravnikom, bolnikom in kliničnimi specialisti in je usmerjen v bolnika in ne v bolezen (29).

Zdravnik družinske medicine kot nosilec oskrbe bolnikov na primarnem nivoju zdravstvenega varstva najboljše pozna potrebe naraščajoče populacije kroničnih bolnikov preko dolgotrajnega in zaupnega odnosa. S tem ima izjemno priložnost, da ustrezno odgovori na izziv, ki ga predstavljajo multimorbidni bolniki (30). Za ustrezen odziv na postavljen izziv pa je treba spremeniti mentaliteto tudi med zdravniki družinske medicine. Le-ti imajo pogosto težave s postavljanjem prioritete obravnave multimorbidnega bolnika in se pri obravnavi obnašajo kot v bolezni usmerjeni klinični specialisti, upoštevajoč klinične smernice za vsako posamično bolezen. Po eni strani je to posledica velikega vpliva specialistov kliničnih strok na odločitve zdravnikov družinske medicine preko različnih izobraževanj in smernic, po drugi strani pa premajhnega zavedanja resnične vloge zdravnika družinske medicine, ki jo povzema evropska definicija družinske medicine.

ZAKLJUČEK

Ob naraščajočem deležu bolnikov s prisotnimi sočasnimi boleznimi in stanji je načelo v posamezno bolezen usmerjene obravnave redkost. Obravnavo bolnika z več kroničnimi stanji zahteva nenehno tehtanje med koristjo in tveganji, ki jih določen ukrep prinese, ob upoštevanju želje bolnika, ki mora pri odločitvi o postopkih zdravljenja aktivno sodelovati. Zdravnik družinske medicine, ki bolnika obravnava celostno in z bolnikom oblikuje dolgotrajen in zaupen odnos, ima ključno vlogo pri obravnavi multimorbidnih bolnikov. Uspeh obravnave bolnikov pa je odvisen tudi od usklajenosti obravnave bolnika med zdravnikom družinske medicine in kliničnimi specialisti, kar zahteva dobro sodelovanje med obojima in upošteva bolnika kot aktivnega partnerja pri sprejemanju odločitev.

Nastopil je čas, ko se ne sme več zgoditi, da študent, ki se je odločil za študij medicine zato, da bi obravnaval človeka kot celoto, ob koncu študija vidi človeka le kot nosilca bolezni, ki se jih je naučil obravnavati (31).

LITERATURA

1. Van den Akken M, Buntinx F, Metsemaker JF, et al. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 367–75.
2. Fortin M, Bravo G, Hudon C, et al. Prevalence of Multimorbidity Among Adults Seen in Family Practice. *Ann Fam Med* 2005; 3: 223–8.
3. Smith S. Chronic diseases: what happens when they come in multiples? *Br J Gen Pract* 2007; 57: 268–70.
4. Glynn LG, Buckley B, Reddan D, et al. Multimorbidity and risk among patients with established cardiovascular disease: a cohort study. *Br J Gen Pract* 2008; 58: 488–94.
5. Saltman D. Comorbidities in general practice. *Australian Family Physicians* 2004; 33: 197. Dosegljivo na: <http://www.racgp.org.au/afp/200404/16050>
6. Kersnik J, Ilijaž R, urednika. Sočasne bolezni in stanja: monografija. 22. učne delavnice za zdravnike družinske medicine; 2005. Ljubljana. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2005. Dosegljivo na: <http://www.drmed-mb.org/zborniki/socasneboleznistanja/socasneboleznistanja.pdf>
7. Britt HC, Harrison CM, Miller GC, et al. Prevalence and Pattern of Multimorbidity in Australia. *Med J Aust* 2008; 189: 72–7.
8. Fleming D. Changing disease incidence. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 820–4.
9. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, et al. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 51. Dosegljivo na: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=15380021>
10. Fortin M, Dubois MF, Hudon C, et al. Multimorbidity and quality of life: a closer look. *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5: 52. Dosegljivo na: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17683600?ordinalpos=4&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum
11. Chang JT, Hays RD, Shekelle PG, et al. Patients' Global Ratings of Their Health Care are Not Associated with the Technical Quality of Their Care. *Ann Intern Med* 2006; 144: 665–72.
12. Noël PH, Parchman ML, Williams JW Jr, et al. The Challenges of Multimorbidity from the Patients Perspective. *J Gen Intern Med.* 2007; 22 (Suppl 3): 419–24.
13. Schellevis FG, Van de Lisdonk EH, Van der Velden J, et al. Consultation rates and the incidence of intercurrent morbidity among patients with chronic disease in general practice. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 259–62.
14. Starfield B, Lemke KW, Bernhardt T, et al. Comorbidity: Implications for the Importance of Primary Care in «Case» Management. *Ann Fam Med* 2003; 1: 8–14.
15. Laux G, Kuehlein T, Rosemann T, et al. Co-and multimorbidity pattern in primary care based on episodes of care. Results from the German CONTENT project. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 14. Dosegljivo na: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=18205916>
16. Beasley JW, Hankey TH, Erikson R, et al. How Many Problems Do Family Physicians Manage at Each Encounter? A WRen Study. *Ann Fam Med* 2004; 2: 405–10.
17. Švab I, Petek Šter M, Kersnik J, et al. Presečna študija o delu zdravnikov splošne medicine v Sloveniji. *Zdrav Var* 2005; 44: 183–92.
18. Petek Šter M, Švab I, Živčec Kalan G. Factors related to consultation time: Experience in Slovenia. *Scand J Prim Health Care* 2008; 26 (1): 29–34.
19. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, Expenditure and Complications of Multiple Chronic Conditions in the Elderly. *Arch Intern Med* 2002; 162: 2269–76.
20. Halanych JH, Safford MM, Keys WC, et al. Burden of Comorbid Medical Conditions on Quality of Diabetes Care. *Diab Care* 2007; 30: 2999–3004.
21. Koike A, Unutzer J, Wells KB. Improving the Care for Depression in Patients with Comorbid Medical Illness. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1738–45.
22. Min LC, Wenger NS, Fung C, et al. Multimorbidity is associated with better quality of care among vulnerable elders. *Med Care* 2007; 45: 480–8.
23. Higashi T, Wegner N, Adams JL, et al. Relationship between Numbers of Medical Conditions and Quality of Care. *N Engl J Med* 2007; 356: 2496–504.
24. Boyd CM, Darer J, Boulton C, et al. Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients with Multiple Comorbid Diseases. *JAMA* 2005; 294: 716–24.
25. Ostbye T, Yarnall KSH, Krause KM, et al. Is There Time for Management of Patients With Chronic Diseases in Primary Care? *Ann Fam Med* 2005; 3: 209–14.
26. Uijen AA, Bakx JC, Mokkink HG, et al. Hypertension patients participating in trials differ in many aspects from patients treated in general practice. *J Clin Epidemiol* 2007; 60: 330–5.
27. Tinetti ME, Bogardus ST, Agostini JV. Potential Pitfalls of Disease-Specific Guidelines for Patients with Multiple Conditions. *N Engl J Med* 2004; 351: 2870–4.

28. Heyrman J, ed. EURACT Educational Agenda. European Academy of Teachers in General Practice EURACT; 2005; Leuven.
29. Fortin M, Soubhi H, Hudon C, et al. Multimorbidity's many challenges. *BMJ* 2007; 334: 1016–7.
30. Anderson Rothman A, Wagner EA. Chronic Illness Management: What Is the Role of Primary Care. *Ann Intern Med* 2003; 138: 256–61.
31. Zore D, Kersnik J. Sočasne bolezni. *Družinska medicina*. 2007; 1 Suppl 5: 151–3.

Prispelo 1. 9. 2008