

# Uloga liječnika obiteljske medicine u nadzoru liječenja i skrbi kronične rane

DRINA PODOBNIK

*Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Sveti Ivan Žabno, Sveti Ivan Žabno, Hrvatska*

Liječnik obiteljske medicine ima centralno mjesto u nadzoru liječenja i skrbi kronične rane. To mu mjesto pripada prema organizaciji zdravstvene zaštite jer je on jedina osoba u sustavu koji ima kompletan uvid u sva događanja povezana s bolesnikom s kroničnom ranom. Potrebna je dobra edukacija liječnika obiteljske medicine i njegovog tima. Potrebne su jasne smjernice koje su njegove kompetencije u liječenju kronične rane što uključuje dijagnostiku, propisivanje kompresivne terapije i obloga. Potrebne su jasne smjernice koje kronične rane može liječnik obiteljske medicine samostalno liječiti, a koje u suradnji sa specijalistima drugih grana medicine. Suradnja i konzultacije sa sekundarnom zdravstvenom zaštitom treba biti kvalitetnija i učinkovitija (telemedicina, centar/centri za kronične rane).

**KLJUČNE RIJEČI:** liječnik obiteljske medicine, nadzor liječenja i skrbi kronične rane

**ADRESA ZA DOPISIVANJE:** Drina Podobnik, dr. med. spec.  
Specijalistička ordinacija obiteljske medicine  
Križevačka 2  
48 214 Sveti Ivan Žabno, Hrvatska  
E-pošta: drina.podobnik@kc.t-com.hr

## UVOD

Liječnik obiteljske medicine (LOM) skrbi o bolesnicima s kroničnim ranama i takva skrb često traje godinama ili do kraja života bolesnika. LOM zauzima centralno mjesto u liječenju takvih bolesnika. Uz kroničnu ranu bolesnik često ima niz drugih bolesti koje značajno utječu na kompleksnost liječenja. Tu kompleksnost potiču i drugi faktori koji uključuju obitelj, radnu sredinu, socijalne i ekonomske okolnosti. Zbog toga pristup liječenju kronične rane mora biti timski i multidisciplinarni. LOM je jedina osoba koja ima uvid u kompleksnost liječenja kronične rane. On je jedini koji kontinuirano prati bolesnika, usmjeren je na bolesnika ne na bolest, usmjeren je na obitelj, mjesto gdje živi i radi bolesnik, on ulazi u kuću, koordinira rad suradnika na terenu, procjenjuje trenutak potrebe za konzultacijom sa specijalistom, propisuje terapiju, procjenjuje uspjeh liječenja, procjenjuje faktore rizika... Upravo zbog toga na njemu leži velika odgovornost kako će organizirati liječenje takvog bolesnika. On može zauzeti pasivan i aktivan stav u organizaciji liječenja. Postoji niz čimbenika koji ga potiču da zauzme aktivan stav i preuzme kontrolu liječenja bolesnika. HZZO na više načina kontrolira rad liječnika propisivanjem ortopedskih po-

magala (obloga), potrošnjom zavojnog materijala (gaza, zavoji, mikropore), potrošnjom lijekova (analgetici, antibiotici, kreme), kućnom njegom, stopom bolovanja, DTP postupcima.

Ako zauzme pasivan stav i prepusti liječenje specijalističko konzilijarnoj službi, kućnoj njezi i patronažnoj službi vrlo će teško utjecati na gore navedene faktore. Preuzimanje kontrole liječenja zahtijeva dobru edukaciju i organizaciju rada uz cjelovit pristup bolesniku i obitelji. Zdravstveni sustav treba liječniku obiteljske medicine omogućiti preuzimanje potpunog liječenja i kontrolu najčešćih kroničnih rana (venski ulkus). To uključuje samostalno indiciranje dijagnostičkih pretraga (BPI, obojeni dopler krvnih žila i samostalno indiciranje i propisivanje ortopedskih pomagala (kompresivna terapija).

Za ostale kompleksnije kronične rane LOM će sam indicirati kada i koliko dugo uključiti druge specijaliste u liječenje takvih bolesnika. U Pravilniku ortopedskih pomagala – obloga jasno piše kada LOM treba zatražiti konzultaciju sa specijalistom u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti. To znači da bi komunikacija i konzultacija između primarne i sekundarne zdravstvene zaštite u tom slučaju trebala biti daleko kvalitetnija. Ako LOM koristi jednu vrstu obloga i nema poboljšanja odno-

sno dolazi čak do pogoršanja, tada on očekuje od sekundarne zdravstvene zaštite da utvrdi gdje je problem ili greška u liječenju, da korigira terapiju, preporuči dodatnu dijagnostiku, korekciju nekih faktora rizika... To je sve moguće ako se promijene smjernice i poboljša komunikacija između liječnika primarne i sekundarne zdravstvene zaštite. Hoće li to biti telemedicinom, popratnom povijesti bolesti uz bolesnika (koju će možda netko i pročitati, što se vidi iz nalaza), e- kartonom ili nekim drugim prikladnim dogovorenim načinom komunikacije? (1).

Najčešće kronične rane o kojima brine obiteljski liječnik su na nogama kao posljedica insuficijencije venske cirkulacije ili kao posljedica insuficijencije arterijske cirkulacije, dijabetičko stopalo i dekubitusi. Rjeđe su, ali se ipak nađu, kronične rane u sklopu malignih bolesti – bazalni karcinomi, melanomi... Najčešće kronične rane LOM može dobro kontrolirati i liječiti.

### TIM LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE

Tim liječnika obiteljske medicine kompletno i kontinuirano brine o bolesniku s kroničnom ranom. Uz medicinsku sestru/tehničara u timu važan suradnik obiteljskog liječnika je medicinska sestra iz kućne njege. To je najuži dio tima. Patronažna sestra/zaposlenik doma zdravlja za sada prema ugovoru s HZZO-om posjećuje bolesnika s kroničnom ranom i ispunjava Izvješće (plan patronažne sestre) i dostavlja ga obiteljskom liječniku jednom mjesečno. Izvješće sadrži socijalni status osigurane osobe i vrednovanje provedene zdravstvene njege u kući (ZNJK): početak ZNJK, potreba za ZNJK, ponovno utvrđivanje potrebe za ZNJK. Opisuje se tip rane, lokaciju, veličinu, starost, daje kratki opis rane. LOM može zatražiti posjete patronažne sestre bolesniku s kroničnom ranom, ako postoje drugi faktori rizika i druge bolesti, ako je potrebna češća kontrola krvnog tlaka, šećera, uzimanja lijekova, edukacija članova obitelji, edukacija pacijenta (2).

Članovi obitelji ili druga osoba koja pomaže ili se brine za bolesnika u njegovoj kući postaje važan suradnik tima liječnika obiteljske medicine u provođenju liječenja kronične rane. Kako bi rezultati bili što bolji vrlo je važna edukacija takvih osoba i podrška.

Dio bolesnika s kroničnom ranom nije u svojoj obitelji nego je smješten u domove za starije i nemoćne osobe ili u udomiteljske obitelji. Udomitelje i medicinske sestre u domovima treba dobro educirati što provodi tim liječnika obiteljske medicine, ali i druge udruge (npr. udruge udomitelja). Vrlo su važni socijalni i ekonomski uvjeti života bolesnika. S obzirom da se često radi o starijim osobama, samcima, osobama s nedovoljnim primanjima ili bez primanja potrebno je uključiti i socijalne radnike. U zbrinjavanju bolesnika uključuje se cijeli tim (rješavanje smještaja, primanja, prehrane) i tek tada se može kronična rana adekvatno liječiti (2).

Kontinuirana upotreba zavojnog materijala, obloga, lijekova zahtijeva dobru suradnju s magistrima farmacije u ljekarnama. Uz njih su i predstavnici farmaceutskih kuća za moderne obloge i kompresivnu terapiju od kojih je moguće dobiti detaljnu pomoć i edukaciju oko primjene obloga (1).

Na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite nalaze se specijalisti koje liječnik obiteljske medicine konzultira. Najčešće su to kirurzi, dermatolozi, infektolozi... Komunikacija s bolničkom službom odvija se otpusnim pismom liječnika i sestrinskim otpusnim pismom koje sadrži detaljnije podatke o njezi kronične rane i bolesnika te povijest bolesti nakon pregleda specijalista (2). LOM za sada ne može sam indicirati pretragu krvnih žila obojenim doplerom nego mora poslati pacijenta na pregled specijalistu u bolnicu (sl. 1 i 2). LOM ne može indicirati i propisati adekvatnu kompresivnu terapiju, iako je napravio potrebnu obradu i mora ponovno bolesnika uputiti specijalistu. Hoće li pretraga zbog koje je poslao pacijenta biti učinjena - upitno je! Ako sve to dobije, može propisati terapiju oblozima. U Pravilniku o ortopedskim pomagalicama jasno piše kada upućivati pacijenta specijalistu - ako nema poboljšanja nakon tri mjeseca liječenja oblozima. Postavlja se pitanje jesu li prva dva upućivanja bila potrebna, ako postoje jasne smjernice i dobra edukacija tima liječnika obiteljske medicine. To povećava trošak liječenja i nepotrebno opterećenje sekundarne zdravstvene zaštite te produžava listu čekanja. Bolesniku i obitelji dodatno komplicira život posebno ako je bolesnik teško pokretan (potreban je prijevoz sanitetskim kolima, povećavaju se ekonomski troškovi, izostanci s posla člana obitelji. Sve to direktno i indirektno povećava troškove zdravstvene zaštite.

### ORGANIZACIJA RADA LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE

Tim liječnika obiteljske medicine u našem zdravstvenom sustavu postoji, njegov rad ekonomski najmanje opterećuje zdravstveni sustav, on je najdostupniji bolesniku, kontinuirano ga prati, najbrže intervenira u svakoj situaciji, on je sudionik životnog procesa bolesnika, postoje želje i motivacija za dobrom edukacijom istog tima (3).

Postavlja se pitanje može li zdravstvena administracija prepoznati tim liječnika obiteljske medicine kao glavnog organizatora i kontrolora liječenja i skrbi bolesnika s kroničnom ranom? Mogu li se napraviti jasne smjernice oko nužne dijagnostičke obrade koju liječnik obiteljske medicine može sam indicirati kod bolesnika s kroničnom ranom? Tada liječnik obiteljske medicine donosi odluku o samostalnom liječenju ili o potrebi konzultacije. Ako po smjernicama može započeti samostalno liječenje kronične rane treba moći sam indicirati i napisati adekvatnu kompresivnu i lokalnu te-

rapiju! Zašto? Zato što liječenje najčešćih ulkusa, tj. venskih, zahtijeva adekvatnu kompresiju jer liječenje samim oblozima neće dovesti do izlječenja za tri mjeseca, pa ni do bitnijeg poboljšanja (4). To će zahtijevati upućivanje bolesnika specijalistu koji ne mora propisati adekvatnu kompresivnu terapiju nego samo produžiti terapiju oblozima uz elastični zavoj koji bolesnik kupuje. Jesmo li ponovno na početku?

Za uspješno liječenje kroničnih rana iznimno je važna kućna njega. Sestre moraju biti dobro educirane. LOM indicira kućnu njegu tijekom mjesec dana, određeni broj dana u tjednu. Unaprijed mora predvidjeti liječenje tijekom mjesec dana što otežava praćenje i prilagođavanje situaciji kod bolesnika odnosno teže je mijenjati frekvenciju previjanja tijekom tjedna i mjeseca. Liječnik obiteljske medicine teže može utjecati na edukaciju sestara jer su zaposlenici druge ustanove.

Patronažna sestra je zaposlenik doma zdravlja (DZ) i mora raditi onako kako službu organizira DZ, a ne obiteljski liječnik. Ona je važna za rad s bolesnikom koji ima druge bolesti, za prevenciju ulkusa, za prevenciju recidiva, za suradnju sa socijalnom službom, sa članovima obitelji, za edukaciju itd. I ovdje LOM ne može adekvatno nadzirati rad sestara ni bolje ga organizirati (npr., sestra treba obaviti osam posjeta u kući/dan i teško je organizirati drugi oblik rada-grupe).

Bez jasnih smjernica, uz nedostupnost adekvatne dijagnostike i liječenja bez odobrenja specijalista, uz otežanu organizaciju rada na terenu i niz drugih čimbenika liječnik obiteljske medicine često može zauzeti pasivni stav u liječenju bolesnika s kroničnom ranom.

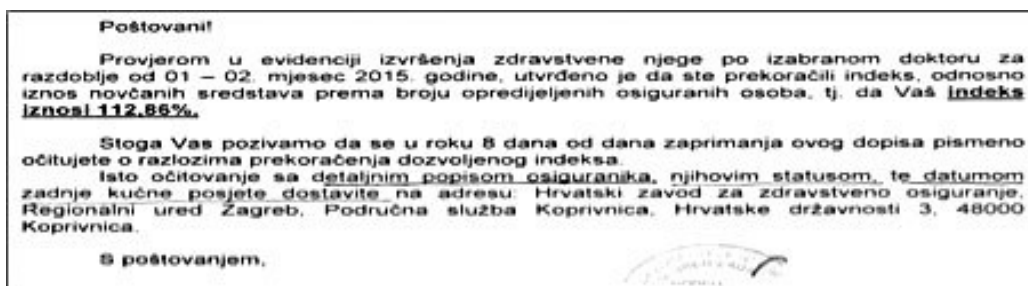
Obiteljski liječnik uz pomoć najužeg tima prati i kontrolira kroničnu ranu bolesnika pregledima u kući i ordinaciji što evidentira u zdravstveni karton. Patronažna sestra napravi svaki mjesec izvješće koje dostavlja liječniku. Sestra koja provodi kućnu njegu dnevno, tjedno,

mjesečno, ovisno o potrebi, usmeno, telefonom i fotodokumentacijom konzultira se s obiteljskim liječnikom o svakoj promjeni kod pacijenta. Jednom mjesečno piše se nalog za provođenje kućne njege. Članovi obitelji i sam bolesnik komunicira s obiteljskim liječnikom u ordinaciji, u kući, telefonom ili e-poštom. Iz svega toga liječnik vrlo brzo dobiva uvid u trenutno stanje bolesnika s kroničnom ranom. Vrlo brzo u dogovoru sa svim sudionicima liječenja može donijeti odluku o bilo kojoj intervenciji kod bolesnika. Takvu mogućnost u zdravstvenom sustavu nema nitko osim obiteljskog liječnika.

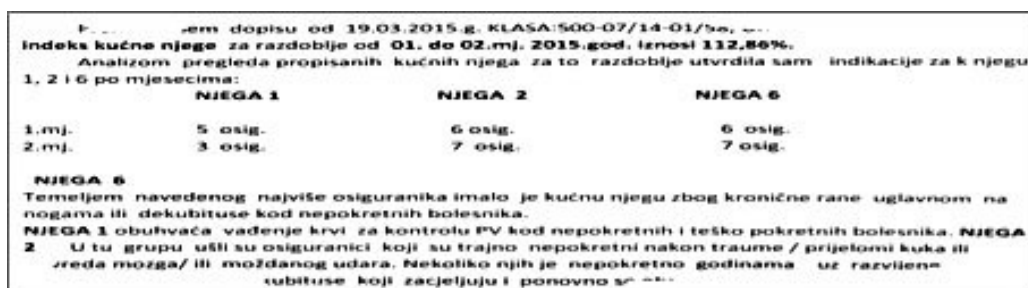
## FAKTORI KOJI STIMULIRAJU OBITELJSKOG LIJEČNIKA DA AKTIVNO NADZIRE LIJEČENJE KRONIČNE RANE

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje uveo je niz parametara kojima ugovorima s liječnicima obiteljske medicine kontrolira rad liječnika obiteljske medicine, iako nisu parametri unutar zadanih okvira slijede umanje prihoda, očitovanja, opomene, novčane kazne.

- Kućna njega:** provođenje liječenja u kući ustanovama za kućnu njegu određeno je prema broju osiguranika u tim izabranog liječnika do 65 g. i iznad 65 godina. Na temelju tih parametara određuje se indeks kućne njege. Ako je on tijekom određenog razdoblja visok, HZZO traži očitovanje (sl. 1 i 2).  
patronažne sestre. Liječnik mora unutar tri mjeseca barem jednom posjetiti bolesnika u kući. Ako je bolesnik nepokretan ili teško pokretan, ima kroničnu ranu, loše psihosocijalne uvjete, kućna njega može trajati godinama. Liječenje može ostati samo na tome i trajati jako dugo. Aktivno uključivanje liječnika u liječenje radi smanjenja indeksa kućne njege, radi ubrzanja zacjeljivanja znači česti pregled rane (foto-



Sl. 1. Zahtjev HZZO-a u kojem se traži pismeno očitovanje zbog visokog indeksa kućne njege



Sl. 2. Očitovanje obiteljskog liječnika

dokumentacija) ili češće kućne posjete radi utvrđivanja razloga pogoršanja ili zastoja u cijeljenju rane što zahtijeva drugačiji pristup liječenju, dodatnu obradu, upućivanje specijalistu ili sam liječnik odlazi previjati ranu.

2. **Potrošnja lijekova** – indeks potrošnje lijekova
3. **Potrošnja obloga** - u Pravilniku ortopedskih pomagala smjernice navode da obiteljski liječnik može pisati oblogu samo do 3 mjeseca i ako nema poboljšanja treba pacijenta uputiti specijalistu. Prije upućivanja specijalistu LOM treba napraviti reviziju liječenja čak i prije isteka tri mjeseca. Pitanje pravilne primjene obloga, pitanje nošenja kompresivne terapije (pacijenti ih izbjegavaju i treba ih često poticati i motivirati), pitanje je li ta kompresivna terapija adekvatna (zavoji dugog vlaka ili zavoji kratkog vlaka, kompresivne čarape, kompresivni sistemi), pitanje pravilnog postavljanja kompresivne terapije, pitanje toaleta ulkusa, pitanje educiranosti sestre, dodatne bolesti (dijabetes, limfedem, MRSA, erizipel...). LOM može napraviti puno i prije isteka tri mjeseca. Kada već uputimo bolesnika specijalistu često se događa da specijalist samo promijeni oblogu ili produži staru oblogu i ponovno smo na početku (sl. 8 i 9).
4. **Potrošnja antibiotika** - koji u liječenju kronične rane mogu biti potrebni u nekim fazama pogoršanja kronične rane, npr. pojava erizipela.
5. **Stopa bolovanja** – bolovanje za bolesnika, za pratnju. Kod prekoračenja stope bolovanja HZZO traži izvješća, kontrolira opravdanost bolovanja, a za obiteljskog liječnika mogu uslijediti i sankcije.
6. **DTP postupci** – Postoje postupci koji su u glavari (pregledi, timske konzultacije) i oni koji se plaćaju izvan glavarine, ali su limitirani. Za jedne nije potrebna dodatna oprema (kućni posjeti, savjetovanja, skrb o kroničnoj rani...), za druge je potrebna dodatna oprema i edukacija, a za treće je potrebno znatno ulaganje i edukacija. Još nisu uključeni neki potrebni dijagnostički postupci (ABPI), a mogu se jednostavno provesti u ordinaciji obiteljskog liječnika.
7. **Liječnik obiteljske medicine** je dio životnog procesa svoga pacijenta i to je motivacija da aktivno sudjeluje u liječenju.

#### FAKTORI KOJI DEMOTIVIRAJU OBITELJSKOG LIJEČNIKA U NADZORU LIJEČENJA KRONIČNE RANE

Uz poticajne faktore postoji niz faktora koji značajno ometaju ulogu obiteljskog liječnika u organizaciji liječenja bolesnika s kroničnom ranom. Oni mogu biti demotivirajući tako da liječnik prelazi u pasivnu organizaciju a neki od tih mogu biti:

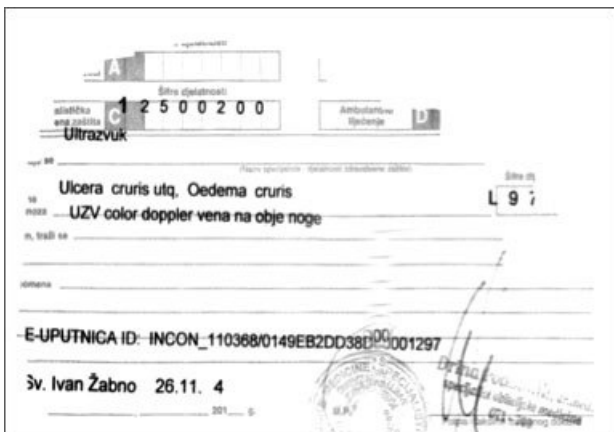
1. **Kućna njega** - zaposlenik koji provodi kućnu njegu iz druge je ustanove, motiviran za što veći broj pacijenata, teško je tijekom mjeseca mijenjati ritam i broj

previjanja, teško se prelazi na rjeđe previjanje, edukacija ovisi o drugom poslodavcu...

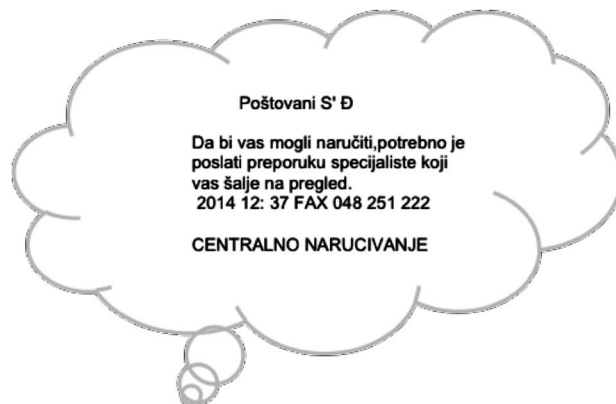
2. **Patronažna sestra** - zaposlenik doma zdravlja koji provodi organizaciju rada i teško se može utjecati na rad patronažne sestre i uključiti je u neke druge oblike rada (grupni rad s pacijentima, ograničeni broj dnevnih kućnih posjeta...). Prema ugovoru s HZZO-om mora napisati mjesečno izvješće za liječnika iz kojeg bi se trebalo vidjeti opravdanost kućne njega. Za prekoračenu kućnu njegu HZZO izvješće traži od liječnika. (sl. 1 I 2). Patronažna sestra treba znatno sudjelovati u edukaciji bolesnika, obitelji, udomitelja, u prevenciji ulkusa i recidiva ulkusa, u rješavanju socijalnih problema, u prepoznavanju faktora rizika za druge kronične bolesti koje mogu pogoršati ili uzrokovati kroničnu ranu ili recidiv, treba biti angažirana u suradnji sa socijalnim radnicima, biti važan timski suradnik zbog svoje educiranosti ...
3. **Dijagnostika** - za liječenje venskog ulkusa treba CD vena. LOM ne može sam indicirati tu pretragu, traži se nalaz specijalista (nije jasno kojeg specijalista, u svakom slučaju ne specijalista liječnika obiteljske medicine (sl. 3 i 4). Često bolesnici izbjegavaju šetanja i plaćaju sami potrebne pretrage. Za ABPI postoje jednostavni aparati no sam postupak HZZO još nije stavio na listu plaćenih DTP-a.
4. **Ortopedska pomagala** - za propisivanje sistema za kompresivnu terapiju ili kompresivnih čarapa potrebnih za pravilno liječenje najčešćih venskih ulkusa LOM mora pacijenta uputiti specijalistu. Međutim, upitno je hoće li to dobiti ako sam sve prije ne dogovori, što je dodatno opterećenje.
5. Opterećenje liječnika obiteljske medicine **brojnim administrativnim poslovima** (liječničke potvrde, naručivanje pacijenata na preglede specijalistima) uz broj dnevnih posjeta u ordinaciji od 100 do 120 značajno oduzimaju vrijeme koje je potrebno posvetiti bolesnicima s kroničnim ranama kućnim posjetima, boljom organizacijom i suradnjom sa članovima tima iz drugih ustanova.

#### PRIKAZ BOLESNIKA

1. 82-godišnji S. Đ. ulkuse navodno ima od odlaska u mirovinu. Nikada nije spominjao liječniku da ima ulkuse. Uzimao je lijekove za sniženje krvnog tlaka među kojima je bio amlodipin. Nikada nije tražio kontrolu tlaka, ali je dolazio po lijekove za tlak u ordinaciju. Tada bi bio pozvan na mjerenje tlaka. Tako je bilo u 10. mj. 2013. godine. Kod mjerenja tlaka uočena je aritmija. Odmah je sniman EKG. Medicinski tehničar kod postavljanja elektroda uočava zamotane skočne zglobove krpama i o tome obavještava liječnika. Uz novootkrivenu fibrilaciju atrijsku, otkriveni su edemi potkoljenice, ali i ulkusi na obje potkoljenice. Bolesnik nije tada htio priznati da ima rane na nogama, nije ih je dao ni odmo-



Sl. 3. Uputnica LOM-a za CD vena



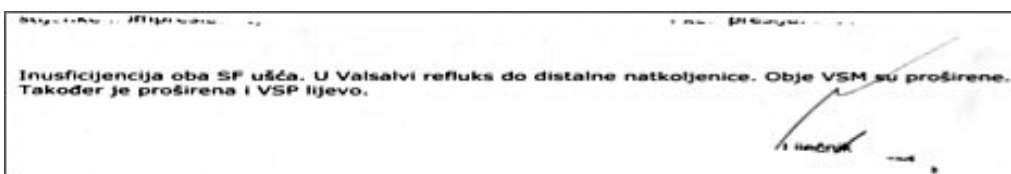
Sl. 4. Odgovor na uputnicu

tati. Tvrdio je da nosi krpe oko skočnih zglobova, jer ga smetaju cipele. Tada liječnik nije inzistirao na pregledu rana. Promijenio je terapiju za krvni tlak zbog sumnje da je edem potkoljenica povezan s nuspojavama amlodipina. Uveden je diuretik i beta blokator. Upućena je patronažna sestra u kuću bolesnika radi kontrole tlaka (tako je bolesniku objašnjeno), ali i radi pregleda nogu pod pretpostavkom da će u kući bolesnik pristati na pregled, što se i dogodilo. Bolesnik je imao ulkuse na obje potkoljenice: ukupno 5-6 na svakom skočnom zglobu i iznad njega. Nakon toga upućena je sestra iz kućne njege radi dodatne motivacije bolesnika na suradnju u liječenju kronične rane. Bolesnik živi sa sinom koji je alkoholičar. U razgovoru sa sinom saznajemo da bolesnik ima rane od odlaska u mirovinu. Nije bio motiviran za liječenje. Nakon pristanka na liječenje u kući, liječenje je započeto preko kućne njege i to samo previjanje bez obloga, jer je po procjeni sestre bolesnik to najbolje prihvaćao. U početku smo pokušavali smanjiti edeme, no unatoč promjeni terapije, uvođenju diure-

tika edemi su bili stalno prisutni. Stalno je imao visoki krvni tlak, zbog čega smo sumnjali u redovitost uzimanja lijekova. Liječnik je tražio češće posjete patronažne sestre, ali suradnju medicinske sestre iz kućne njege u pogledu kontrole uzimanja lijekova, jer je sestra posjećivala bolesnika 3 x tjedno. Dugo je vremena izgubljeno da se postigne suradljivost bolesnika. Kada se postigla adekvatna vrijednost tlaka, zbog prisutnih edema i otežanog cijeljenja kroničnih rana pokušali smo bolesnika potaknuti na dodatnu obradu radi utvrđivanja uzroka kronične rane i započeli liječenje kronične rane oblozima. Dobar odgovor na terapiju oblozima dodatno je motiviralo bolesnika na suradnju. Pristao je napraviti CD vena radi uvođenja kompresivne terapije. Na izdanu uputnicu (sl. 3) i pokušaj naručivanja došao je odgovor (sl. 4) potrebna je preporuka specijalista! Upućen je specijalistu koji je indicirao CD vena, a nalaz je potvrdio uzrok kronične rane i opravdanost kompresivne terapije (sl. 5 i 6). Ulkusi su zacijelili ali zbog ozljede noge drvetom otvara se novi ulkus.



Sl. 5. Nalaz prvog pregleda specijalista - preporuka za CD vena i kompresivne terapije



Sl. 6. Nalaz CD vena

Jesu li ulkusi mogli zacijeliti u kraćem roku? Je li liječenje moglo biti jeftinije? Je li pacijent trebao ići specijalistu radi indiciranja CD i kompresivne terapije?

Je li sve to bilo potrebno ?

Kod ovog bolesnika nije trebao pregled specijalista, jer se radilo o kroničnoj rani uzrokovanoj kroničnom venskom insuficijencijom. Kompresivnu terapiju mogao je napisati liječnik obiteljske medicine, a odgovor na terapiju oblozima bio je izvrstan. Duže je potrajalo motiviranje bolesnika za liječenje ulkusa i redovito uzimanje terapije za snižavanje krvnog tlaka. Je li postojala mogućnost brže motivacije češćim uključivanjem liječnika i češćim kućnim posjetima? Možda, ali posao je odrađio tim.

2) 41-godišnja T.Đ.ima ima ulkuse 11 godina. Od 2008. g. liječena i kontrolirana kod dermatologa i vaskularnog kirurga (sl. 7). Dg: *Diabetes mellitus* tip II; *Hypertensio arterialis*; *Hypothyreosis*; *Adipositas*, BMI 48; *Vitiligo*; *Sy posttromboticum cruris l dex.*;

*Varices cruris utq., Ulcera cruris bill.* (MRSA poz u više navrata tijekom 2012. i 2013. g); St post erysipelas cruris l sin (više puta recidiv od 2012.g.)

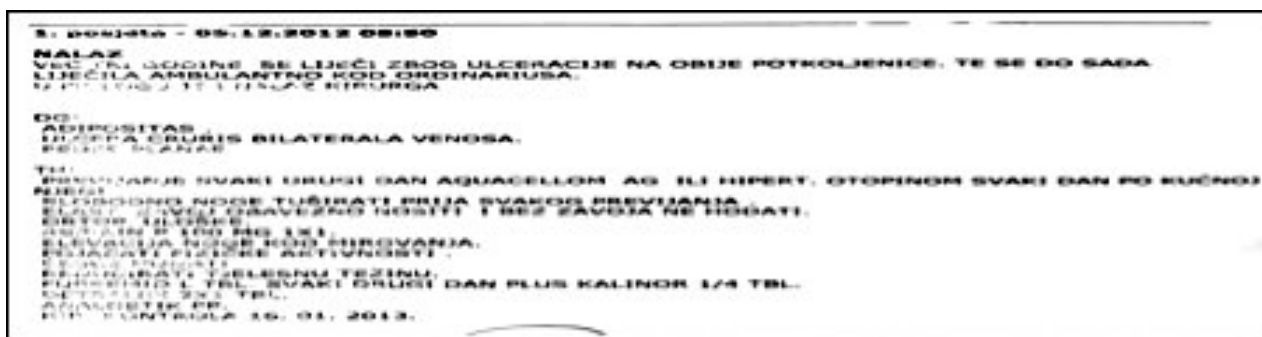
S obzirom da ulkusi nisu cijelili nego se dapače umnožavali i povećavali uz neugodan vonj, 2010. godine obiteljski liječnik ponovno uvodi liječenje oblozima uz elastični zavoj (dugog vlaka - pacijentica ga je sama stavljala).

Poslije terapije došlo je do znatnog poboljšanja; neki manji ulkusi su zacijelili. Tijekom 2011.g. dolazi do pogoršanja lokalnog statusa, razvija se erizipel, koji se još tri puta ponovio tijekom 2011.g. unatoč preventivnom davanju penicilina. Ponovio se i 2013. g. Od tada je lokalni nalaz u pogoršanju, uz obilan zelenkasti sekret, neugodnog vonjsa, jake bolove zbog kojih bolesnica nije mogla spavati unatoč uzimanju velikih doza analgetika. Tijekom 2012. g. izolirana je MRSA zbog čega je provedena terapija prema protokolu u više navrata bezuspješno.

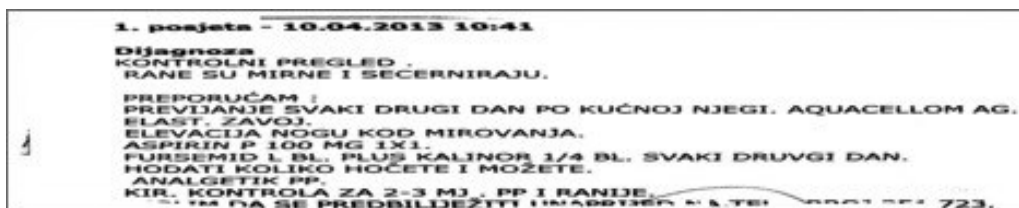
S obzirom na brojne kronične rane na obje potkoljenice, dob žene, popratne bolesti LOM indicira pregled in-



Sl. 7. Nalaz specijalista dermatologa 2008. godine



Sl. 8. Nalaz prvog pregleda vaskularnog kirurga prema indicaciji LOM-a i preporuci infektologa



Sl. 9. Nalaz drugog kontrolnog pregleda vaskularnog kirurga

fektologa i vaskularnog kirurga (sedam puta pregledana). Pregled vaskularnog kirurga tražio je i infektolog. Vaskularni kirurg u razmaku od 4 mjeseca indicira istu terapiju koja je bila i prije pogoršanja (sl. 8 i 9). MRSA je i dalje prisutna. Bolesnica nije motivirana odlaziti u bolnicu na preglede.

S obzirom na daljnje pogoršanje ulkusa, komorbiditet, MRSU uvedeno je previjanje u kućnoj njezi 3 x tjedno oblozima, a potom umjesto dosadašnjeg elastičnog zavoja dugog vlaka odlukom obiteljskog liječnika uvedena je kontinuirana kompresija koju postavlja medicinska sestra kod previjanja tri puta tjedno, a bolesnica ih ne skida (10. mj. 2013.g.).

Što se događa?

Za sedam mjeseci liječenja većina se ulkusa zatvorila, bolove bolesnica nije imala, MRSA nije više izolirana, kvaliteta života bolesnice se znatno poboljšala, motiviranija je za liječenje. Cijena liječenja je za sedam mjeseci pala sa 3.837,70 kn na 1.056,25 kn. S obzirom na pogoršanje kontrole dijabetesa uključuje se i patronažna sestra koja češće posjećuje bolesnicu u kući. Kako cijeljenje preostalog ulkusa zastaje, a dijabetes i dalje nije dobro reguliran, obiteljski liječnik postepeno prekida liječenje u kući (4. mj. 2015.g.) i bolesnica počinje redovito dolaziti u ordinaciju na previjanje i intenzivnu kontrolu najužeg tima obiteljskog liječnika uz daljnju suradnju s patronažnom sestrom. Trenutno je ulkus znatno manji i troškovi liječenja sada mjesečno iznose 299,08 kn. Cijena DTP postupka OM180 - zbrinjavanje kronične rane što uključuje previjanje u ordinaciji LOM-a iznosi 19,76 kn, a u toj su cijeni i svi troškovi rada i zavojnog materijala osim obloga. Takvih osam postupaka mjesečno košta 158,08 kn.

Treba li što mijenjati?

LOM je više puta indicirao preglede specijalista u SZZ. S obzirom na kompleksnost liječenja ove bolesnice konzultacije su bile opravdane. Je li ono što je obiteljski liječnik očekivao i dobio? Produžena je ista terapija koja nije dovela do poboljšanja. Tek uvođenjem trajne kompresivne terapije na ciljano traženje obiteljskog liječnika dogodile su se značajne promjene. Troškovi liječenja su se višestruko smanjili, kvaliteta života bolesnice je znatno veća.

Postoji rizik premještanja liječenja u ordinaciju zbog neredovitosti dolaska pacijentice na previjanje što za-

htijeva dodatnu budnost obiteljskog liječnika, ali i veći doprinos patronažne sestre. Veliki rizik za ponavljanje ulkusa postoji zbog kompleksnosti cijele situacije i nedovoljne motiviranosti bolesnice. Uz intenzivnu kontrolu faktora rizika, potrebnu promjenu stila života, bolesnica mora preko dana stalno nositi kompresivnu terapiju (čarape). Za indiciranje tog ortopedskog pomagala potrebno je bolesnicu i dalje upućivati specijalistu! Može li se to promijentiti?

## ZAKLJUČAK

Obiteljski liječnik mora nadzirati liječenje i skrb kronične rane, jer ima takvo mjesto u zdravstvenom sustavu. Zbog kompleksnosti liječenja pristup je multidisciplinarnan. Uz dobru edukaciju cijelog tima potrebne su promjene koje će omogućiti obiteljskom liječniku liječenje najčešćih kroničnih rana bez upućivanja specijalistu za indiciranje npr. CD vena ili propisivanje kompresivne terapije za venske ulkuse bez kojih nema adekvatnog liječenja. Kada obiteljski liječnik indicira pregled specijalista u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti očekuje od njega kvalitetan odgovor (dodatna obrada, promjena liječenja...), a ne samo produljenje iste terapije (npr. obloga). Potrebno je poboljšati kvalitetu komunikacije između PZZ i SZZ (telemedicina, centar/centri za kroničnu ranu).

## LITERATURA

1. Sinožić T, Kovačević J, Baždarić K. Mišljenje i stavovi bolesnika u ordinaciji liječnika O.M. o kroničnim ranama i pomagalima za kompresivnu terapiju. U: Zbornik radova XIII kongresa HDOD-HLZ, Rovinj: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora, 2013, 247-56.
2. Podobnik D. Skrb o rani u ordinaciji obiteljske medicine. Acta Med Croatica 2014; 68 (Supl.1): 63-7.
3. Sinožić T, Kovačević J. Trajna izobrazba liječnika opće/obiteljske medicine u zbrinjavanju bolesnika s kroničnom ranom. Acta Med Croatica 2014; 68 (Supl.1): 17-23.
4. Lipozenčić J, Marinović Kulišić S. Kronična venska insuficijencija – kompresivna terapija. Zagreb: Medicinska naklada, 2012, 69.

## SUMMARY

### ROLE OF FAMILY DOCTORS IN THE SUPERVISION OF TREATMENT AND CARE OF CHRONIC WOUNDS

D. PODOBNIK

*Family Medicine Practice. Sveti Ivan Žabno, Croatia*

A family doctor has to supervise the treatment and care of a chronic wound. Due to its complexity, the approach to treatment is multidisciplinary. In addition to the whole team being properly educated, some changes should be made that would ensure that the family doctor is able to treat the most frequent chronic wounds without having to refer the patient to a specialist. The specialist should provide the family doctor with an additional analysis or change in the treatment, and he should not simply continue the same therapy. It is necessary to improve communication between primary and secondary health care/telemedicine, center(s) for chronic wound.

**KEY WORDS:** family medicine doctors, monitoring of treatment and care of chronic wounds