

## Kronične nezarazne bolesti u ordinaciji liječnika opće/obiteljske medicine

### *Chronic Non-Communicable Chronic Diseases in GP/Family Medicine Out-Patient Clinic*

**Slavko Lovasić**

Ordinacija opće/obiteljske medicine

10430 Samobor, Gajeva ul. 37

**Sažetak** Nezaobilazna je uloga liječnika specijalista opće/obiteljske medicine u liječenju i praćenju kroničnih nezaraznih bolesti. Obiteljski liječnik najbliži je i najdostupniji kroničnom bolesniku u rješavanju njegovih potreba. Broj kroničnih bolesti iz dana u dan sve je veći. To pripisujemo produženom životnom vijeku i sve boljoj i suvremenijoj dijagnostici i terapiji pojedinih bolesti. Očekivano trajanje života produžilo se u posljednjih sto godina za 100%, a nemjerljivo je napredovanje medicinskih dostignuća. Istraživanja pokazuju da se u dobi između 37. i 57. godine života može očekivati da čovjek boluje od 3 do 4 kronične bolesti. U 65. godini života broj kroničnih bolesti se udvostručuje, a nakon toga se u svakom desetljeću očekuje još najmanje jedna kronična bolest. Osnovna je zadaća liječnika obiteljske medicine prevencija, pravodobno otkrivanje i liječenje te praćenje u svekolikom okolišu, gdje kronični bolesnik živi, radi i stanuje. Prihvatljivost terapije i terapijskih postupaka mora se stalno evaluirati i pratiti s naglaskom na smanjenju nuspojava i povećanju suradljivosti. Valja omogućiti svakom bolesniku što je moguće višu razinu kvalitetnog življenja. Pojava kronične bolesti i novonastala situacija izaziva trajni poticaj za ostale članove obitelji da se počnu skrbiti za vlastito zdravlje. Svaka kronična bolest i svaki kronični bolesnik zahtijeva strogo individualni pristup. Bolesnik je danas vrlo dobro informiran o bolestima i zainteresiran za njihovo liječenje.

**Ključne riječi:** obiteljski liječnik, kronične nezarazne bolesti, praćenje

**Summary** An unavoidable role of a doctor specialist of general/family medicine in the treatment and follow-up of chronic non-communicable diseases has been discussed in this article. A family doctor is the closest and the most accessible to a chronic patient in solving his requirements. A number of chronic diseases is increasing every day. We attribute this to the prolonged life expectancy and ever better and more contemporary diagnostics and therapy of individual disease. Life expectancy, in the last hundred years, has been prolonged by 100% and advancement of medical achievement is unmeasurable. Researches prove that at the age between 37 and 57 it can be expected that a man suffer from 3 to 4 chronic diseases. At 65 year of age a number of chronic diseases doubles and after that at least one chronic disease is expected in each decade. The basic task of a doctor of family medicine is prevention, timely discovery, treatment and follow-up in general environment, where a chronic patient lives, works and dwells. Acceptance of the therapy and therapeutical procedures should be evaluated continually and followed up with emphasis on decrease of side effects and compliance increase. It is necessary to enable each patient a higher level of qualitative life. Occurrence of chronic disease and newly-established situation initiates constant impulse for other family members to start caring for their own health. Each chronic disease and each chronic patient requires strictly individual attitude. Nowadays a patient is well informed on diseases and interested in their treatment.

**Key words:** family doctor, chronic diseases, follow-up

*"Mnogi se brinu o bolesti, a tko se brine za bolesnika?"*

### *Obiteljski liječnik i kronični bolesnik*

Liječnik specijalist opće/obiteljske medicine stručnjak je s posebno stečenim znanjem o tijeku čestih kroničnih bolesti koje ugrožavaju život, ili dovode do teških komplikacija i posljedica. Osposobljen je da u cjelovitosti pristupa bolesniku postavlja dijagnozu, određuje i usmjeruje

terapiju, a dugotrajno potpomaže kroničnom bolesniku stalnom stručnom i medicinskom potporom. Svoj svakodnevni rad koncipira na metodama preventivnog rada, svjestan mogućnosti i ograničenja teoretskog i praktičnog rješavanja pojedinih stanja i bolesti. Jedini je osposobljen da u cijelosti shvaća moguće međusobne obiteljske odnose koji su osnovni u dugotrajnom liječenju kroničnih bolesti, kao i utjecaj tih odnosa na pojavu i pogoršanje pojedinih kroničnih bolesti.

Radeći dugo vremena s određenom populacijom u ordinaciji i u kući bolesnika, vrlo dobro je upoznat sa socijalnim, gospodarskim, kulturalnim i kulturološkim

osobinama pojedinca i njegove obitelji. Unutar obitelji rano uočava ugrožene osobe s obzirom na navike i vidljive promjene, primjenjujući epidemiološke metode i kvantitativno i kvalitativno zaključivanje na osnovi nalaza i stanja. Različiti utjecaji unutar mikro i makrosredine u kojoj živi kronični bolesnik često zahtijevaju davanje pravodobne informacije, ali i ispravno stalno kritičko preispitivanje svake dobivene informacije od bolesnika. Obiteljski je liječnik najbliži i najdostupniji kroničnom bolesniku u rješavanju njegovih potreba. On je osnovna karika i siguran stručni vodič u dijagnostičkom, terapijskom i rehabilitacijskom lancu dugotrajnog liječenja i praćenja kroničnih nezaraznih bolesti. Integrirana obiteljska medicinska zaštita ima sva stručna, humanitarna i gospodarstvena opravdanja i prednosti (1). Unatoč preopterećenosti često rutinskim poslovima i zdravstvenom birokracijom prednost obiteljskog liječnika očituje se u:

- dokumentacijskoj bazi i dovoljnom individualnom iskustvu za procjenu potreba,
- povećanom i pravodobnom obuhvatu ugroženog pučanstva,
- povezivanju života i zdravstvenih nastojanja na suzbijanju rizika,
- jačanju uloge pojedinca i obitelji u iskorištenju njihovih kapaciteta,
- mogućnosti najracionalnijeg iskorištenja dijagnostičkih, specijalističkih i institucionalnih kapaciteta sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite,
- kontinuitetu zaštite i praćenja bolesnika.

## Kronične nezarazne bolesti u obiteljskoj medicini

Određivanje broja kroničnih nezaraznih bolesti u ordinaciji opće medicine bez vođenja registra je nepotpuno i netočno. Ako opću populaciju podijelimo prema dobi od 0 do 4, od 5 do 9, 10 - 14 godina itd. povećavajući svaku grupu za pet godina naviše do 85 i više, pretpostavljamo teoretsku moguću relativnu raspodjelu u ordinaciji obiteljske medicine. Uvođenje informatizacije, točnost praćenja događaja i radnji u ordinaciji opće medicine vezano uz kronične nezarazne bolesti otkriva mnoge nove spoznaje. Istraživanja provedena kod nas i u svijetu govore da se u dobi između 37. i 57. godine mogu očekivati 3 do 4 kronične bolesti. Pretpostavimo li da se jedan tim obiteljske medicine skrbi za 1700 pacijenata, ili 500 - 600 obitelji, valja očekivati da će imati u svojoj medicinskoj skrbi (2):

Dob: 0-4 god.	5-19 god.	20- 44 god.	45-64 god.	65 i više god.
Broj: 99	345	621	410	225
% : 5,82%	20,29%	36,52%	24,11%	13,23%

\*Modificirano prema: "Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis - 1998. g." (popis 1991.)

U praksi nema statistički simulirane raspodjele pacijenata, već se danas u ordinacijama obiteljske/opće medicine susrećemo sa starijom populacijom gdje valja očekivati najveći broj u dobi između 20. i 65. godine (od **35 do 60%**), a iznad 65. godina **15 - 75%** (u staračkim domovima i više od 90%). Pomak životne dobi u skrbi obiteljskog liječnika rezultira povećanjem broja nezaraznih kroničnih bolesti za **20 - 30%**. Pretpostavke u navedenom modelu govore da se u dobi između 20. - 65. godine života očekuje oko 1000 različitih kroničnih nezaraznih bolesti, a zavisno je od regije koja se prati, kao i o dobroj strukturi pacijenata u svakoj ordinaciji.

Iz svakodnevne prakse vidimo da bi se kronične nezarazne bolesti mogle svrstati u **dvije skupine**. U prvoj skupini bile bi bolesti kod kojih bi se pravodobnom akcijom moglo znatnije utjecati na poboljšanje kvalitete života. Drugu skupinu čine bolesti koje zahtijevaju veliko angažiranje medicinskih stručnjaka, i njihov je tijek pri svakoj akutizaciji teži. Te dvije skupine nisu u praksi uvijek strogo podijeljene i nova otkrića u liječenju mogu neku bolest učiniti "dugotrajnijom", ali i podnošljivijom, a time i produžiti život bez intenzivne kontinuirane skrbi. Komorbiditet kod jednog bolesnika dinamički se mijenja, što rezultira potrebom stalnog praćenja. U nekom vremenu prevladavat će simptomi i smetnje jedne grupe bolesti, a nakon toga uslijedit će bilo posljedično ili samostalno druge grupe bolesti. Karakteristično je da najčešće u praksi vidimo istovremeno kod jednog bolesnika i jednu i drugu grupu bolesti.

U **prvu grupu** tzv. **preventabilnih bolesti** ubrojili bismo svakako hipertenziju, dijabetes, kronične smetnje vida, sluha, kronične anemije, kronične infekcije urotrakta i gornjih dišnih putova, kronične alergije, kronične psihoze s posebnim osvrtom na depresije te deformitete ekstremiteta koji se mogu uspješno liječiti. Kronične smetnje koje nastaju kao posljedica bolesti zubi također pripadaju u ovu grupu.

**Definitivna stanja** zbog kronične nezarazne bolesti čine **drugu grupu** bolesti, a od najvažnijih su oštećenja kardiovaskularnog sustava, respiratornog sustava, degenerativne bolesti lokomotoričkog sustava, kao i degenerativne promjene središnjega živčanog sustava. Tu pribravamo i bolesti koje su nastale kao posljedica medicinskih zahvata, stanja nakon operacija na probavnom sustavu, na respiratornom sustavu i drugdje, te one najteže, gdje se već počinje govoriti o tzv. palijativnoj skrbi terminalnog bolesnika ili terminalnih stanja.

Sustavnim praćenjem u svakodnevnom radu obiteljskog liječnika akutne i hitne bolesti ili stanja čine 2 - 10% ukupnih dolazaka u ordinaciju ili poziva u kućni posjet. 90 do 98% čine dijagnostički, terapijski i rehabilitacijski postupci te neizmjeran broj izmjena informacija i preventivnih uputa bolesnicima koji imaju neku teškoću što traje neko vrijeme (3).

## *Pristup bolesniku s kroničnom nezaraznom bolesti*

Kronična bolest donosi sa sobom zbog osjećaja oslabljene životne i radne sposobnosti niz promjena na cjelokupnoj bolesnikovoj osobnosti. Jednom se to više odražava na psihičkoj, drugi put na tjelesnoj, ali i socijalnoj, društvenoj i drugim osobitostima života. Mnoge tegobe koje bolesnik navodi imaju uzroke u načinu života, odgovorima pacijentove osobnosti na stres i svakodnevne brige. Interakcija događaja i objektivnih pogoršanja kroničnih bolesti, bez kontinuiranog stručnog praćenja, vrlo lako dovede do nepotrebne prekomjerne dijagnostike i još manje potrebne medikamentne terapije. U čitavom svijetu traži se optimalan pristup kroničnom bolesniku (4).

Dinamičnost promjena između liječnika i pacijenta zavisi od mnogobrojnih činitelja izvan njihovih odnosa. Dakle, radi se o direktnim odnosima dvoje sudionika u vrlo delikatnom i visoko stručno-diferentnom zadatku. Obiteljski liječnik posjeduje golemo znanje, nosi veći ili manji teret nagomilane prakse, a pacijent se prilagođava sustavnim promjenama koje se društveno stvaraju. Onaj bitni odnos liječnik - pacijent, kad se radi o pristupu kroničnom bolesniku, potrebno je transformirati (5).

Nitko ne može potpuno shvatiti drugu osobu, no sveobuhvatnost obiteljskog liječnika u ovom času daje izrazitu prednost u pristupu kroničnom bolesniku. Pacijent često nedovoljno podučan teško prepoznaje ovu bitnu prednost i potrebu za cjelovitim pristupom. **On ostaje ustoličen na najčešće razvijenim uslužnim odnosima.** Kao pacijent traži usluge liječnika za tegobe i nevolje koje navodi u cilju da bude pregledan i upućen na daljnje preglede i pretrage. Nakon toga očekuje da se provedu preporuke svih koji daju mišljenja i preporuke. On sam pri tome vrlo malo aktivno sudjeluje. **Pristup obiteljskog liječnika je naprotiv usmjeren prema definiranju pacijentova problema** promatrajući ga iz svih mogućih pogleda njegova nastanka. Nakon toga slijedi savjet, kako se može riješiti problem, vodeći posebnu brigu **aktivnog pristupa samog bolesnika** u definiranju, ali i mogućem rješavanju problema. Osnovno u pristupu kroničnom bolesniku jest davanje mogućnosti pacijentu da otkrije sve svoje sposobnosti pri donošenju vlastite odluke o načinu rješavanja problema. Time je učinjen najvažniji korak, gdje se pacijentu pomaže, bez obzira na kroničnu bolest koju ima, jer on osjeća da je osoba i ravnopravni suradnik u donošenju odluka (6 - 9).

### *Kako to postići?*

Neki osnovni odnosi između pacijenta i liječnika već postoje, a oblikovani su stečenim znanjem i praksom. Jedna grupa liječnika pristupa kroničnom bolesniku **pater-nalistički**, zanemarujući pri tome često bilo kakvu ulogu

pacijentove osobnosti. To su tzv. znakovi očinstva, gdje liječnik odlučuje umjesto pacijenta, jer on najbolje zna što pacijent osjeća i što mu treba, a svojom "izrazitom" "stručnom" brigom zapravo tjera pacijenta prema drugima (posebno tzv. alternativcima). Ima liječnika koji kroničnom bolesniku pristupaju potpuno **mehanicistički**. Oni nastoje udovoljiti pacijentovoj volji i na njegov zahtjev čine postupke i radnje koji će najbolje odgovoriti na navedeni, ali očito nedovoljno definirani problem. **Obiteljski liječnik** prije donošenja odluke nastoji **detaljno ispitati pozadinu pacijentova problema**. Ta stručna znatiželja nastoji se promatrati u totalitetu problematike s kojom se pacijent suočava i relativiteta trenutnih problema koje pacijent iznosi. Istraživanja pokazuju kako treba promatrati sveukupne čimbenike pacijentove strane npr. obiteljske odnose, društvene i socijalne odnose, nadanje, dostojanstvo, prošlost i budućnost. Pri tome se ne smiju zanemariti ni vlastiti stavovi i norme liječnika o istim čimbenicima. Dakle ova grupa liječnika u pristupu kroničnom bolesniku nastoji **što više uključiti osobnost bolesnika** i stvoriti **partnerske odnose** (8 - 10).

Je li na profesionalnoj razini odnosa liječnik - pacijent moguć partnerski odnos? Moderna tehnicistički usmjerena medicina pacijenta obično stavlja u poziciju **objekta za čiju su bolest** obično **zainteresirani liječnici**. Opsežna literatura o tom problemu donosi niz različitih stavova i mišljenja. Jedni govore da takvi odnosi nisu mogući, jer je teško postići ravnopravnost između dva različito motivirana subjekta. Naprotiv, velika grupa baš u pristupu kroničnom bolesniku osjeća da rezultati veoma zadovoljavaju, ako se pristupa partnerski. Dakle, pacijent i liječnik djeluju zajedno da postignu zajednički cilj (5, 10).

Temelj u partnerskim odnosima je **povjerenje i uzajamno poštovanje** koje dijele liječnik i pacijent u međusobnim odnosima. Ti se odnosi izražavaju u zajedničkim pogledima, mišljenjima, normama i vrijednostima i prihvaćanju različitih stavova i mišljenja. Oni zajednički sudjeluju pri donošenju odluka i dijeljenju odgovornosti. Doktor je, ili bi trebao biti, informiran o dijagnostici, uzrocima bolesti, prognozi, liječenju i prevenciji, ali samo pacijent zna o svom iskustvu s bolesti, socijalnim i drugim uvjetima, poremećajima i odnosima unutar uže ili šire obitelji. Nastoji se uspostaviti potpuna razmjena informacija i spoznaja, ali i spremnost da ih prihvatimo. Ima dokaza da pacijenti svakodnevno povećavaju svoje zahtjeve oko liječenja, ali neka istraživanja govore da pacijenti često ne žele preuzeti odgovornost i aktivnu ulogu oko donošenja odluke. Odgovornost se mora temeljiti na povjerenju koje dijele liječnik i pacijent. Rezultat takvog međusobnog povjerenja jest da svaki partner preuzima svoj dio odgovornosti. Kronični bolesnik manje želi preuzeti odgovornost, a posebno nerado preuzima odgovornost o pridržavanju ili nepridržavanju liječnikovih uputa. Suradljivost je vrlo važan čimbenik stabilnosti tih odnosa i upravo potpora nekih od članova obitelji može pridonijeti da se bolesnik pridržava danih mu uputa (9 - 13).

## *Kronični bolesnik - kronična bolest*

Tko je kronični bolesnik? Je li to bolesnik koji sebe tako doživljava? Je li to onaj kojeg tako doživljava njegova obitelj ili njegova okolina? Ili je kronični bolesnik onaj kojeg mi liječnici tako doživljavamo (13)? Kronični bolesnik istodobno može oboljeti od nekoliko kroničnih bolesti, a da pri tome normalno radi i živi. Prema današnjim spoznajama isti osnovni poticaji i rizici djeluju na pojavu i razvoj više kroničnih bolesti. To su pušenje, neadekvatna prehrana, premalena fizička aktivnost, prekomjerno uživanje alkoholnih pića te zdravstvena neprosvijećenost. Na veliki broj tih čimbenika utječu **odnosi i ponašanje u obitelji**. Poznato je da samo znanje bez motiva neće otkloniti tzv. rizične faktore koji pridonose razvoju kroničnih bolesti. Većina ljudi upoznata je s činjenicom štetnosti mnogih navika, alkohola, pušenja, prekomjerne tjelesne težine, a da malo ili gotovo ništa ne čini na njihovu uklanjanju. Kako obiteljski liječnik pristupa toj problematici?

Napomenuli smo da **ne postoji kronična bolest, već kronično bolestan čovjek**. Pristup liječnika je usmjeren prema čovjeku koji ima tegobe, koje nosi i posebno doživljava, u okruženju u kojem živi, u životnim situacijama i okolnostima u kojima se nalazi. **Kronični bolesnik, njegova okolina, obitelj i liječnik jedinstvena su cjelina**. Zbog njihovih specifičnih odnosa i međusobnih interakcija svaki kronični bolesnik zahtijeva individualni pristup. Posebno je važno upoznati kako bolesnik doživljava svoju kroničnu bolest. Obiteljski liječnik aktivno sudjeluje u stvaranju odnosa pacijenta prema kroničnoj bolesti koju nosi u sebi i pokazuje interes za očekivanja i stavove bolesnikove obitelji prema njegovoj bolesti. U nekoliko primjera kroničnih bolesti možemo prepoznati značenje i važnost uloge liječnika obiteljske medicine.

## *Hipertenzija*

Otkrivena hipertenzija i sve što iz nje proizlazi često kod pacijenta izaziva osjećaj dodatnog opterećenja. Često se čuje pitanje: "Čemu to ponovno dolaženje i kontrole tlaka, čemu to uzimanje lijekova i zbog čega su liječnik i obitelj zabrinuti kad se ja izvrsno osjećam?" (14). Zadobiti povjerenje bolesnika i predložiti mu mogućnosti njegova aktivnog angažiranja u rješavanju ovog problema prvi je korak. Zato nakon sumnje treba hipertenziju potvrditi, a tomu prethodi otvoreni razgovor i svekoliko upoznavanje. Davanje "domaće" zadaće pacijentu, redukcija tjelesne težine, izbjegavanje soli, povećanje fizičke aktivnosti i prestanak pušenja uvodi pacijenta u podjelu suodgovornosti pri liječenju. Uvođenje medikamentne terapije daljnji je korak u partnerstvu, a praćenje nuspojava daljnja je zadaća pacijentu. Sad je potrebno dogovoriti ritam i redovitost kontrole, mogućnost samomjerenja i otkrivanje mogućih komplikacija (15).

## *Angina pectoris*

Anginozni bolovi u prsima čest su razlog dolaska pacijenta liječniku. Najvažnije je smireno razgovarati i nastojati shvatiti kad i u kojim se slučajevima ti bolovi javljaju. Pregled mora biti temeljit, polagan uz obavezan EKG. Daljnji laboratorijski i drugi testovi (ergometrija), kao i specijalistički pregled sigurno će pridonijeti razjašnjenju tegoba. Pri svakom kontrolnom pregledu valja pratiti događaje s pacijentom i oko njega te ih povezati s nastankom i trajanjem bolova. Sveobuhvatnim praćenjem događaja i kontrolom bolesniku vraćamo sigurnost da prepoznaje bolest, a istodobno izbjegnemo opterećenje da je svaka senzacija u prsima znak da je dobio infarkt.

## *Zatajenje srca*

Kronično zatajenje srca kod bolesnika stvara trajnu povezanost s liječnikom. Osim redovite kontrole i uzimanja propisane terapije treba naučiti kako bolesniku omogućiti što kvalitetniji život. Treba dobro poznavati bolesnikovu obitelj i okolinu gdje živi, njegove osobne interese i hobije te usmjeriti fizičku aktivnost prema manje zahtjevnim i napornim poslovima. Pozornost usmjerena prema provokativnim čimbenicima koji dovode do pogoršanja te učenje pacijenta kako ih nadvladati daljnji je korak u zbrinjavanju. Premda je lijek osnovica liječenja, treba bolesnika poučiti na praćenje nuspojava i očekivanih popratnih pojava (suhoća usta zbog diuretika i sl.). Redovitost kontrole pripada u osnovni algoritam praćenja i liječenja ovih bolesnika te je važno da pored njega i netko drugi iz obitelji o tome vodi brigu.

## *Astma i kronični bronhitis*

Astma i kronični bronhitis su bolesti gdje do punog izražaja dolazi partnerstvo liječnika i pacijenta. Napad, koji najčešće uslijedi iznenada, stvara kod pacijenta veliki strah zbog osjećaja gušenja i bliske smrti. I najmanja poduka nakon intervencije i prekida napadaja ostaje prihvaćena od pacijenta. Zato obiteljski liječnik ne smije žaliti vremena, već naprotiv poučavati stalno pacijenta kako će i na koji način pomoći sebi kad se to dogodi. Edukacija pacijenta i članova njegove obitelji temelj je u liječenju astme, ali i liječnik ravnopravno mora prihvatiti sve teškoće koje pacijent iznosi. Učenje je obostrano, a važno je da pacijent doista nauči kako kontrolirati i "upravljati" bolešću (16, 17). Tijekom edukacije bolesnik mora svladati samoregulaciju bolesti. Pod tim razumijevamo proces opservacije, donošenje odluka te realistično djelovanje na pravi način i u pravo vrijeme. Naučiti iskašljavati pri dugotrajnim napadima kašlja, hidrirati organizam te prilagoditi mikroklimatske uvjete u prostoru, gdje bolesnik najviše boravi, daljnji je korak u zbrinjavanju ovih bolesnika. Koje lijekove i kada treba uzeti moramo poučiti i druge članove obitelji, a zgodno napisana shema uvijek daje pacijentu sigurnost.

## Dijabetes

Slučajno otkrivena povišena razina šećera u krvi ne znači uvijek i dijabetes. Ako se bolesnik dobro osjeća, onda je nužno uz dobru anamnezu izvršiti nekoliko adekvatnih dijagnostičkih postupaka. Povišenja GUK-a, osobito patološko postprandijalno povišenje GUK-a, zahtijeva smišljenu akciju. Bez pomoći pacijenta nemoguće je uvoditi poznate postupke i mjere. Treba poštovati sve specifičnosti koje takav bolesnik ima, a odluku o uvođenju pojedinih vrsta terapije donositi dogovorno u zajedništvu s pacijentom. Svjesni da se radi o doživotnoj terapiji, razvijat ćemo takve suodnose gdje će se razviti pravi partnerski odnosi s jasnom podjelom odgovornosti. Dobra edukacija bolesnika o njegovoj bolesti, mogućnostima kontrole, kao i liječenju, temelj je terapije ove bolesti. Treba dobro upoznati i ostale članove obitelji o samoj bolesti i tijeku njezina razvoja, posebno pridobiti nekog člana na aktivno sudjelovanje u slučaju uvođenja inzulinske terapije. Usmjeravanje pozornosti na što ranije otkrivanje komplikacija zadaća je i pacijenta i liječnika (18).

## Artritis i artroze

Degenerativne bolesti lokomotoričkog sustava tražimo pri svakom rutinskom pregledu ispitujući motilitet i statiku pojedinih dijelova tijela. Nedopustivo je ne inzistirati na korekciji deformiteta kao što su spuštene stopala, različiti oblici skolioza i sl., a za koje treba samo uporna suradnja pacijenta, članova obitelji i obiteljskog liječnika. Kasnije liječiti definitivna degenerativna stanja oštećenih zglobova (koljeno, kuk, kralježnica) mučan je i vrlo skup postupak. Pribjegavanje analgeziji putem medikamenata kao znak palijativne pomoći vrlo često izaziva oštećenja na drugim organima te umjesto jedne bolesti dobijemo još jednu. Npr. ekscesna kontinuirana upotreba NSA koja trajno oštećuje sluznicu probavnog trakta, ili još opasnije hematopoetskog sustava. Poduka pacijenta jednostavnim vježbama koje on kontrolirano stalno provodi, najviše će pridonjeti odgađanju definitivnih oštećenja na zglobovima i cjelokupnom lokomotoričkom sustavu. Zajednički izleti, planinarenje, odlazak u toplice, stalno vježbanje kod kuće uz potporu ostalih članova obitelji izvanredno smanjuju potrebu za medikamentnom terapijom. Psihološka potpora, dokazano je, ima vrlo važno mjesto u kontinuiranoj skrbi takvih kroničnih bolesnika. Odlučujuće je da se pacijentu organizira život, da zadrži kretanje dokle god je to moguće, a pogrešno je stvarati uvjete gdje će se pomoći tako da pacijent što više miruje kako ga ne bi boljelo. Jedan od najtežih negativnih osjećaja javlja se kod većine pacijenata pri spoznaji da će mu se ograničiti kretanje, odnosno da će mu to ograničenje stvoriti neku vrstu izolacije. U praksi je vidljiva nevjerojatna upornost u kretanju pacijenata koji boluju od teških degenerativno trajno oštećenih dijelova lokomotoričkog sustava. Tek mala pomoć nekog ortopedskog pomagala (štap) daje mu osjećaj pokretljivosti i sigurnosti. Neadekvatnost društvene potpore u prilagodbi općih potreba (tramvaj, autobus, ulazi i prilazi pojedinim

zgradama) umanjuju želju za aktivnošću ovih bolesnika više zbog straha nego zbog objektivnih nalaza (19).

Dosadašnje spoznaje o terapiji osteoporoze davanjem preparata kalcija, kontroliranom prehranom i umjerenom tjelovježbom također se trebaju mijenjati, jer su rezultati vrlo skromni. Sve veći broj promatračkih studija u svijetu govori u prilog smanjenja broja prijeloma i zaustavljanja gubitka koštane mase kod žena koje provode hormonalno nadomjesno liječenje (HNL) u tzv. postmenopauzi. Sve više se govori o preparatima koji zaustavljaju razgradnju kostiju i povećavaju koštanu masu, a da pri tome ne dovedu do opasnosti nuspojava koje izazivaju hormoni (20).

## Neurološke bolesti

U praksi obiteljskog liječnika kronične neurološke bolesti čine grupu bolesti međusobno isprepletenih s drugim kroničnim bolestima. Poremećaj cirkulacije, odnosno kronična bolest krvnih žila, ateroskleroza, oštećenje perifernih živaca čini koloplet u kojem nalazimo različite oblike kroničnih bolesti. Jednom prevladavaju više smetnje zbog oslabljene cirkulacije, drugi put prevladavaju teškoće s oštećenjima središnjega živčanog sustava, a najviše zbuñuje neprestan porast njihova broja. I najpomnijom analizom neki put se ne uspije otkriti uzrok, a patnje mogu biti vrlo velike i dugotrajne, npr. migrena i druge glavobolje, ili vrtoglavice s osjećajem nestabilnosti i nesigurnosti. Često ne postoji efikasno i trajno izlječenje u grupi ovih kroničnih bolesnika, te se brzo stvara nepovjerenje prema liječniku i medicinskoj struci. Takvi su pacijenti spremni na sve nove dijagnostičke pretrage i postupke, nestrpljivi su s velikom dozom sumnjičavosti i predrasuda da im se uopće može pomoći. Ne smije se zanemariti spoznaja da se u dobi iznad 65 godina života protok krvi kroz SŽS normalno smanjuje za 40 i više %, a u promijenjenim aterosklerotskim žilama taj protok pada i ispod 50% (21). Nakon moždanog infarkta još se relativno mali broj bolesnika potpuno rehabilitira. Jedan od pozitivnih primjera: muškarac NN u dobi od 63 godine doživi lijevostranu parezu zbog posljedica hemoragije u mozgu. Postupak rehabilitacije koji je započeo u klinici nastavlja se u toplicama. Na nagovor obiteljskog liječnika u toplice odlazi i njegova supruga, inače teški kronični bolesnik (hipertenzija, dijabetes s kroničnom retinopatijom). Nakon obveznih stručnih rehabilitacijskih postupaka svakodnevno u poslijepodnevnom satima supruga potiče pacijenta na nastavak vježbi. I primjer ne bi bio ilustrativan da pacijent nije imao hobi - sviranje gitare od najranije mladosti. Kako mu je oduzetost lijeve ruke potpuno onemogućila taj užitak, upornim vježbanjem, jakom pomoći supruge i psihološkom potporom obiteljskog liječnika, bolesnik je nakon 1 godine potpuno rehabilitiran. On ponovno uživa u svom hobiju, svira i raduje se životu. Početni neuspjeh rehabilitacijskog postupka izazivao je čak suicidalne misli koje su tražile uvođenje antidepressiva. Svi ukućani (njih sedam) sada imaju veliku spoznaju o utjecaju loših navika na zdravlje, o važnosti kontrole krvnog tlaka, prehrani i drugim čimbenicima rizika za nastanak bolesti krvnih žila.

## Kronične polineuropatije

Kronične polineuropatije uvijek treba što je moguće više uzročno definirati. Posljedice kroničnog toksičnog djelovanja alkohola manifestiraju se često kao polineuropatija, ali sigurno u takvim situacijama treba pronaći i ostala oštećenja SŽS-a. Znakovi psihoorganskog sindroma često se isprepleću sa simptomima organskih i psihičkih oštećenja. Obiteljski liječnik treba često dati potporu ostalim članovima obitelji koji moraju preuzeti najveći dio skrbi za ovakve bolesnike (22).

## Epilepsija

Epilepsija kao osnovna ili posljedična bolest znatno smanjuje kvalitetu života. Kontinuiranom kontrolom i aktivnim pristupom bolesniku ta se kvaliteta može bitno poboljšati. Samo jedan mali, ali najvažniji korak, gdje bolesniku ulijemo samopouzdanje, da može otvoreno govoriti o svojoj bolesti bez straha, dovodi do izuzetne suradnje pacijenta i doktora. Svjestan svoje bolesti bolesnik ugrađuje u svoj svakodnevni ritam uzimanje terapije, pazi da ne promakne kontroli, a ohrabivanje liječnika u njegovim nastojanjima dovodi ga do potpunog suživljavanja s bolešću (23). I druge mnogobrojne neurološke bolesti uz različite deficite zahtijevaju kontinuiranu potporu obiteljskog liječnika koja se očituje ponajprije u psihološkoj potpori. Nikada ne treba kod ovih trajnih kroničnih bolesti davati lažne nade u potpuno izlječenje uvođenjem nove ili drukčije kombinacije lijekova. Naprotiv, jačati treba samopouzdanje pacijenta za što normalniji život s defektima koje ima.

## Depresija

Prema različitim statistikama depresivnih bolesnika u ordinaciji obiteljskog liječnika može biti i do 20%. Pojedinaac i njegova obitelj stalno su izloženi dinamici općeg društvenog razvitka i promjene okoline u kojoj žive. Mogućnosti adaptacije svakog njezina člana, kao i obitelji u cjelini, s više ili manje teškoća, otpora i uspješnosti prevladavaju sve etape čovjekova života. Duševni razvitak svih članova, sučeljavanje s unutarnjim i vanjskim prijetnjama, uključujući stanje zdravlja i pojavu bolesti, zatim ono najvažnije promjene međusobnih odnosa, uvijek dovode do novih poticaja, ali i mogućih patnji obitelji. U realnom svakidašnjem životu isprepletenost svih međuovisnih čimbenika čini ovu pojavu mnogo složenijom. Ovomu treba dodati da u životu jedne obitelji tjelesna i duševna strana obiteljskih problema nisu međusobno odijeljene. Zato je neobično važno na koji način i kako se kuša shvatiti pojedini problem (dijagnosticirati) i potom na koji će se način intervenirati (liječiti) ne zanemarujući pri tome i vlastite stavove onoga koji donosi odluku.

Pojava duševne bolesti u obitelji nerijetko nije pojava koju će obitelj uvijek s lakoćom otkriti. Veća ili manja

krivnja može se pomnijom analizom naći kod svakog člana obitelji, a jasno je da se i nesvjesno nastoji zatopiti pojava duševne bolesti unutar obitelji. **Razgovor s bolesnikom je osnovni putokaz otkrivanja duševne bolesti.** Njega treba pojednostavniti i prilagoditi njegovoj osobnosti i mogućnostima razumijevanja. Na izgled dva jednostavna pitanja:

- Jeste li u posljednji mjesec dana često bili zabrinuti, tužno raspoloženi, imali osjećaj izgubljenosti i smanjene osjećaja za doživljaje (bilo radosne ili žalosne)?
- Jeste li u posljednji mjesec dana s teškom mukom, smanjenim interesom i nezadovoljstvom obavljali svoje redovite poslove?

Ako su odgovori potvrdni, daju visoki postotak sumnje da se razvija ili je već razvijena teška depresivna epizoda.

Rano prepoznavanje bolesti je najvažnije u terapiji depresije. U terapiji depresije nikada ne smijemo zaboraviti da **depresivni bolesnik pati sâm**, ali isto tako **pati i njegova obitelj**, odnosno **okolina**. Obitelj često traži od nas pomoć, razumijevanje i objašnjenja. **Razgovor s članovima obitelji obveza je u terapiji** depresivnog bolesnika iz nekoliko razloga. Najprije moramo **prepoznati** o kakvoj obitelji se radi, kakvi **odnosi** vladaju **unutar obitelji**, tko je dominantna osoba i kakve veze komunikacija i interakcija postoje unutar obitelji. Nadalje, dužni smo **upozoriti** članove obitelji da bez njihove pomoći neće biti uspjeha u terapiji, i na kraju sve zajedno ih **pripremiti** na dugotrajno i strpljivo liječenje. Obitelj je potrebno umiriti, smanjiti osjećaj krivnje i agresije, dati im potporu i podučiti ih o osnovnim znakovima koji se tijekom liječenja mogu javiti. Svaki depresivni bolesnik treba puno nježnosti i razumijevanja. **Nikada** mu se ne smije **govoriti** da **njemu nije ništa**, jer eto on bi mogao, samo se mora trgnuti i sam pobijediti to što osjeća. Kontrola uzimanja medikamentne terapije i stalna potpore liječnika i ostalih daju veliku nadu u izlječenje (24, 25).

## Kronične probavne smetnje

Neadekvatna prehrana, kao i neznanje o zdravoj hrani dovodi do niza bolesti probavnog sustava. Ulkusna bolest s kontroliranom euforijom izlječenja nakon novih spoznaja o mogućoj uzročnoj povezanosti *Helicobacteria pylori* i njegovoj eradikaciji, smanjila je oprez prema štetnostima navika u prehrani. Neurednost uzimanja obroka, koji mogu i kvalitativno odgovarati, može dovesti do kroničnih oštećenja probavnog sustava. Uloga liječnika obiteljske medicine svodi se na permanentno savjetovanje o zabudama i pridobivanju pacijenta za promjenu navika u prehrani. Važno je dobro poznavati socioekonomske prilike u kojima takav bolesnik živi, jer nabrajati što smije, a što ne smije, izgubljeno je vrijeme. Najvažnije je pronaći ključnu osobu u obitelji koja treba shvatiti i prihvatiti promjene u prehrani, jer sam bolesnik možda i nema odlučujuću ulogu u mogućnosti mijenjanja načina prehrane.

Kronične nezarazne bolesti probavnog sustava posebno treće životne dobi (iznad 65 g. života) očituju se već problemom žvakanja. Postoji manjkavost zubi, često neadekvatne proteze, te čak i do 30% smanjenja adekvatne pripreme hrane (smanjuje se sekrecija slinovnica i fermentata). Zbog oslabljenosti miškulature javljaju se različite teškoće u funkcioniranju jednjaka (pojava hiatalnih i dijafragmalnih hernija), a također u motilitetu želuca. Atrofija sluznice dovodi do kroničnog neprihvatanja nedovoljno pripremljene hrane u želucu čije se putovanje u daljnje dijelove probavnog sustava usporava i dovodi do usporenog pražnjenja. Nadutost, bolovi različite jačine te opstipacija slijede kao odgovor na nastale patofiziološke promjene (26). Praćenjem ovih kroničnih tegoba obiteljski liječnik pravovremeno upućuje bolesnika na određene postupke (sanacija zubiju, dulje vrijeme žvakanja hrane, zalijevanje tekućinom pri uzimanju krute hrane, a posebno uzimanje višekратно manje količine hrane). Kronična atrofija želučane sluznice dovodi do stalne opasnosti od nastanka erozija, a time i do kroničnih promjena u krvnoj slici. Opsoletnost u prihvatanju pojedinih lijekova na atrofičnoj sluznici dovodi do terapijskog neuspjeha, a kombinacija lijekova ovo stanje može i dramatično pogoršati. Od bolesti koje su najčešće spomi-njemo ulkusnu bolest, kronični gastritis, kronični hepatitis (često toksični-alkoholni), kronične enteropatije, kronični kolitis uz nezaobilazne kronične opstipacije. Upale žučnog mjehura s kamenacima ili bez njih, uza sve češći kronični pankreatitis, zahtijevaju svakodnevnu prilagodbu prehrane i terapije ovih bolesnika. Bez sudjelovanja ostalih članova obitelji vrlo teško može liječnik sâm dugotrajno kontrolirati ovakve bolesnike.

Cijeli niz kroničnih bolesnika dolazi u ordinaciju obiteljskog liječnika. Neke na koje možemo s dosta efikasnosti utjecati spomenute su u prikazu. Specifične kronične bolesti oka i uha, zatim neurološke bolesti (Sclerosis multiplex, Morbus Alzheimeri), dugotrajne urološke bolesti, imunosne bolesti, bolesti hematopoetskog sustava i mnoge druge rješavamo svakodnevno uz usku potporu specijalista pojedinih grana medicine.

## *Umjesto zaključka*

Bez dobro naučenih i usvojenih znanja dobre komunikacije između bolesnika i liječnika nema uspješnog liječenja i praćenja kroničnog bolesnika. Ondje gdje je uspostavljen partnerski odnos liječnik - bolesnik rezultati su

impresivno povoljniji za bolesnika, ali i za liječnika. Kvaliteta života ovih bolesnika direktno zavisi od ovih odnosa. Smanjeno je opterećenje u svakodnevnom radu liječnika (27).

Istraživanja koja su provedena potvrđuju primjenu nekih važnih spoznaja u pristupu kroničnom bolesniku (15):

- obratite pozornost na bolesnika (kontakt očima dok vodite razgovor, približiti se bolesniku),
- nastojte dobiti što više informacija o bolesnikovoj brizi oko njegova zdravlja,
- naučite smirujuće djelovati na bolesnika, otklonite mu strah, bolje će slušati vaše poruke,
- nastojte što iscrpnije odgovoriti na brige koje izražava bolesnikova obitelj,
- naučite bolesnike jednostavnim riječima i izrazima da može aktivno sudjelovati u razgovoru i prihvatiti sugestije,
- lijekove dati u najmanjim količinama da smanjite nuspojave, a sve probleme oko doziranja i uzimanja dobro objasniti bolesniku,
- iznenađujuće djeluje često neverbalna potpora (rukovanje, tapšanje po ramenu), a verbalnu potporu rabite osobito kada nas bolesnik izvijesti o pravilnoj strategiji protiv bolesti,
- s obitelji dogovorite ciljeve koje pacijent želi postići, posebno kratkoročne koji su dohvatljivi,
- dugoročni plan liječenja treba analizirati, tako da bolesnik zna što može očekivati, odredite situacije kada liječenje treba modificirati te odrediti kriterije za mjerenje uspjeha liječenja koje treba bolesnik znati,
- uvijek pomozite bolesniku pri donošenju njegovih odluka u svezi s kroničnom bolesti.

Pojava ili otkrivanje nove kronične bolesti u dobro trasiranom putu kod istog bolesnika ne izaziva osjećaj teškog, neizlječivog stanja. Pacijent traži samo stručnu potporu liječnika za ponašanje u novonastaloj situaciji. Upoznavanjem obitelji i svakog njezina člana navodi liječnika da i među ostalim članovima traži potencijalne kandidate za nastanak bolesti, posebno ako je ona posljedica štetnih navika i načina života. Bez potpune i stalne izmjene informacija između bolesnika i liječnika i spremnosti da ih prihvatimo teško ćemo donijeti ispravnu i zadovoljavajuću odluku. Da bi to postigli, oba partnera moraju se podvrgnuti edukaciji s posebnim naglaskom na komunikaciji.

## Literatura

1. JAKŠIĆ Ž. Potreba za integriranom obiteljskom zaštitom kroničnih bolesnika. U: Jakšić Ž, Budak A, (ur.) Obitelj i zdravlje. Zagreb, Rijeka, Osijek, Split: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1996:114-5.
2. XXXX Hrvatski zdravstvenostatistički ljetopis za 1998. g. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb, 1999;19: 130-2.
3. LOVASIĆ S. Uloga suradnje bolesnika u uvođenju sistema dogovaranja posjeta u općoj medicini. U: Budak A.: Organizacija rada i iskustva iz prakse opće medicine. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1990:89-92.
4. GREENHALGH T, HERXEIMER A, ISAACS AJ, BEAMAN M, MORRIS J. Commercial partnerships in chronic disease management:proceeding with caution. BMJ 2000; 320:566-8.
5. WAGNER EH, The role of patient care teams in chronic disease management. BMJ 2000;320:569-71.
6. HOBDEN-CLARKE LA, LAW SAT. Conflict in general Practice, London. Financial Times Healthculture, 1997:29-59,89-117.
7. COULTER A. Paternalism or partnership? BMJ 1999; 319:719-20.
8. WILLIAMSON C. The challenge of lay partnership. BMJ 1999;319:721-2.
9. CHARLES C, WHELAN T, GAFNI A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment ? BMJ 1999;319:780-2.
10. FOX M. Practical Problems in General Practice. BMJ Publishing Group 1997:42-53,81-9.
11. O'CONNOR PJ, SOLBERG LI, BAIRD M. The Future of Primary Care: The Enhanced Primary Care Model. J Fam Pract 1998;47:62-7.
12. GILLOT JM. Patient und Hausarzt. Gute Ergebnisse bei Patientenstudie. Wiener Arzt 1999;6:16-9.
13. LOVASIĆ S. Partnerski ili uslužni odnosi. Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite. Labin, 1999:38-50.
14. OSKORUŠ V. Obiteljski pristup problemu kroničnog bolesnika u ordinaciji i u kući. U: Jakšić Ž, Budak A, editors: Obitelj i zdravlje. Zagreb, Rijeka, Osijek, Split; Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1996:90-1.
15. RUMBOLDT Z. Arterijska hipertenzija i hipotenzija. U: Vrhovac B i sur. Interna medicina - II. izd. Zagreb: Naprijed, 1997:701-17.
16. CLARK NM, GONG M. Management of chronic disease by practitioners and patients:are we teaching the wrong things? BMJ 2000;320:572-5.
17. PAVIČIĆ F D, KRSTIĆ-BURIĆ M. Značenje poduke oboljelih u liječenju astme. Medicus 1997;6:81-5.
18. VRCA-BOTICA M. Dijabetes melitus u obiteljskoj medicini, preporuke, prikazi. Med Fam Croat 1999;6:4-7.
19. JAJIĆ I. Fizikalna terapija i reumatske bolesti U: Jajić I, ur. Specijalna fizikalna medicina, Zagreb: Školska knjiga, 1983:11-63.
20. LOVASIĆ S, VRCA-BOTICA M. Osteoporoza - trajni izazov u obiteljskoj medicini. Med Fam Croat 1997;5:112-9.
21. DEMARIN V. Dijagnostika poremećaja moždanog krvotoka. Demarin V i sur. Moždani krvotok - klinički pristup. Zagreb: Naprijed, 1994:103-31.
22. ŠOŠTARKO M. Neuromuskularne bolesti. U. Vrhovac B i sur. Interna medicina - II, izd. Zagreb, 1997:1716-32.
23. KNEŽEVIĆ S. Epilepsija. U: Vrhovac B i sur. Interna medicina - II. izd. Zagreb: 1997:1707-10.
24. LOVASIĆ S. Depresija u ambulanti liječnika obiteljske medicine (zanemareni opasni rizik). Med Fam Croat 1999;6:66-72.
25. SIMON GE, VONKORFF M, RUTTER C, WAGNER E. Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. BMJ 2000;320:350-4.
26. VUCELIĆ B. Eradikacija *Helicobacter pylori*. Medicus 1996;533-5.
27. SARTORIUS N. Kvaliteta života. U: Vrhovac B i sur. Interna medicina - II. izd. Zagreb: Naprijed, 1997:9-11.