

Karolina Piotrowicz

Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

# Opieka ukierunkowana na starszego pacjenta z wielochorobowością — podejście zaproponowane przez Panel Ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego\*

*Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the American Geriatrics Society*

\*Opracowano na podstawie artykułu: *American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Patient-Centered Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions: A Stepwise Approach from the American Geriatrics Society. J. Am. Geriatr. Soc. 2012; 60: 1957–1968.*

## Abstract

The paper presents the summary of the article regarding the patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions, presented by the panel of experts of the American Geriatrics Society.

*Gerontologia Polska 2013; 21, 3: 63–72*

**Key words:** care, multimorbidity, elderly

## Wstęp

Jednym z najważniejszych wyzwań w geriatrji jest zapewnienie optymalnej opieki nad osobami starszymi z wieloma dolegliwościami o charakterze przewlekłym lub wielochorobowością. Ponad 50% osób starszych cierpi z powodu trzech lub więcej chorób przewlekłych, których kumulacja składa się na indywidualny obraz chorobowy pacjenta.

Występowanie wielochorobowości jest obciążone wyższym odsetkiem zgonów, niesprawności, zdarzeń niepożądanych; związane jest z częstszym korzystaniem przez pacjentów z opieki medycznej, instytucjonalizacją opieki oraz z niższą jakością życia. Większość wytycznych praktyki klinicznej (CPGs, *clinical practice guidelines*) skupia się na prowadzeniu leczenia w pojedynczym schorzeniu; zastosowanie takiej opieki u osób starszych z wielochorobowością może się okazać nieodpowiednie, nieprzynoszące korzyści lub nawet szkodliwe. Niedoskonałości CPGs nie wynikają z niedociągnięć w opracowywaniu i wdrażaniu wytycznych, ale głównie z faktu, że starsi pacjenci z wielochorobowością są zazwyczaj wykluczani lub słabo reprezentowani w badaniach klinicznych oraz obserwacyjnych. To sprawia, że dane dotyczące tej grupy chorych nie są analizowane w metaanalizach, przeglądach systematycznych oraz wytycznych.

## Adres do korespondencji:

Dr n. med. Karolina Piotrowicz  
Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii  
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego  
ul. Śniadeckich 10, 31–531 Kraków  
tel.: 12 424 88 04  
faks: 12 424 88 54  
e-mail: zona3@interia.pl

Przy prowadzeniu opieki nad starszymi chorymi z wielochorobowością trzeba uwzględnić zasady postępowania w poszczególnych chorobach przewlekłych, leczenie i interwencje farmakologiczne i niefarmakologiczne, diagnostykę przesiewową i pogłębioną, profilaktykę, kontynuację leczenia oraz opiekę w terminalnym stadium choroby.

Ponieważ do tej pory nie było strategii ustalania priorytetów w postępowaniu u indywidualnego starszego pacjenta z wielochorobowością, Amerykańskie Towarzystwo Geriatryczne (AGS, *American Geriatrics Society*) powołało panel ekspertów w celu opracowania optymalnych zasad opieki nad osobami starszymi z wielochorobowością. Dokument nie stanowi wytycznych, określa raczej zasady przewodnie przy sprawowaniu opieki medycznej nad osobami starszymi z wielochorobowością.

Prezentowane streszczenie przedstawia istotne elementy pochodzące z pełnego dokumentu opublikowanego *online* w „Journal of the American Geriatrics Society” (*Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity: An Approach for Clinicians*, [www.ags-online.org](http://www.ags-online.org)).

### Metodyka

Dokument dotyczy pięciu obszarów, istotnych dla opieki nad starszymi osobami z wielochorobowością, które obejmują: 1) preferencje pacjenta, 2) interpretację danych, 3) rokowanie, 4) wykonalność w środowisku klinicznym, 5) optymalizację leczenia i planów opieki.

Dodatkowo, w części zatytułowanej: *Przeszkody* przeanalizowano problemy, które utrudniają wdrożenie przedstawianego podejścia.

Dokument nie stanowi przeglądu systematycznego. Zastosowane zostały dwie różne strategie przeszukiwania piśmiennictwa: ustrukturyzowany przegląd bazy danych PubMed oraz wyszukiwanie cytowań istotnych artykułów. Szczegółowy opis metod przeszukiwania literatury jest zamieszczony w pełnym dokumencie dostępnym *online* [1].

Wersja robocza dokumentu została rozesłana do recenzji do kilku organizacji (zawarte w *Acknowledgments*) oraz umieszczona na stronie internetowej AGS w celu otrzymania komentarzy od odbiorców.

### Podejście do osób starszych z wielochorobowością

Klinicyści leczący starszych ludzi z wielochorobowością napotykają wiele wyzwań, takich jak: decyzje dotyczące całościowego sprawowania opieki medycznej, niedostateczne dane, ograniczenia czasowe

i refundacyjne, które utrudniają świadczenie opieki właściwej jakości.

Rycina 1 przedstawia model optymalnego prowadzenia opieki nad tą grupą osób.

### Zasady przewodnie

#### 1. Domena dotycząca preferencji pacjenta

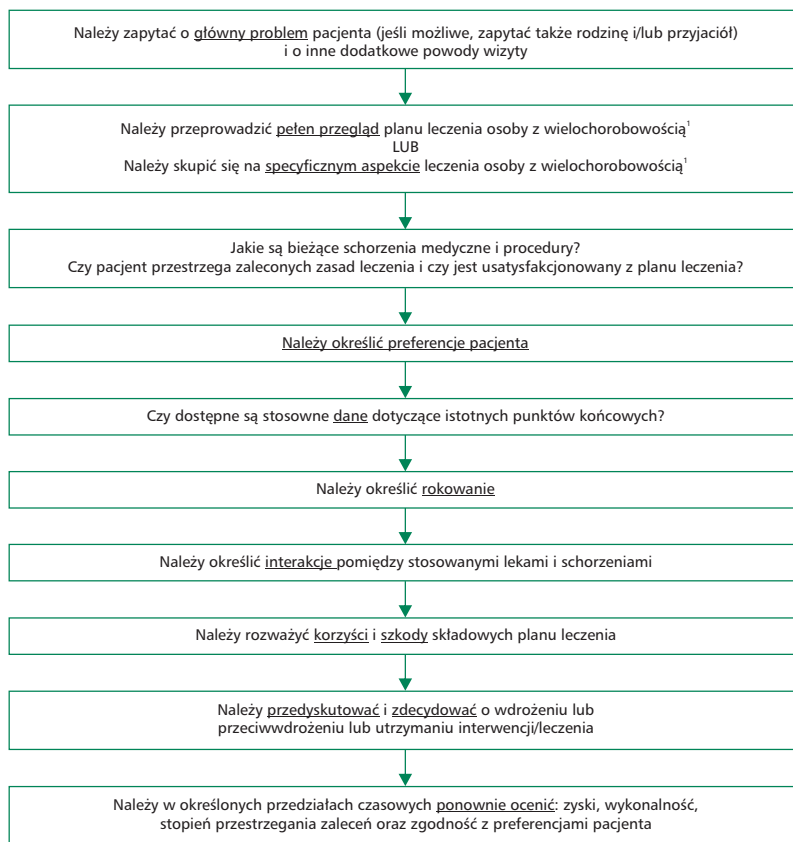
**Reguła przewodnia.** Należy ustalić preferencje pacjenta i uwzględnić je przy podejmowaniu decyzji medycznych dotyczących starszych osób z wielochorobowością.

**Uzasadnienie reguły.** Opieka prowadzona zgodnie z zasadami CPGs może nie być w pełni zgodna z oczekiwaniami pacjenta, co jest istotnym aspektem przy podejmowaniu decyzji klinicznych. Starsi ludzie z wielochorobowością są w stanie dokonywać oceny metod leczenia i ustalać priorytety własnych preferencji dotyczących opieki, z uwzględnieniem kontekstu jednostkowego i kulturowego. Niektóre zalecenia CPGs są w dużym stopniu zależne od preferencji pacjenta, jak na przykład decyzje dotyczące różnorodnych opcji terapeutycznych, dożywnotnie konsekwencje leczenia schorzeń przewlekłych oraz wybory dotyczące leczenia lub procedur medycznych obciążonych znacznym ryzykiem lub niepewną korzyścią.

**Jak stosować w praktyce klinicznej.** Wszystkie decyzje kliniczne wymagają określenia preferencji pacjenta. Ustalanie preferencji może być dostosowane do potrzeb, skrócone w przypadku mniej skomplikowanych sytuacji, a bardziej rozbudowane, gdy trzeba rozważyć wiele możliwości. W przypadku wielu możliwości, proces określania preferencji pacjenta wymaga kilku etapów.

— *Należy ustalić, kiedy starsza osoba z wielochorobowością staje przed decyzją zależną od swoich preferencji.* Starsi pacjenci z wielochorobowością są bardziej chętni do porównywania możliwych decyzji, ze względu na obciążenia, jakie powodują dostępne metody terapeutyczne, wysokie ryzyko zdarzeń niepożądanych przy możliwości ograniczonych korzyści.

Decyzje uzależnione od preferencji pacjenta dotyczą: 1) włączenia leczenia, które może poprawić efektywność leczenia jednego schorzenia, ale pogorszyć innego [np. glikokortykosteroidy w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc (POChP) mogą nasilić osteoporozę]; 2) terapii, która może dać korzyści długoterminowe, lecz spowodować krótkotrwałą szkodę (np. leki stosowane w profilaktyce, takie jak statyny, często wywołują zdarzenia niepożądane); 3) różnorodnych le-



Rycina 1. Schemat prowadzenia opieki u starszego chorego z wielochorobowością (na podstawie [1])  
 Figure 1. Approach to the evaluation and management of the older adult with multimorbidity

ków, mogących przynieść korzyści i szkody, które muszą zostać wyważone;

- *Należy upewnić się, że starsi ludzie z wielochorobowością zostali odpowiednio poinformowani o spodziewanych korzyściach i szkodach, które niosą opcje terapeutyczne.* Pomimo że lekarze mogą uważać, że niektóre zdarzenia niepożądane mają mniejsze znaczenie niż oczekiwane korzyści, pacjenci często uważają je za bardzo istotne. Zawsze, jeżeli to tylko możliwe, prawdopodobieństwo wystąpienia spodziewanych efektów powinno zostać przedstawiane pacjentom jako wyrażone w liczbach, ponieważ słowa takie jak „rzadko” oraz „często” są różnie interpretowane i często źle rozumiane. Powszechnie przyjęte i zaakceptowane rekomendacje uwzględniają przedstawienie prawdopodobieństwa wystąpienia lub niewystąpienia zdarzenia w celu uniknięcia zaklasyfikowania punktu końcowego jako pozytywny lub negatywny; zamiast ryzyka względnego proponują ryzyko bezwzględne; dostarczają pomoce wizualne. Istotnym el-

ementem tego etapu jest ocena zrozumienia przez pacjenta zaprezentowanych informacji (np. metodą *teach back*, która polega na tym, by zachęcać chorego do powtórzenia tego, co zrozumiał);

- *Preferencje pacjenta należy określać dopiero wtedy, gdy osoba została wystarczająco poinformowana.* Środki pomocnicze przy podejmowaniu decyzji są dostępne po to, aby pomóc w informowaniu pacjenta i określaniu jego preferencji; mogą one jednak zawieść przy opisywaniu prawdopodobieństwa wystąpienia różnych punktów końcowych z powodu panelu innych chorób współistniejących i różnych czynników ryzyka. Przykładowo, analiza decyzji może obejmować stworzenie drzewa decyzyjnego, które prezentuje wszystkie potencjalne punkty końcowe dla każdej z opcji terapeutycznych. Punkty końcowe mogą być wtedy porównywane z zastosowaniem specjalistycznych technik. Prostsza metoda może być zwrócenie się do pacjenta z prośbą o uszeregowanie pod względem ważności zestawu

uniwersalnych punktów końcowych związanych ze zdrowiem, które mogą mieć zastosowanie w przypadku indywidualnych schorzeń (np. możliwie najdłuższy czas trwania życia, utrzymanie sprawności, zmniejszenie bólu). Wówczas opcje terapeutyczne mogą być rozważane w kategoriach ich wpływu na te właśnie punkty końcowe. Kilka istotnych dodatkowych uwag powinno kierować procesem ustalania preferencji pacjenta.

Po pierwsze, lekarze muszą odróżniać określanie preferencji od podejmowania decyzji terapeutycznych. W pierwszym przypadku, mając na uwadze osobiste wartości i priorytety, pacjenci wyrażają swoje opinie dotyczące opcji terapeutycznych i potencjalnych wyników leczenia; w drugim przypadku wybierana jest konkretna opcja. Pacjenci mogą chcieć samodzielnie podejmować decyzje, pozwalać lekarzowi podejmować decyzje lub dzielić podejmowanie decyzji, ale prawie wszyscy chcą, aby ich zdanie kierowało tym procesem. Pacjenci mogą wyrazić chęć, aby rodzina, przyjaciele lub opiekunowie zostali włączeni w podejmowanie decyzji lub nawet aby podejmowali decyzję za nich. W przypadku osób z zaburzeniami pamięci, które nie potrafią zrozumieć konsekwencji różnych wyborów, najważniejsze dla nich osoby stają się zastępczymi osobami decyzyjnymi, które współpracują z lekarzami w celu podjęcia decyzji w imieniu pacjenta. Po drugie, preferencje pacjentów mogą zmieniać się w miarę upływu czasu i powinny być oceniane ponownie, szczególnie w przypadku zmiany stanu zdrowia. Po trzecie, zasada określania oczekiwań pacjenta i zaangażowania pacjenta w proces podejmowania decyzji nie oznacza, że pacjent posiada prawo, aby żądać każdego dostępnego leczenia bez uzasadnionego oczekiwania określonej korzyści.

## 2. Domena dotycząca interpretacji wyników

**Reguła przewodnia.** Należy wskazywać ograniczenia baz danych; indywidualnie dla osób starszych z wielochorobowością należy interpretować i stosować dane z piśmiennictwa medycznego.

**Uzasadnienie reguły.** Wytyczne CPGs opiniują najlepsze aktualne dane z wielu typów badań, z których większość skoncentrowana jest na tylko jednym lub dwóch stanach klinicznych i dotyczy, jeśli w ogóle, to w ograniczony sposób, chorób współistniejących. Dodatkowo, różne schorzenia współistniejące u danego pacjenta mogą wzajemnie ze sobą oddziaływać, zmieniając ryzyko związane z poszczególną chorobą i jej leczeniem. A zatem, określenie, czy dany pacjent odniesie korzyść z konkretnego leczenia, jest trudne.

Wystandaryzowane metody, mające na celu interpretację piśmiennictwa medycznego (medycyna oparta na faktach, *evidence-based medicine*), dostarczają lekarzom narzędzia do oceny bazy dostępnych danych, ale przy korzystaniu z tych metod należy oceniać, czy dostępna informacja odnosi się do analizowanego pacjenta. Występują istotne braki w danych dotyczących wzajemnych oddziaływań schorzeń i modeli leczenia, szczególnie dla grupy osób starszych z wielochorobowością.

**Jak stosować w praktyce klinicznej.** Aby określić, czy konkretna informacja, pochodząca z wytycznych lub innego źródła danych, ma zastosowanie dla starszych osób z wielochorobowością, powinna być ona poddana ocenie na podstawie istotnych pytań klinicznych i pojęć, które zostały opisane w tabeli 1.

**Przydatność i jakość danych.** Aby ocenić przydatność informacji, lekarz musi próbować ustalić, czy pacjenci z wielochorobowością lub osoby starsze, byli włączeni do badania w wystarczającej liczbie, zapewniającej rzetelność uzyskanych wyników, a jeśli tak, to czy konkretne choroby współistniejące lub wielochorobowość mogły zmodyfikować efekty interwencji. Jakość dowodów również musi być brana pod uwagę. Nawet zdecydowanie korzystne badanie może zawierać błędy w projekcie lub analizie. Istniejące podejścia do oceny jakości dowodów są przydatne dla lekarzy poszukujących równowagi pomiędzy jakością dowodów a ich użytecznością. Dla przykładu, dobrze zaprojektowane randomizowane badania kontrolne (RCTs, *randomized clinical trials*) często wykluczają z udziału osoby starsze z wielochorobowością w celu ograniczenia wpływu zmiennych zakłócających, odnotowywanych w badaniach obserwacyjnych. Badania obserwacyjne, pomimo że są postrzegane jako badania o słabszej jakości niż dobrze zaprojektowane RCTs, często obejmują osoby starsze z wielochorobowością i zawierają istotne dane o zdarzeniach niepożądanych.

**Wyniki.** Badania kliniczne często oceniają wyniki, które nie są bezpośrednio ważne dla pacjentów (np. pośrednie lub zastępcze punkty końcowe). Pośrednie punkty końcowe, jak na przykład wysoki cholesterol, nie oddziałują na pacjentów w tym samym stopniu co istotne dla pacjenta punkty końcowe, takie jak udar czy zawał serca. Punkty końcowe, które dla osób starszych z wielochorobowością mogą mieć większe znaczenie (np. jakość życia lub samodzielność), często nie są sprawdzane. Dla lekarza ważnym pytaniem jest to, czy prezentowane wyniki są istotne w odniesieniu do danego pacjenta.

**Szkody i obciążenia.** W opisywanej populacji osób, rozważając dowody dotyczące korzyści i potencjal-

**Tabela 1.** Metoda oceny i prowadzenia leczenia wśród osób starszych z wielochorobowością (na podstawie [1])  
**Table 1.** Questions to ask regarding the medical literature

1. W jakim stopniu osoby starsze z wielochorobowością były reprezentowane w badaniach klinicznych? Czy jest dowód na zmianę wyniku?
2. Jaka jest, zgodnie z akceptowaną metodologią EBM, jakość danych?
3. Jakie są oczekiwane wyniki leczenia lub interwencji? Czy wyniki te są ważne dla pacjentów?
4. Czy istnieje znacząca zmienność ryzyka wyjściowego dla punktów końcowych, na które w zamierzeniu ma wpływać leczenie lub interwencja?
5. Czy ryzyko i objawy niepożądane metod terapii i interwencji u starszych pacjentów z wielochorobowością są jasno poznane, tak że może być podjęta decyzja dotycząca tego, czy lekarstwo stosowane na jedno schorzenie pogorszy inne?
6. Jakie metody leczenia i interwencje są używane jako porównawcze?
7. Czy wiadomo, jak długi jest czas niezbędny do pojawienia się korzyści albo szkód leczenia lub interwencji?
8. Czy dokument dostarcza informacji na temat bezwzględnego zmniejszenia ryzyka czy tylko względnego zmniejszenia ryzyka? Czy możliwe jest oszacowanie bezwzględnego zmniejszenia ryzyka?
9. Jak precyzyjne są wnioski? Jakie są granice ufności?

EBM (evidence-based medicine) — medycyna oparta na dowodach

nych szkód i obciążeń, lekarze muszą pamiętać, że krótkoterminowe badania skuteczności mogą nie zawierać dostatecznie długiej obserwacji pacjentów, pozwalającej w pełni określić wskaźniki zdarzeń niepożądanych; że niewiele badań klinicznych raportuje obciążenie, którym obarczone jest leczenie, oraz że leczenie jednego schorzenia może nasilić inną chorobę współistniejącą. Lekarze powinni upewnić się, czy zdarzenia niepożądane zostały odpowiednio zgłoszone, czy potencjalne oddziaływania na inne schorzenia zostały sprawdzone oraz czy mogły się pojawić interakcje pomiędzy stosowanymi lekami. Pod uwagę muszą być brane również koszty finansowe, kompleksowość leczenia i obciążenia z nim związane, ponieważ często to one wpływają na przestrzeganie zasad leczenia.

**Bezwzględne zmniejszenie ryzyka.** Wyniki badań często są wyrażane za pomocą względnego zmniejszenia ryzyka (RRR, *relative risk reduction*) zamiast bezwzględnego zmniejszenia ryzyka (ARR, *absolute risk reduction*). Względne zmniejszenie ryzyka jest niemożliwe do interpretacji, w przypadku gdy nie zostało podane wyjściowe ryzyko (punkt końcowy bez zastosowania leczenia). Z kolei ARR wyraża różnicę pomiędzy ryzykiem wyjściowym a ryzykiem wystąpienia punktu końcowego przy zastosowaniu leczenia lub różnicę pomiędzy dwoma porównywanymi typami leczenia. Ryzyko wyjściowe na poziomie 2% bez leczenia, po odjęciu 1% ryzyka po zastosowaniu leczenia, generuje 50% RRR i zaledwie 1% ARR. W przypadku wielu scho-

rzeń w grupie starszych osób z wielochorobowością ryzyko wyjściowe może być wyższe lub niższe niż dla populacji generalnej. Nawet w badaniach klinicznych bez reprezentatywnej grupy osób starszych z wielochorobowością ryzyko wyjściowe może znacznie się różnić i ograniczać przydatność wyników badania nawet dla przeciętnego uczestnika projektu.

W przypadku gdy ryzyko wyjściowe pacjenta wykracza poza ryzyko w typowym badaniu klinicznym, ograniczenia w zastosowaniu danych są nawet większe. Wyjściowe ryzyko może zostać ustalone na podstawie grup kontrolnych w RCT, badań obserwacyjnych, rejestrów bądź wskaźników prognostycznych. Często zakłada się, że bez względu na wyjściowe ryzyko RRR jest stałe, sugerując, że RRR w połączeniu z szacunkowymi ryzykami wyjściowymi może pozwolić na obliczenie ARR nawet w przypadku osób z różnym ryzykiem wyjściowym.

W rozważaniach dotyczących jakości dowodów oraz ich użyteczności w przypadku osób starszych z wielochorobowością zmienność RRR w tej populacji rzadko poddawano ocenie. Brak wiedzy na temat występowania zmienności w ryzyku wyjściowym utrudnia interpretację wyników starszych osób z wielochorobowością.

**Czas potrzebny do uzyskania korzyści.** Wyniki badań prezentowane są często jako liczba pacjentów, których trzeba poddać danej interwencji, aby zapobiec jednemu niekorzystnemu punktowi końcowemu (NNT,



*number needed to treat*), oraz jako liczba pacjentów, których poddanie określonej interwencji wiąże się z wystąpieniem jednego dodatkowego niekorzystnego punktu końcowego (NNH, *number needed to harm*) bez rozpatrywania okresu czasu potrzebnego do wystąpienia punktu końcowego. Może to być mylące — NNT oraz NNH są najbardziej przydatne w sytuacji, gdy przedstawienie danych uwzględnia czynnik czasu. Istotne kliniczne korzyści mogą także pojawiać się wcześniej niż ustalona *a priori* długość badania klinicznego. Lekarze podejmujący decyzje dotyczące prowadzenia leczenia u osób starszych z wielochorobowością powinni określić czas niezbędny do uzyskania korzyści, czyli czas potrzebny do pojawienia się widocznej, istotnej klinicznie redukcji ryzyka dla określonego punktu końcowego. Czas do wystąpienia szkody to okres, w którym pojawiają się istotne zdarzenia niepożądane. W przypadku pewnych schorzeń przewlekłych niektóre interwencje są korzystne dla pewnych punktów końcowych dopiero po długim leczeniu. Na przykład u osób starszych z wielochorobowością, które są w grupie ryzyka zgonu z innych przyczyn, ścisła kontrola glikemii przekłada się na małe prawdopodobieństwo pożytku, a większe ryzyko szkody. A zatem lekarze i pacjenci powinni wspólnie zdecydować, czy przewidywane korzyści uzasadniają potencjalne ryzyko związane z zastosowaniem leczenia.

### 3. Domena dotycząca rokowania

**Reguła przewodnia.** Decyzje dotyczące sprawowania opieki nad starszymi pacjentami z wielochorobowością należy formułować w kontekście oceny ryzyka, obciążeń, korzyści oraz rokowania (np. oczekiwane dalsze trwanie życia, stan funkcjonalny, jakość życia).

**Uzasadnienie reguły.** Decyzje dotyczące prowadzenia leczenia w tej populacji wymagają oceny rokowania, po to aby wypełnić oczekiwania pacjenta i odpowiednio ocenić ryzyko, obciążenia związane z leczeniem oraz korzyści, uwzględniając w tym oczekiwane dalsze trwanie życia, niesprawność funkcjonalną oraz jakość życia.

Rozpatrując rokowanie, lekarze muszą również oszacować ryzyko wystąpienia konkretnych stanów (np. krwawienie z przewodu pokarmowego w przypadku stosowania aspiryny w prewencji pierwotnej choroby sercowo-naczyniowej).

Rokowanie każdego pacjenta wyjaśnia sytuację, ale nie narzuca decyzji dotyczących sprawowania opieki w kontekście preferencji pacjenta. Jak już stwierdzono powyżej, czas niezbędny do uzyskania korzyści ze stosowanego leczenia, szczególnie wśród osób

starszych z wielochorobowością, może być dłuższy niż przewidywany indywidualny czas życia, przy podwyższeniu ryzyka polipragmazji i interakcji lek-lek oraz lek-schorzenie. W przypadku gdy czas do uzyskania korzyści przekracza oczekiwane dalsze trwanie życia, także testy przesiewowe (np. kolonoskopia) mogą nie przynosić korzyści lub nawet być szkodliwe, zwłaszcza że związane z nimi szkody i obciążenia rosną z wiekiem i współwystępowaniem chorób.

Dyskusje dotyczące rokowania mogą posłużyć jako punkt wyjścia do trudnych rozmów, ułatwiających podejmowanie decyzji i planowanie opieki, nakierowanych na preferencje pacjenta, z uwzględnieniem uzasadnienia leczenia i ustalenia priorytetów terapii. Przykładowo rokowanie pacjenta w złym stanie sprawności z nowotworowym guzem litym zazwyczaj pogarsza się po zastosowaniu chemioterapii. Równocześnie postęp choroby w trakcie terapii pierwszego i drugiego rzutu wiąże się z niskim prawdopodobieństwem odpowiedzi na leczenie, ale przedyskutowanie opcji hospicyjnych oferuje pacjentom i rodzinom możliwości większego wsparcia domowego, lepszą jakość życia i potencjalnie dłuższe przeżycie.

**Jak stosować w praktyce klinicznej.** Lekarze powinni rozważyć kilka kwestii w sytuacji, gdy w procesie podejmowania decyzji bierze się pod uwagę rokowanie. Odnoszą się one do: sformułowania sprecyzowanego pytania klinicznego, określenia punktu końcowego (np. pozostałego oczekiwanego dalszego trwania życia, jakość życia lub określone dla danego schorzenia ryzyko, jak np. udar mózgu), wyboru wskaźnika rokowniczego z oceną jego mocnych i słabych stron, szacowania rokowania i włączania tej informacji w proces podejmowania decyzji.

Większość osób starszych chce, aby omawiać rokowanie. Lekarze powinni prezentować sposób zachowania uwzględniający różnice kulturowe, ponieważ tradycja często wpływa na priorytety. Dialog musi respektować zasady etyczne autonomii (samostanowienie pacjenta), dobroczynności (wspieranie dobrego samopoczucia), nieszkodliwości (unikanie szkody), sprawiedliwości (ochrona podatnych populacji oraz sprawiedliwy podział zasobów).

Konkretne sytuacje, w których rokowanie może wpłynąć na podejmowanie decyzji klinicznych, obejmują: zapobieganie chorobie lub leczenie (np. czy rozpocząć lub zakończyć leczenie lub wszczepić albo wymienić urządzenie), badania przesiewowe, zmianę w stanie klinicznym pacjenta oraz wykorzystywanie zasobów służby zdrowia (np. hospitalizacja lub leczenie w oddziale intensywnej opieki medycznej). W obrębie procesu podejmowania decyzji zawarte jest to, którą

miarę rokowniczą użyć oraz którymi informacjami dotyczącymi rokowania dzielić się z pacjentami i rodzinami w kontekście dostępnych danych i oczekiwań pacjenta. Decyzje można hierarchizować na podstawie oczekiwanej długości życia lub innych punktów końcowych i kategoryzowane jako krótkoterminowe (okres 1 roku), średnioterminowe (okres 5 lat) i długoterminowe (powyżej 5 lat). Pacjenci z ograniczonym oczekiwanym dalszym trwaniem życia będą koncentrować się na istotnych decyzjach krótkoterminowych, takich jak intensywność kontroli poziomu glikemii lub czy nadal mieszkać samotnie. Średnioterminowe lub długoterminowe decyzje (np. kontrola lipidogramu lub wykonanie skriningu w kierunku raka jelita grubego) będą miały niższy priorytet. Przy takiej hierarchii pacjent postrzega leczenie oraz procedury medyczne jako najprawdopodobniej korzystne, z ograniczeniem ryzyka szkody bez towarzyszącej korzyści.

Narzędzia rokownicze zazwyczaj były tworzone i sprawdzone w specyficznych środowiskach, co potencjalnie ogranicza zasadność ich stosowania w innych warunkach (np. osoby mieszkające w ogólnej społeczności *v.* w domu opieki). Lekarze muszą rozważyć również jakiej miary użyć i jak dobre ma ona zastosowanie w przypadku punktów końcowych, które są specyficzne i niespecyficzne dla danej jednostki chorobowej wśród starszych osób z wielochorobowością. Narzędzia do szacowania oczekiwanego dalszego trwania życia zostały w szeroki sposób zbadane i zawierają miary dla konkretnych schorzeń, podobnie jak tablice wymieralności podzielone w zależności od wieku i płci oraz rozkład oczekiwanego czasu dalszego trwania życia dla określonego wieku. Inne podejścia uwzględniają zintegrowane miary lub wskaźniki — na przykład skale *Vulnerable Elders Survey*, (VES-13), *Palliative Prognostic Score* (PPS). Dostępnych jest mniej miar, które pomagają przewidywać niesprawność funkcjonalną lub przyszłą jakość życia.

#### 4. Domena dotycząca wykonalności w środowisku klinicznym

**Reguła przewodnia.** Przy podejmowaniu decyzji dotyczących sprawowania opieki nad osobami starszymi z wielochorobowością należy rozważyć złożoność i wykonalność leczenia.

**Uzasadnienie reguły.** Problemy złożoności leczenia i obciążeń z nim związanych muszą być poruszane wśród starszych osób z wielochorobowością. Niektóre organizacje zajmujące się wytycznymi, takie jak grupa robocza *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE), zachęcają

obecnie do rutynowego rozważenia tego wtedy, gdy opracowywane są wytyczne, jednakże określenie tych pojęć jest niespójne.

Stworzono model, w którym rozbito kwestie dotyczące złożoności leczenia i obciążeń z nim związanych na poszczególne składowe, takie jak: czynności zadania, liczba wyborów, czas trwania wykonywania procedury, świadoma zgoda oraz wzorce zadań rozpraszających, co może być pomocne przy próbach uproszczenia poszczególnych składowych planów opieki. Indeks Złożoności Schematu Leczenia (MRCI, *Medication Regimen Complexity Index*) wskazuje, jakie czynniki muszą być uwzględniane, gdy oceniana jest złożoność schematu leczenia.

Im bardziej złożony schemat leczenia, tym wyższe ryzyko nieprzestrzegania zaleconych zasad, działań niepożądanych, niższa jakość życia, większe nakłady ekonomiczne oraz wyższy stres i częstsza depresja wśród opiekunów. Stopień przestrzegania zasad leczenia zmienia się w zależności od okoliczności oraz postrzegania przez pacjentów potrzeb, kosztów i obecnych objawów.

Edukacja i poddawanie ocenie muszą być ciągłe, wieloaspektowe, zindywidualizowane i dostarczane przy zastosowaniu różnorodnych metod i sytuacji, ponieważ pacjenci zwykle nie pamiętają rozmów z lekarzami. Upośledzenie funkcji poznawczych często wpływa na stopień przestrzegania zaleceń.

**Jak stosować w praktyce klinicznej.** Interdyscyplinarny zespół powinien oceniać na bieżąco stopień przestrzegania zaleceń, używając takich narzędzi, jak: *Medication Management Ability Assessment* (MMAA), *Drug Regimen Unassisted Grading Scale* (DRUGS), *Hopkins Medication Schedule* (HMS) oraz *Medication Management Instrument for Deficiencies in the Elderly* (MedMaIDE). Dyskusje, których obiektem jest pacjent, muszą być prowadzone we współpracy z osobami zapewniającymi wsparcie (np. rodzina, opiekunowie). Kompleksowe, prowadzone na bieżąco przeglądy stosowanego leczenia i wspieranie pacjenta w radzeniu sobie z leczeniem, powodują zmniejszenie liczby hospitalizacji. Interwencje dotyczące sfery zarządzania przez pacjenta leczeniem (np. systemy przypominania, edukacja) przynoszą zróżnicowane efekty. Przejścia z jednego systemu opieki w drugi są dobrymi okazjami do ponownej oceny złożoności leczenia i stopnia przestrzegania zaleceń.

Wykonalność oraz preferencje pacjenta powinny wpływać na wybór terapii. Zgodna współpraca pomiędzy lekarzem i pacjentem prowadzi do większej motywacji, wytrwałości i stopnia przestrzegania zasad

oraz poprawia sposób patrzenia lekarzy na proponowane przez nich zalecenia, co pomaga zapobiegać reakcjom niepożądanym podczas stosowania leków sprawiających trudności (np. antykoagulanty), których przedawkowanie lub stosowanie w niedostatecznej dawce może prowadzić do hospitalizacji. Stopień przestrzegania zasad poprawiają również programy edukacyjne, które podnoszą umiejętności samodzielnego zarządzania lekami i poprawiają poczucie własnej skuteczności w wypełnianiu realnych założeń.

### 5. Domena dotycząca optymalizacji leczenia i planów opieki

**Reguła przewodnia.** Wybierając metody leczenia, należy używać strategii, które ułatwiają osiągnięcie korzyści, minimalizują szkody oraz polepszają jakość życia osób starszych z wielochorobowością.

**Uzasadnienie reguły.** Osoby starsze z wielochorobowością należą do grupy podwyższonego ryzyka wystąpienia polipragmazji, nieprawidłowego dawkowania leków i potencjalnych szkód wynikających z różnych procedur. Aby ułatwić przestrzeganie najistotniejszych zaleceń dotyczących leczenia farmakologicznego i nefarmakologicznego, należy zmniejszyć narażenie na ryzyko i zwiększyć korzyści; terapie i procedury muszą być hierarchizowane. W tej populacji polipragmazja łączy się z przecenieniami terapeutycznymi, mniejszym zyskiem, a nawet szkodliwością wynikającą ze stosowania leków potencjalnie przynoszących korzyści. Interwencje nefarmakologiczne (np. wszczęcie w mięsień sercowy urządzeń elektronicznych) mogą okazać się bardziej uciążliwe niż korzystne, jeśli są sprzeczne z preferencjami pacjenta.

Osoby z wielochorobowością zażywają więcej leków i występuje u nich większe prawdopodobieństwo wystąpienia działań niepożądanych, nasilone przez związane z wiekiem zmiany w farmakokinetyce i farmakodynamice leków. Zmniejszając liczbę leków, szczególnie z grupy wysokiego ryzyka, można obniżyć ryzyko pojawienia się działań niepożądanych.

**Jak stosować w praktyce.** Próbuując ograniczyć liczbę interwencji, należy najpierw zidentyfikować sposoby terapii, procedury i metody leczenia nefarmakologicznego, które mogą być niewłaściwe dla osób starszych lub pacjentów z wielochorobowością. Istnieje kilka rodzajów kryteriów służących do rozpoznawania potencjalnie niewłaściwych leków. Narzędzia algorytmiczne oraz wskaźniki dotyczące środków uspokajających i leków antycholinergicznych są pomocne w wyselekcjonowaniu leków związanych z wyższym ryzykiem działań niepożądanych. Podobne

strategie można stosować podczas wyboru testów, procedur i terapii nefarmakologicznych. Lekarz rozważający zastosowanie wszczepialnego elektronicznego urządzenia sercowo-naczyniowego może odnieść się do stanowiska sformułowanego przez ekspertów, które rozważa korzyści i ryzyko, preferencje pacjenta i rodziny oraz jakość życia.

Osoby starsze z wielochorobowością częściej przemieszczają się w obrębie systemu opieki zdrowotnej i korzystają z niego w szerszym zakresie. Najnowsza ocena leków potencjalnie i faktycznie nieodpowiednich wykazała, że 66% hospitalizowanych osób starszych przyjmowało jeden z tych leków i 85% z nich nadal przyjmowało je w chwili wypisu. Zasadność przyjmowanych leków musi być oceniana w chwili przyjęcia do szpitala (w tym do oddziałów intensywnej opieki), w momencie wypisu ze szpitala oraz powtarzana okresowo wśród pacjentów ambulatoryjnych. Rozpoznawanie interwencji, które w tej populacji nie powinny być rozpoczynane lub powinny być wstrzymane, może być skomplikowane. Rozważania obejmują prawdopodobieństwo ograniczenia ryzyka dla konkretnych punktów końcowych, ryzyko szkody i czas niezbędny do uzyskania korzyści lub pojawienia się szkody oraz osobniczą oczekiwaną długość życia. Dla osób starszych z zaawansowaną chorobą lub ograniczonym oczekiwanym dalszym trwaniem życia jest mało prawdopodobne, aby osiągalne korzyści zrównoważyły ryzyka i obciążenia związane z niektórymi aspektami sprawowania opieki. Przykładowo, mało prawdopodobne wydaje się, aby w tej wrażliwej podgrupie populacji osób starszych z cukrzycą i wielochorobowością interwencje profilaktyki wtórnej, mające na celu ograniczenie ryzyka powikłań odległych cukrzycy, przyniosły znaczącą korzyść. Co więcej, korzyści mogą utrzymywać się pomimo przerwania wieloletniego leczenia.

Dodawanie leków na wieloletnie schorzenia może przynieść mniej korzyści ze stosowanego leku oraz dodatkowe szkody, obciążenia i objawy uboczne. W przypadku gdy skutki uboczne stosowanych leków są błędnie zidentyfikowane jako nowe schorzenie medyczne, prowadzące do wypisywania dodatkowych leków, pojawia się tak zwana kaskada wypisywania recept. Jako alternatywa dla leków, w celu ograniczenia skutków ubocznych oraz kosztów ponoszonych przez pacjenta, powinny być rozważane terapie nefarmakologiczne (np. fizykoterapia), mogą one jednak również zwiększyć złożoność leczenia i obciążenia z nim związane.

Starsze osoby z wielochorobowością potrzebują odpowiedniej informacji o potencjalnych korzyściach i szkodach, obejmującej przejrzyste wyjaśnienia doty-



czące potencjalnych korzyści i szkód, po to aby pomóc im w podejmowaniu decyzji. Często pacjenci, ich rodziny i przyjaciele są słabo poinformowani o możliwych działaniach niepożądanych i korzyściach wynikających ze stosowania leków. Łatwiejsze może być dyskusowanie o zaprzestaniu lub niepodejmowaniu szkodliwych działań, natomiast podejmowanie decyzji dotyczących interwencji z wysokim współczynnikiem ryzyka do korzyści lub długim czasem potrzebnym do uzyskania korzyści może być trudniejsze. Decyzje powinny być podejmowane po szczegółowej dyskusji z pacjentem, a powód podjęcia decyzji powinien zostać udokumentowany.

Każda decyzja o zaprzestaniu stosowania leku wymaga szczegółowego planu dotyczącego bezpiecznego zaprzestania stosowanego leczenia. Pomimo że stopniowe zmniejszanie dawki jest często niepotrzebne, zaprzestanie stosowania pewnych klas leków, szczególnie tych wpływających na układ sercowo-naczyniowy lub nerwowy, wymaga ostrożności. Generalnie leki powinny być wstrzymywane po jednym leku na raz. Jeśli istnieje wątpliwość dotycząca zaprzestania stosowania leku, czasowe wycofanie może określić, czy lek był kluczowy w całościowym leczeniu. Współpraca z farmaceutami i innymi lekarzami może ułatwić prowadzenie leczenia.

### Polemiki i wyzwania

Wdrażanie wśród starszych pacjentów z wielochorobowością podejścia, w centrum którego znajduje się pacjent, stanowi wyzwanie, szczególnie wobec dynamicznie zmieniającego się stanu zdrowia tych pacjentów i korzystania przez nich z różnych środowisk opieki medycznej i opieki wielu lekarzy. Nawet przy dobrej komunikacji i z właściwymi narzędziami decyzyjnymi konieczność równoczesowego podejmowania wielorakich decyzji powoduje, że trudno jest przekazać informacje i objaśnić niejasności dotyczące zysków i strat. To powstrzymuje pacjentów, rodziny i przyjaciół przed pełnym uczestnictwem w podejmowaniu decyzji terapeutycznych, określaniem oczekiwań i hierarchizowaniem punktów końcowych. Nieliczne są zadawalające dowody dotyczące prowadzenia leczenia u pacjentów z wielochorobowością, podobnie jak spełniające oczekiwania narzędzia prognostyczne; różne narzędzia prognostyczne często w przypadku tego samego pacjenta dostarczają sprzecznych wyników. Metody leczenia mające w zamierzeniu poprawę jednego punktu końcowego (np. przeżycie) mogą pogarszać inne (np. funkcjonowanie). Liczne schematy postępowania klinicznego są zazwyczaj zbyt złożone, aby były wykonalne w tej

populacji. Gdy lekarze jednak usiłują ograniczyć polipragmatyzę i niepotrzebne interwencje, mogą obawiać się odpowiedzialności związanej z niedostatecznym wykorzystywaniem metod leczniczych.

Podejścia, w których w centrum znajduje się pacjent, mogą także w obrębie obecnej struktury finansowania i bez sprawnego zespołu interdyscyplinarnego okazać się zbyt czasochłonne dla przeciążonych już lekarzy.

### Obiecujące podejścia do przewycięzenia trudności we wdrażaniu zasad postępowania w opiece nad starszymi osobami z wielochorobowością

Aby wdrożyć omawiane zasady postępowania, lekarze potrzebują sprawnego interdyscyplinarnego zespołu opieki zdrowotnej oraz udziału rodziny i przyjaciół pacjenta, a w miejscach opieki, łącznie z domem, płatnych opiekunów, odpowiedniego przeszkolenia oraz struktur refundacyjnych, które pokryją koszty opieki medycznej zorientowanej na pacjenta. Potrzebują także bazy danych użytecznych w odniesieniu do osób starszych z wielochorobowością. Te składowe są zwykle poza bezpośrednim zasięgiem poszczególnych lekarzy. Nie wiele procedur zostało stworzonych w celu poprawy opieki nad tą populacją, poświęconych restrukturyzacji opieki zdrowotnej, zmianom postępowania lekarzy oraz wsparciu potrzebnemu dla pacjentów i opiekunów. Ponieważ pacjentów z wielochorobowością konsultuje wielu lekarzy, aby wdrożyć te zasady, wymagane są odpowiednie systemy podstawowej opieki zdrowotnej i nadrzędne koordynowanie opieki. Lekarz, który jest głównym lekarzem prowadzącym lub sprawuje opiekę domową nad pacjentem, może służyć osobom starszym z wielochorobowością przy podejmowaniu bardziej świadomych decyzji dotyczących ich priorytetów, może pomagać koordynować opiekę medyczną i systemy wsparcia oraz wdrażać wydajną opiekę skupioną na pacjencie. Współpraca ze specjalistami (np. farmaceutami, osobami zajmującymi się zdrowiem psychicznym) dla niektórych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej może stanowić wyzwanie z powodu niewystarczających systemów komunikacji, braku ustalonych relacji lub problemów z dostępnością. Ponadto, specjaliści mogą nie zdawać sobie sprawy z poważnych problemów, które napotykają starsze osoby z wielochorobowością, takich jak znaczenie współdziałania z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej oraz złożoność prowadzenia leczenia różnorodnych schorzeń. Wraz z odpowiednim kształceniem wszystkich lekarzy opieka domowa, w centrum której znajduje się pacjent, będzie mogła sprostać takim wyzwaniom.

### Szkolenia dla pracowników

Aby poprawić opiekę nad osobami starszymi z wielochorobowością, właściwa, oparta na faktach opieka, w centrum której znajduje się pacjent, będzie wymagać większego partnerstwa pomiędzy agencjami rządowymi, organizacjami zawodowymi, instytucjami akademickimi, jak również inwestycji zasobów w nowe programy i szkolenia dla wszystkich członków interdyscyplinarnego zespołu.

Lekarze muszą przeszkolić się w zakresie zmiany schematu opieki, w której koncentrują się na pojedynczej chorobie, a także włączyć rodzinę i przyjaciół w skuteczną współpracę w zakresie opieki zdrowotnej, ponieważ osoby starsze z wielochorobowością mogą wymagać wsparcia w konkretnych zadaniach i decyzjach związanych z opieką medyczną. Publikowane dane wskazują na potrzebę odciążenia w sferze opieki i wsparcia dla opiekunów osób starszych ze złożonymi potrzebami zdrowotnymi.

Szkolenie lekarskie musi poruszać kwestie umiejętności komunikacyjnych w zakresie dyskusji o rokowaniu i preferencjach, wraz ze świadomością kwestii etnicznych i kulturowych, po to, aby poprawić stopień przestrzegania zaleceń i wyniki leczenia. Niedopasowanie sprawiające kłopot może pojawić się, gdy sposób zachowania lekarza i pacjenta się różnią. Na przykład lekarz reprezentujący styl paternalistyczny może nieumyślnie przeciwstawić sobie kogoś, kto preferuje swój czynny udział w procesie podejmowania decyzji. W kontekście opieki zdrowotnej umiejętności czytania i pisania, liczenia, bariery językowe, upośledzenie zmysłu słuchu i wzroku mogą również wpłynąć na wyniki. Drukowane materiały edukacyjne mogą nie być dostępne dla każdego schorzenia przewlekłego w odpowiedniej wersji językowej. Pokonywaniu tych ograniczeń powinna służyć lepsza komunikacja wymagająca przygotowania właściwych materiałów edukacyjnych dla pacjenta.

### Struktury refundacyjne

Właściwe prowadzenie opieki nad osobami starszymi z wielochorobowością wymaga zmiany obecnego systemu refundacyjnego. Wszyscy członkowie zespołu potrzebują stosownego wynagrodzenia za przeznaczony pacjentom i ich rodzinom czas.

### Stworzenie lepszej bazy danych

Brak projektów koncentrujących się na potrzebach osób starszych z wielochorobowością utrudnia optymalne sprawowanie opieki i postępy edukacyjne. Niezbędne jest stworzenie bazy danych dotyczących wyników leczenia i interwencji. Systemy opieki medycznej mogą usprawnić gromadzenie istotnych danych między innymi poprzez prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej. Wyniki pacjenta i sprawność systemu mogą być w ten sposób kontrolowane, a strategie poprawy jakości, możliwości refundacyjne i nowe miary wydajności mogą być kreowane i oceniane.

### Podsumowanie

Przyjęcie proponowanych zasad postępowania w opiece nad osobami starszymi z wielochorobowością może poprawić opiekę zdrowotną i wyniki leczenia w tej populacji. Pacjenci powinni być poddawani regularnej ocenie, a plany opieki powinny być konstruowane i wdrażane zgodnie z indywidualnymi potrzebami każdego pacjenta. Badania nie oceniały jednak dokładnie wszystkich aspektów związanych z tymi zasadami postępowania, dlatego nieprzyjęcie tych zasad nie powinno pociągać za sobą odpowiedzialności lekarskiej lub oznaczać zaniedbania. Zasady te mają na celu dostarczenie lekarzom wskazówek. Podkreślają one pilną potrzebę przeprowadzenia dalszych badań, dotyczących optymalnego postępowania w tej powiększającej się populacji.

#### Streszczenie

*Opracowanie stanowi streszczenie artykułu przedstawiającego model opieki nad starszymi pacjentami z wieloma schorzeniami przewlekłymi, zaproponowany przez panel ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego.*

*Gerontologia Polska 2013; 21, 3: 63–72*

**Słowa kluczowe:** opieka, wielochorobowość, starsi pacjenci

#### Piśmiennictwo

1. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Patient-Centered Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions: A Stepwise Approach

from the American Geriatrics Society. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2012; 60: 1957–1968. <http://www.americangeriatrics.org/files/documents/MCC.stepwise.approach.pdf>.

Barbara Gryglewska

Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków

# Trudności w leczeniu starszych chorych z wielochorobowością.

*Komentarz do artykułu: „Opieka ukierunkowana na starszego pacjenta z wielochorobowością — podejście zaproponowane przez Panel Ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego”*

Postęp technologii medycznych i możliwość wykrywania nieprawidłowości, które wcześniej nie były definiowane jako problemy zdrowotne, może spowodować, że w niedalekiej przyszłości niewiele będzie osób, o których będzie można powiedzieć, że prezentują pełny dobrostan psychiczny, fizyczny i socjalny. Pojawiają się głosy w dyskusji, czy w przyszłości nie należałoby ponownie zdefiniować pojęcia zdrowia jako zdolności do adaptacji i samostanowienia [1]. Jednak już obecnie zmiana definicji zdrowia mogłaby być szczególnie przydatna w odniesieniu do populacji ludzi starszych, u których powszechnie występują różnorodne stany chorobowe, a którzy mają zachowaną zdolność adaptacji i samostanowienia.

Zmiany starcze w organizmie oraz długoletnie oddziaływanie różnorodnych czynników ryzyka prowadzi do zwiększenia z wiekiem częstości występowania wielu stanów chorobowych. Wielochorobowość jest definiowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) jako występowanie dwóch lub więcej chorób przewlekłych [2].

W ostatnio opublikowanych danych dotyczących populacji ubezpieczonych chorych w Stanach Zjedno-

czonych częstość wielochorobowości wyniosła 67%, z narastaniem problemu z wiekiem: od 50,0% u osób poniżej 65. roku życia, 62,0% — między 65.–74., 75,7% — między 75.–84. i 81,5% — powyżej 84. roku życia [3]. Częstość występowania wielochorobowości różni się w zależności od kraju i badanej populacji, wahając się od 20% do 98% [4]. Ostatnie dane z badania Polsenior, dotyczące chorych ambulatoryjnych, wskazują, że wśród polskich seniorów, aż 63% osób uskarża się na trzy lub więcej dolegliwości, głównie ze strony układów ruchu, krążenia, na zaburzenia równowagi, nietrzymanie moczu, zaburzenia pamięci (dane niepublikowane).

Konsekwencje wielochorobowości dotyczą nie tylko indywidualnego chorego, ale także jego rodziny i opiekunów, systemu opieki medycznej, polityki zdrowotnej [4]. Skojarzenie chorób przewlekłych wiąże się często z pogorszeniem sprawności, izolacją od otoczenia, pogorszeniem jakości życia, stresem psychicznym, gorszym rokowaniem i wyższą śmiertelnością [4]. Wymaga też bardziej kompleksowego klinicznego podejścia.

Szczególne wyzwanie stanowi także farmakoterapia chorych z wieloma schorzeniami przewlekłymi [5]. Polipragmazja prowadzi bowiem do wielu nieprawidłowości w leczeniu, ze zwiększonym ryzykiem leczenia nieodpowiedniego, niedostatecznego lub nadmiernego, błędów medycznych, pogorszenia współpracy, interakcji lek–lek oraz lek–choroba, a także niepożądanych reakcji na stosowane leczenie. Z wiekiem bowiem wzrasta wrażliwość na leki, w związku ze zmianami w farmakokinetyce i farma-

Adres do korespondencji:  
Dr hab. n. med. Barbara Gryglewska  
Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii,  
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego  
ul. Śniadeckich 10, 31–531 Kraków  
tel.: 12 424 88 05  
faks: 12 424 88 54  
e-mail: bgrygle@su.krakow.pl

kodynamice oraz pogorszeniem wydolności wielu narządów. Ponadto przy wyborze leczenia brak jest danych typu *evidence-based medicine* (EBM) na temat wpływu stosowanej politerapii na rokowanie, stan funkcjonalny, funkcje poznawcze, jakość życia czy objawy uboczne [6, 7]. Większość badań klinicznych ciągle prezentuje podejście zorientowane na chorobę, które nie bierze pod uwagę złożoności i nakładania się problemów zdrowotnych i społecznych u chorych w podeszłym wieku [8]. Pomimo tych ograniczeń w ostatnich latach pojawiały się próby wypracowania optymalnych modeli opieki i interwencji dla chorych z wielochorobowością, szczególnie w starszym wieku [9–11].

Najnowsze z nich zostały opracowane przez Panel Ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego (AGS, *American Geriatrics Society*) [11]. Nie stanowią one przeglądu systematycznego badań ani obowiązujących wytycznych. Ponieważ postępowanie kliniczne obejmuje wszystkie rodzaje opieki w chorobach przewlekłych, leczenie i interwencje farmakologiczne i niefarmakologiczne, diagnostykę, profilaktykę, kontynuację leczenia oraz opiekę w terminalnym stadium choroby, ustalenie priorytetów i optymalnego planu opieki u indywidualnego starszego pacjenta z wielochorobowością jest bardzo skomplikowane. W wielu wypadkach wymaga pracy zespołów interdyscyplinarnych, w których powinien uczestniczyć pacjent oraz jego rodzina czy opiekunowie. W dokumencie zaprezentowane zostały aspekty postępowania istotne przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych. Obejmują one preferencje pacjenta, interpretację wyników badań, ocenę rokowania, modele leczenia i jego wykonalność oraz optymalizację terapii i planu opieki. Omówiono każdy z aspektów postępowania, podając regułę przewodnią, jej uzasadnienie oraz jak ją zastosować w praktyce. Przedstawiono też konieczność szkolenia personelu medycznego w umiejętności komunikacji w zakresie dyskusji o rokowaniu i preferencjach chorego wraz ze świadomością kwestii etnicznych i kulturowych, aby poprawić stopień przestrzegania zaleceń i wyniki leczenia.

W dokumencie podkreśla się też fakt, że brakuje projektów koncentrujących się na potrzebach osób starszych z wielochorobowością, co utrudnia optymalne sprawowanie opieki nad tą grupą.

Wielochorobowość stanowi wyzwanie dla opieki podstawowej, specjalistycznej czy długoterminowej, wiąże się także z trudnościami w leczeniu starszych chorych w warunkach szpitalnych, przyczyniając się do pogorszenia rokowania. Wymusza całościową ocenę stanu starszego pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem oceny funkcjonalnej w celu optymalnego wyboru postępowania. Lecząc osoby starsze, szczególnie należy pamiętać, że nie leczy się chorób, ale człowieka, którego priorytety powinny być uwzględniane w procesie leczniczym. Prezentowany dokument porządkuje zasady, którymi lekarze geriatrzy powinni się kierować w procesie decyzyjnym.

### Piśmiennictwo

1. Huber M., Knottnerus J.A., Green L. i wsp. How should we define health? *BMJ* 2011; 343: d4163.
2. World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary Health Cared — Now more than ever. The World Health Report, New York 2008, 148.
3. Salive M.E. Multimorbidity in older adults. *Epidemiol. Rev.* 2013; 35: 75–83.
4. Vogeli C., Shields A.E., Lee T.A. i wsp. Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. *J. Gen. Intern. Med.* 2007; 22 (supl. 3): 391–395.
5. Nobili A., Garattini S., Mannucci P.M. Multiple diseases and polypharmacy in the elderly: challenges for the internist of the third millennium. *J. Comorbid.* 2011; 1: 28–44.
6. Messerli F.H., Sulicka J., Gryglewska B. Treatment of hypertension in the elderly. *N. Engl. J. Med.* 2008; 359: 972–973.
7. Tinetti M.E., Studensky S.A. Comparative effectiveness research and patients with multiple chronic conditions. *N. Engl. J. Med.* 2011; 364: 2478–2480.
8. Scott I.A., Guyatt G.H. Cautionary tales in the interpretation of clinical studies involving older persons. *Arch. Intern. Med.* 2010; 170: 587–595.
9. Boyd C.M., Darer J., Boulton C., Fried L.P., Boulton L., Wu A.W. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA* 2005; 294: 716–724.
10. Boulton C., Green A.F., Boulton L.B., Pacala J.T., Snyder C., Leff B. Successful models of chronic care for older adults with chronic conditions: evidence for the Institute of Medicine's "retooling for an aging America" report. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2009; 57: 2328–2337.
11. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity: An Approach for Clinicians. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2012; 60: 1957–1968.