

KAKO RAZISKOVATI MULTIMORBIDNOST V DRUŽINSKI MEDICINI?

HOW TO RESEARCH MULTIMORBIDITY IN GENERAL PRACTICE?

Marija Petek Šter¹, Igor Švab¹

Prispelo: 8. 10. 2008 - Sprejeto: 19. 12. 2008

Izvirni znanstveni članek
UDK 614.2

Izvleček

Izhodišča: Multimorbidni bolniki predstavljajo prej pravilo kot izjemo v družinski medicini. V Sloveniji se z raziskovanjem multimorbidnosti še nismo veliko ukvarjali. Namen sistematičnega pregleda literature je bil ugotoviti, kako se raziskuje multimorbidnost in na katera vprašanja raziskovalci še niso zadovoljivo odgovorili.

Metode: Iz baze Medline smo s pomočjo ključnih besed »multimorbidity, comorbidity, chronic diseases« in »general practice, family medicine, family practice, family physician, primary health care« izbrali vse do sredine avgusta 2008 objavljene izvirne znanstvene članke v angleškem jeziku, ki so vključevali populacijo, starejšo od 19 let. Ocenili smo ustreznost tako zbranih raziskav in v nadaljnjo analizo vključili raziskave, ki so obravnavale problem multimorbidnosti v družinski medicini.

Rezultati: Raziskovanje multimorbidnosti se je začelo v devetdesetih letih preteklega stoletja, v zadnjih letih pa število objavljenih raziskav narašča. Metodološko gre večinoma za kvantitativne neintervencijske raziskave, ki ugotavljajo pogostost in resnost problema ter vpliv multimorbidnosti na kakovost življenja bolnikov ter posledice za zdravstveno službo. Kvalitativna raziskovalna metodologija je bila uporabljena le v eni raziskavi, ki je želela osvetliti pogled multimorbidnih bolnikov na jemanje zdravil.

Zaključek: Potreba po kompleksni in v bolnika usmerjeni obravnavi zahteva raziskave, s katerimi bi ugotavljali učinkovitost različnih pristopov k obravnavi različnih skupin komorbidnih bolnikov. Pri načrtovanju ustreznih pristopov bi morali upoštevati stališča bolnikov in zdravnikov, ki bi jih lahko pridobili le s pomočjo kvalitativne raziskovalne metodologije.

Ključne besede: multimorbidnost, kronične bolezni, družinska medicina, metode, celosten pristop

Original scientific article
UDC 614.2

Abstract

Background: Multimorbidity in family medicine is the rule rather than the exception, yet in Slovenia this health problem has not yet been adequately studied. The aim of this systematic literature review was to determine how the issue of multimorbidity has been explored and to identify questions that still need to be addressed.

Methods: We consulted Medline for the original English-language scientific articles dealing with the population aged 19 and older, published until mid-August 2008. Key words »multimorbidity, comorbidity, chronic diseases« and »general practice, family medicine, family practice, family physician, primary health care«, were used. We evaluated the appropriateness of the collected studies, and incorporated papers on multimorbidity in family medicine into our further analysis.

Results: Research in multimorbidity began in the 1990s, and the number of published studies has been increasing recently. Investigators mostly use quantitative non-interventional studies to determine the extent and importance

¹Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
Kontakti naslov: e-pošta: marija.petek-ster@mf.uni-lj.si

of multimorbidity and its impact on the quality of life and health care. Qualitative methodology was only used in one research project investigating the attitude of multimorbid patients towards drug use.

Conclusions: *In order to meet the need for a holistic and patient-centred care, further research on the effectiveness of different approaches to different groups of comorbid patients will be required. The planning of appropriate effective approaches will have to take into consideration physicians' and patients' beliefs and attitudes, which need to be assessed by qualitative methods.*

Key words: multimorbidity, chronic diseases, family medicine, methods, holistic approach

1 Uvod

Multimorbidnost pomeni sočasno prisotnost dveh ali več kroničnih bolezni (1). Pogostost 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).

Multimorbidni bolniki predstavljajo prej pravilo kot izjemo v družinski medicini in predstavljajo skupino bolnikov, ki zahteva drugačen pristop (2). Dosedanja obravnava bolnikov na sekundarni, pa tudi na primarni ravni 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.

Obravnava 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.

V Sloveniji smo se v zadnjih letih začeli zavedati pomena poznavanja značilnosti in pristopov k obravnavi multimorbidnih bolnikov. Leta 2005 je bila tema učnih delavnic za mentorje v družinski medicini »sočasne bolezni in stanja«, ob tej priložnosti je izšel tudi zbornik preglednih prispevkov, ki so obravnavali omenjeno področje (4), pred kratkim je bil v Medicinskih razgledih objavljen pregledni prispevek o obravnavi

bolnikov s sočasnimi boleznimi v družinski medicini (5), originalnih znanstvenih prispevkov, ki bi obravnavali problematiko multimorbidnih bolnikov v družinski medicini, pa v Sloveniji do sedaj ni bilo. Namen sistematičnega pregleda literature je ugotoviti, kako se raziskuje multimorbidnost. Iz pregledane literature želimo ugotoviti, katera področja multimorbidnosti se raziskujejo in katere raziskovalne metode se pri tem uporabljajo.

2 METODE

2.1 Vir podatkov

Iz baze Medline smo s pomočjo ključnih besed »multimorbidity, comorbidity, chronic diseases« in »general practice, family medicine, family practice, family physician, primary health care« izbrali vse izvirne znanstvene raziskave v angleškem jeziku, ki so vključevale populacijo, starejšo od 19 let, in so bile objavljene do 17.8.2008 z dostopnim izvlečkom v bazi Medline. Vključili smo tudi študije, ki so predstavljale ključne reference pri izbranih raziskavah in jih nismo zajeli s pomočjo kombinacije iskalnih ključnih besed.

2.2 Izbor študije

Po izboru je en raziskovalec pregledal vse zadetke. V prvem koraku je na osnovi neustreznega naslova izločil vse neprimerne raziskave. Za vse raziskave, ki so se zdele na osnovi naslova primerne, je eden od raziskovalcev pregledal izvleček. Če je izvleček ustrezal osnovnim zahtevam za vključitev (originalnost, ustrezna populacija bolnikov, ustrezna definicija multimorbidnosti), je pridobil originalen članek in v primeru, da je bil ustrezen, tega v neodvisno presojo poslal še drugemu raziskovalcu. Vključeni so bili članki, za katere sta oba raziskovalca menila, da so primerni za vključitev v raziskavo na osnovi sledečih meril: originalnost, ustreznost populacije bolnikov ter ustreznost definicije multimorbidnosti. Definicije meril ustreznosti so sledeče:

- originalnost: originalna znanstvena raziskava;
- populacija bolnikov: bolniki, ki obiskujejo družinskega (splošnega) zdravnika;
- definicija multimorbidnosti: sočasna prisotnost vsaj dveh kroničnih bolezni, podatek je pridobljen iz zdravstvene dokumentacije.

2.3 Vključitvena merila

V nadaljnjo analizo smo vključili originalne znanstvene raziskave, ki so obravnavale različne vidike multimorbidnosti v družinski medicini ter so ustrezali zgoraj navedenim iskalnim merilom ter merilom za vključitev.

2.4 Izključitvena merila

V pregled literature nismo vključili raziskav, ki so bile opravljene na populaciji bolnikov, ki ni značilna za obiskovalce ambulant družinske medicine (populacija, mlajša od 19 let, bolniki, obravnavani na bolnišničnih oddelkih ali v domovih za upokojence), ter raziskave, kjer je definicija multimorbidnosti temeljila na poročanju bolnikov o prisotnosti sočasnih kroničnih bolezni in to ni bilo podkrepljeno s podatki iz medicinske dokumentacije, kliničnega pregleda ali uporabo standardiziranih vprašalnikov za potrditev opisovanih kroničnih bolezni. Izključili smo tudi raziskave, ki so obravnavale povezavo med dvema posamičnima kroničnima boleznima (npr. povezava med sladkorno boleznijo in dislipidemijo) ter raziskave, ki so obravnavale učinek določenega zdravila v primeru sočasne prisotnosti dveh ali več kliničnih stanj (npr. učinek antidepresiva pri zdravljenju depresije pri bolniku s shizofrenijo).

2.5 Delitev raziskav glede na uporabljen metodologijo

Na osnovi pregledane literature smo izbrane raziskave glede na uporabljen metodologijo razdelili na dve kategoriji: kvalitativne in kvantitativne raziskave. Kvalitativne raziskave lahko glede na uporabljen metodologijo razdelimo na (6) :

- intervju (strukturiran, semistrukturiran, poglobljen, fokusne skupine);
- vprašalnik z odprtimi vprašanji;
- opazovanje;
- doseganje konsenza (delfska študija, tehnike nominalne skupine, eksploracijske skupine);
- ostalo (analiza dokumentov, antropološke metode, akcijsko raziskovanje).

Kvantitativne raziskave pa smo razdelili na (7):

- intervencijske, ki smo jih naprej razdelili na nekontrolirane (raziskave brez kontrolne skupine

s spremljanjem učinka intervencije) in kontrolirane. kontrolirane raziskave smo razdelili na randomizirane raziskave in nerandomizirane raziskave (raziskave s kontrolno skupino in spremljanjem učinka intervencije);

- observacijske (neintervencijske) pa smo razdelili na deskriptivne (npr. presečne) in analitične, ki smo jih razdelili na kohortne in raziskave s primerom in kontrolo.

Glede na vir uporabljenih podatkov pa smo raziskave razdelili na raziskave, ki so temeljile na:

- rutinsko zbranih podatkih;
- vnaprej pripravljenih vprašalnikov z vprašanji zaprtega tipa, ki so jih izpolnjevali zdravniki;
- podatkih, pridobljenih s pomočjo vprašalnikov z vprašanji zaprtega tipa, ki so jih izpolnjevali bolniki;
- podatkih, pridobljenih s pomočjo intervjuja ali z vprašalnikom z vprašanji odprtega tipa ali opazovanjem;
- analizo hipotetičnih primerov (vinjet).

2.6 Opredeljevanje tem in delitev raziskav po temah

Na osnovi pregleda literature je eden od raziskovalcev opredelil teme, ki se pojavljajo na temo multimorbidnosti. Opredeljene teme je v pregled in validacijo posredoval drugemu raziskovalcu. Drugi raziskovalec je teme pregledal in validiral. Nato je eden od raziskovalcev raziskave razdelil na tematska področja, drugi raziskovalec pa je ocenil ustreznost te razdelitve. V primeru različnega mnenja med raziskovalcema, sta se za delitev po temah odločila s konsenzom.

3 REZULTATI

3.1 Izbor raziskav

Ob pregledu baze Medline smo glede na osnovno iskalno zahtevo za ključno besedo »multimorbidity (multimorbid)« dobili 15 raziskav, za ključno besedo »comorbidity« 2992 raziskav in za ključno besedo »chronic disease(s)« 16098 raziskav. Če smo iskalni ključni besedi »chronic disease(s)« dodali dodatni pogoja, da gre za raziskave, ki se nanašajo na sočasno prisotnost kroničnih bolezni »comorbidity«, smo dobili 369 raziskav. Ob upoštevanju dodatnega pogoja, da gre za populacijo bolnikov v družinski medicini, smo našli število raziskav, ki jih prikazuje Tabela 1.

Tabela 1. Število raziskav ob uporabljenih kombinacijah iskalnih zahtev.
Table 1. Number of papers matching the specified keywords.

	»primary health care«	»family practice«	»family physician«	»general practice«	»family medicine«
»multimorbidity« ali »multimorbid«	11	10	11	10	10
»comorbidity«	209	57	32	107	105
»chronic disease(s)« and »comorbidity«	28	8	4	17	12

Na osnovi pregleda naslovov in izvlečkov je eden izmed raziskovalcev izločil vse raziskave, ki niso ustrezale merilom vključitve, ter raziskave, za katere je presodil, da so primerne za vključitev, posredoval še drugemu raziskovalcu. Raziskave je pred vključitvijo neodvisno pregledal še drugi raziskovalec. V primeru različnih stališč o primernosti raziskave sta se raziskovalca odločila z konsenzom.

Na osnovi neodvisnega mnenja vsakega od raziskovalcev smo v raziskavo vključili 54 raziskav, ki so bile po mnenju obeh raziskovalcev primerne za vključitev v raziskavo. V primeru treh raziskav, za katere je eden od raziskovalcev menil, da so primerne za vključitev, drugi pa ne, sta se raziskovalca odločila, da se jih ne vključi v analizo.

Prva raziskava, ki smo jo vključili v pregled, je bila objavljena leta 1993, v zadnjih letih pa število objav s tega področja narašča. V Tabeli 2 je prikazano število objav glede na letnico objave.

3.2 Delitev raziskav glede na uporabljeno metodologijo

Med izbranimi raziskavami je bila le v eni raziskavi uporabljena kvalitativna metodologija. Uporabljena metoda je bil semistrukturiran intervju (8).

V preostalih 53 raziskavah so uporabili kvantitativno metodologijo (1,2,9-59).

Razdelitev kvantitativnih raziskav glede na uporabljeno metodologijo prikazuje Tabela 3.

Razdelitev raziskav glede na vir podatkov prikazuje Tabela 4.

Tabela 2. Število objav glede na letnico objave.
Table 2. No of published papers by year of publication.

Leto objave / Year of publication	Število objav / No. of published papers
Do leta 1996 Until 1996	2
1997-1998	2
1999-2000	2
2000-2001	3
2002-2003	7
2004-2005	16
2006-2007	14
2008 (do 08/08)	8

Tabela 3. *Razdelitev raziskav, ki so uporabljale kvantitativno metodologijo raziskovanja.*Table 3. *Distribution of studies using qualitative methodology*

Tip raziskave / Types of studies	Število raziskav / No. of studies	Reference raziskav / References
Intervencijske raziskave / Interventional research		
Kontrolirane in randomizirane raziskave / Randomized controlled studies	3	18,24,25
Kontrolirane nerandomizirane raziskave / Non-randomized controlled studies	3	17,19,27
Nekontrolirane intervencijske raziskave / Interventional non-controlled studies	0	
Neintervencijske raziskave / Non-interventional research		
Deskriptivne / Descriptive studies	38	1,2,9,10,12,14,15,16,20,21,22,26,28, 29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39, 40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,51,52, 57,59
Analitične – kohortne / Analytical cohort studies	5	11,13,23,50,56
Analitične tipa primer-kontrola / Analytical case-control studies	4	53,54,55,58

Tabela 4. *Raziskave glede na vir podatkov.*Table 4. *Studies by data source.*

Vir podatkov / Data source	Število raziskav / No. of studies	Reference raziskav / References
Rutinsko zbrani podatki / Routine data collection	20	11,21,22,26,30,31,32,35,36,38,39,40,4,48, 49,52,54,55,56,57,59
Vprašalniki za zdravnike / Physician questionnaires	16	1,2,19,20,23,34,37,41,42,44,45,46, 47,50,51,53,
Vprašalniki za bolnike / Patient questionnaires	12	9,10,12,13,14,15,16,17,18,24,25,27,58
Analiza hipotetičnega primera (vinjete) / Analysis of a hypothetical case vignette	3	28,29,33
Vprašalniki odprtega tipa, intervju, opazovanje / Open-ended questionnaires, interview, observation	1	8

*V isti raziskavi so uporabili različne vire podatkov.

3.3 Delitev raziskav po temah

Glede na vsebino smo raziskave razdelili na:

- epidemiološke raziskave, ki so proučevale pogostost multimorbidnosti v družinski medicini;
- raziskave, ki so se ukvarjale z ugotavljanjem ustreznosti različnih lestvic (indeksov) za ocenjevanje komorbidnosti;
- raziskave, ki so ugotavljale, kako prisotnost duševnih motenj vpliva na obravnavo telesnih težav in obratno;
- raziskave, ki so obravnavale kakovost procesa obravnave in izide zdravljenja pri komorbidnih bolnikih;
- raziskave, ki so ugotavljale vpliv komorbidnosti na kakovost življenja;
- raziskave, kjer so ugotavljali stališča zdravnikov do različnih postopkov obravnave bolnikov v primeru spremljajočih bolezni;
- raziskave, ki raziskujejo stališča in pričakovanja komorbidnih bolnikov do zdravljenja in zdravstvene službe;
- raziskave, ki so ugotavljale, kako komorbidni bolniki koristijo zdravstveno službo;
- raziskave, ki ugotavljajo učinek različnih pristopov k oskrbi multimorbidnih bolnikov;
- raziskave, ki se dotikajo problema implementacije kliničnih smernic in rezultatov randomiziranih kontroliranih raziskav pri obravnavi komorbidnih bolnikov.

Tabela 5 prikazuje razdelitev raziskav glede na opredeljene teme. Posamezne raziskave so se lotevale več kot ene od opredeljenih tem in so v tabeli navedene večkrat in označene z zvezdico.

4 RAZPRAVLJANJE

Namen sistematičnega pregleda literature je bil ugotoviti, kako je mogoče raziskovati multimorbidnost v družinski medicini. Ugotovili smo, da so bile prve raziskave s tega področja objavljene v zgodnjih devetdesetih letih, v zadnjih letih pa število objav narašča. Po metodologiji gre večinoma za kvantitativne neintervencijske raziskave, ki za vir podatkov uporabljajo rutinsko zbrane podatke ali podatke, pridobljene s pomočjo izpolnjevanja vnaprej pripravljenih obrazcev. Kvalitativna raziskovalna metodologija je bila uporabljena le v eni raziskavi, v kateri so ugotavljali stališča multimorbidnih bolnikov do zdravljenja z zdravili (8). Opredelili smo teme, ki so se jih raziskovalci lotevali pri raziskovanju multimorbidnosti in ugotovili da so bile najštevilčnejše epidemiološke raziskave

(1,2,46-52,55-57,59), sledile pa jim raziskave, ki so proučevale posledice multimorbidnosti za zdravstveno službo (16,31,32,34,35,38-41).

4.1 Omejitve raziskave

Ključna omejitev našega pregleda literature je, da smo se pri iskanju literature omejili le na bazo Medline, ki predstavlja največjo in najpomembnejšo zbirko medicinskih člankov, vendar pa ne zajame vseh objavljenih člankov, ki bi bili morebiti pomembni za naš pregled. Tudi znotraj baze Medline ni bilo mogoče vključiti vse relevantne literature, kljub temu, da smo uporabili različne oblike iskalnih zahtev in poleg ključne besede »multimorbidity«, ki je zajela le majhen del ustreznih študij, dodali tudi ključne besede »comorbidity« in »chronic disease(s)« ter uporabili različne izraze za družinsko medicino in družinske zdravnike. Da bi bil pregled čim bolj celovit, smo pregledali tudi citirano literaturo ključnih raziskav in vključevali tudi ključne reference, ki so ustrezale merilom vključitve in jih še nismo zajeli s pomočjo kombinacij iskalnih zahtev.

Omejitev iskanja literature, objavljene le v angleškem jeziku, je naslednja omejitev, ki smo jo postavili tudi zato, da sta lahko oba raziskovalca neodvisno pregledovala članke, kar ne bi bilo mogoče za članke, objavljene v drugih tujih jezikih.

Tretja omejitev pri iskanju pa je bila zahteva, da je bil v bazi Medline na vpogled izveček raziskave, ki je pomagal pri odločitvi o potencialni primernosti članka in potrebi po pridobitvi članka v polnem obsegu. Na ta način smo morebiti izločili za vključitev primerne raziskave, vendar pa je delež objav brez objavljenega izvečka majhen in zato verjetnost, da smo izpustili katero od pomembnejših raziskav, majhna.

4.2 Metodologija raziskovanja

Ob pregledu uporabljene metodologije smo ugotovili, da je bila kvalitativna metodologija uporabljena le v eni raziskavi. Slabo sodelovanje pri zdravljenju z zdravili pri multimorbidnih bolnikih predstavlja problem. S pomočjo semistrukturiranega intervjuja so želeli ugotoviti, zakaj multimorbidni bolniki ne sodelujejo pri zdravljenju z zdravili (8).

Med kvantitativnimi raziskavami prevladujejo neintervencijske raziskave (1,2,8-16,20-23,26, 28-59), med njimi so bile najštevilčnejše raziskave z uporabljenim deskriptivno raziskovalno metodologijo, katerih namen je bil zlasti opredelitev pomembnosti problema. V zadnjem času, ko se raziskovalci lotevajo raziskovanja vpliva multimorbidnosti na proces obravnave in izide

Tabela 5. *Razdelitev raziskav glede na opredeljene teme.*Table 5. *Distribution of studies by specified topics.*

Tema / Topic	Število raziskav / No.of studies	Reference raziskav / References
Epidemiološke raziskave / Epidemiological studies	13	1,2,46,47,48,49,50,51,52,55,56,57,59
Indeksi za ocenjevanje komorbidnosti / Comorbidity assessment indices	4	42,43,44,45
Povezava med telesnimi in duševnimi boleznimi / Association between mental and physical disorders	7	9*,17,19,20,53,54,58
Kakovost procesa obravnave in izidi zdravljenja / Quality of health care process and outcome	4	11, 23,26,30
Vpliv komorbidnosti na kakovost življenja / Impact of comorbidity on the quality of life	5	9*, 12,13,14,15
Vpliv komorbidnosti na odločitev zdravnikov za postopek obravnave / Impact of comorbidity on physician's selection of therapy	4	19, 21*, 28,29
Pričakovanja in stališča multimorbidnih bolnikov do zdravljenja / Multimorbid patients' expectations and attitudes towards treatment	1	8
Koriščenje zdravstvene službe / Healthcare service utilization	9	16, 31,32,34,35,38,39,40,41
Učinkovitost različnih pristopov k obravnavi multimorbidnih bolnikov / Effectiveness of different approaches to treatment of multimorbid patients	5	17,18, 24, 25,27
Klinične smernice in rezultati kontroliranih randomiziranih raziskav pri multimorbidnih bolnikih / Clinical guidelines and results of randomized controlled studies of multimorbid patients	3	21*,33,37

*raziskava se dotika več kot ene opredeljene teme

zdravljenja ter poizkušajo ugotoviti strategijo, ki bi bila uspešna pri obravnavi multimorbidnih bolnikov, se deskriptivnim raziskavam pridružujejo kohortne in intervencijske raziskave. Med intervencijskimi raziskavami, ki so bistveno redkejše (17-19, 24,25,27) in so želele odgovoriti, kako učinkovito pristopiti k multimorbidnim bolnikom, najdemo randomizirane, kontrolirane raziskave ter nerandomizirane raziskave s kontrolno skupino, medtem ko intervencijskih raziskav brez kontrolne skupine ni bilo.

4.3 Uporabljeni viri podatkov

Pri raziskovanju multimorbidnosti so raziskovalci pogosto uporabili rutinsko zbrane podatke, zlasti, ko je šlo za ugotavljanje pogostosti problema, posledice komorbidnosti za zdravstveno službo, ugotavljanje kakovosti procesa oskrbe ter izidov zdravljenja. Uporaba rutinsko zbranih podatkov iz medicinske dokumentacije ima nekaj prednosti (dostopnost podatkov, omogočena je retrospektivna metodologija raziskave, cenovna sprejemljivost, omogočena je vključitev velikega števila različnih bolnikov, ki jih zdravijo različni zdravniki v zdravstvenih organizacijah z različno organizacijo dela, etična nespornost), slabost omenjene metodologije pa je predvsem v neenotni kakovosti podatkov, ki je posledica pomanjkljivega beleženja podatkov (6,60).

Izpolnjevanje vnaprej pripravljenih vprašalnikov s strani zdravnika ali bolnika je lahko dobra metoda zbiranja podatkov, saj omogoča načrtovanje raziskave na način, da zberemo vse za raziskavo potrebne podatke. Pomembno je, da je vprašalnik izpolnjen čim prej po pregledu (izvedbi raziskave), saj s časom upada zanesljivost izpolnjevanja vprašalnika (6).

Intervju med zdravnikom in bolnikom (osebno, po telefonu) je lahko dobra metoda zbiranja podatkov, saj omogoča poglobljeno razlago vprašanja, na katerega želimo odgovor, zahteva pa več časa in običajno ni primerna, kadar želimo zelo velik vzorec. Izvedba intervjuja zahteva usposobljenega izpraševalca ter predpripravo (6).

Analiza hipotetičnega primera (vinjeta) omogoča, da vsi v raziskavo vključeni zdravniki obravnavajo istega hipotetičnega bolnika. Slabost omenjene metodologije pa je, da ugotavljamo znanje in stališča zdravnikov, ne pa njihovega dejanskega ukrepanja v praksi (29).

Semistrukturirani intervju (kvalitativna metodologija) je bil uporabljen, da bi ugotovili pogled multimorbidnih bolnikov na jemanje zdravil. Direktno opazovanje je zanesljiva metoda, ki omogoča prepoznavo problema ter dejavnikov, ki so pomembni za razumevanje problema (6).

4.4 Teme, ki so se jih lotevali raziskovalci

Prve raziskave o pogostosti sočasne prisotnosti kroničnih bolezni v družinski medicini segajo v zgodnja devetdeseta leta prejšnjega stoletja in ugotavljajo, da so multimorbidni bolniki prej pravilo kot izjema v družinski medicini ter identificirajo dejavnike, ki napovedujejo pojav multimorbidnosti (1,2,46-52,55-57,59). Ugotavljali so tudi, kaj pomenijo multimorbidni bolniki za zdravstveno službo z vidika porabljenega časa in stroškov obravnave (16,31,32,34,35,38-41).

Ugotovili so, da se določene bolezni pogosto pojavljajo skupaj. Opazovali so sočasno pojavljanje določenih telesnih bolezni ter pogosto sočasno pojavnost telesnih in duševnih motenj ter z opazovanjem ugotovili, ali je pristop k bolniku s sočasnimi boleznimi v praksi drugačen, kot če gre za bolnika z izoliranim zdravstvenimi problemi (9,17,19,20,53,54,58).

Stališča multimorbidnih bolnikov do zdravljenja je obravnavala le ena raziskava z uporabljenjo kvalitativno metodologijo (8), medtem ko je nekaj raziskav poizkušalo odgovoriti na vprašanje, ali je pristop do bolnika s prisotnimi spremljajočimi boleznimi drugačen, kot če gre za bolnika z izoliranim zdravstvenim problemom (19,21,28,29).

V raziskavah so ugotavljali, kateri od indeksov za oceno teže komorbidnosti je najprimernejši za uporabo v družinski medicini (42-45) ter ugotavljali, kako stopnja komorbidnosti, izmerjena s pomočjo indeksov komorbidnosti ali števila komorbidnih stanj, vpliva na kakovost življenja komorbidnih bolnikov (9,12-15).

Spremljali so komorbidne bolnike in ugotavljali, kako sočasna prisotnost spremljajočih bolezni vpliva na postopke obravnave ter izide zdravljenja (11,23,26,30). Ob ugotovitvah, da je ob upoštevanju meril ustrezne obravnave, ki velja za bolnike z izolirano boleznijo, postopek obravnave pri multimorbidnih bolnikih celo boljši (30) kot pri bolnikih z izoliranim zdravstvenim problemom, ob tem, da je izid zdravljenja slabši (33), so se raziskovalci lotili oblikovanja usmerjenih pristopov k obravnavi multimorbidnih bolnikov (17,18,24,25,27). Iskanje ustreznih pristopov k obravnavi različnih skupin multimorbidnih bolnikov je področje, kjer ostajajo še številna neodgovorjena vprašanja.

4.5 Trendi raziskovanja multimorbidnosti v družinski medicini

V zadnjem času se še vedno pojavljajo raziskave, ki obravnavajo že omenjene teme, vedno več raziskav pa želi odgovoriti na vprašanje, kako pristopiti k obravnavi multimorbidnih bolnikov, da bo izid oskrbe in kakovost življenja multimorbidnih bolnikov čim boljša. Področje

je zelo kompleksno in zahteva opredelitev skupin multimorbidnih bolnikov, definicijo kazalcev kakovosti za obravnavo multimorbidnih bolnikov ter prepoznavo načinov obravnave multimorbidnih bolnikov, ki vodijo k optimalni oskrbi (61).

4.6 Neodgovorjena vprašanja

Področje daje veliko priložnosti za nadaljne raziskovanje. Večina kliničnih raziskav je osredotočena na raziskovanje ene bolezni in pogosto izključuje bolnike, ki so komorbidni (37), čeprav vemo, da predstavljajo multimorbidni bolniki v družinski medicini prej pravilo kot izjemo (2).

Raziskovalci so ugotovili, da uporaba smernic, ki pripomorejo h kakovostni obravnavi bolnika z izolirano boleznijo pri bolniku s sočasno prisotnostjo večjega števila kroničnih bolezni lahko vodi v neustrezno in drago oskrbo (33). Zato je nujno, da tudi za obravnavo teh bolnikov dobimo smernice, kar pa zahteva kakovostne raziskave različnih skupin in vidikov obravnave multimorbidnih bolnikov.

Potreba po kompleksni in v bolnika usmerjeni obravnavi zahteva raziskave, s pomočjo katerih bi ugotovili učinkovitost različnih pristopov k obravnavi komorbidnih bolnikov. Pri načrtovanju ustreznih pristopov k obravnavi komorbidnih bolnikov bi morali upoštevati stališča bolnikov in zdravnikov, ki bi jih lahko pridobili le s pomočjo kvalitativne raziskovalne metodologije.

5 ZAKLJUČKI

Število objav na področju multimorbidnosti narašča. Prve raziskave so želele opozoriti na pogostost in resnost problema, vpliv multimorbidnosti na kakovost življenja bolnikov in pomen multimorbidnih bolnikov za zdravstveno službo. Nadaljnje raziskovanje je bilo usmerjeno v ugotavljanje kakovosti oskrbe multimorbidnih bolnikov, sedanje raziskave pa bi rade odgovorile na vprašanje, kako učinkovito pristopiti k obravnavi multimorbidnih bolnikov, da bi dosegli čim boljši izid zdravljenja ter bolnikom omogočili sprejemljivo kakovost življenja.

Področje multimorbidnosti je področje, kjer so nadaljnje raziskave potrebne. Multimorbidni bolniki zahtevajo drugačen pristop od bolnika z izoliranim zdravstvenim problemom, uporaba neprilagojenih kazalcev kakovosti in smernic pa lahko vodi v neustrezno in drago oskrbo. Potrebujemo raziskave, ki bodo definirale različne skupine komorbidnih bolnikov in odgovorile na vprašanja, kako pristopiti k njihovi obravnavi, da bo

izid oskrbe najboljši. Šele ustrezni dokazi o učinkovitih pristopih k obravnavi multimorbidnih bolnikov so lahko osnova za pripravo priporočil in smernic za njihovo obravnavo.

Literatura

1. Van den Akken M, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA. 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, Alain V, Lapointe L. Prevalence of Multimorbidity Among Adults Seen in Family Medicine. *Ann Fam Med* 2005; 223–8.
3. Smith S. Chronic diseases: what happens when they come in multiples? *Br J Gen Pract* 2007; 57: 268–70.
4. Kersnik J, Ilijaž R, editors. Sočasne bolezni in stanja: monografija, (Zbirka PiP). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2005:1-346.
5. Petek Šter M, Švab I. Bolnik s sočasnimi boleznimi v družinski medicini. Medicinski razgledi 2008 (sprejeto v tisk).
6. Wensing M, Grol R. Methods to identify implementation problems. In: Grol R, Wensing M, Eccles M, editors. *Improving Patient Care*. Elsevier Limited, 2005: 109-120.
7. Silagy CA, Haines A. *Evidence Based Practice in Primary care*. BMJ Books, 1998.
8. Townsend A, Hunt K, Wyke S. Managing multiple morbidity in mid-life: a qualitative study of attitudes to drug use. *BMJ* 2003; 327: 837-41.
9. Hitchcock Noel P, Williams JW, Unutzer J, Worchel J, Lee S, Cornell J et al. Depression and Comorbid Illness in Elderly Primary Care Patients: Impact on Multiple Domains of Health Status and Well-being. *Ann Fam Med* 2004; 2: 555-62.
10. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Lapointe L, Almirall J, Dubois MF et al. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res* 2006; 15: 83-91.
11. Glynn LG, Buckley B, Reddan D, Newell J, Hinde J, Dinneen SF et al. Multimorbidity and risk among patients with established cardiovascular disease: a cohort study. *Br J Gen Pract* 2008; 58: 488–94.
12. Kadam UT, Croft PR. Clinical comorbidity in osteoarthritis: association with physical function in older patients in family practice. *J Rheumatol* 2007; 34:1899-904.
13. Kadam UT, Croft PR; North Staffordshire GP Consortium Group. Clinical multimorbidity and physical function in older adults: a record and health status linking study in general practice. *Fam Pract* 2007; 24: 412-9.
14. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Lapointe L, Dubois MF, Almirall J. Psychological Distress and Multimorbidity in primary care. *Ann Fam Med* 2006; 4:417-22.
15. Fortin M, Dubois MF, Hudon C, Vanasse A, Ntutu AL, Maltais D. 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.
16. Hitchcock Noël P, Parchman ML, Williams JW JR, Williams JW, Cornell JE, Shuko L et al. The Challenges of Multimorbidity from the Patients Perspective. *J Gen Intern Med* 2007; 22 (Suppl 3): 419–24.
17. Koike A, Unutzer J, Wells KB. Improving the Care for Depression in Patients with Comorbid Medical Illness. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1738–45.

18. Van der-Feltz-Cornellis CM, Van Oppen P, Ader HJ, Van dyck R. Randomised controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice. *Psithother Psychosom* 2006; 75: 282-9.
19. Nutting PA, Rost K, Smith J, Werner JJ, Elliot C. Competing Demands From Physical Problems. *Arch Fam Med* 2000; 9: 1059-64.
20. Goodwin RD, Kroenke K, Hoven CW, Spitzer RL. Major Depression, Physical Illness and Suicidal ideation in Primary care. *Psychosomatic Medicine* 2003; 65: 501-5.
21. Ostbye T, Yarnall KSH, Krause KM, Pollack KI, Gradiosn M, Lloyd Michener J. Is There Time for Management of Patients With Chronic Diseases in Primary Care? *Ann Fam Med* 2005; 3: 209-14.
22. Sturm HB, Haaijer-Ruskamp FM, Veegeer NJ, Balje-Volkers CP, Swedberg K, van Gilst HW. The relevance of comorbidities for the heart failure treatment in primary care: A European survey. *Eur J Heart Fail* 2006; 8: 31-7.
23. Min LC, Wenger NS, Fung C, Chanj JT, Ganz DA, Higashi T et al. Multimorbidity is associated with better quality of care among vulnerable elders. *Med Care* 2007; 45: 480-8.
24. Harpole LH, Williams JW, Olsen MK, Stechuchak KM, Oddone E, Callahan CM et al. Improving depression outcomes in older adults with comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27:4-12.
25. Boulton C, Reider L, Frey K, Leff K, Boyd CM, Wolff JL et al. Early effects of »Guided care« on the quality of health care for multimorbid older persons: a cluster –randomised controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008; 63:321-7.
26. Halanych JH, Safford MM, Keys WC, Person SD, Shikany JM, Kim YH et al. Burden of Comorbid Medical Conditions on Quality of Diabetes Care. *Diab Care* 2007; 30: 2999–3004.
27. Boyd CM, Shadmi E, Jackson Conwell L, Griswald M, Left B, Brager R et al. A pilot test of the Guided Care on the Quality of Primary Care Experiences for Multimorbid Older Adults. *J Gen Intern Med* 2008; 23: 536-42.
28. Rynanen OP, Myllkangas M, Kinnunen J, Takala J. Doctors' willingness to refer elderly patients for elective surgery. *Fam Pract* 1997; 14: 216-9.
29. Visser A, Dijkstra GJ, Huisman RM, Gansevoort R, de Jonge PE, Reineveld SA. Differences between physicians in the likelihood of referral and acceptance of elderly patients for dialysis-influence of age and comorbidity. *Nephrol Dial Transplant* 2007; 22: 3255-61.
30. Higashi T, Wegner N, Adams JL, Fung C, Roland M, Mc Glynn E et al. Relationship between Numbers of Medical Conditions and Quality of Care. *N Engl J Med* 2007; 356: 2496–504.
31. Starfield B, Lemke KW, Bernhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: Implications for the Importance of Primary Care in »Case« management. *Ann Fam Med* 2003; 1: 8–14.
32. Laux G, Kuehlein T, Rosemann T, Scecseny J. 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>.
33. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried L, Boulton L, Wu AW. Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients with Multiple Comorbid Diseases. *JAMA* 2005; 294: 716–24.
34. Schellevis FG, Van de Lisdonk EH, Van der Velden J, Hoogbergen SHJL, Van Eijk JTHM, Van Weel C. Consultation rates and the incidence of intercurrent morbidity among patients with chronic disease in general practice. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 259–62.
35. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, Expenditure and Complications of Multiple Chronic Conditions in the Elderly. *Arch Intern Med* 2002; 162: 2269–76.
36. Beasley JW, Hankey TH, Erikson R, Stange KC, Mundt M, Elliott M et al. How Many Problems Do Family Physicians Manage at Each Encounter? A WRen Study. *Ann Fam Med* 2004; 2: 405–10.
37. Fortin M, Dionne J, Pinho G, Gignac J, Almirall J, Lapointe L. Randomised Controlled Trials: Do They Have External Validity for patients With Multiple Comorbidities. *Ann Fam Med* 2006; 4:104-8.
38. Condelius A, Edberg AK, Jakobsson U, Hallberg IR. Hospital admission among people 65+ related to multimorbidity, municipal and outpatient care. *Arch Gerontol Geriatr* 2008; 46: 41-55.
39. Westers GP, Satariano WA, Schellevis FG, Van den Bos GAM. Pattern of comorbidity and the use of health service in the Dutch population. *Eur J Public Health* 2001; 11: 365-72.
40. Starfield B, Lemke KW, Herbert R, Pavlovich WD, Anderson G. Comorbidity and the Use of Primary Care and Specialistic Care in the Elderly. *Ann Fam Med* 2005; 3: 215-22.
41. Chismolm D, Knapp M, Patrick D, Treglia D, Simon G; the LIDO Group. Depression status, medical comorbidity and resource cost. *Br J Psychiatry* 2003; 183:121-31.
42. Hudon C, Fortin M, Vanasse A. Cumulative Illness Rating Scale was a reliable and valid index in a family practice context. *J Clin Epidemiol* 2005; 58: 603-8.
43. Kadam UT, Schellevis FG, van der Windt DA, de Vet HC, Bouter LM, Croft PR. Morbidity severity classification routine consultation from English and Dutch general practice indicated physical health status. *J Clin Epidemiol* 2008; 61: 386-393.
44. Rozzini R, Frisoni GB, Ferrucci L, Barbisoni P, Sabatini T, Ranieli P et al. Geriatric Index of Comorbidity: validation and comparison with other measures of comorbidity. *Age and Aging* 2002; 31: 277-285.
45. Fortin M, Hudon C, Dubois MF, Almirall J, Lapointe L, Soubhi H. Comparative assessment of three different indices of multimorbidity for studies on health-related quality of life. *Health Qual Life Outcome* 2005; 3: 74.
46. Saltman DC, Sayer GP, Whicker SD. Co-morbidity in general practice. *Postgrad Med J* 2005; 81: 474-80.
47. Marengoni A, Windblat B, Karp A, Fratiglioni L. Prevalence of Chronic Diseases and Multimorbidity Among the Elderly Population in Sweden. *Am J Pub Health* 2008; 98: 1198-1200.
48. Britt HC, Harrison CM, Miller GC, Miller GC, Knox SA. Prevalence and Pattern of Multimorbidity in Australia. *Med J Aust* 2008; 189: 72–7.
49. Droomers M, Westert GP. Do Lower socioeconomic groups use more health service, because they suffer from more illness? *Eur J Pub Health* 2004; 14: 311-3.
50. Van den Akken M, Buntinx F, Metsemakers JFM, Van der Aa M, Kottnerus JA. Psychosocial patients characteristics and GP-registered chronic morbidity. A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research* 2001; 50: 95-102.
51. Smith SM, Fereda A, Odowd T. Multimorbidity in younger deprived patients: an exploratory study of research and service in general practice. *BMC Fam Pract* 2008; 9:6. Dosegljivo na: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18226249?ordinalpos=17&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum.
52. Droomers M, Westert GP. Do lower socioeconomic groups use more health service, because they suffer from more illnesses? *Eur J Public Health* 2004; 14: 311-3.
53. Carney C, Jones L, Woolson RF. Medical Comorbidity in Women and Men with Schizophrenia. A population-Based Controlled Study. *J Gen Intern Med* 2006; 21:1133-37.

54. Carney CP, Jones LE. Medical comorbidity in women and men with bipolar disorders: a population-based controlled study. *Psychosom Med* 2006; 68: 684-91.
55. Van der Akken M, Buntinx F, Metsemakers JF, Knottnerus JA. Marginal impact of psihosocial factors on multimorbidity: results on explorative nested case-control study. *Soc Sci Med* 2000; 50:1679-93.
56. Menotti A, Mulden I, Nissinen A, Gianpaoli S, Feskens EJ, Kromhout D. Prevalence of morbidity and multimorbidity in elderly male population and their impact on 10.years all-cause of mortality: the FINE study (Finland, Italy, Netherlands, Elderly). *J Clin Epidemiol* 2001;54:680-6.
57. Shellevis FG, Van der Velden J, Van de Lisdonk E, Avn Eijk JT, Van Weel C. Comorbidity of chronic diseases in general practice. *J Clin Epidemiol* 1993; 46: 469-73.
58. Hartman RC, Lucassen PLBJ, Van de Lisdonk EH, Bor HHJ, Van Weel C. Chronic functional somatic symptoms: a single syndrome? *Br J Gen Pract* 2004; 54:922-7.
59. Frisher M, Collins J, Millson D, Cromo I, Croft P. Prevalence of comorbid psychiatric illness and substance misuse in primary care in England and Wales. *J Epidemiol Health Care* 2004; 58: 1036-41.
60. Powell AE, Davies HTO, Thomson RG. Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 122-8.
61. Fortin M, Soubhi H, Hudon C, Bayliss EA, Van den Akken M. Multimorbidities's many challenges. *BMJ* 2007; 334: 1016-17.