

logije, lahko pa tudi v strahu pred prerazporeditvijo moči in sredstev ob dejstvu, da bi dobro analitsko orodje omogočalo boljše organiziranost ustanov.

## Zaključki

Zdravstvena dokumentacija ima pomembno vlogo pri sodobnem načinu sporazumevanja med strokovnjaki različnih strok in je nepogrešljiv element dobrega poslovanja. Čeprav smo slovenski zdravniki zelo dobro seznanjeni z različnimi oblikami elektronske izmenjave dokumentov, ki so na voljo v tujini, tega doma nikakor ne moremo izpeljati. Nekaj pilotskih projektov, ki so bili izvedeni v zadnjem desetletju, nas ne bo uvrstilo med razvite evropske države, ki že izvajajo neposredno izmenjavo podatkov med bolniki ter zdravniki in v katerih je izmenjava dokumentov med zdravniki in kliničnimi oddelki že desetletna praksa.

## Viri

1. Newton J, Eccles M, Hutchinson A. Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain? *BMJ* 1992; 304: 821-4.
2. Republika Slovenija. Varuh človekovih pravic. Letno poročilo 2000.
3. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. *Ur. list RS*, št. 65/2000.
4. Savjetnik srbijanskog predsednika za Haški tribunal sumnja u drugovoljnje predaje. Vlada će morati uhititi generale. *Novi list*. Beograd 2005.
5. Flis V. Medicinski podatki za zavarovalnice in sodišča. *ISIS* 1998; 11.
6. Splošni dogovor za pogodbeno leto 2001. *Občasniki* 1/2001.
7. Purves IN. Guidelines for GPs are being tested. *BMJ* 1996; 312: 446.
8. Midthjell K, Holmen J, Krüger Ø, Bjartveit K. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in an adult Norwegian population. Indications of an increasing diabetes prevalence. *Scand J Prim Health Care* 1995.
9. Diabetes care and research in Europe: the St. Vincent Declaration action program. Edited by Krans HMJ, Porta M, Keen H. World health Organization, regional office in Europe, Copenhagen 1992.
10. Fuller JH, Shipley MJ, Rose G, Jarret RJ, Keen H. Mortality from coronary heart disease and stroke in relation to degree of glycemia. *BMJ* 1983; 287: 867-70.
11. Zdravstveni statistični letopis 2003. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2005.
12. Zdravstveni statistični letopis 2000. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2001.
13. Fortuna M. Sodelovanje med zdravniki na različnih ravneh. *Zdrav Vestn* 2003; 72: 617-8.
14. Kersnik J, Švab I, Rotar-Pavlič D. Posodobitev zdravstvenega kartona. *Isis* 2000; 5: 66-70.
15. Rotar-Pavlič D. Nekonkurenčnost Slovenije pri elektronski kartoteki. *Isis* 2004; 12: 136-7.
16. Marković S. Sodelovanje med zdravniki na različnih ravneh. *Zdrav Vestn* 2003; 72: 613-5.
17. Kopčavar-Guček N. Sodelovanje med zdravniki družinske medicine in specialisti na različnih ravneh. *Zdrav Vestn* 2003; 72: 619-24.

## ZDRAVLJENJE NA DOMU

*Andrej Kravos*

**Izvleček** – *Zdravljenje na domu pomeni poleg zdravstvene nege zdravstveno oskrbo na domu. Nosilec zdravljenja na domu je zdravnik. Zdravljenje na domu je najbolj značilno za družinske zdravnike, specialisti drugih strok le izjemoma obiščejo bolnika na domu. Čeprav sam pregled bolnika na domu ni bistveno drugačen kot v ambulanti, pa je pomembno, da pridobimo za sodelovanje tudi bolnikove svojce. Prav tako je za uspeh zdravljenja na domu pomembno tudi sodelovanje z drugimi službami, zlasti s centrom za socialno delo. Kljub upadanju zdravljenja na domu je tak način zdravljenja nedvomno zelo pomemben za samega bolnika, za zdravnika in tudi za družbo v celoti, tako z ekonomskega kot socialnega vidika.*

## Uvod

Definicij družinskega zdravnika oziroma zdravnika splošne medicine je več (1). Dr. Voljč pravi: »Zdravnik splošne medicine v okviru svoje stroke obravnava ali dolgoročno vodi slehernega posameznika ali skupine posameznikov z vsemi vrstami zdravstvenih motenj ob upoštevanju in aktivnem sodelovanju celovite osebnosti in slehernega okolja.« Eno pomembnejših načel družinske medicine je tudi stalnost. Družinski zdravnik zdravi bolnika vse njegovo življenje. To pomeni, da bolnika zdravi tudi na domu, ko je tako onemogel ali bolan, da ne more več priti v ambulanto.

## Zdravljenje na domu

Zdravljenje na domu je prvobitna oblika dela zdravnika, saj je najprej zdravnik obiskoval bolnika, šele kasneje je bolnik začel obiskovati zdravnika v njegovi ambulanti. V času sodobne medicine pa večina dela poteka v ambulantah. Delež hišnih obiskov v primerjavi z ambulantnimi obiski je pri družinskih zdravnikih v Sloveniji le približno 1% (2). Pa še to so večinoma hišni obiski na pobudo svojcev, bolnika ali koga drugega. Takšnih hišnih obiskov, ki jih načrtuje zdravnik, kar je značilno za zdravljenje na domu, je bilo le približno 10% od vseh hišnih obiskov (2).

Zdravljenje na domu ni sinonim za hišni obisk, je le ena od oblik hišnega obiska (3, 4). Je oblika hišnega obiska, ko pri bolniku spremljamo znano bolezen ali stanje. Za razliko od hišnega obiska na poziv pri zdravljenju na domu zdravnik načrtuje zdravljenje in hišne obiske glede na stanje obiskovanega. Ob vmesnih poslabšanjih pa lahko hišni obisk sproži tudi bolnik sam ali še pogosteje njegovi svojci. Zdravnik družinske medicine tak način dela izbere, ko bolnik ne more priti v ambulanto oziroma je to zanj zelo težko izvedljivo. Tipični primeri so bolniki po preboleli možganski kapi, oslabei zaradi starosti ali drugih bolezni ali bolniki v napredovalem stadiju rakave bolezni.

Zdravljenje na domu je še posebej značilno za družinsko medicino. Specialisti drugih strok le izjemoma obiščejo bolnika na domu. V nekaterih državah izvajajo zdravljenje na domu tudi splošni internisti, gerontologi, pulmologi in včasih tudi psihiatri, vendar je to prej izjema kot pravilo. Zdravljenje na domu obsega:

- vodenje hudih kroničnih bolnikov,
- obdobjni hišni obiski starostnikov,
- obdobjni hišni obiski invalidov,
- spremljanje umirajočih.

Zdravljenje na domu je navadno timsko delo. Zdravnik družinske medicine vključuje v oskrbo na domu še patronažno sestvo ali po potrebi tudi druge zdravstvene delavce. Zelo pomembno je tudi sodelovanje z drugimi službami, ki zagotavljajo predvsem socialno oskrbo ljudi na domu. V prvi vrsti je to center za socialno delo in centri za pomoč na domu. Brez takšnega sodelovanja zdravljenje na domu pogosto sploh ne bi bilo možno.

## Pomen zdravljenja na domu

Zdravljenje na domu je pomembno za:

- bolnika in njegovo družino,
- za samega zdravnika,
- za celotno družbo.

Pri zdravljenju na domu se srečata bolnik in zdravnik na najbolj neposreden način. Čeprav se zdi, da je glavni cilj vsakega hišnega obiska zdravljenje boleznih oziroma reševanje zdravstvenih težav, slej ko prej spoznamo, da je to le del naloga zdravnika družinske medicine. Reševanje težav se lahko začne pri bolezenskih znakih in postavljanju diagnoze ter z usmerjenostjo pozornosti na bolnika in njegovo zdravstveno težavo. Kakovostnejši pristop k zdravstvenemu problemu pa je mo-

del celostnega pristopa, ki združuje telesne, duševne in socialne prvine bolnikove zdravstvene težave. Korak dalje pa je družinski pristop (5). Družinski zdravnik, ki uporablja družinski pristop, s svojim znanjem in sposobnostjo vživljanja zajema širše okoliščine zdravstvenih težav in bolniku in družini pomaga, da tudi sama išče pot k izboljšanju zdravja. Hišni obisk nudi zdravniku idealno možnost družinskega pristopa. Vsak bolnik je v svojem svetu vrednot, želja in pričakovanj obdan z neposrednim družinskim in širšim delovnim in družbenim okoljem. Pogosto je okolje odločilno pri izidu bolezni. Na hišnem obisku se zdravnik še bolj kot v ambulanti sooča s širšim družbenim kontekstom bolezni. Družinski zdravnik izkoristi vsak stik z družinskimi člani in še posebej z vso družino za zbiranje podatkov, ki bi mu utegnili služiti pri trenutni in morda prihodnji obravnavi svojih bolnikov. Hišni obisk je tako močno diagnostično orodje v zdravnikovih rokah. Zavedati se mora izjemne priložnosti, ki mu jo daje obisk družine v njenem najbolj ranljivem obdobju – v bolezni – in za družino najbolj naravnem okolju – na domu. Bolnik ali družina kliče zdravnika takrat, ko se je ravnovesje v njihovem sistemu porušilo do take mere, da čutijo potrebo po posredovanju od zunaj. Zdravnik družinske medicine je v našem kulturnem okolju za družino sprejemljiv zunanji posrednik, zato je želja po hišnem obisku tudi oblika klica na pomoč. Bolniki so za obisk zdravnika na domu zelo hvaležni, in to prav gotovo izboljša odnos zdravnik – bolnik.

Pomen za zdravnika je po eni strani strokovne narave, saj lahko zdravnik, ki opravlja zdravljenje na domu, kvalitetnejše zdravi bolnika in ga tudi bolje pozna. Po drugi strani nudi taka oblika dela večje osebno zadovoljstvo. V nekaterih državah je zelo pomemben tudi vidik konkurenčnosti. Zdravniki, ki zdravijo bolnike tudi na domu, imajo več možnosti, da pridobijo nove bolnike in s tem tudi večji dohodek.

S stališča celotne družbe je pomemben najprej ekonomski vidik. Zdravljenje na domu je praviloma cenejše od bolnišničnega. Povezava med hišnimi obiski na domu in zmanjšanjem napotitev v bolnišnico pa je bila dokazana tudi v Sloveniji (6). V svetu so potekale tudi primerjave intenzivnega zdravljenja določenih bolezenskih stanj na domu (hospital at home) v primerjavi z bolnišničnim zdravljenjem. Ugotovitve sicer niso enotne, vendar raziskovalci zaključujejo, da je tako zdravljenje enako kakovostno, stroški pa niso večji kot v bolnišnicah (7, 8).

Zdravljenje na domu je del zdravstvene oskrbe na domu. Zdravstvena oskrba pa je neločljivo povezana in prepletena s socialno oskrbo na domu. Omogoča, da starejši, onemogli in bolni ljudje lahko ostanejo doma in imajo zadovoljivo kakovost življenja. Domače okolje ima za dobro počutje več prednosti:

- Oskrbovanec lažje deluje v domačem okolju.
- Obdrži družinske vezi.
- Ohrani samostojnost.
- Družba ima manjšo potrebo po institucionalni obliki oskrbe.
- Povezanost med zdravnikom splošne medicine in bolnikom, ki je rezultat stalnosti v splošni medicini.

### Potrebe in možnosti zdravstvene oskrbe na domu

Potrebe po zdravstveni oskrbi kroničnih bolnikov, ostarelih in onemoglih se večajo. Starost je že nasploh povezana s slabšim funkcijskim stanjem bolnika, onemoglostjo in komorbidnostjo (9). Slovenija se nezadržno demografsko stara, kar pomeni tudi več starejših ljudi. Po podatkih Statističnega urada narašča absolutno in relativno število starostnikov. Leta 1994 je bilo starih 65 let in več 240.145 ali 12% ljudi, leta 1999 jih je bilo 275.400 ali 13,8%, leta 2004 pa jih je bilo že 306.484 ali 15,3% (10).

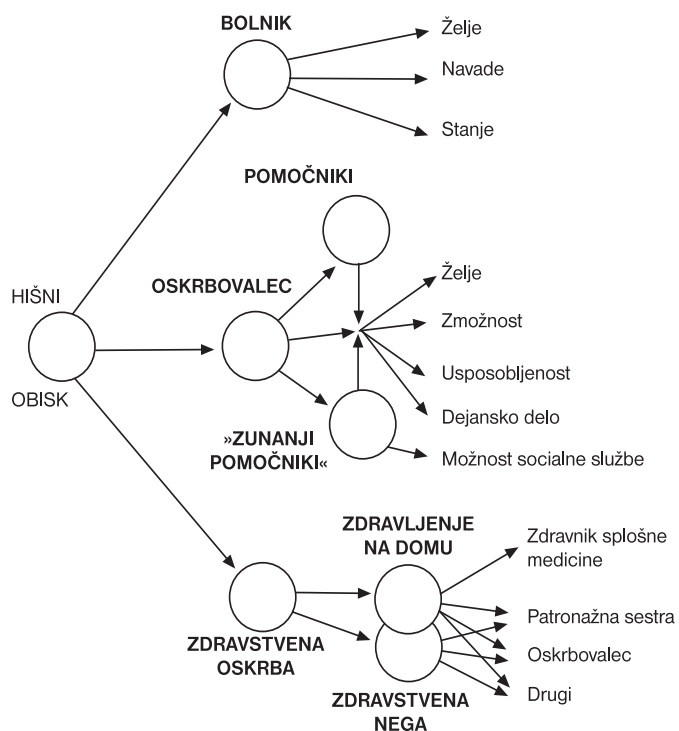
Poleg večanja števila starostnikov je velik problem tudi osamljenosti. Vedno manj starejših ljudi živi skupaj s svojimi otro-

ki. To pomeni, da je čedalje več pomoči potrebnih, obenem pa čedalje manj takih, ki so deležni neformalne oskrbe na domu s strani družine. Zdravstvene težave se pri oskrbi na domu pogosto prepletajo s socialnimi težavami. Zato se tudi zdravstvena in socialna oskrba na domu prepletata in dopolnjujeta. Socialna oskrba na domu pogosto dodaja celostnemu pristopu zdravnika družinske medicine dodatno težo. Šele ob ustrezni socialni oskrbi postane oskrba na domu sploh možna. Če poenostavimo, to pomeni, da je pogoj za zdravstveno oskrbo na domu najprej urejeno stanovanje, gospodinjska pomoč, splošna in osebna nega in tudi družabna podpora (11). Šele, če so izpolnjeni ti osnovni pogoji za bivanje doma, je možna tudi kakovostna zdravstvena oskrba.

Razpr. 1. *Matrica za preverjanje zmožnosti okolja za oskrbo bolnika na domu. Zdravnik ali patronažna sestra si z njo pomagata pri preverjanju, ali ima bolnik urejeno prehrano, osebno nego, izvajanje predpisanega zdravljenja, primerno družabno podporo in nadzor, kadar je potreben.*

	Prehrana	Osebna nega	Družabnost	Zdravljenje	Nadzor
DA / NE					
Oseba					

Ocena potreb je večinoma prepuščena izvajalcem in je včasih zelo subjektivna. Močno je odvisna od kulture okolja in razvitosti služb, ki so na razpolago za oskrbo na domu. Zelo pomembne so osebne lastnosti in prepričanje samega bolnika in njegove družine. Ključni problem je, kdaj posameznik ali družina oceni, da potrebuje zunanjo pomoč. Merila so zelo subjektivna in včasih prav v diametralnem nasprotju. Če je le možno, je potrebno upoštevati bolnika, ne samo njegovo zdravstveno stanje, ampak tudi njegove navade in želje, na kakšen način naj se rešujejo njegove zdravstvene težave. Oceniti pa je potrebno tudi možnosti neposrednega okolja in možnosti zdravstvene oskrbe.



Sl. 1. *Drevo odločanja, s katerim si zdravnik splošne medicine na hišnem obisku pomaga pri preverjanju možnosti zdravljenja in zdravstvene oskrbe na domu.*

## Obravnava bolnika in družine pri zdravljenju na domu

Anamneza in pregled bolnika na domu se v bistvu ne razlikuje od pregleda v ambulanti. Ima pa svoje prednosti in pomanjkljivosti. Prav gotovo imamo na domu manj opreme za pregled, manj diagnostičnih in terapevtskih pripomočkov, pa tudi razmere so včasih neugodne za pregled, npr. slaba osvetlitev, neurejeno stanovanje in podobno. Poleg tega imamo pri pregledu manjšo administrativno podporo. Največkrat je zdravnik pri pregledu na domu sam in je lahko pregled težje izvedljiv, običajno pa mu namesto medicinske sestre pri tem po potrebi pomagajo svojci.

Za zdravnika, ki je na začetku poklicne poti, so zato obiski na domu težja oblika dela. Ko vstopa v bolnikov dom, ga čaka neznano okolje, kjer se mora znajti s svojim znanjem in svojimi čuti. Tudi varnost zdravnika je pri obisku na domu manjša. Pri tem ga kritično ocenjujejo bolnik in svojci. Pri delu na terenu spoznava, da je vsaka družina svet zase in da je dom, kakršen koli že je, bolnikovo kraljestvo. Na nekaterih domovih je za bolnika prijetno in dobro poskrbljeno, ponekod pa so razmere take, da še zdravnik ne ve, kam bi odložil torbo. Nudi pa zdravljenje na domu možnost, da zdravnik lažje obravnava bolnika celostno kot osebo, ki je vpeta v določeno družinsko, socialno in kulturno okolje. Za družinski pristop je dom idealno okolje.

Pri hišnem obisku so aktivni udeleženci posveta poleg zdravnika in bolnika tudi družinski člani ali drugi svojci. Vsak udeleženec prinaša k posvetu poleg svojega znanja in izkušenj tudi svojo osebnost. Vsak vstopa v posvet z različnimi pričakovanji, občutki, skrbmi, željami in kulturnimi ozadji. Zelo pomembno pri zdravljenju na domu je, da svoje pridobimo za svoje zaveznike in sodelavce, ne pa za nasprotnike. Podcenjevanje želja in mnenj svojcev se lahko maščuje. Po drugi strani pa lahko dodatno usposobljen svojec ali drug laik prevzame tudi del zdravstvene oskrbe. Zato je na hišnem obisku še toliko bolj pomembno, da poskušamo vzpostaviti zaupanje tako s samim bolnikom kot z njegovimi svojci. Pomembna je verbalna in neverbalna komunikacija. Važna prvina je pozorno in empatično poslušanje (12).

Sam pregled bolnika se tudi v bistvu ne razlikuje od običajnega pregleda. Pomembno je, da ga zdravnik opravi skrbno in z naklonjenostjo do bolnika. Če zdravnik bolnika na domu sploh ne pregleda ali pa ga pregleda površno, to ustvari slabe občutke pri bolniku. Počuti se, da ni vreden, da bi se zdravnik zanj potrudil. Primerno je tudi, da pred pregledom damo bolniku navodila za pripravo na pregled in ga seznanimo s samim potekom pregleda. Med samim pregledom preverjamo svoje delovne hipoteze o zdravstveni težavi in lahko postavimo bolniku še dodatna bolj usmerjena vprašanja.

Ko končamo s spraševanjem in pregledom, poskušamo postaviti diagnozo zdravstvene težave. V družinski medicini niso običajne natančne klinične diagnoze. Na hišnem obisku postavimo tudi družinsko diagnozo. Po medsebojnih odnosih in družinskem vzdušju presodimo, ali bo družinsko okolje prispevalo k ozdravitvi ali pa se utegne bolezen doma še poslabšati. Ko postavimo diagnozo, se odločimo tudi za primerne ukrepe in zdravljenje. Zelo važno je, da zaključke o diagnozi in ukrepih predstavimo bolniku in svojcem v jasnem in razumljivem jeziku. Dobro se je tudi prepričati, ali sta bolnik in družina razlago razumela in jo sprejela. Naslednji korak je doseči soglasje bolnika kot tudi njegove družine.

## Udeleženci zdravstvene oskrbe na domu

Nosilec zdravljenja na domu je bolnikov izbrani osebni zdravnik. Najidealneje je, če je zdravnik vseh družinskih članov. Zdravljenje na domu se pogosto prepleta in dopolnjuje z zdravstveno nego, katere nosilec je patronažna sestra. Oboje

skupaj pa imenujemo zdravstvena oskrba na domu. Udeleženci zdravstvene oskrbe so:

**Oskrbovavec** je človek, ki je deležen (potreben) oskrbe na domu.

**Izvajalec** je oseba, ki se stalno ali občasno vključuje v izvajanje zdravstvene oskrbe:

- **Zdravnik.** Zdravnik družinske medicine je nosilec zdravljenja na domu. Le redko bolnika obišejo na domu tudi drugi specialisti. Del nalog lahko prepusti drugim zdravstvenim delavcem v skladu z njihovo usposobljenostjo.
- **Patronažna medicinska sestra.** Praviloma je višja medicinska sestra z dodatno usposobljenostjo za patronažno zdravstveno nego in nosilka patronažnega varstva. Pri določenih nalogah je samostojna, pri nekaterih pa je odvisna od zdravnika in njegovih navodil. Je najožja sodelavka zdravnika in pogosto vez tudi z drugimi izvajalci oskrbe na domu in z oskrbovalci.
- **Drugi zdravstveni delavci.** Vključujejo se v slučaju potreb. Največkrat so to fizioterapevti, laboratorijski tehniki, delovni terapevti in podobno.
- **Laiki.** To so lahko domači ali drugi svojci, prijatelji ali drugi prostovoljci, ki sodelujejo pri zdravljenju in zdravstveni negi. Glede na usposobljenost lahko prevzamejo kompletno izvajanje določenih nalog ali pa pri njih sodelujejo. Značilen primer je dajanje inzulina in meritve krvnega sladkorja pri bolnikih, ki tega ne zmorejo več sami, ali pa nega stome. Prav tako je pomemben nadzor jemanja zdravil in pomoč pri uporabi nekaterih pripomočkov. Čas, ki se nameni za poučevanje laikov, se lahko večkratno povrne, ne samo pri časovni razbremenitvi profesionalcev, ampak marsikdaj tudi pri kakovosti oskrbe.

**Oskrbovalec** je izvajalec oskrbe, ki oskrbovancu nudi pomoč pri vsakdanjih opravilih, splošno nego, družabno podporo, pogosto pa tudi nezahtevno zdravstveno nego in neposredno pomaga pri izvajanju zdravljenja na domu. To vlogo opravlja trajno ali v določenih rednih presledkih glede na potrebe oskrbovanca. Pri tem mu pomagajo drugi oskrbovalci ali pomočniki. Brez njegove pomoči oskrbovavec ne bi mogel ostati doma. Navadno je oskrbovalec tudi vodilni notranji izvajalec in skrbi za povezavo z vodilnim zunanjim izvajalcem. Glavni oskrbovalec je navadno tisti, ki nudi največ oskrbe in ima najboljši pregled nad celotno oskrbo in pomočjo na domu. Na ravni glavnega oskrbovalca in izvajalca se izmenja največ sporočil in sprejme največ odločitev (Sl. 2). Poti sporazumevanja z ostalimi izvajalci so šibkejše in pogosto potekajo posredno preko enega od vodilnih izvajalcev.

**Podporna oseba ali pomočnik** pomaga pri oskrbi na domu s tem, da stalno ali občasno prevzema del nalog oskrbovalca. Podporne osebe so lahko sorodniki, sosedje, znanci, prostovoljci, predstavniki različnih človekoljubnih in karitativnih organizacij, društev in verskih skupnosti. Njihova vloga je, da razbremenjujejo oskrbovalca in predvsem opravljajo dejavnosti, ki izboljšujejo kakovost življenja oskrbovanca.



Sl. 2. Os med oskrbovalcem in zunanjim izvajalcem, na kateri se izmenja največ sporočil in sprejme največ odločitev. Vsak od njiju ima še svoj krog sodelavcev, ki se posredno ali neposredno vključujejo v oskrbo na domu. Oskrbovavec je vključen glede na preostalo duševno in telesno zmožnost sodelovanja.

## Sodelovanje z drugimi službami

Za uspeh zdravljenja na domu in oskrbe na domu je pomembno tudi sodelovanje z drugimi službami. Ker se zdravstvena oskrba prepleta s socialno, je najprej potrebno izpostaviti socialno službo. Opravljajo jo centri za socialno delo. Je zagotovljena oblika socialnega varstva, ki jo ureja in plačuje država. Seveda ne more oskrbeti vseh potreb. Zato so še kako pomembne tudi druge oblike pomoči. To so razne tržne oblike, kot so centri za pomoč na domu in podobno. Tudi tukaj je potreben red, zato se za te dejavnosti podeljujejo koncesije, nekaj pa jih je zanesljivo tudi brez pravega nadzora.

Zelo pomembne so razne prostovoljne oblike pomoči. Te oblike imajo predvsem pomembno vlogo pri zagotavljanju manj zahtevnih, a vseeno zelo pomembnih oblik oskrbe in pomoči na domu. Vsekakor pa te oblike ne morejo biti nadomestek za profesionalne izvajalce. Med opravili, ki jih lahko prostovoljci celo bolje opravijo, so spodbujanje in podpiranje starejšega ali bolnega človeka, omogočanje človeškega stika in bližine, gospodinjska pomoč, časovna razbremenitev svojcev in podpora pri negovalnih opravilih.

Tudi neorganizirane oblike pomoči so zelo dobrodošle in pogosto zelo zaslužne, da je zdravstvena oskrba na domu sploh izvedljiva. Nevarnost strokovnih služb je, da laično pomoč v primarnih okoljih jemljejo kot konkurenčno ali celo sovražno. Potrebno pa je ravno nasprotno. Iz laikov in prostovoljcev moramo narediti zaveznike in pomočnike pri oskrbi na domu ter v središče pozornosti postaviti spet tiste, ki že od nekdanj prevzemajo breme skrbi za hudo bolnega, starejšega ali onemoglega človeka na svoje rame, to so svojci, sorodniki, sosede in prijatelji.

## Oprema za zdravljenje na domu

Včasih se je moral zdravnik zanašati pri zdravljenju na domu le na svoj vid, sluh, tip in na svojo zdravniško torbo in seveda svoje znanje. Danes imamo veliko več možnosti za diagnostiko in zdravljenje na domu. To ne pomeni, da klasična anamneza in pregled izgubljata vrednost, ampak so novi pripomočki predvsem nadgradnja teh veščin. Veščina pogovora z bolnikom na domu pa tudi s člani družine ali drugimi svojci je in bo ostala eno najmočnejših orodij družinskega zdravnika (12).

Že pri znanju je veliko primernih žepnih strokovnih priložnikov, ki jih lahko zdravnik ima s seboj in so mu v pomoč pri diagnostiki in zdravljenju. Poleg tega imamo že tudi marsikatero uporabno programe za dlančnike, ki ga lahko zdravnik tudi vzame s seboj na hišni obisk. Večine teh je dostopna v tujih jezikih.

Tudi diagnostičnih pripomočkov, ki jih lahko vzamemo s seboj, je kar nekaj (13):

- diagnostični trakovi za ugotavljanje krvnega sladkorja v krvi. Trakove za optično čitanje so že skoraj popolnoma nadomestili elektronski pripomočki - glukometri;
- diagnostični trakovi za pregled urina;
- pulzni oksimetri za ugotavljanje zasičenosti s kisikom;
- prenosni spirometri za spremljanje pljučne funkcije in še enostavnejši merilec pretoka zraka;
- EKG monitorji in v bolj opremljenih ustanovah tudi 12-kanalni EKG, nekaj pa je tudi enostavnejših pripomočkov, ki nam pokažejo srčni ritem, npr. miniskop.

Tudi pri možnostih zdravljenja so pripomočki pomembni. Zaradi pripomočkov lahko marsikateremu bolniku izboljšamo kakovost življenja in sploh omogočimo zdravljenje na domu. Nekaj najznačilnejših primerov je:

- naprava za trajno zdravljenje s kisikom na domu;
- dihalni pripomočki, kot so nebulizator, aspirator, trahealne kanile pri traheostomi, naprava za vzdrževanje stalnega pritiska v dihalnih poteh;
- pripomočki za hranjenje, kot je nasogastrična sonda;

- urinski katetri in drugi pripomočki pri motnjah uriniranja;
- pripomočki, ki se uporabljajo pri izpeljanem črevesju;
- sodobni pripomočki za zdravljenje bolečine, kot so elasto-merne črpalke za analgetične raztopine.

Bolniki pa imajo glede na pravila ZZS tudi pravico do negovalne postelje, pripomočkov za gibanje, vozička za prevoz bolnika, sanitarnih pripomočkov in podobno. Tudi ti pripomočki zelo olajšajo zdravstveno oskrbo in zdravljenje na domu.

## Dokumentacija oskrbe na domu

Dokumentacija oskrbe na domu je razdrobljena, tako kot je razdrobljena tudi oskrba po različnih službah. Različne službe zbirajo rutinske podatke, ki so praviloma namenjeni obratnemu storitev in državni statistiki. Vsaka služba vodi tudi strokovne zapiske. Zdravnik zabeleži podatke bodisi na zdravstveni karton bodisi na posebne obrazce za hišni obisk. Pri izvajanju zdravljenja na domu in celotne zdravstvene oskrbe je potrebno in koristno, če ima bolnik na domu tudi neke vrste zdravstveni karton, v katerega bi se vpisovala oskrba, ki jo nudi na domu zdravnik in tudi vsi ostali, ki sodelujejo pri zdravstveni oskrbi. Priporočljivo je tudi, da ima bolnik doma tudi kopije najvažnejših zdravniških izvidov. To je v pomoč vsem izvajalcem, zlasti pa še tistim, ki se vključijo samo občasno in bolnika ne poznajo dobro. Tako je vsakršna zdravstvena dokumentacija v veliko pomoč dežurnemu zdravniku, če je potrebno njegovo posredovanje.

## Zaključki

Prav v skrbi za stare in obnemogle v zdravljenju, negi in pomoči na domu se izraža tudi globoka človečnost - pomagati hudo bolnemu ali onemoglemu človeku v zadnjem obdobju življenja, ko je jasno, da ne bo mogel ne povrniti pomoči ne koristiti. Danes je prisoten strah, da se bo tistim, ki ne morejo več sodelovati v ustvarjanju svojega in družbenega bogastva, slabo pisalo. Strah ni neutemeljen, ker so mnoge družine že tako ali tako na robu moči, tudi če jim ne bi bilo treba skrbeti za svoje bolne in onemogle člane. In vendar skrb, ki ne more računati na povračilo, ni le etično utemeljena, ampak je v širokem pomenu te besede družbeno koristna: ustvarja občutek varnosti pri aktivnem delu populacije. Dejavna skrb za nemočne ljudi je zgled, ki ustvarja v družbi temeljno zaupanje, to pa je pogoj za ustvarjalnost aktivnih ljudi. Oskrba na domu je splet različnih dejavnosti, ki jih izvajajo različni izvajalci in prostovoljci. Med njimi igra zelo pomembno vlogo tudi zdravstvena služba na primarni ravni. Zdravnik splošne medicine igra tukaj zelo pomembno vlogo, ne samo pri samem zdravljenju na domu, ampak tudi kot izvajalec, ki mnogokrat opazi tudi druge težave, predvsem težave socialne narave in posreduje pri njihovem reševanju.

## Viri

1. Švab I. Načela družinske medicine. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, eds. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenskega zdravniškega društva, 2002: 14-7.
2. Kravos A. Čimbenici koji utječu na broj kućnih posjeta u ambulantom opće medicine u Sloveniji. Magistrski rad. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu. Medicinski fakultet 2003.
3. Kersnik J. Hišni obisk. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, eds. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenskega zdravniškega društva, 2002: 683-9.
4. Kravos A. Hišni obisk. In: Kersnik J, ed. Zdravnikovo delo izven ambulante. 18. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2001: 7-18.
5. Rotar-Pavlič D. Družinski pristop. In: Švab I, ed. Družina v družinski medicini. 14. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Zbirka PiP. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino / Združenje za družinsko medicino SZD, 1997: 43-60.
6. Švab I. Multivariatna analiza vzrokov napatitev iz splošnih ambulant. Doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta 1992.
7. Jones J, Wilson A, Parker H. Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimisation analysis of data from randomised controlled trial. *BMJ* 1999; 319: 1547-50.

8. Wilson A, Parker H, Wynn A, et al. Randomised controlled trial of effectiveness of Leicester hospital at home scheme compared with hospital care. *BMJ* 1999; 319: 1542-6.
9. Fortin M, Bravo G, Hudon C, et al. Multimorbidity Among Adults Seen in Family practice. *Annals of Family Medicine* 2005; 3: 223-8.
10. Demografska statistika. Dostopno na URL: <http://www.stat.si>.
11. Kersnik J. Oskrba na domu. In: Premik M, ed. Zbornik strokovnega posveta. Oskrba na domu. Ljubljana: Inštitut za socialno medicino Medicinske fakultete 1997: 7-15.
12. Vodopivec-Jamšek V. Sporazumevanje med zdravnikom in družino na hišnem obisku. In: Kersnik J, ed. Zdravnikovo delo izven ambulante. 18. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2001: 33-42.
13. Klemen P, Štefek G. Meritve na terenu. In: Kersnik J, ed. Zdravnikovo delo izven ambulante. 18. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2001: 103-7.

## VIZIJE PEDIATRA NA PRIMARNI RAVNI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

*Martin Bigec, Vesna Plevnik-Vodušek*

### Uvod

Ker je predvidena reforma zdravstvenega sistema primarnega zdravstvenega varstva naravnana predvsem v najbolj občutljivo točko sistema: lastništvo oziroma status javnih podjetij lahko pričakujemo, da se bo s spremembo njihovega statusa ob nepripravljenih vsebinskih, kadrovskih in strokovnih rešitvah zamajal trenutni sistem vrednot in s tem kazalci zdravstvenega stanja otroške in mladinske populacije. Z nepremišljenimi koraki in ukrepi se lahko poruši sistem, ki se je 80 let izgrajeval in v tem času dosegel rezultate, ki v marsičem presegajo evropske.

Model družinskega zdravnika ni edini model primarnega stika v Evropi oziroma po svetu. Sistema se po našem mnenju ne da kopirati ali prenesti iz enega okolja v drugega, lahko se le postopno izgradi z upoštevanjem vseh posebnosti in navad nekega naroda oziroma družbe.

### Kratka zgodovina razvoja otroškega zdravstvenega sistema v Sloveniji

Odločilno vlogo za razvoj pediatrije v Sloveniji ima prvi slovenski pediater profesor Bogdan Derč, ki se je leta 1906 vrnil iz Gradca v Ljubljano. Prvo plačano službeno mesto je dobil pri Okrajni bolniški blagajni v Št. Vidu nad Ljubljano, kjer je osnoval prvi Slovenski ambulatorij za otroke. Tak ambulatorij je osnoval tudi v ljubljanskem Mestnem domu; ta je posloval le eno uro dnevno v prostorih ordinacije za mestne reveže. V tistih časih ni bilo zdravstvenega zavarovanja za družinske člane delavcev, zato so Derčevo ordinacijo obiskovale predvsem revne matere, ki so namesto plenice za dojenčke uporabljale strgane cunje iz svojih spodnjih kril (1).

Andrija Štampar, načelnik Higienkega oddelka pri ministrstvu za zdravje v Beogradu, je leta 1922 poslal v Ljubljano dr. Matijo Ambrožiča. Ta je z odločbo Ministrstva za narodovo zdravje 1923. leta postal predstojnik novo ustanovljenega Zavoda za socialno-higienško zaščito dece v Ljubljani, ki so ga leta 1928 preimenovali v Zavod za zdravstveno zaščito mater in otrok. Ambrožič je v okviru zavoda najprej organiziral otroški dispanzer, ki je začel delovati 9. julija 1923. Do konca istega leta je v njem obravnaval 522 otrok v starosti do 14 let in je pri njih opravil 1434 zdravniških pregledov. Kot pododdelek tega dispanzerja pa je osnoval posvetovalnico za matere dojenčkov in majhnih otrok.

Naenkrat o vprašanju dispanzerjev govori toliko različnih ljudi, da je prav čudno, zakaj nenadoma toliko vetra, prej pa so

desetletja ustvarjali, delali, gradili in strokovno izpopolnjevali, ne da bi se kdor koli zanimal za to področje. Republiške strokovne institucije so marsikdaj zviška gledale na »dispanzerke« kot na rutinerje, uradnike za pisanje napotnic ali celo kot na strokovno kompromitirane profile, češ, za bolnišnico nisi dovolj dober, si pač v dispanzerju. Da ne govorimo o normativih, ki so za doseganje strokovnega dela na specialistični ravni dobesedno nerazumni ali celo nečloveški.

Koliko različnih teorij smo že slišali o dispanzerjih v prihodnosti, da nam je kar nerodno pogledati v zgodovino, s kakšno ljubeznijo so nastajali in s kakšno požrtvovalnostjo so bili grajeni. Skoraj vse so zgradili ljudje sami s samoprispevki. Po drugi strani nam ob srečanjih s tujimi eminentnimi strokovnjaki vedno postane nerodno zaradi naše skromnosti. Tega, kar nam drugi čestitajo za izreden dosežek na področju socialne pediatrije in zunaj bolnišničnega zdravstvenega varstva otrok, nas je včasih, ko se peljemo v našo prestolnico, že skoraj malo sram. Prvič, niso nam še pri dnevni svetlobi predstavili nasprotnikov sedanjega sistema dispanzerske dejavnosti v Sloveniji, drugič, nismo še konkretno slišali, kaj v tem sedanjem sistemu ni dobro, in tretjič, nismo se še na nobeni ravni soočili s predlogi za novo organizacijo, strokovno doktrino ali metodo dela na primarni zdravstveni ravni.

### Evropska stališča o organizaciji primarnega zdravstvenega varstva otrok

Nacionalna pediatrična združenja in druge organizacije na področju otroškega in mladostniškega zdravstvenega varstva morajo nenehno opozarjati in svariti zdravstveno administracijo, odgovorna ministrstva, zdravstvene odbore v skupščini in vlado, da je dolžnost države in pravica njenih državljanov do državljanov do takšnega zdravstvenega varstva otrok in mladine, ki zagotavlja pediatrijo/pediatrinjo na vseh treh ravneh. Še zlasti pomembno je zagotavljanje pediatrija na primarni ravni, kajti izkušnje iz preteklosti v nekaterih evropskih državah, kjer ni bilo zagotovljenega primarnega varstva otrok in mladine s strani pediatrične službe, pač pa splošne ali družinske medicine (npr. Velika Britanija, Nizozemska, kjer pa so se stvari v zadnjih letih precej izboljšale), ali pa v tistih državah, kjer so začeli opuščati primarno pediatrično zdravstveno varstvo (npr. Poljska, Slovaška, Estonija, Francija), so pokazale katastrofalne rezultate. Takšna zdravstvena politika je izrazito kratkoročna in prinaša morda trenutne možnosti za prihranek denarja v zdravstvu in morda napolnitev državne blagajne, dolgoročne negativne posledice takšnega vodenja zdravstvenega varstva pa so obsežne in nepopravljive. Podrejo se osnovni temelji javnega zdravja otrok in mladine, zmanjša se precepljenost, osnovna načela zdravljenja se zanemarjajo, struktura usmerjanja in napotitev otrok in mladine se povsem podre in v terciarno obdelavo se pošiljajo bolniki, ki tega sploh ne potrebujejo, oziroma se krati pravica tistim, ki bi jo nujno morali biti deležni, poveča se število pritožb v medijih, ministrstvu in varuhu človekovih pravic in končno se pojavijo (najprej posamični, potem pa vedno pogostejši) primeri hudih napak in zmot, zgolj zaradi nepoznavanja opozorilnih simptomov in znakov. Ministrstvo za zdravje in odgovorne službe moramo zato javno opozoriti, da s takšno nespametno zdravstveno politiko prevzemajo odgovornost za vse morebitne prej opisane posledice na svoja pleča.

Pediatrija namreč pomeni zdravstveno varstvo otrok in mladine, in to nikakor ni interna medicina za otroke, temveč vključuje tudi prepoznavanje in poznavanje osnovnih načel vseh možnih kirurških stanj (ne pa tudi obvladovanja kirurških tehnik), duševnega zdravja otrok in mladine, dermatoloških stanj, bolezni s področja ORL, ortopedskih težav in predvsem javnega zdravja. Vedno je nujni sestavni del pediatrije tudi zdravstveno varstvo mladostnikov in mladostnic. Po-