

Hišni obisk Home visits

Janko Kersnik*, Igor Švab**

Ključne besede
hišni obiski
družinska medicina

Key words
house calls
family practice

Izvleček. Obisk zdravnika na domu predstavlja pomemben element dela zdravnika splošne medicine. V članku so opisane so oblike hišnih obiskov, način izvajanja in problemi, ki se ob tem pojavljajo.

Abstract. House calls are presented as an integral part of the general practitioner's daily work. Various forms of house calls, as well as their frequency, financing and the associated problems are discussed.

Uvod

Delo zdravnika splošne medicine je zaradi narave njegovega poklica zelo raznoliko: zajema ne samo strokovna, ampak tudi administrativna, sodnomedicinska, organizacijska, izobraževalna in raziskovalna opravila (1). Ena izmed pomembnih značilnosti strokovnega dela v osnovni zdravstveni dejavnosti, v splošni medicini pa še prav posebej, so hišni obiski. Hišni obisk je prvobitna oblika dela zdravnika, saj je bil najprej zdravnik tisti, ki je obiskoval bolnika.

Tu se srečata bolnik in zdravnik na najbolj tradicionalen in neposreden način. Hišni obisk poudarja predvsem človeško plat zdravniškega poklica, manj pa tehnično. Šele z razvojem medicinske tehnologije je začela prevladovati bolj institucionalizirana oblika nudenja zdravniške oskrbe (2). Dvajseto stoletje, ki je pomenilo močan razvoj medicine na tehničnem področju, hišnim obiskom ni bilo naklonjeno, zato je njihovo število povsod začelo upadati (3). Za sodobno medicino je postal hišni obisk skoraj nesmiselen: diagnostično in terapevtsko je pomanjkljiv in tvegan, časovno je neracionalen. Ta padec je bil opazen povsod po svetu, tudi pri nas (4). Osnovna razloga za upadanje števila hišnih obiskov sta bila dva: prepričanje, da na hišnem obisku ne moremo nuditi enako kakovostne medicinske oskrbe kot v ustanovi, kjer je na voljo tehnika (laboratorij, rentgen, ultrazvok ipd.) in dejstvo, da hišni obisk terja veliko časa. V Sloveniji se je tak način gledanja pokazal preko vpliva zdravstvene politike, ki je hišne obiske administrativno omejevala in slabo nagrajevala. Namesto obiska zdravnika na domu se je razvil poliklinični način dela. V medicini se je razširil model, ko mora bolnik poiskati pomoč v sterilnem okolju zdravstvene ustanove ali pa je tja povabljen z uradnim vabilom. Kot nadomestek za hišne obiske zdravnikov se je vse bolj razvijala patronažna služba, ki naj bi nadomestila to zdravnikovo funkcijo.

As. Janko Kersnik, dr. med., Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
Doc. dr. Igor Švab, dr. med., Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

V zadnji četrtini tega stoletja se vedno bolj vračamo h koreninam, k splošni oziroma družinski medicini. Kljub velikemu razvoju tehnike in nekaterih specializiranih služb ugotavljamo, da prebivalstvo vse bolj potrebuje osebnega zdravnika, ki ga ne bodo srečevali samo v ambulanti, ampak ki bo prišel tudi na dom, če bo to potrebno. Ponovno odkrivamo, da je hišni obisk nepogrešljiva oblika neposrednega opazovanja posameznika v okviru družine in pomeni močno diagnostično orodje v zdravnikovih rokah. Tako dobiva hišni obisk mesto in pomen tudi kot metoda za seznanjanje z družinskimi odnosi. O hišnih obiskih začenjamo poučevati tudi na medicinski fakulteti, vse več je tudi člankov s tega področja (5–8).

Opredelitev in oblike hišnih obiskov

Hišni obisk je oblika posveta zdravnika z bolnikom izven ambulate. Najpogosteje je to na bolnikovem domu, lahko pa tudi v hotelski sobi, na javnem prostoru in drugje. Poznamo več oblik hišnih obiskov: običajni hišni obisk, zdravljenje na domu, nujni hišni obisk in ostale oblike hišnih obiskov.

Običajni hišni obisk

Običajno obiščemo bolnika na domu takrat, ko je akutno zbolel in zaradi različnih razlogov ne more sam do zdravnika. Značilni razlogi so npr. vročinska stanja in akutno nastala bolečina (npr. v križu). Takí obiski se običajno opravijo ob koncu delovnega časa, vendar praviloma isti dan, ko je prišlo do klica. Na obisk gre zdravnik sam, z opremo, ki jo ima v zdravniški torbi in morda v posebej opremljenem avtomobilu (9, 10). Prvemu hišnemu obisku lahko sledi eden ali več ponovnih, dokler se zdravstveno stanje bolnika spet ne uredi toliko, da je ali zdrav ali pa da lahko pride sam v ambulanto (3, 11).

Zdravljenje na domu

Zdravljenje na domu je oblika hišnega obiska, ko pri bolniku spremljamo znano kronično bolezen ali stanje. Bolnikovo stanje je tako, da ne more prihajati v ambulanto, tako da mu moramo zdravstveno oskrbo nuditi na domu. Značilni primeri takih stanj so npr. stanja po možganski kapi in bolniki v končni fazi rakave bolezni. Gre za dolgotrajno vodenje na osnovi načrta, ki ga naredi zdravnik splošne medicine, zelo pogosto ob sodelovanju patronažne medicinske sestre in drugih strokovnjakov glede na potrebe obiskovanega. Zdravljenje na domu torej zahteva koordinacijo celotne skupine strokovnjakov od zdravnika, medicinske sestre, fizioterapevta, laboranta, negovalke itd. Včasih je celotno vodenje takega bolnika prepuščeno patronažni sestri. Gre za eno najbolj zahtevnih oblik zdravstvenega varstva, saj je pogosto potrebno reševati ne samo medicinske, ampak tudi socialne primere. Ob vmesnih poslabšanjih hišni obisk lahko zahteva bolnik sam ali njegovi domači, največkrat pa so obiski načrtovani. Zdravniški del zdravljenja na domu naj opravlja samo osebni zdravnik. Le ob poslabšanjih naj bi se vključevali v delo tudi drugi (npr. nadomestni ali dežurni zdravnik).

Nujni hišni obisk

Pri nujnem obisku posveta pri bolniku ali poškodovancu ni mogoče odložiti. Na obisk je treba oditi takoj, ker na osnovi klica sklepamo, da gre za nujno stanje ali celo življenj-

sko ogroženost bolnika. Značilna stanja so nenadne bolečine v prsnem košu, nezavest, krči, poškodbe, akutno nastale duševne motnje ipd. Nujni hišni obisk navadno zahteva bolnik sam ali njegovi bližnji, pa tudi ostali (npr. mimoidoči, policija pri prometnih nesrečah ipd.). Gre za najbolj dramatična stanja v splošni medicini, kjer ustrezno znanje, oprema in organiziranost pogosto odločajo o usodi bolnika ali poškodovanca. V teh primerih se vključi sistem nujne medicinske službe. Kadar gre za posebej nujno stanje, se nujni hišni obisk opravi skupaj s spremljevalcem in voznikom reševalnega vozila. Gre za poseben način organiziranosti osnovne zdravstvene dejavnosti, o čemer je bilo v Sloveniji objavljenih že precej prispevkov in kar presega namen tega članka (12–17).

Ostale oblike hišnih obiskov

So hišni obiski, ki jih ne moremo uvrstiti v zgornje tri skupine. Gre za celo vrsto drugih indikacij za obisk na domu, ki pa se pri nas bolj redko izvajajo. Sem prištevamo obiske po odpustu iz bolnišnice, obisk pri svojcih pokojnika, tudi mrliški ogled, če je bolnik umrl doma, ali obisk bolnika v bolnišnici.

Potek hišnega obiska

Za hišni obisk največkrat prosi bolnik ali njegovi svojci, največkrat po telefonu. V kratkem pogovoru (ki je pristojnost zdravnika, ne pa sestre ali celo telefonista!) naj bi se zdravnik odločil o potrebnosti, nujnosti, času in drugih podrobnostih glede obiska. Zdravnik mora na podlagi skopih podatkov sprejeti vrsto pomembnih odločitev: ali je hišni obisk potreben ali ne, kdaj ga bo opravil in kako. Pomembno je, da se ta pogovor ne sprevrže v barantanje ali celo prepir med klicalcem, ki zna razumeti zdravnikovo spraševanje kot izmikanje, in zdravnikom, ki ima premalo podatkov, da bi se lahko nedvoumno odločil. Zdravnik se mora zavedati, da ima pogosto opraviti z osebo, ki je zaradi nastalega stanja prizadeta in pogosto ni sposobna hladnega razmišljanja. Posebej neprijetno je, če ima oseba na voljo premalo podatkov o bolezenskih znakih in simptomih ter o poteku bolezni. V takem primeru se je treba odločiti, kot da gre za najslabšo možno različico. Pomembno je dobiti točne podatke o naslovu, kamor se bomo odpravili. Koliko samotnih noči zdravnice in zdravniki v mrazu, dežju in snegu iščejo naslove bolnikov! Kultura sporočanja naslova in opisa poti na žalost ni med boljšimi lastnostmi naših ljudi. Pri sumu na posebej nujno stanje se bo zdravnik na hišni obisk peljal z reševalnim vozilom in včasih tudi s spremljevalcem. Kadar ima čas, se bo iz zdravstvenega kartona poučil o bolniku in družini. Pomembne podatke mu lahko posreduje tudi patronažna sestra.

Posvet z bolnikom na domu se načeloma ne razlikuje od drugih oblik posveta v splošni medicini (18). Pomembna prednost takega posveta je, da je bolnik v svojem domačem okolju. Zdravnik hkrati spoznava delovanje družine in vpliv bolezni na to delovanje. Zato je poznavanje družinskih razmer tako pomembno kot klinične sposobnosti ugotavljanja in vodenja bolezni. V svetu, kjer je med ljudmi vse manj stikov, je obisk zdravnika že sam po sebi terapevtski ukrep, ki odvrne strah. Strah je indikacija za hišni obisk. Pomagamo lahko samo s poslušanjem, ljudje se doma bolj in lažje izpovedo kot v ambulanti. Kliničnemu delu sledi skrbno dokumentiranje hišnega obiska, večinoma po priho-

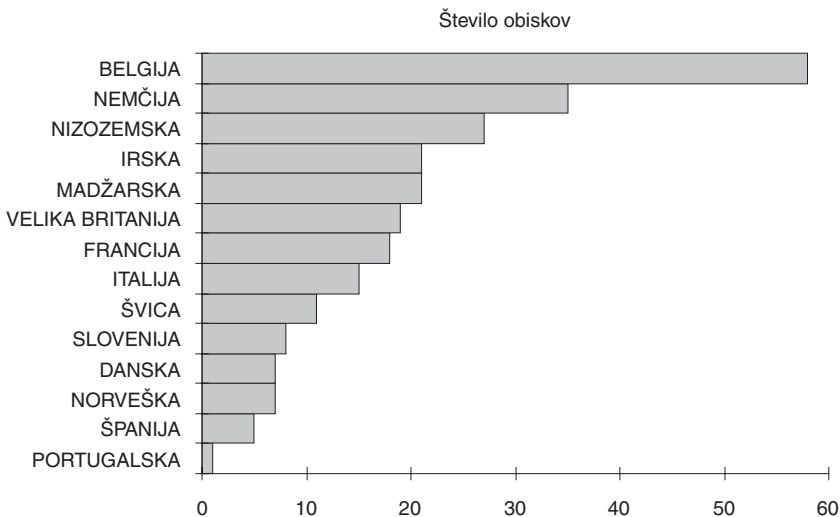
du v ambulanto, v bolnikov zdravstveni karton. Pod pritiskom časovne stiske ostaja večsah ta del zanemarjen. Zapis o obisku je hkrati izvid ob ponovnem hišnem obisku zdravnika, ki je obisk opravil, ali pa kolegu, ki ga bodo klicali prihodnjič.

Potrebe po hišnem obisku

Velikokrat hišnega obiska ni mogoče opravičiti zgolj s strokovnimi merili. Na pričakovanja in predstave bolnikov, kdaj je hišni obisk smiselen in potreben, vplivajo številni malo raziskani vplivi. Razloge, ki prispevajo k temu, da pri nekaterih skupinah prebivalcev zdravnik opravi hišni obisk, pri drugih pa ambulantni pregled, je treba pripisati bolnikovi starosti, njegovemu težkemu stanju, njegovi želji in možnostim ustreznega prevoza.

Zdravstveni sistem

V različnih sistemih zdravstvenega varstva je dosegljivost zdravnika splošne medicine zelo različna. Raziskovalci zdravstvenih sistemov ugotavljajo, da je število hišnih obiskov na teden zelo različno (19) (slika 1). Glavni dejavniki, ki vplivajo na to, so način plačevanja zdravstvenih storitev, obvezna registracija pri enem zdravniku in število zdravnikov. V državah, kjer so hišni obiski plačani posebej, kjer je število zdravnikov veliko in kjer ne poznajo inštitucije osebnega zdravnika (npr. Belgija), je število hišnih obiskov zelo veliko. Države, kjer zdravniki niso posebej nagrajevani za tako delo in kjer prejemajo plačo (npr. Portugalska), so nizko na tej lestvici. Izvedba hišnega obiska izven delovnega časa (ne ponoči) je pomembna v tistih sistemih zdravstvenega varstva, kjer delovni čas ne pokriva celega dneva (»svetlega dela«). V Zahodni Evropi je redni delovni čas s prekinitvami razpotegnjen preko celega dneva in vsi obiski v tem času sodijo



Slika 1. Število hišnih obiskov tedensko na zdravnika.

v t. i. redno delovno dolžnost. Večinoma so hišni obiski v rednem delu redna delovna obveznost, medtem ko včasih nočno službo opravljajo posebne plačane službe, ki jim je to edina dejavnost ali pa si zdravniki sami organizirajo dežurstvo (20–23). V obeh primerih praviloma opravljajo samo hišne obiske. V primeru nujnega stanja je vse pogostejši model, ko bolnik sicer včasih kliče tudi svojega zdravnika, praviloma pa posebno nujno medicinsko službo. Zato so zlasti nočni hišni obiski predmet razprav in raziskav v Veliki Britaniji, kjer je v zadnjih desetletjih število nočnih hišnih obiskov močno naraslo. Velikih razlik med posameznimi kraji in zdravniki pa ni mogoče razložiti samo z večjo zbolevnostjo (24).

Pri nas je bistvena razlika v tem, da zdravniki splošne medicine opravljajo tudi tiste nujne obiske, ki sodijo v nujno medicinsko pomoč. Največ težav povzročajo prav nujni hišni obiski v rednem delovnem času, ker ti za zdravnika predstavljajo znatno dodatno obremenitev. Osebni zdravnik je v naših razmerah dosegljiv praktično le polovico dneva, tako da ne more izpolnjevati obveze do svojih bolnikov o stalni dosegljivosti. Hišni obiski v rednem delovnem času niso posebej plačani. Njihovo opravljanje je stvar organizacije dela v zdravstveni ustanovi. Navadno se zdravniki dogovorijo za vrstni red, ko solidarno opravljajo nujne hišne obiske za večje območje in več zdravnikov. Običajni hišni obiski in zdravljenje na domu so prepuščeni osebnemu zdravniku, oziroma njegovemu namestniku. Opravljen hišni obisk prispeva k realizaciji programa približno toliko kot štirje povprečni posveti v ambulantni. Hišni obiski (tako nujni kot nenujni) v dežurni službi niso posebej plačljive storitve. Nujni hišni obiski so tako praviloma opravljeni takoj in v rednem delovnem času ali v dežurni službi. Veliko število obiskov v ambulantni navadno prepreči opravljanje ostalih hišnih obiskov v rednem delovnem času. Zdravniki zato v glavnem opravljajo hišne obiske po končanem rednem delu, ali pa jih pod vplivom polikliničnega modela zdravstvenega varstva sploh ne opravljajo. K temu jih dodatno spodbuja nagrajevanje hišnih obiskov izven rednega delovnega časa. Hišne obiske ponoči praviloma opravlja dežurni zdravnik, katerega delo pa je usmerjeno pretežno v razreševanje morebitnih nujnih primerov. Vse to je verjetno razlog, da je število hišnih obiskov v Sloveniji relativno majhno in da v Sloveniji še zdaleč nismo dosegli 25 nočnih hišnih obiskov na 1000 prebivalcev, kar je z Zahodno Evropo primerljiva številka (25).

Prihodnost hišnih obiskov v svetu in pri nas

Če v nekaterih državah dajejo največji pomen ugotavljanju razlik in porastu števila nočnih hišnih obiskov (22, 26), so pri nas problem obiski izven rednega delovnega časa. Podobnost je na dlani – gre za posebej plačljive storitve s to razliko, da gre ta v tujini v neposredno breme zavarovanja, pri nas pa v breme zavoda. Nezadovoljstvo zdravnikov z nadurnim delom, zlasti z vsemi oblikami dežurstva tudi v povezavi s hišnimi obiski, sili zdravnike k iskanju prijaznejših načinov zagotavljanja 24-urne skrbi za svoje bolnike povsod po svetu. S kančkom ponosa lahko ugotavljamo, da večina poti vodi k rešitvam, ki so pri nas že ukoreninjene. Dežurno službo, ki naj bi skrbela za pokrivanje hišnih obiskov, želijo centralizirati in oblikovati nekakšne centre, podobne našim dežurnim ambulantam v zdravstvenih domovih.

Področje hišnih obiskov je še bela lisa na področju raziskav, tako v tujini kot pri nas. Videti je, da se bo ta oblika zdravstvenega varstva še naprej razvijala. Zlasti zdravljenje na domu kot dopolnilo zdravljenja v bolnišnici, kot nadomestilo zdravljenju v bolnišnici, kot lajšanje bolečin, kot spremljanje umirajočega in kot psihosocialna podpora družine v težavah, se bo slej ko prej razvijalo in razmahnilo. Žal se sedaj zanašamo predvsem na anekdotične podatke. Šele ustrezne raziskave bodo lahko ocenile ustreznost nagrajevanja takega dela. V Sloveniji potrebujemo raziskave vseh oblik hišnih obiskov. Posebej pomembno je prepletanje nujnih hišnih obiskov in nujne medicinske službe tako v rednem delovnem času kot tudi v času dežurstva. Verjetno je vključitev v mednarodne raziskave pot, ki bo utrdila mesto slovenske splošne medicine tudi v svetu.

Nasveti

Zdravnikom, ki se prvič odpravijo na delo v osnovni zdravstveni dejavnosti, lahko damo le nekaj priporočil (27):

– **bodi pripravljen.**

Dobro je, če ima zdravnik ali ambulanta že vnaprej izdelana pravila, kako obravnavati zahteve po hišnih obiskih. Pod ta nasvet sodi tudi skrb za ustrezno opremo za hišne obiske;

– **ne tvegaj po nepotrebem.**

Kakršnokoli zanašanje, češ »saj ni tako hudo, kot pravijo«, se slej ko prej slabo konča. Zahteve po hišnih obiskih je treba jemati resno. Če dvomiš, ali bi šel na hišni obisk ali ne, potem je na obisk potrebno iti;

– **opazuj.**

Hišni obisk nudi enkratno možnost neposredno opazovati bolnika v okolju, v katerem živi. Take možnosti nima noben drug diagnostični postopek v medicini, zato ga je potrebno izdatno izkoristiti. Opazovati je treba ne samo bolnika, ampak tudi njegovo okolje;

– **vzpostavi stik z domačimi.**

Ljudje, ki z bolnikom živijo v istem okolju, so lahko naši močni zavezniki, če jih znamo pravilno uporabiti z bolnikovo dobrobit. Dober zdravnik naredi iz svojcev svoje zaveznike;

– **natančno si zapiši.**

Čas, ki ga porabimo za zapisovanje hišnega obiska v kartoteko, ni izgubljen in se nam večkratno obrestuje kasneje. Pomen zapisovanja v kartoteko je pri hišnem obisku enako velik kot pri obisku v ambulanti.

Sklep

Kljub temu, da medicinsko znanost laže izvajamo v dobro opremljenem okolju ambulate, se umetnost medicine bolje uporablja doma. Hišni obisk ostaja pomemben vidik dela zdravnika splošne medicine, ker omogoča učinke, ki jih nima nobena izmed ostalih aktivnosti v splošni medicini. Domače okolje olajša sporazumevanje, hišni obisk nudi tudi številne podatke o družini. Marsikaj v zvezi s hišnimi obiski temelji na anekdotičnih izkušnjah, zato se odpira široko polje za raziskovanje vpliva lastnosti bolnikov, zdravnikov, organizacije dela in sistemov zdravstvenega varstva na hišne obiske.

Literatura

1. Bartolović D. Zadaci liječnika opće medicine i djelokrug njegova rada. In: Budak A, ed. *Organizacija rada i izkustva iz prakse opće medicine*. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, 1990: 75–7.
2. Urlep F. Hišni obisk. In: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F. *Splošna medicina. Načela in tehnike*. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1992: 133–9.
3. Šučur M, Šučur Š. Kućni poseti, liječenje, rehabilitacija, njega i pomoć u kući. In: Budak A, ed. *Organizacija rada i izkustva iz prakse opće medicine*. Zagreb: Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, 1990: 119–36.
4. Kralj I. Zdravniški hišni obiski. *Isis 1994*; 3 (7,8): 34–6.
5. Majhen J. Zdravniški obisk na domu I. *Zdrav Vestn 1975*; 44: 506–7.
6. Majhen J. Zdravniški obisk na domu II. *Zdrav Vestn 1976*; 45: 169–71.
7. Košir T. Zdravljenje na domu. *Zdrav Var 1978*; 17: 500–2.
8. Košir T, Marolt J. Zdravniški obiski na bolnikovem domu. *Med Razgl 1979*; 18: 167–74.
9. Petrin J. Oprema službenega avtomobila za obisk na domu. *Zdrav Vestn 1983*; 52: 39–40.
10. Nakar S, Vinker S, Weingarten MA. What family physicians need in their doctor's bag. *Fam Pract 1995*; 12: 430–2.
11. Toenies H. Hausbesuch. In: Kochen MM, ed. *Allgemeinmedizin*. Stuttgart: Hipokrates Verlag, 1992: 117–27.
12. Žmavc A. Urgentna terenska služba v Celju. *Zdrav Vestn 1988*; 57: 325–8.
13. Žmavc A, Mežnar B, Junež M. Kardiopulmonalne reanimacije na terenu. *Zdrav Vestn 1990*; 59: 497–500.
14. Mohor M. *Oživiljanje na območju Zdravstvenega doma Kranj*. Diplomaska naloga. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 1996.
15. Tomazin I. Urgentna helikopterska medicinska služba v slovenskih gorah. *Zdrav Var 1995*; 23: 387–90.
16. Kersnik J. Obravnava poškodovancev v Zdravstveni postaji Kranjska gora v zimski sezoni 1995/96. *Zdrav Var 1996*; 35: 167–71.
17. Kersnik J. Nujni posegi ekipe nujne medicinske službe Jesenice v letu 1995. *Zdrav Var 1996*; 35: 201–8.
18. Vodopivec - Jamšek V. Sporazumevanje na hišnem obisku. In: Švab I, ed. *Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine 1995. Zbirka PiP*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995: 73–7.
19. Fleming DM. *The European study of referrals from primary to secondary care*. London: The royal college of general practitioners, 1992: 60.
20. Olesen F, Jolleys JV. Out of hours service: the Danish solution examined. *Br Med J 1994*; 309: 1624–6.
21. Hallam L, Cragg D. Organisation of primary care services outside normal working hours. *Br Med J 1994*; 309: 1621–3.
22. Lattimer V, Smith H, Hungin P, Glasper A, George S. Future provision of out of hours primary medical care: a survey with two general practitioner research networks. *Br Med J 1996*; 312: 352–6.
23. Williams BT. Night visits in general practice. *Br Med J 1993*; 306: 734–5.
24. Whynes DK, Baines DL. Explaining variations in the frequency of night visits in general practice. *Fam Pract 1996*; 13: 174–8.
25. Majeed FA, Cook DG, Hilton S, Poloniecki J, Hagen A. Annual night visiting rates in 129 general practices in one family health services authority: association with patient and general practice characteristics. *Br J Gen Pract 1995*; 45: 531–5.
26. O'Dowd T, Sinclair H. Open all hours: night visits in general practice. *Br Med J 1994*; 308: 1386.
27. Clayson M. Making a success of home visits. *Practitioner 1994*; 238: 19–24.