

Obravnava starostnika

Zbornik simpozija
Geriatrista 2023



OBRAVNAVA STAROSTNIKA

- Zbornik simpozija

Gerijatrija 2023

maj 2023

Simpozij:

Obravnava starostnika

- Zbornik simpozija Geriatrija 2023

Datum: torek 16. maj 2023

Lokacija: DOMUS MEDICA

so omogočili:

Abbot

Boehringer Ingelheim

Novo Nordisk

Lek

MIKRO+POLO

MEDIASi

Sapio



Program

Domus Medica, 16 maj 2023

12:00		Uvodna predavanja
12:00	Mitja Košnik	Geriatrja – nov predmet na Medicinski fakulteti
12:10	Marija Petek Šter	Zakaj je danes nujno znanje geriatrije
12:25	Janez Rifel	Razvoj geriatrije v družinski medicini
12:40	Gregor Veninšek	Razvoj geriatrije v interni medicini
12:50	Mišo Šabovič	Zakaj je geriatrična ocena osnova obravnave starostnika
13:10		RAZPRAVA
13:30		ODMOR
14:15		Posebnosti obravnave bolezni pri starostniku
14:15	Amela Kabaklić	Arterijska hipertenzija
14:30	Polonca Kogoj	Srčno popuščanje
14:45	Barbara Eržen	Kronična atrijska fibrilacija
14:45*	Miha Mrak	Različni obrazi srčnega popuščanja. Sponzor: Boehringer Ingelheim *DVORANA JULIJANA
15:00	Vilma Urbančič	Posebnosti obravnave sladkorne bolezni pri starostniku
15:15	Sabina Škrbat	KOPB
15:30	Rok Tilia	Kronična ledvična bolezen
15:45	Matej Rakuša	Osteoporoza
16:00	Tajda Božič Košir	Prehrana starostnika (Sponzor: Abbot)
16:15	Samo Zver	Posebnosti krvne slike pri starostniku (Satelitsko predavanje NovoNordisk)
16:35		RAZPRAVA
17:00		ODMOR
17:20		Geriatrja ocena
17:20	Gregor Veninšek	Funkcionalna ocena
17:40	Sabina Škrbat	Kognitivna ocena
18:00	Boštjan Salobir	Socialna ocena ter ocena prehranjenosti in preživetja
18:20	Mišo Šabovič	Medicinska ocena
18:40	Gregor Veninšek, Barbara Eržen, Boštjan Salobir, Mišo Šabovič	Delavnice v majhnih skupinah: praktični prikaz geriatrične ocene
20:00		ZAKLJUČEK

Geriatrični bolnik v družinski medicini

Marija Petek Šter

Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

Uvod

Dolgotrajen in celosten pristop k bolniku, upoštevajoč družino in širše socialno okolje ter timski način dela družinsko medicino postavljata tudi v središče obravnave starostnika.

Družinska medicina je specializacija, ki jo opredeljuje osem kompetenc (1):

1. Promocija zdravja in preprečevanje bolezni;
2. Sposobnost kliničnega vodenja ob uporabi za družinsko medicino specifičnih načel dela in odločanja;
3. Sposobnost vodenja in delovanja v timu;
4. Razvijanje kulture varnosti z zagotavljanjem varne oskrbe in usmerjenost k stalnemu izboljševanju kakovosti;
5. Skrb za ranljive skupine prebivalstva in delovanje v skupnosti;
6. Interpretacija in uporaba znanstvenih dokazov pri kliničnem odločanju;
7. Vrednotenje lastnega dela s pomočjo uporabe znanstveno-raziskovalne metodologije;
8. Usmerjenost k vseživljenjskem izobraževanju in usposabljanju.

Kompetence se med seboj prepletajo in odražajo evropsko definicijo družinske medicine, ki temelji na naslednjih vrednotah:

- V osebo usmerjena oskrba;
- Enakost v oskrbi;
- Dolgotrajen odnos;
- Znanstveno podprta obravnava;
- Timska obravnava;
- Profesionalizem;
- V skupnost usmerjena oskrba.

Geriatrični bolnik

Starost sama po sebi prinaša določene težave, kot so težave z vidom in sluhom, atrofija mišic, napredovanje ateroskleroze in fiziološki upad organov in organskih sistemov, kar vodi v zmanjšanje kakovosti življenja. Pogosto zdravljenje ni potrebno, je pa smiselno oblikovanje načrta obravnave, ki ohranja najboljše možno funkcionalno stanje in s tem kakovost življenja. Na primer: z bolnikom se je potrebno pogovoriti, kako ohraniti mišično moč in sposobnost gibanja ter preprečevati padce, preprečiti razvoj urinske inkontinence in skrbeti za ohranjanje intelektualnih sposobnosti (2).

Pri obravnavi starejših pacientov se srečujemo s sočasno prisotnostjo več sočasnih bolezni; večina je kroničnih, pogosto pa se pridružijo še akutne težave, kot so okužbe ali posledice poškodb (3). Več bolezni nezadržno vodi v predpisovanje številnih zdravil in nevarnost polifarmacije. Polifarmacija je povezana s potencialnimi zapleti, povezanimi z interakcijami med zdravili; povečuje breme zdravljenja in vodi v slabo adherenco v zdravljenju (4).

Prisotnost več bolezni pomeni, da se simptomi bolezni med seboj prepletajo. Zaradi spremenjenih fizioloških procesov odziv bolnika na patološke procese (npr. potek okužbe ob oslABLjenem imunskem odzivu brez temperature), vodi v atipično klinično sliko. Poleg tega pa se spremembam v telesnem odzivu pridružijo še kognitivne motnje, kar pomeni, da bolnik ne poroča o simptomih ali pa jih ne zna dobro opisati, kar lahko vodi k napačni diagnozi in neustrezni obravnavi bolnika (3).

Poleg telesnih in psihosocialnih dejavnikov se pri obravnavi geriatričnega pacienta srečujemo z vprašanji, povezanimi z vnaprej izraženo voljo in sposobnostjo odločanja, ki je povezan s podajanjem informiranega pristanka k postopkom diagnostike in zdravljenja. Starostniki, ki so zaradi svoje bolezni in starosti krhki, so tudi izpostavljeni večjemu tveganju za zlorabe in različne oblike nasilja ter finančnega izkoriščanja (3).

Vloga zdravnika družinske medicine v obravnavi geriatričnega bolnika

Zdravnik družinske medicine predstavlja prvi stik z zdravstveno službo in skrbi za populacijo opredeljenih bolnikov od rojstva pa do smrti; to pomeni, da se njegova skrb ne zaključi, ko bolnik preide določeno starostno mejo. Obravnava vse bolnikove probleme, pri tem sodeluje z ostalimi člani tima in zdravniki drugih specialnosti ter se povezuje z bolnikovo družino in skupnostjo, kar postane še posebej pomembno, ko starejši bolnik zaradi telesne in/ali duševne bolezni postane odvisen od tuje pomoči (1).

Poznavanje bolnika skozi daljše časovno obdobje pomeni bistveno prednost v obravnavi tako kroničnih stanj kot akutnih poslabšanj ali novonastalih zdravstvenih problemov. V dolgotrajnem odnosu z bolnikom zdravnik spozna bolnikove želje glede postopkov diagnostike in zdravljenja ter sodelovanja v zdravljenju in ne nazadnje opuščanja postopkov obravnave ob koncu življenja.

Nujen pogoj za kakovostno delo s starejšo populacijo v družinski medicini pa je poznavanje osnovnih konceptov obravnave starostnika, ki se začne s celostno geriatrično oceno bolnika, ki mu sledi oblikovanje v bolnika usmerjenega načrta obravnave. To toliko bolj velja, ko obravnavamo multimorbidnega starostnika, kjer ohranjanje in izboljševanje kakovosti življenja postaja vse pomembnejši cilj (5).

Delo zdravnikov družinske medicine v domovih starejših občanov (DSO)

Zdravniki družinske medicine skrbijo tudi za starejše v DSO, kjer je živi približno 5 % populacije starejših od 65 let. Populacija stanovalcev v DSO predstavlja najbolj ranljiv del populacije starostnikov; v veliki večini gre za zelo stare (v povprečju stare 85 let in več) starostnike, ki so obremenjeni s telesnimi in v več kot polovici primerov tudi duševnimi boleznimi, kjer je prevladujoča demenca (6). Pogosto gre za bolnike, katerih pričakovana življenjska doba je kratka in potrebujejo paliativno obravnavo. Delo zdravnika v DSO poleg širokega znanja in kliničnih veščin zahteva tudi odlične komunikacijske sposobnosti in sposobnosti vodenja širšega tima. Pri delu v DSO zdravniku pomemben del obravnave predstavlja sodelovanje z bolnikovimi svojci, ki ob bolnikovi nesposobnosti odločanja, sodelujejo v procesu odločanja o obravnavi bolnika.

DSO v osnovi predstavljajo socialno-varstvene institucije, vendar zaradi narave zdravstvenega stanja stanovalcev, ki v večini predstavljajo krhke starostnike, je ob socialni oskrbi ključna zdravstvena oskrba. V DSO zdravnik s svojim timom bolniku lahko nudi bolj poglobljeno oskrbo, ki vključuje poleg diagnostike in zdravljenja (ki vključuje tudi možnost parenteralne terapije in aplikacije kisika, vodenje s strani psihiatra) tudi zdravstveno nego, prehransko podporo,

fizioterapijo in socialno oskrbo ter v primeru demence 24-urni nadzor. V nekaterih DSO 24-urni nadzor zagotavljajo na varovanih oddelkih; stanovalci pa za namestitev na tak oddelek posedujejo odločbo sodišča. Interes za namestitev na varovani oddelek s strani svojcev je velik, saj so kadrovske standardi na takšnih oddelkih višji, kar omogoča bolj kakovostno obravnavo (7).

Zaključek

Starejši postajajo vse številčnejši del populacije. Ključno vlogo v neprekinjeni in celostni skrbi starejšega bolnika ima bolnikov osebni zdravnik. Za uspešno obravnavo starejšega bolnika je nujno timsko sodelovanje in razumevanje potreb in načinov obravnave starejših bolnikov skozi celoten zdravstveni sistem pri vseh vključenih v obravnavo. To zahteva dodatno in stalno izobraževanje vseh vključenih v obravnavo na področju geriatrije in paliativne medicine.

Geriatrska medicina s svojimi načeli mora biti sestavni del vsakega dodiplomskega kurikulumu, specialističnega in stalnega strokovnega izpopolnjevanja zdravnikov. Na področju družinske medicine je izobraževanje s področja geriatrije in paliativne medicine vključeno v program specializacije; potrebo po stalnem usposabljanju s tega področja pa zdravniki izpolnjujejo z udeležbo na različnih šolah (npr. Šoli bolečine, Šoli klinične prehrane, tečaju paliative, tečaju geriatrije, izobraževanjih iz geriatrskega pregleda...)

V prihodnje bi si želeli tudi izboljšanja sodelovanja med sistemom zdravstvenega in socialnega varstva, ki se pri obravnavi starostnika neizbežno prepletata.

Literatura:

1. WONCA Europe (The European Society of General Practice / Family Medicine) The European Definition of General Practice/Family Medicine Barcelona: WONCA, 2002.
2. What Is the Difference Between Adult and Geriatric Medicine? Dosegljivo na: <https://keystone.health/adult-vs-geriatric-medicine>. Dostop 15.4. 2023.
3. Jahan H. The Role of Primary Care Physician in Geriatric Care. Diversity and Equality in Health and Care. 2016; 13(3): 245.
4. Cedilnik Gorup E, Petek Šter M. Number of medications or number of diseases: what influences underprescribing? Eur J Clin Pharmacol. 2017; 73(12):1673-9.
5. Multimorbidity: clinical assessment and management. NICE guideline Published: 21 September 2016 www.nice.org.uk/guidance/ng56.
6. Petek Šter M. Cedilnik E. Klančič D. Polifarmacija in neprimerno predpisovanje zdravil pri starostnikih v domovih starejših občanov. Zdrav Vestn 2009; 78 (5): 231-40.
7. Petek Šter M. Oskrba v domovih starejših občanov. V: Učne vsebine za seminarje. Spletna učilnica. Dosegljivo na: <https://pouk.mf.uni-lj.si/mod/folder/view.php?id=21492>. Dostop 15.4. 2023.

Razvoj geriatrije v družinski medicini

Janez Rifel

Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani

Zdravnik družinske medicine skrbi za vse bolnike ne glede na spol, starost ali zdravstveni problem. Starostniki in bolniki v Domovih starejših občanov (DSO) so bolniki primarne ravni, za katere skrbi zdravnik družinske medicine v okviru svoje usposobljenosti za delo. Starostnik ni diagnoza sama po sebi. Obravnava starostnika je v načelu enak obravnavi vsakega drugega bolnika, ima pa poleg polimorbidnosti, ki ni izključno prisotna le pri starostnikih, nekaj posebnosti, ki jih je možno in potrebno spoznati v učnem procesu.

Razvoj družinske medicine v Sloveniji

Uradna oblika zdravniškega poklica v devetnajstem in prvi polovici dvajsetega stoletja je bila dr.med.univ. Vsi šolani zdravniki so imeli ta naziv, delali so na podežελju ali v mestu, v zasebni ordinaciji ali v državni ali skladniški bolnišnici.

Kasneje se je delo v bolnišnicah vedno bolj specializiralo podobno tudi v zunanjih ordinacijah, kjer so delali bolnišnični zdravniki. Zdravniki brez specializacije so večinoma delali zunaj bolnišnice in skrbeli za ljudi tam, kjer so živelι.

Andrija Štampar je med prvo in drugo svetovno vojno prinesel v takratno splošno medicino nov pogled, preventivni pristop, ki ne gleda več posameznika, ampak skupino ljudi, tesno povezanih z njihovimi navadami in življenjskim okoljem. Štamparjevi učenci v Sloveniji so razumeli nov veter in že leta 1926 ustanovili prvi zdravstveni dom v majhnem kraju Lukovica. V naslednjih tridesetih letih že delujejo ZD v vseh večjih slovenskih mestih in krajih. Nosilno vlogo v ZD ima še vedno tisti stari dr. med. univ.

V 11. členu Pravilnika o specializaciji zdravstvenih uslužbencev v SFRJ iz leta 1960 je kot trideseta po vrsti napisana specializacija iz splošne medicine. Prve specializacije v prejšnji Jugoslaviji se začno v Zagrebu, takoj zatem v Beogradu. V Sloveniji je izdana prva odločba o specializaciji zdravniku iz Majšperka, ki pa niti specializacije niti izpita ne opravi v Sloveniji. Šele leta 1968 kot prvi opravi specialistični izpit dr. Janez Schrott iz Ljubljane.

Sekcijo za splošno medicino Slovenskega zdravniškega društva (SZD), predhodnico Združenja zdravnikov družinske medicine SZD so jeseni leta 1966 ustanovili novi specialisti in specializanti splošne medicine.

Jesenι leta 1974 stečejo dogovori o ustanovitvi katedre in inštituta za splošno medicino v Sloveniji. Prva naj bi delovala v okviru MF, drugi pa v enem od ZD, najverjetneje v Kranju. Sprejet je sklep o ustanovitvi komisije (kasneje kolegija) za splošno medicino, v katero MF imenuje štiri specialiste splošne medicine in vrsto univerzitetnih učiteljev. Hrvati v Zagrebu ustanovijo katedro za družinsko medicino leta 1979, v Ljubljani pa se ustanovi katedra za družinsko medicino šele 27.11.1995. (1)

Razvoj geriatrije v družinski medicini

Inštitut za gerontologijo in geriatrijo v UKC Ljubljana je začel delovati leta 1966 v prostorih dotedanje Fiziološke klinike, katere delovanje je bilo ukinjeno zaradi zmanjšanih potreb po prostorih za obravnavo bolnikov s tuberkulozo. Inštitut je deloval kot pedagoška, raziskovalna in

klinična ustanova. Sočasno z delovanjem Inštituta za gerontologijo in geriatrijo v Trnovem se je po Sloveniji vzpostavila manjša mreža gerontoloških dispanzerjev. V dispanzerjih se je zagotavljala preventivna in kurativna oskrba starih ljudi, zagotavljali pa so tudi zdravljenje na domu in koordinacijo socialnovarstvenih aktivnosti. Po upokojitvi prof. Accetta se je leta 1988 Inštitut za gerontologijo in geriatrijo preimenoval v Klinični oddelek za žilne bolezni in prenehal s svojo dejavnostjo. Postopno je ugasnila tudi dejavnost gerontoloških dispanzerjev. (2)

20. oktobra 2004 je bil v Ljubljani prvi sestanek zdravnikov, ki delajo s starostniki. Srečanje je pripravil iniciativni odbor za ustanovitev delovne skupine za obravnavo starostnikov ob podpori Združenja zdravnikov družinske medicine. Udeležba je bila dobra, saj se ga je udeležilo približno 30 kolegov iz cele Slovenije. Razprava se je vrtela predvsem okoli dela v Domu starejših občanov (v nadaljevanju DSO). Določeno je bilo tudi začasno jedro delovne skupine (B. Štagar (ZD Koper), N. Prešern (DSO Medvode), K. Mijin-Štern (ZD Mozirje), R. Žveglič-Dimčič (ZD Maribor), M. Urbančič-Vučkovič (DSO Krško), V. Logar (DSO Kolezija), N. Ahačič-Srednik (ZD Nova Gorica) in M. Petek-Šter (ZD Trebnje). (3)

Sekcija domskih zdravnikov je bila ustanovljena leta 2006 in deluje pod okriljem Združenja zdravnikov družinske medicine SZD. Predsednica sekcije je Tanja Petkovič, spec. DM. Cilj sekcije je povezovanje zdravnikov, ki delujejo v ambulantah domov upokojencev in drugih socialnovarstvenih zavodih. Delo v teh okoljih zahteva specifična znanja in veščine, drugačne organizacijske pristope in bolj tesno povezovanje z različnimi strokovnimi profili, ki sodelujejo pri oskrbi te zelo ranljive populacije. Poslanstvo sekcije je nudenje strokovne podpore ter iskanje ter predlaganje rešitev za izzive, s katerimi se pri svojem vsakodnevnem delu srečujejo domski zdravniki.

V Sloveniji je okrog 100 Domov starejših občanov (DSO), kjer živi več kot 20000 stanovalcev, velika večina jih je starejših od 65. Zdravstveno oskrbo v DSOjih zagotavljajo specialisti družinske in splošne medicine, ki za to delo nimajo nobene dodatne formalne izobrazbe.

Specializanti družinske medicine imajo dva dneva modul Starostnik, paliativa in umiranje. V letu 2022 je bil prvič izveden podiplomski tečaj iz Geriatrije na Slovenskem zdravniškem društvu. V študijskem letu 2020/21 se je na Medicinski fakulteti v Ljubljani začel nov obvezni predmet Geriatrija. Izvaja se v 6. letniku medicine in znaša 3 kreditne točke. Nosilki predmeta sta skupaj katedra za družinsko medicino in katedra za interno medicino. Na medicinski fakulteti v Mariboru imajo že dlje kot v Ljubljani predmet Geriatrija, ki traja dva tedna.

Literatura:

1. Košir T. Od splošne do družinske medicine. Dostop 03.05.2023 na: <https://drmed.org/zgodovina-zdruzenja-zdravnikov-druzinske-medicine/>
2. Veninšek G. Geriatrija v Sloveniji: preteklost, stanje, možnosti. Geriatrija in zdravstvena gerontologija v slovenskem prostoru : problemska konferenca, Brdo, 15. septembra 2011 : zbornik referatov. Ljubljana : Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje, 2011.
3. Klemenc Ketiš Z. Desetletje družinske medicine. Kronika razvoja družinske medicine od leta 1992 do 2004. Dostop 03.05.2023 na: <https://drmed.org/zgodovina-zdruzenja-zdravnikov-druzinske-medicine/>

Zgodovina geriatrije v interni medicini

Gregor Veninšek

Center za geriatrično medicino, Interna klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana

Dr. Marjory Warren (1897-1960) je leta 1935 prevzela vodenja West Middlesex Hospital, kjer je v takrat prenapolnjeni ustanovi najprej s preprostimi ukrepi izboljšala bivalne pogoje oskrbovancev, nato pa jih je za natančnim pregledom (začetki geriatrične ocene) klasificirala v pet specifičnih skupin ter jim s specifično multidimenzionalno obravnavo v večini primerov uspela povrniti avtonomijo in vrnitev v domače okolje oziroma samostojno življenje. Njeno delo predstavlja temelj sodobne geriatrične medicine.

Leta 1966, 31 let od začetka sodobne geriatrične medicine v Združenem kraljestvu, je prišel Inštitut za gerontologijo in geriatrijo pod vodstvom prof. Accetta delovati v prostorih dotedanje Fiziološke klinike, katere delovanje je bil ukinjeno zaradi zmanjšanih potreb po prostorih za obravnavo bolnikov s tuberkulozo. Na Inštitutu za gerontologijo in geriatrijo so obravnavali večinoma bolnike z internistično patologijo, zaradi česar je bil inštitut z nastankom Kliničnega centra preimenovan v Inštitut za gerontologijo in geriatrijo – Interna klinika III. Po zapisih takrat tam delujočih, so obravnavali težko bolne, večorgansko prizadete ali stare bolnike, ki so potrebovali daljšo obravnavo. Četudi bolnikom pogosto niso mogli nuditi pomoči, kot je to možno danes, pa so nudili celostno medicinsko oskrbo. Dejavnost se je izvajala na 71 posteljah, ležala doba je bila skoraj 24 dni. Poleg tega so takrat delovale tudi ambulate, najprej internistične, ki so se v nadaljevanju specializirale v gerontološko, nato pa v lipidno, angiološko in koronarno. Dodatno so izvajali tudi rehabilitacijo koronarnih bolnikov po programu, ki ga je iz Nemčije prenesel prof. Jerše. Poleg kliničnega dela se je pod vodstvom prof. Accetta tam razvijala tudi pedagoška in znanstvenoraziskovalna dejavnost.

V naslednjih letih je bil Inštitut mesto izobraževanja vseh vrst zdravstvenih delavcev, ki so se tam usposabljali za delo s starimi ljudi. Prepoznan je bil tudi po bogatem raziskovalnem delu na področju žilnih bolezni in strjevanja krvi. Zaradi njegove dejavnosti so se domovi za ostarele iz hiralnic pričeli razvijati v bolj sodobne ustanove, kjer je bila poleg nege zagotovljena tudi določena možnost rehabilitacije.

Sočasno z delovanjem Inštituta za gerontologijo in geriatrijo v Trnovem, se je po Sloveniji vzpostavila peščica gerontoloških (borčevskih) dispanzerjev. V dispanzerjih se je izvajala preventivna in kurativna oskrba starih ljudi, zagotavljali pa so tudi zdravljenje na domu in koordinacijo socialno-varstvenih aktivnosti.

Po upokojitvi prof. Accetta se je leta 1988 Inštitut za gerontologijo in geriatrijo preimenoval v Klinični oddelek za žilne bolezni in prenehal s svojo dejavnostjo. Postopno je ugasnila tudi dejavnost gerontoloških dispanzerjev.

Del geriatrične dejavnosti se je odvijal tudi pod vodstvom dr. Bogdana Dolenca na Specialistično hospitalnem oddelku Emona v Bolnici dr. Petra Držaja. Dr. Dolenc je bil najprej zaposlen na Inštitutu za gerontologijo in geriatrijo, od koder je del ambulantne dejavnosti prenesel v Emono. S

smrtjo dr. Dolenca je ta dejavnost praktično zamrla, ostala je le Ambulantna za preventivo ateroskleroze. Po osamosvojitvi Slovenije se je Specialistično hospitalni oddelek Emona preimenoval v Center za vojne veterane, ki je pričel prevzemati bolnike sprejete zaradi urgentnih stanj preko Internistične prve pomoči.

Leta 2006 je bilo uvedeno izvajanje celovite geriatrične ocene kot multidisciplinarne in multidimenzionalne tehnologije pregledovanja in obravnavanja bolnikov s t.i. geriatričnim profilom. Storitve se izvajajo v multidisciplinarnem timu, ki vključuje zdravnika, diplomirano medicinsko sestro, fizioterapevta, kliničnega farmacevta in, po potrebi, dietetika, socialnega delavca in delovnega terapevta. V času pred uvedbo novega pristopa k obravnavi je bilo obravnavanih približno 450 bolnikov letno, katerih starost je bila 70-72 let, ležalna doba 9 dni, smrtnost 11-14% in povprečna utež SPP 1.7 (odraz zahtevnosti primera).

Na podlagi dobrih praks iz okolij, kjer je geriatrična medicina uveljavljena specialistična dejavnost, je bil pripravljen program razvoja geriatrične medicine v Sloveniji, ki ga je potrdil Zdravstveni svet pri ministrstvu za zdravje, to pa je predstavljalo podlago za preimenovanje Centra za vojne veterane v Center za geriatrično medicine. Od leta 2017 je delovanje Centra za geriatrično medicine financirano na podlagi programa ZZZS.

Celovita geriatrična ocena je postala ambulantno na voljo bolnikom, ki jih obravnavajo specialisti družinske medicine, vzpostavilo pa se je sodelovanje z Onkološkim inštitutom za oceno starostnikov pred bolj kompleksnim onkološkim zdravljenjem in s Kliničnim oddelkom za abdominalno kirurgijo, za oceno krhkosti pred določenimi zahtevnejšimi posegi. Do obdobja pred epidemijo Covid-19, je redno delovala geriatrična ambulanta, kjer smo izvajali obravnavo starostnikov s kompleksno multimorbidnostjo, starostnikov z nizko kostno gostoto, starostnikov s sladkorno boleznijo in sumom na krhkost. V tem kontekstu smo pripravili Smernice za obravnavo starostnika s sladkorno boleznijo in sodelovali pri pripravi Smernic za paliativno obravnavo starostnika s sladkorno boleznijo. Seveda pa je celovita geriatrična ocena postala in ostaja edini možen način kakovostne obravnave akutno bolnih starih ljudi, ki so v kontekstu krhkosti in kompleksne multimorbidnosti zaradi akutne bolezni pristali v bolnišnici. Za potrebe obravnave te populacije smo razvili klinično pot, ki natančno naslavlja vse kritične točke v obravnavi tovrstnih bolnikov od sprejema v bolnišnico do odpusta in sledenja po odpustu.

Danes je Center za geriatrično medicine sodoben akutni geriatrični oddelek, po kazalnikih kakovosti primerljiv z najboljšimi v svetu. Iz geriatrične medicine prejšnjega stoletja, z ležalno dobo merjeno v tednih, je to postala enota, ki v enakih prostorih obravnava tudi več kot 600 bolnikov letno, z ležalno dobo 7 dni, podobno smrtnostjo kot pred uvedbo geriatrične ocene, ob več kot 10 let večji povprečni starosti bolnikov, ki so bolj kompleksni, kar se odraža v uteži SPP, ki zadnja leta znaša okoli 2.5 uteži. Zapleti, kot so poškodbeni padci, delirij, ki potrebuje omejevanje, ali preležanine, so izjemno redki. Bolnike odpuščamo v pomembno boljšem zdravstvenem in funkcionalnem stanju. Samo 10% bolnikov potrebuje ureditev domske oskrbe in manj kot 10% jih je ponovno hospitaliziranih v 30 dneh po odpustu iz bolnišnice.

OBRAVNAVA STAROSTNIKA

- Zbornik simpozija Geriatrija 2023

Naslov:	OBRAVNAVA STAROSTNIKA, Zbornik simpozija Geriatrija 2023
Uredniki:	Mišo Šabovič, Gregor Veninšek, Aleš Blinc, Mitja Košnik
Organizatorji simpozija:	Katedra za interno medicino in Katedra za družinsko medicino, MF Ljubljana, Slovensko zdravniško društvo
Organizacijski odbor:	Prof. dr. Mitja Košnik, dr. med. Prof. dr. Mišo Šabovič, dr. med. Prof. dr. Marija Petek Šter, dr. med. Doc. dr. Janez Rifel, dr. med.
Založnik:	Slovensko zdravniško društvo
Leto izdaje:	2023
Kraj izdaje:	Ljubljana
Naklada:	160 izvodov
Tisk:	Karun

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana
616-053.9-083(082)

GERIATRIJA (simpozij) (2023 ; Ljubljana)

Obravnava starostnika : zbornik simpozija Geriatrija 2023 / [uredniki Mišo Šabovič ... [et al.] ; organizatorji simpozija Katedra za interno medicino in Katedra za družinsko medicino, MF Ljubljana, Slovensko zdravniško društvo]. - Ljubljana : Slovensko zdravniško društvo, 2023

ISBN 978-961-7092-48-6
COBISS.SI-ID 151875587

Posvetujte se. Potrdite. **OBVLADAJTE** z zdravilom NovoSeven[®] .¹

Zdravilo za ustavljanje krvavit
pri pridobljeni hemofiliji.^{2,3}



Marija (72 let) je imela v klinični sliki bolečo oteklo eno nogo in obširen hematoma. V anamnezi ni imela nepojasnjenih krvavit.

Klinični primer je uporabljen le v ilustrativne namene.

*Priporočena so tudi druga hemostatska zdravila prvega reda.



SKRAJŠAN POVZETEK GLAVNIH ZNAČILNOSTI ZDRAVILA.

Ime zdravila: NovoSeven 1 mg (50 k.i.e.); NovoSeven 2 mg (100 k.i.e.); NovoSeven 5 mg (250 k.i.e.) prašek in topilo za raztopino za injiciranje

Vila (rFVIIa) in je na voljo v naslednjih oblikah: 1 mg/vialo, 2 mg/vialo ali 5 mg/vialo.

Indikacije: Zdravljenje krvavit in preprečevanje krvavit pri operacijah ali invazivnih postopkih pri bolnikih: s prirojeno hemofilijo z zaviralci koagulacijskih faktorjev VIII ali IX > 5 BU ali bolnikih, pri katerih je pričakovani visok anamnestični odziv na FVIII ali FIX; s pridobljeno hemofilijo; s prirojenim pomanjkanjem FVII; z Glanzmannovo trombastenijo s trenutno ali preteklo refraktarnostjo proti transfuzijam trombocitov, ali če trombociti niso takoj na voljo. Zdravljenje hude poporodne krvavitve, če hemostaza ni mogoče doseči z uterotoniki.

Odmernik: Zdravljenje je treba začeti pod nadzorom zdravnika, ki ima izkušnje z zdravljenjem hemofilije in/ali drugih motenj strjevanja krvi. Pri obravnavi hude poporodne krvavitve je potreben ustrezen posvet strokovnjakov različnih strok; ti poleg porodničarjev vključujejo anesteziologe, specialiste intenzivne nege in/ali hematologe. Za optimizacijo koristi zdravljenja z zdravilom NovoSeven je priporočljivo vzdrževati ustrešno koncentracijo fibrinogena in število trombocitov. Hemofilija A ali B z zaviralci ali pričakovanim velikim anamnestičnim odzivom: Zdravilo NovoSeven je treba dati čim prej po začetku krvavitve.

Trenutne klinične izkušnje ne zahtevajo splošno drugega odmerjanja pri otrocih in pri odraslih, čeprav je očitek pri otrocih hitrejši. Pediatrični bolniki utegnejo zato potrebovati večje odmerke rFVIIa za doseganje podobne koncentracije v plazmi, kot je dosežena pri odraslih bolnikih. Blage do zmerno krvavitve (vključno z zdravljenjem na domu): 1) 2 do 3 injekcije 90 µg na kg telesne mase, aplicirane v triurnih presledkih. Če je potrebno nadaljnje zdravljenje, se lahko aplicira dodatni odmerek 90 µg na kg telesne mase. 2) Ena posamična injekcija 270 µg na kg telesne mase. Zdravljenje na domu ne sme trajati več kot 24 ur. Nadaljnje zdravljenje na domu pride v poštev šele po posvetu s centrom za zdravljenje hemofilije. Resne krvavitve: Priporočen začetni odmerek je 90 µg na kg telesne mase; odmerjanje na dve uri do kliničnega izboljšanja. Če je indicirano nadaljnje zdravljenje, je mogoče odmerni interval postopoma podaljševati. Večjo krvavitve lahko zdravite 2 do 3 tedne ali še dalj, če je klinično upravičeno. Invazivni postopki ali operacija: Tik pred posegom je treba dati začetni odmerek 90 µg na kg telesne mase. Odmerjanje ponovite v 2- do 3-urnih presledkih v prvih 24 do 48 urah. Po večjih operacijah z odmerkom nadaljujte v 2- do 4-urnih presledkih 6 do 7 dni. Odmerni interval je potem mogoče podaljšati na 6 do 8 ur za nadaljnja 2 tedna. Zdravljenje lahko traja 2 do 3 tedne, dokler ni končano celjenje.

Pridobljena hemofilija: Začetni odmerek je 90 µg na kg telesne mase. Trajanje zdravljenja in presledki med injiciranjem se razlikujeta glede na izrazitost krvavitve oz. potrebne invazivne postopke ali operacijo. Začetni odmerni interval mora biti od 2 do 3 ure. Ko je dosežena hemostaza, je mogoče odmerni interval postopno podaljševati na 4, 6, 8 ali 12 ur za toliko časa, kot je indicirano zdravljenje.

Pomanjkanje faktorja VII: Za zdravljenje in preprečevanje krvavit pri odraslih in otrocih, ki so prestali operacijo ali invazivni postopek, aplicirajte od 15 do 30 µg na kg telesne mase na 4 do 6 ur, dokler ni dosežena hemostaza. Odmerek in pogostnost injiciranja je treba prilagoditi posamezniku. Pridobljene klinične izkušnje v dolgotrajni profilaksi pri pediatrični populaciji, mlajši od 12 let in s hudim kliničnim fenotipom, so omejene. Odmerek in pogostnost injiciranja za profilakso morata temeljiti na kliničnem odzivu in morata biti prilagojena posamezniku.

Glanzmannova trombastenija: Za zdravljenje krvavit in za preprečevanje krvavit pri bolnikih, ki so prestali operacijo ali invazivne postopke, aplicirajte 90 µg (razpon od 80 do 120 µg) na kg telesne mase v 2-urnih presledkih (od 1,5 do 2,5 ure). Za zagotovitev učinkovitosti hemostaze je treba aplicirati vsaj tri odmerke. Priporočen način uporabe je bolusna injekcija, ker se ob stalni infuziji lahko pojavi neučinkovitost. Pri bolnikih, ki niso refraktarni, so trombociti prva izbira zdravljenja.

Huda poporodna krvavitve: Priporočen razpon odmerkov za zdravljenje krvavit je od 60 do 90 µg na kg telesne mase v intravenski bolusni injekciji. Največje koagulacijsko delovanje je mogoče pričakovati po 10 minutah. Drugi odmerek je mogoče uporabiti glede na klinični odziv posamezne bolnice. V primeru nezadostnega hemostatskega odziva je priporočljivo uporabiti drugi odmerek po 30 minutah.

Kontraindikacije: Preobčutljivost na učinkovino, katero koli pomožno snov ali mišje, hrčkov ali goveje beljakovine. Posebna opozorila in previdnostni ukrepi: V patoloških stanjih, pri katerih je lahko tkivni faktor izražen znatneje kot normalno, lahko obstaja med zdravljenjem z zdravilom NovoSeven tveganje za trombotične dogodke ali indukcije diseminirane intravaskularne koagulacije (DIK). Takšne okoliščine lahko vključujejo bolnike z napredovano aterosklerotično boleznijo, zmečkaninami, septikemijo ali DIK. Zaradi tveganja trombotičnih zapletov morate zdravilo NovoSeven uporabljati previdno tudi pri bolnikih z anamnestno koronarno boleznijo, bolnikih z boleznijo jeter, bolnikih po operacijah, nosečnicah, ženskah v obdobju poroda, novorojenčkih in bolnikih, pri katerih obstaja tveganje za trombotične dogodke ali DIK. Kar zadeva hudo poporodno krvavitve in nosečnost, so klinična stanja (porod, huda krvavitve, transfuzija, DIK, operacija/invazivni posegi in koagulopatija) znani dejavniki, ki pripomorejo k tveganju za trombotične dogodke, zlasti tveganju za venske trombotične, povezane z uporabo zdravila NovoSeven. Zdravilo NovoSeven lahko vsebuje sledi mišjih, govejih in hrčkovih beljakovin, zato obstaja pri bolnikih neznatna možnost za pojav preobčutljivosti nanje. V primeru hudih krvavitve je treba zdravilo aplicirati v bolnišnici, po možnosti tam, kjer so specializirani za zdravljenje bolnikov s hemofilijo z zaviralci koagulacijskih faktorjev VIII in IX – če to ni mogoče, pa v tesnem sodelovanju z zdravnikom, specializiranim za zdravljenje hemofilije. Če krvavitve ni moč obvladati, je obvezno zdravljenje v bolnišnici. Pri bolnikih s pomanjkanjem faktorja VII je treba pred in po uporabi zdravila NovoSeven nadzirati protrombinski čas in koagulacijsko aktivnost FVII. Če aktivnost FVIIa ne doseže pričakovane ravni ali krvavitve po zdravljenju s priporočenimi odmerki ni obvladane, obstaja sum na tvorbo protiteles in opraviti je treba preiskavo nanje. Pri bolnikih s pomanjkanjem FVII, ki so prejeli zdravilo NovoSeven med operacijo, so poročali o pojavu tromboze. Medsebojno delovanje z drugimi zdravili in druge oblike interakcij: Tveganje za možne interakcije med zdravilom NovoSeven in koncentratu koagulacijskih faktorjev ni znano. Izogibati se je treba sočasni uporabi koncentratov protrombinskega kompleksa, tako aktiviranih kot neaktiviranih. Omejene izkušnje sočasne uporabe antifibrinolitikov in zdravila NovoSeven kažejo, da antifibrinolitik pri bolnikih s hemofilijo zmanjša izgubo krvi med operacijami, zlasti pri ortopedskih operacijah in operacijah v predelih z izrazito fibrinolitično aktivnostjo (npr. ustna votlina). Antifibrinolitik se uporablja tudi za zmanjšanje izgube krvi pri ženskah s poporodno krvavitvijo. Na podlagi predklinične študije rFVIIa in rFXIII ni priporočljivo uporabljati v kombinaciji. Nosečnost in dojenje: Iz previdnosti se je uporabi zdravila NovoSeven med nosečnostjo bolje izogniti. Ni znano, ali se rFVIIa pri človeku izloča v materino mleko. Pri odločitvi za nadaljevanje ali prekinitev dojenja oz. za nadaljevanje ali prekinitev zdravljenja z zdravilom NovoSeven je treba upoštevati korist dojenja za otroka in korist zdravljenja z zdravilom NovoSeven za žensko.

Redki neželeni učinki: diseminirana intravaskularna koagulacija in povezani laboratorijski izvidi, vključno s povečano koncentracijo D-dimera in zmanjšano koncentracijo AT, koagulopatija, navzea, reakcija in bolečina na mestu injiciranja, preobčutljivost, zvišanje razgradnih produktov fibrina, zvišanje alanin-aminotransferaze, alkalne fosfataze, laktat-dehidrogenaze in protrombina, glavobol, arterijski trombotični dogodki, angina pectoris.

Neželeni učinki z neznanu pogostostjo: anafilačnična reakcija, zardevanje, angioedem, tromb v srcu. Izkušnje po prihodnosti zdravila na trg kažejo, da pri bolnikih s hemofilijo A ali B ni poročil o zaviranih protitelesih proti zdravilu NovoSeven ali FVII. Med opazovalnim registriranim spremljanjem bolnikov s prirojenim pomanjkanjem FVII je bil v obdobju po začetku zdravljenja opisan pojav inhibicijskih protiteles. Pojav protiteles proti zdravilu NovoSeven in FVII je edini neželeni učinek zdravila, opisan v kliničnih preiskavih bolnikov s pomanjkanjem faktorja VII, izpostavljenih zdravilu NovoSeven (pogostnost: pogosto). V nekaterih primerih so imela ta protitelesa zaviralen učinek in med njimi predhodno zdravljenje s človeško plazmo in/ali faktorjem VII, pridobljenim iz plazme, huda mutacija gena FVII in preveliko odmerjanje zdravila NovoSeven. Bolnike s pomanjkanjem faktorja VII, ki se zdravijo z zdravilom NovoSeven, je treba spremljati glede protiteles. Če je zdravilo NovoSeven uporabljeno pri bolnikih zunaj odobrenih indikacij, so arterijski trombotični dogodki pogosti. Ker varnost in učinkovitost zdravila NovoSeven izven odobrenih indikacij nista bili dokazani, se ga izven indikacij naj ne uporablja. Trombotični dogodki lahko povzročijo zastoj srca. Pri bolnikih s pridobljeno hemofilijo je bilo ugotovljeno, da se pogostejše pojavljajo arterijski trombotični dogodki, venski trombotični dogodki, angina pectoris, siljenje na bruhanje, piroksija, eritematozni izpuščaj in zvišanje razgradnih produktov fibrina. Vrsta ovjnine in vsebina: viala s praškom in napolnjena injekcijska brizga s topilom.

Način in režim izdaje zdravila: H/Rp. Imetnik dovoljenja za promet: Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsvaerd, Danska. Datum zadnje revizije besedila: maj 2022.

Viri: 1. NovoSeven[®] Povzetek glavnih značilnosti zdravila: januar 2023. 2. Huth Kuhne A, et al. Haematologica 2009;94(4):566-575. 3. Collins P, et al. BMC Res Notes 2010;3:161. 4. Hedner U. Blood Rev 2015;29(51):S4-S8.

Pred predpisovanjem preberite celoten povzetek glavnih značilnosti zdravila! Samo za strokovno javnost. Podrobnejše informacije o zdravilu so na voljo pri: Novo Nordisk d.o.o., Ameriška ulica 2, Ljubljana, T 01 810 8700, E info@novonordisk.si, S www.novonordisk.si ali www.novonordisk.com.

Novo Nordisk logotip je zaščiten blagovna znamka v lasti družbe Novo Nordisk A/S. NovoSeven[®] je zaščiten blagovna znamka v lasti družbe Novo Nordisk Health Care AG, Švica.

SK23NS00003, april 2023, © 2023 Novo Nordisk Slovenija

