

Udio, značajke i opravdanost kućnih posjeta u radu liječnika obiteljske medicine koji zbrinjavaju stanovništvo seoskog područja Hrvatske

The role, characteristics and justification of home visits in the work of family medicine doctors who practice in rural Croatia

Ljiljanka Jurković, Đurđica Lazić, Željko Dodig, Ivanka Madunić-Majnarić,
Nives Đanić, Diana Kralj, Zdenka Barišić-Marčac*

Sažetak

Kućne posjete (KP) bitna su značajka rada liječnika obiteljske medicine (LOM). Upravo je zbrinjavanje bolesnika izvan zdravstvene ustanove jedna od temeljnih razlika među liječnicima koji rade u bolnicama i LOM-a. Tijekom kućne posjete liječnik i bolesnik susreću se na najneposredniji način. Porast prevalencije kroničnih bolesti i smanjenje funkcionalne sposobnosti dijela populacije radi starenja uzrokuju sve veću potrebu za zbrinjavanjem bolesnika u kući.

Cilj rada bio je analizirati udio KP u ukupnim posjetima pacijenata u skrbi LOM-e u seoskom području, utvrditi značajke i opravdanost KP koje su obavili pet LOM-e, te analizirati najčešća stanja, odnosno bolesti zbog kojih LOM ide u KP.

Podaci o ukupnom broju posjeta ordinaciji LOM-a, i podaci o broju obavljenih KP prikupljeni su iz mjesečnih izvješća o radu LOM-a koja se redovito upućuju Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje (HZZO). Podaci o dobi, spolu, vrsti KP i morbiditetu prikupljeni su iz knjige kućnih posjeta. Pored toga, dva su liječnika nakon obavljene KP procijenila i evidentirala u knjigu kućnih posjeta opravdanost obavljene KP. Podaci su obrađeni postupcima deskriptivne statistike i prikazani numerički i grafički.

Od ukupno 58.995 ambulantnih posjeta ordinacijama OM, liječnici su napravili 1970 KP (3,3%), najčešće osobama starije dobi (85,4% posjeta) i ženama (65,2% posjeta). Najčešći razlozi KP bile su kardiovaskularne bolesti, bolesti lokomotornog sustava, te novotvorevine. Dva su liječnika procijenila da je neopravdanih KP bilo kod jednoga 49,4%, odnosno 18,8% kod drugoga liječnika.

Iako je prema statističkim izvješćima prisutan trend smanjenja broja KP, liječnici OM pružaju ih u skladu sa standardom posjeta Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, što ukazuje na činjenicu da su KP i dalje važan djelokrug rada LOM-a.

Ključne riječi: obiteljski liječnik, kućne posjete

Summary

Home visits (HVs) represent an essential characteristic of Family Medicine practice (FMP). In fact, patient management outside healthcare facility accounts for the fundamental difference between hospital and Family Medicine practice. During the course of a home visit, the physician and the patient get into an immediate contact. The rise in prevalence of chronic diseases and the reduction of functional capabilities encountered in some population segments due to aging, impose a steadily increasing need for homecare and home treatment.

* **Dom zdravlja Centar**, Zdravstvena stanica Dugave, Zagreb (Ljiljanka Jurković, dr. med.); **Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu**, Škola narodnog zdravlja Andrija Štampar, Zagreb (Mr. sc. Đurđica Lazić, dr. med.); **Ordinacija opće medicine Bošnjaci** (Željko Dodig, dr. med.); **Ordinacija opće medicine Kloštar Ivanić** (Ivanka Madunić-Majnarić, dr. med.); **Ordinacija opće medicine Draganići** (Diana Kralj, dr. med.); **Ordinacija opće medicine Virje** (Nives Đanić, dr. med.); **Ordinacija opće medicine Generalski Stol** (Zdenka Barišić-Marčac, dr. med.)

Adresa za dopisivanje / *Correspondence address*: Ljiljanka Jurković, dr. med., Dom zdravlja Centar, Zdravstvena stanica Dugave, Kauzlarićev prilaz 7, 10000 Zagreb

Primljeno / *Received* 2008-04-22; Ispravljeno / *Revised* 2008-05-29; Prihvaćeno / *Accepted* 2008-09-22

This study aims at analysing the frequency, role and characteristics of all patient HVs made by five FMPs in rural areas. Further on, this study aims to describe the characteristics and justify HVs and analyse the common diseases treated by five MFCs.

Surgery treatment data and HVs data were completed from the five FMPs' monthly reports which were also sent to the Croatian Health Insurance Company. The data on age, gender and HVs, and morbidity rate were collected from the HV evidence book. Moreover, after performing HVs two FMPs estimated and evaluated the justification of the HV, which was registered in the HV register. The data were evaluated using descriptive statistical methods, and displayed both numerically and graphically.

Out of 58,995 outpatient visits, the FMPs in reference made a total of 1,970 HVs (3.3%), most frequently conducted among elderly patients (85.4% of all visits) and women (65.2% of all visits). The most common reasons for these HVs were cardiovascular and locomotive conditions and neoplasmas. Two FMPs concluded that 49.4% HVs were unjustified by one doctor and 18.8% by the second one.

Despite the trends towards the decrease in number of HVs, highlighted by statistical reports, FMPs provide those services in line with the pertinent standard established by the Croatian Institute of Health Insurance, suggesting that HVs still represent an important aspect of FM practice.

Key words: General practitioner, home visits

Med Jad 2008;38(3-4):99-106

Uvod

Zbog starenja populacije može se očekivati da će se prevalencija i multimorbiditet kroničnih bolesti u populaciji ubrzano povećavati. Predvidivo je da će takve promjene povećati radno opterećenje i djelomice promijeniti sadržaj rada liječnika opće/obiteljske medicine.¹ Porast prevalencije kroničnih bolesti, te smanjenje funkcionalne sposobnosti dijela populacije radi starenja stanovništva, uzrokuju sve veću potrebu za zbrinjavanjem bolesnika u kući.

Kućne su posjete bitna značajka rada liječnika obiteljske medicine. Ako se osvrnemo u prošlost vidjet ćemo da su KP prvobitni oblik posla liječnika, jer je u počecima medicine liječnik bio taj koji je posjećivao pacijenta. Tek s razvojem medicine počeo je prevladavati više institucionalizirani oblik provođenja zdravstvene skrbi, koji se izvodi u liječničkim ordinacijama, poliklinikama, bolnicama i domovima za umirovljenike. Upravo je zbrinjavanje bolesnika izvan zdravstvene ustanove jedna od temeljnih razlika među liječnicima koji rade u bolnicama i liječnika obiteljske medicine. Tijekom kućne posjete liječnik i bolesnik se susreću na najneposredniji način, a liječnik ima mogućnost prikupljanja mnogih dodatnih podataka o bolesniku, socijalnom i ekonomskom statusu njegove obitelji, odnosno ljudi koji skrbe o njemu, kao i o njihovom načinu života.¹ Poznavanje pacijentovog okoliša važna je značajka koja utječe na skrb bolesnika u OM. Kućne su posjete vrlo važan dio skrbi za starije, posebice slabije pokretne ili nepokretne bolesnike.¹

Kućne posjete i kućno liječenje specifičan su dio rada liječnika obiteljske medicine. One su svojevrsan izazov svakom liječniku, jer bez visoke tehnologije, svojim umijećem i znanjem liječnik mora doći do kvalitetnog rješenja za bolesnikove

poteškoće. Istinskom afirmacijom liječnika obiteljske medicine, povećanjem broja nepokretnih i teško pokretnih pacijenata, te povećanjem broja starijeg stanovništva očekuje se da će u budućnosti rasti potreba za sve većim brojem kućnih posjeta. U Republici Hrvatskoj je prema popisu stanovništva iz 2001. godine udio starijih od 65 godina bio 15.7%.² Stalno prisutan porast udjela starijeg stanovništva u populaciji prati porast broja kroničnih bolesti. Stoga se i potrebe stanovništva za KP svakodnevno povećavaju.

Analiza podataka Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u periodu 1991-1996. godine pokazala je značajan pad KP tijekom tog perioda.³ U istraživanju "Položaj i opis poslova liječnika opće/obiteljske medicine u Europi" (The position of GP/FM in Europe. Service profiles and practice conditions. Boerma WgW, ed. NIVEL, 1998) koja je provedena u 31 zemlje Europe, Hrvatska se našla u grupi zemalja s niskim brojem kućnih posjeta koji se kreće od 5 do 10 tjedno.

U većini europskih zemalja KP je dio uobičajenog rada LOM-a. Udio KP značajno varira među liječnicima i u odnosu prema ukupnom broju posjeta pacijenata ordinaciji. Tako je u Velikoj Britaniji i Nizozemskoj prosječan broj KP iznosio 20 KP tjedno, a u Portugalu svega dvije kućne posjete tjedno. Pored visokog udjela KP koje naprave liječnici u Francuskoj (27 KP tjedno), liječnici u Belgiji u usporedbi s drugim europskim zemljama učine najviše KP, čak 44 tjedno.⁴

Cilj istraživanja i hipoteza

Cilj rada bio je analizirati i prikazati udio KP u ukupnim posjetima pacijenata u skrbi LOM-a u seoskim uvjetima. Specifični ciljevi su: utvrditi

najčešća stanja i bolesti zbog kojih LOM odlaze u KP, te istražiti procjenu liječnika o opravdanosti zahtjeva za KP od strane pacijenta.

Hipoteza: Iako liječnici opće medicine nisu posebno stimulirani za obavljanje kućnih posjeta, taj dio posla obavljaju prema preporučenim standardima od strane HZZO-a.

Metoda istraživanja i ispitanici

Istraživanje je provedeno u pet ordinacija obiteljske medicine u ruralnom području Hrvatske: Draganići, Virje, Bošnjaci, Kloštar Ivanić i Generalski Stol. U vrijeme prikupljanja podataka u navedenim ordinacijama bilo je u skrbi 9020 pacijenata. Podaci o ukupnom broju posjeta ordinaciji OM prikupljeni su iz dnevnih izvješća o radu LOM-a, a podaci o KP koje su ti liječnici obavili tijekom jedne kalendarske godine prikupljeni su iz knjige kućnih posjeta.

Prikupljeni su podaci o spolu, dobi, vrsti KP, utvrđenim stanjima, akutnim i kroničnim bolestima označenim šiframa prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i drugih zdravstvenih problema, deseta revizija MKB. Dva su liječnika opravdanost KP procijenili nakon obavljene KP, te evidentirali u medicinsku dokumentaciju pacijenta kategorijama *opravdana* ili *neopravdana* KP.

Pod opravdanom KP liječnici temeljem svoje stručne procjene smatraju onu KP kada pacijent zbog

težine akutne ili kronične bolesti, ili zbog poremećenog funkcionalnog stanja nije u mogućnosti posjetiti liječnika u ordinaciji. U skupinu neopravdanih KP kategorizirani su svi oni zahtjevi od strane pacijenta za koje je LOM procijenio da ozbiljnost zdravstvenog stanja nije zahtijevala neodgodivu posjetu liječnika u kući bolesnika. Podaci su statistički obrađeni postupcima deskriptivne statistike, te prikazani numerički i grafički.

Rezultati

U pet ordinacija obiteljske medicine koje imaju 9020 registriranih osoba, u skrbi tijekom godine dana obavljeno je ukupno 58.995 ambulantskih posjeta. Ukupan broj KP u svih pet ordinacija iznosio je 1970, odnosno kućne su posjete činile 3,3% svih posjeta. Od ukupno 1970 kućnih posjeta njih 686 (34,8%) obavljeno je za muškarce, a 1284 (65,2%) za žene. Prosječno je jedna KP napravljena za svakog petog pacijenta registriranog na listi LOM-a.

Ordinacije su se međusobno razlikovale prema broju osiguranika, broju posjeta osiguranika ordinaciji, te prema broju KP koje su liječnici napravili tijekom godine dana.

Udio KP u odnosu na posjete u ordinaciji kretao se od 2,0% do 6,8%. Liječnik iz ordinacije označene brojem pet imao je najmanji broj posjeta pacijenata u ordinaciji, a napravio je najveći broj KP (Tablica 1).

Tablica 1. Prikaz broja osiguranika, broja posjeta ordinaciji i broja kućnih posjeta tijekom godine dana u pet ordinacija obiteljske medicine

Table 1 The display of the number of insured persons, surgery visits and home visits registered in the five Family Medicine surgeries throughout the year

Ordinacija <i>Surgery</i>	Broj registriranih osiguranika <i>Number of registered insured persons</i>	Posjete u ordinaciji <i>Surgery visits</i>		Kućne posjete <i>Home visits</i>		Ukupno posjete <i>Total visits</i>	
		N	%	N	%	N	%
Ordinacija 1 <i>Surgery 1</i>	2040	12968	96,9	409	3,1	13377	100
Ordinacija 2 <i>Surgery 2</i>	1979	12870	98,0	257	2,0	13127	100
Ordinacija 3 <i>Surgery 3</i>	1528	10151	97,5	261	2,5	10412	100
Ordinacija 4 <i>Surgery 4</i>	1622	14212	97,2	404	2,8	14616	100
Ordinacija 5 <i>Surgery 5</i>	1851	8794	93,2	639	6,8	9433	100
Ukupno <i>Total</i>	9020	58995	96,7	1970	3,3	60965	100

Ordinacija 1 / *Surgery 1* – Bošnjaci
Ordinacija 3 / *Surgery 3* – Virje
Ordinacija 5 / *Surgery 5* – Generalski Stol

Ordinacija 2 / *Surgery 2* - Kloštar Ivanić
Ordinacija 4 / *Surgery 4* – Draganići

Neke ordinacije su se gotovo dvostruko razlikovale prema broju pregleda u odnosu na broj osiguranika registriranih na listi svakog pojedinog liječnika. Također su se razlikovale i prema broju KP u odnosu na broj osiguranika.

Najmanje pregleda po osiguraniku u ordinaciji napravio je liječnik iz ordinacije broj 5, dok je najveći broj pregleda u ordinaciji napravio liječnik iz ordinacije broj 4 (4,8 naspram 8,8 pregleda po osiguraniku).

Liječnici su se razlikovali i prema broju KP po osiguraniku. Najmanji udio KP imao je liječnik iz ordinacije broj 2, dok je u odnosu na njega, trostruki broj posjeta napravio liječnik iz ordinacije broj 5 (Tablica 2).

Tablica 2. Prosječan broj pregleda i prosječan broj kućnih posjeta prema broju osiguranika u ordinacijama liječnika obiteljske medicine

Table 2 The average annual number of surgery and home visits per number of insured persons receiving care from the Family Medicine practitioner's surgery involved in the study

Ordinacija Surgery	N pregleda No. of check ups	N kućnih posjeta No. of home visits
1	6,3	0,1
2	6,5	0,1
3	6,6	0,2
4	8,8	0,2
5	4,8	0,3

Od ukupno 1970 KP koje je obavilo pet liječnika obiteljske medicine, 1675 (85,4%) posjeta učinjeno je bolesnicima starijim od 65 godina, te češće ženama (Tablica 3).

Liječnici su se međusobno razlikovali prema broju kućnih posjeta. Liječnici iz ordinacija 1 i 3 obavili su podjednak broj KP bolesnicima oba spola, dok su liječnici su iz preostale tri ordinacije češće išli u KP ženama (Tablica 4).

Liječnici su u podatke za razlog kućne posjete upisali šifru dijagnoze akutne ili kronične bolesti prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, X revizija. Na grafikonu na Slici 1 izdvojene su frekvencije prve tri najčešće zabilježene skupine dijagnoza.

Četiri liječnika (ordinacija 1, 2, 3 i 5) izdvojila su kardiovaskularne bolesti na prvom mjestu razloga KP, a potom su slijedile bolesti lokomotornog sustava, te novotvorevine. Samo jedan liječnik naveo je na prvom mjestu po učestalosti razloga KP duševne bolesti, a slijedile su novotvorevine, te kardiovaskularne bolesti.

Od akutnih bolesti vodeće dijagnoze u ambulantama dva, tri i pet su R42 (vrtoglavica) i R10 (abdominalne kolike), zatim respiratorne bolesti J20 (akutni bronhitis) i J18 (bronhopneumonija).

Nadalje, liječnici iz ordinacije označene brojem 2 i 5 razloge KP su razvrstali na akutna i kronična stanja (akutizacija kronične bolesti).

U ordinaciji 2, od ukupno 257 KP, bilo je 23 (9,0%) posjete zbog akutnih problema ili bolesti.

U ordinaciji označenoj brojem pet od 639 KP 145 (22,7%) posjeta bilo je zbog akutnog poremećaja ili bolesti.

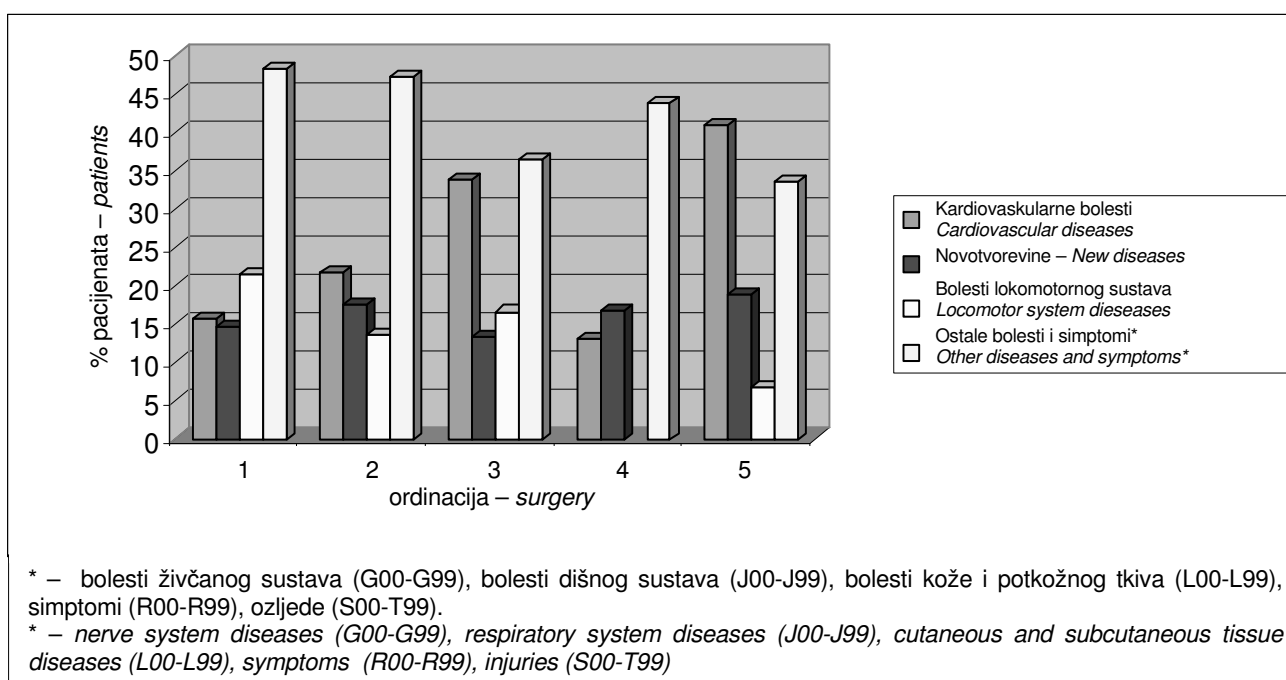
Tablica 3. Pikaz kućnih posjeta prema dobnim skupinama bolesnika i ordinacijama

Table 3 The display of the number of home visits based on patients' age and surgeries

Dobna skupina Age groups	Kućne posjete - Home visits										Ukupno Total	
	Ordinacija 1 Surgery 1		Ordinacija 2 Surgery 2		Ordinacija 3 Surgery 3		Ordinacija 4 Surgery 4		Ordinacija 5 Surgery 5			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 – 17	2	0,5	1	0,4	0	0,0	0	0,0	4	0,6	7	0,1
18 – 44	0	0,0	7	2,7	0	0,0	43	10,6	12	1,9	62	3,1
45 – 64	65	15,9	31	12,1	46	17,6	17	4,2	67	10,5	226	11,4
≥ 65	342	83,6	218	84,8	215	82,4	344	85,2	556	87	1675	85,4
Ukupno Total	409	100	257	100	261	100	404	100	639	100	1970	100

Tablica 4. Raspodjela broja kućnih posjeta prema spolu bolesnika i prema ordinacijama
 Table 4 Number of home visits distribution based on patients' gender and surgeries

Ordinacija Surgery	Muškarci – Men		Žene – Women		Ukupno – Total	
	N	%	N	%	N	%
1	188	46,0	221	54,0	409	100
2	80	31,1	177	68,9	257	100
3	136	52,0	125	48,0	261	100
4	110	27,0	294	73,0	404	100
5	172	21,0	467	73,0	639	100
Ukupno – Total	686	34,8	1284	65,2	1970	100



Slika 1. Raspodjela tri najučestalije skupine dijagnoza koje su bile razlogom kućnoj posjeti prema ordinacijama
 Picture 1 The distribution of three most commonly encountered groups of diagnoses, posing as home visit indication, displayed per surgery

Tablica 5. Prikaz broja KP prema procjeni liječnika o njihovoj opravdanosti
 Table 5 Display of the number of home visits based on the physicians' evaluation of their justifiability

Ordinacija Surgery	Opravdane KP Justified HV		Neopravdane KP Unjustified HV		Ukupno KP Total HV	
	N	%	N	%	N	%
3	132	50,6	129	49,4	261	100
4	328	81,8	76	18,8	404	100

Opravdanost KP procijenila su dva liječnika (Tablica 5).

Liječnici su različito procijenili opravdanost KP. Liječnik iz ordinacije 3 je procijenio gotovo 50% KP neopravdanima.

Rasprava

Među liječnicima obiteljske medicine prisutne su dvostruke i trostruke razlike u broju obavljenih kućnih posjeta tijekom godine dana. U ordinaciji označenoj brojem 2 liječnik je napravio 2% posjeta u kući u odnosu na ukupan broj posjeta u ordinaciji, dok se kod liječnika iz ordinacije broj 5 od ukupnog broja posjeta 6,8% odnosilo na KP. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u Hrvatskoj je tijekom 2003. godine u službi obiteljske medicine obavljeno 26.017.479 ambulantnih posjeta, te samo 416.483 kućnih posjeta. Kućne su posjete činile samo 1,6% svih konzultacija.²

Prema istraživanju koje je proveo NIVEL (Netherlands Institute for Health Services Research) tijekom dva ispitivana razdoblja (1987. godine u 103 prakse, na 124.791 pacijenta, te 2001. godini u 80 praksi, na 58.345 pacijenta), u prvom ispitivanom razdoblju postotak KP prema svim pregledima iznosio je 17%, da bi se u drugom ispitivanom razdoblju taj postotak smanjio na 9%.⁵

U razdoblju od 1990. do 1994. godine u službi obiteljske medicine u Hrvatskoj broj KP smanjen je za više od polovice.³ Očito je da se to smanjenje broja KP može pripisati ratnim prilikama. Međutim, u razdoblju od 1996. do 2001. godine broj KP je ostao i nadalje mali, iako se zbog porasta udjela starijeg stanovništva i KP bolesnika povećala potreba za KP. U raščlambi dramatičnog pada broja KP treba uzeti u obzir djelovanje nekoliko čimbenika. Najvažniji uzrok ovako značajnog pada broja KP liječnika obiteljske medicine je postojeći način financiranja djelatnosti obiteljske medicine u kojem je liječnik plaćen neovisno o opsegu i kvaliteti svoga rada. Kako su KP uključene u iznos glavarine, liječnik nema nikakvu financijsku stimulaciju raditi tako zahtjevan posao. Istodobno nema ni profesionalne motivacije za KP, jer nisu razrađeni mehanizmi praćenja rada liječnika u kojima bi liječnik koji zbrinjava bolesnika u kući bio prepoznat od pacijenata, drugih kolega ili Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje kao kvalitetan liječnik. Nadalje, mnoge KP liječnici ne zabilježe u izvješća obavljenog rada, a također ne bilježe niti mnoge druge vlastite aktivnosti. Liječnici često misle kako se, budući da rad nije plaćen, ne treba zamarati i beskorisno ga bilježiti. No ne treba zaboraviti da se na temelju onoga što je zabilježeno procjenjuje opseg rada, temeljem čega se planira organizacija službe opće medicine. Dio kućnih posjeta obavlja se tijekom dežurstva i pripravnosti, pa se registrira u drugim djelatnostima, primjerice hitnoj pomoći, te u službi pripravnosti u manjim mjestima.⁶ Uvažavajući sve navedeno, temeljem podataka ovoga

istraživanja, tri su liječnika napravila 0,2 posjete po osiguraniku u jednoj godini, što je u suglasju sa standardom broja KP po osiguraniku propisanom od HZZO-a, a koji iznosi 0,25 posjeta po osiguraniku godišnje.

Iako je i u Velikoj Britaniji zabilježeno smanjenje broja KP u posljednjih 20 godina, kućne posjete ipak čine 10% svih konzultacija u općoj medicini i predstavljaju izuzetno važan dio rada LOM-a.⁷

Na manju učestalost posjeta pojedinom kroničnom bolesniku može utjecati život bolesnika u proširenoj obitelji kada ona skrbi za oboljelog, za stare, nemoćne i nepokretne bolesnike. S druge strane broj KP uvelike ovisi i o motivaciji LOM-a, pa bi i to djelomice moglo objasniti razliku u broju KP među liječnicima. Istraživanje provedeno u Velikoj Britaniji u 60 praksi koje su skrbile za gotovo 350 000 pacijenata pokazalo je velike razlike u broju KP koje se nisu mogle objasniti samo razlikama u dobnoj, socijalnoj i morbiditetnoj strukturi bolesnika. Liječnici uključeni u istraživanje posjetili su prosječno 17% bolesnika, u rasponu od 7% do 31% što ukazuje da je obavljanje KP značajka osobnog stila rada svakog LOM-a.⁵ Nadalje, zabilježene su razlike u broju KP obzirom na spol ispitanika. Veći je broj kućnih posjeta u žena nego u muškaraca kod tri liječnika, što se može objasniti spolnom distribucijom osiguranika na listi. Također, liječnici su napravili najviše KP osiguranicima starije životne dobi. Kako u toj dobnoj skupini prevladavaju žene, može se objasniti veći broj KP kod žena. U istraživanju Kersnika u Sloveniji kućne su posjete češće kod starijih pacijenata, kod žena, te u seoskim područjima.⁸ Prema istraživanju koje je provedeno u 60 praksi (349.505 pacijenata) u Engleskoj i Wales-u tijekom jedne godine kućne posjete su češće kod starijih pacijenata, a isto tako su češće kod žena nego kod muškaraca.⁷

Prema istraživanju koje je provedeno u 17 ordinacija obiteljske medicine u Austriji (svaka ordinacija oko 2000 pacijenata) tijekom dva ispitivana razdoblja (1997. i 2004. godine), prosječan broj KP mjesečno po pacijentu za 1997. godinu iznosio je 2,2, a 2004. godine 2,7 KP. Dvije trećine kućnih posjeta učinjeno je ženama, što je u skladu i s rezultatima ovoga istraživanja. Mogući razlog tome leži u većem postotku žena u dobnoj skupini pacijenata starijih od 65 godina.⁹ Promjene u demografskoj strukturi stanovnika ukazuju na povećavanje udjela starijih ljudi u sveukupnom pučanstvu. Posljedično raste i broj kroničnih bolesnika, pa se javlja potreba za sve većim brojem KP. Stoga će biti neophodno potrebno da se kroz nove vidove financiranja takvog rada stimulira njihovo provođenje u punom opsegu, što se poglavito odnosi na aktivne kućne posjete.

Prema učestalosti dijagnoza u KP, u ovom su radu najčešće zabilježene dijagnoze vezane za kardiovaskularne bolesti, bolesti lokomotornog sustava i novotvorenine, što je u skladu s morbiditetnom strukturom populacije. Samo je jedan liječnik na prvo mjesto razloga KP izdvojio duševne bolesti. Razlog tome može, pored učestalosti same dijagnoze, biti i ozbiljnost stanja, pa tako duševni bolesnik ponekad traži kućnu posjetu svaki dan, a liječnik će samoinicijativno otići češće u KP, kako bi provjerio terapiju, te učvrstio komunikaciju.

Na trećem mjestu učestalosti razloga odlaska u KP su maligne bolesti. To se može objasniti težinom bolesti u terminalnoj fazi koja zahtjeva česte KP liječnika i članova njegova tima.

U kućnim posjetama po pozivu, značajnije je mjesto akutnih stanja među kojima veliki udio imaju respiratorne bolesti, te simptomi i nedovoljno definirana stanja.⁷ U ovom istraživanju najčešće su bile posjete zbog akutnih, neugodnih simptoma kao što su vrtoglavica i abdominalne kolike, a zatim respiratorne bolesti.

Analizom i istraživanjima KP postavlja se pitanje opravdanosti poziva za KP. Mnogi liječnici kada procjenjuju svaku od KP, velik broj KP ocjenjuju potpuno opravdanim ili djelomično neopravdanim. U skupinu neopravdanih KP kategorizirani su svi oni zahtjevi od strane pacijenta za koje je LOM procijenio da ozbiljnost zdravstvenog stanja nije zahtijevala neodgodivu posjetu liječnika u kući bolesnika. Mogući razlozi zahtjeva za «neopravdanu» KP su socijalni (nedostatak javnog transporta, novca i sl.), komfor pacijenta ili neadekvatna procjena laika o ozbiljnosti stanja, nekritičkog prikaza simptoma od strane pacijenta ili od strane obitelji. Ponekad se može prosuditi da pacijenti svjesno zloupotrebljavaju povjerenje liječnika svojim neopravdanim zahtjevom za KP. U ovom istraživanju dva liječnika su procijenila opravdanost KP. Jedan je liječnik procijenio da je 49,4% KP bilo zbog neopravdanog razloga, dok je drugi liječnik, od ukupnog broja KP, kao neopravdane izdvojio njih 18,8%.

Posebno mjesto bi trebale imati i preventivne kućne posjete kod ljudi starijih od 65 godina. Istraživanje provedeno 2006. godine u Švedskoj pokazalo je da preventivne KP utječu na smanjenje mortaliteta u toj vulnereabilnoj grupi pacijenata.¹⁰ Obzirom na to da u našoj zemlji ne postoje novija istraživanja vezana za KP, zanimljivo bi bilo istražiti razlike u KP vezano uz ruralnu i urbanu sredinu, istražiti razlike između mladih i starijih liječnika u obiteljskoj medicini, te utvrditi postoje li regionalne razlike unutar zemlje i što ih determinira. Time bi se

bolje prikazalo stanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kao i mogućnost njezinog daljnjeg unapređenja.

Spoznaja da je obiteljski liječnik spreman doći u KP pruža pacijentu dodatnu sigurnost i osjećaj da nije napušten i sam.

KP je važan dio svakodnevnog rada obiteljskog liječnika i bilo bi važno i dalje ustrajati na povećanju pružanja zdravstvenih usluga u kući bolesnika, jer se na taj način njeguje bio-psiho-socijalni model pristupa bolesniku, što predstavlja specifičnost rada obiteljskog liječnika.

Ograničenja ovog istraživanja odnose se na vjerojatnost da sve obavljene kućne posjete nisu ubilježene nakon što su obavljene, zbog neadekvatnog valoriziranja liječnikovog rada u kućnim posjetima od strane HZZO-a, zbog nedostatka vremena, nedostatka stimulacije i motivacije, te nedostatka kontrole rada. Obzirom da je riječ o retrospektivnom istraživanju, nisu svi liječnici evidentirali podatke o opravdanosti KP, jer taj podatak nije uobičajeno i obvezno upisivati u medicinsku dokumentaciju.

Zaključak

Učestalost KP koje su napravili liječnici koji su sudjelovali u istraživanju veća je od prosjeka u Republici Hrvatskoj, što ukazuje da usprkos nestimulaciji ovog važnog segmenta rada obiteljskog liječnika, on nije zapostavljen.

Ovo istraživanje, u skladu je s drugim istraživanjima, koja su pokazala da su osobe kojima LOM ide u KP starije životne dobi, žene, te oni koji boluju od kardiovaskularnih bolesti, bolesti lokomotornog sustava, te novotvorenina.

Zdravstvena politika koja se bavi planiranjem KP morala bi biti zasnovana na zdravstvenim potrebama pacijenata, a selektivna za njihove zahtjeve koji su ponekad neopravdani. Kućne posjete bi trebale biti posebno stimulirane za starije, nepokretne i kronične bolesnike, te bolesnike u terminalnim stadijima malignih bolesti.

Literatura

1. Kashyap ML. Cardiovascular disease in elderly: current consideration. *Am J Cardiol.* 1989;63:3H-4H.
2. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2003. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2004.
3. Oresković S, Kuzman M, Budak A, Vrcić-Keglević M, Ivanković D. Doctor in the house: trends in GPs home visiting in Croatia 1990-1995 compared to current trends in the USA and UK. *Coll Antropol.* 1997;21(2):595-608.

4. Van Royen P, De Lepeleire J, Maes R. Home visits in general practice: an exploration by focus groups. *Arch Public Health*. 2002;60:371-384.
5. Sullivan CO, Omar RZ, Forrest CB, Majeed A. Adjusting for case mix and social class in examining variation in home visits between practices. *Fam Pract*. 2004;21:355-63.
6. Katić M, Budak A, Vrcić-Keglević M, Blažeković-Milaković S, Bergman-Marković B, Tiljak H, Lazić Đ, Cerovečki-Nekić V, Petriček G, Ožvačić Z, Soldo D. *Obiteljska medicina u Hrvatskoj: Od Doma zdravlja do grupne prakse*. U: *Zbornik Treći Kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora*. Rovinj 2003. Hrvatsko društvo obiteljskih doktora; 2003, str. 29-42.
7. Aylin P, Majeed FA, Cook DG. Home visiting by general practitioners in England and Wales. *BMJ*. 1996;313:207-210.
8. Kersnik J. Observational study of home visits in Slovene general practice: patient characteristics, practice characteristics and health care utilization. *Fam Pract*. 2000;17:383-393.
9. Kamenski G, Fink W, Maier E, Pichler I, Zehetmayer S. Characteristics and trends in required home care by GPs in Austria: diseases and functional status of patients. *BMC Fam Pract*. 2006;7:55.
10. Sahlen KG, Dahlgren L, Helner BL, Stenlund H, Lindholm L. Preventive home visits postpone mortality –a controlled trial with time-limited results. *BMC Public Health*. 2006;6:220.