



140. SKUPŠČINA
SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA, Laško, 17. in 18. oktober 2003
SODELOVANJE MED ZDRAVNIKI NA RAZLIČNIH RAVNEH

SODELOVANJE MED ZDRAVNIKI NA RAZLIČNIH RAVNEH

Marjan Fortuna

Center za intenzivno interno medicino, Klinični center, Zaloška 7, 1525 Ljubljana

Ena največjih slabosti organizacije našega zdravstva je slabo sodelovanje med nosilci zdravstvene dejavnosti – zdravniki. Kljub sodobnim možnostim komuniciranja obstaja še vedno velik prepad med osnovnim (primarnim) zdravstvom in sekundarnim ter terciarnim.

Na prvem mestu bi omenil *slabo komunikacijo* med zdravniki na vseh ravneh, saj poteka večinoma le preko napotnic, ki jih lahko napiše vsakdo, ki ima malo medicinskega znanja. Premalo pa je osebnega stika. Napotnica je le uraden dokument, ki služi bolj potrebam zavarovalnice. Glede na to, kako se izpolnjuje, pa je mnogokrat neuporabna (npr. slabo oz. sploh neizpolnjene napotnice). Pooblastila na napotnici o trajanju veljavnosti napotnice in obsegu pooblastila so popoln nesmisel, ki si ga je izmislila zavarovalnica, nima pa nobene racionalne osnove in praktične uporabnosti. Kako naj napotni zdravnik pooblasti specialista, če niti ne ve, za kaj pri bolniku gre in kakšne preiskave bodo potrebne. Poleg tega, in ne nazadnje, koliko pa je zdravnikov, ki sami označijo pooblastila? Upam si trditi, da skoraj nihče. To stori večinoma medicinska sestra, administratorica ali celo računalnik. Na račun tega avtomatizma in zaradi brezbrzičnosti napotnih zdravnikov pogosto prihaja do nepotrebnih konfliktov. Ko jih opozarjamo na to, zakaj ne napišejo osnovnih anamnestičnih podatkov in bolezenskih znakov in ne napravijo vsaj osnovnih preiskav, ki bi jih lahko in morali, pa se odzivajo užaljeno, včasih celo nesramno, češ saj sem vas pooblastil za take in take ukrepe. Tak način ni vreden našega poklica, naše izobrazbe in ne nazadnje meče slabo luč predvsem na napotnega zdravnika. Resnici na ljubo moram povedati, vsaj sam sem prišel do takih ugotovitev, da napotni zdravnik bolnika pogosto niti ni videl, kaj šele pregledal. Včasih je prav očitno, da je bilo tako, sicer ne bi pisali takih nesmislov oz. povsem zgrešenih napotnih diagnoz. Treba je tudi upoštevati, da je napotnica dokument, ki pomeni moralno, materialno in končno tudi kazensko odgovornost. Moram pa tudi priznati, da je mnogo zdravnikov, ki storijo vse, kar lahko. Zato prej navedenih opazanj nikakor ne gre posploševati. Če napotni zdravnik želi dobiti neki dokument o specialističnem pregledu, in ga praviloma tudi dobi, potem se mi zdi, da je prav, da tudi napotni zdravnik napiše bistvene podatke, ne pa da izda skoraj prazno napotnico, napisano za vsak primer kar vnaprej.

Naslednja slabost, ki kaže na slabo komunikacijo, je nepotrebno *ponavljanje preiskav*, ker napotni zdravniki preprosto ne priložijo rezultatov preiskav, odpustnic in druge medicinske dokumentacije, ki je tako pomembna za temeljit in dober pregled ter pravilno nadaljnje ukrepanje. Ne vem, ali je za to, da bi bilo to pravilo, ne pa izjema, res potrebno toliko opozarjanje, prošnje in celo groženje, saj bi moralo biti samo po sebi umerno, da dokumentacija spremlja bolnika, ne pa da se mora zdravnik specialist včasih prav detektivsko naprezati, da pridobi usrezne podatke.

Temu bi takoj navezal *problem jemanja zdravil in drugih načinov zdravljenja*. Zlasti starejši in tisti, ki jemljejo več zdravil hkrati, pogosto pozabijo, kaj jemljejo in v kakšnem odmerku. Včasih je prav mučno, kako nemočni smo pri pridobivanju ustreznih anamnestičnih podatkov. Če pogledamo napotnico, ima celo rubriko terapija in priloženi izvidi, toda kaj, ko tega pogosto nihče ne napiše. Prav vzorno imajo to urejeno nekateri DSO, kjer imajo podatke v računalniku in računalniški izpis tudi priložijo.

Zelo slaba je *povezanost* posameznih dejavnosti, a ne toliko organizacijsko kot strokovno, kajti šele boljša strokovna povezanost pripelje tudi do boljših organizacijskih povezav. Vsaj včasih, pa mislim, da je tudi sedaj tako, je obstajala npr. dobra povezanost med ATD in Golnikom. Bili so skupni sestanki. Izobraževanje kadra, tako zdravnikov kot tudi medicinskih sester, je potekalo kontinuirano in resnično so od tega imeli vsi korist.

Z uvedbo *zasebnosti*, nad katerim sem bil sprva tudi sam navdušen, je nastalo novo obdobje v sistemu javnega zdravstva. Bilo je sicer dobro zamišljeno, vendar namesto, da bi bilo komplementarno javnemu zdravstvu, je pogosto zaprto samo vase, bolnika obravnava samo parcialno s tem, da opravlja samo nekatere preiskave ali posege, zato bolnika ni sposobno obravnavati celostno. Moralo bi biti organizacijsko vpeto v sistem (tudi z zagotavljanjem neprekinjenega zdravstvenega varstva oz. dežurstva). Ne more pa delovati tako, da npr. opravlja samo klinične preglede, druge preiskave pa mora bolnik plačati ali ga pa pošiljajo »na socialo«, kot se je pred časom izrazil neki splošni zdravnik, ki je bolnico z napotno diagnozo AP napotil »pod nujno« na specialistični pregled, ne da bi ji posnel EKG. Ko sem ga poklical in opozoril, da je to nevarno početje, ker bi lahko imela srčni infarkt, je bil užaljen in celo nesramen.

Mreža zdravstvenih zavodov (tudi bolnišnic) je po mojem mnenju za tako majhno državo in tako šibko ekonomijo odločno prevelika. To je tudi eden od razlogov za slabo sodelovanje. Predvsem v začetku devetdesetih let so kot gobe po dežju nastale razne ambulante, posvetovalnice, sanatoriji, diagnostični centri itd. S tem so se razpršili kadri in zelo draga medicinska oprema pogosto ni zadosti izkoriščena. Res je, da je bila pogosto kupljena z donacijami ali zasebnimi sredstvi, toda konec koncev je to naš skupni denar in ne more nam biti vseeno, kako neracionalno se troši. Samo naprava za UZ srca je v Ljubljani vsaj na desetih lokacijah, toda le na enem mestu je možno opraviti to preiskavo kateri koli del dneva ali noči, povsod drugod pa te drage naprave zunaj rednega delovnega časa samevajo. Če je to racionalno in ekonomsko upravičeno? Seveda pa za racionalno in enakomerno porazdelitev zavodov nismo krivi zdravstveni delavci, ampak politika od občin do države.

Pravica svobodne izbire zdravnika se sicer lepo sliši in je všeč na ljudem, toda to je povsem navadna floskula, ki s stvarnostjo nima nobene zveze. Dokler imamo toliko regijskih in drugih bolnišnic, potem to preprosto ne more biti, razen, se razume, v urgentnih primerih. Pri neurgentnih primerih pa je pač tako, da mora regijski zavod nuditi ustrezno pomoč in če tam ta ni možna, ga mora po *dogovoru* napotiti v ustanovo, kjer je to možno. Nesprejemljiva pa je logika mnogih, da bolnika preprosto napotijo drugam, ne da bi se prej posvetovali, če je to možno in smiselno.

Problem, ki ga opažam zadnja leta, je tudi ta, da napotni zdravniki niti ne vedo, čeprav bi morali ali vsaj potrudili bi se lahko, da bi ugotovili, kako je posamezna zdravstvena *organizacija organizirana*. Morda je del krivde tudi na strani izvajalcev specialistične ambulantne dejavnosti, ker pogosteje in stalno ne opozarjamo na našo interno organizacijo. Zopet smo pri slabi komunikaciji. Naj to ilustriram s primerom, ko je bila bolnica napotena k internistu z napotno diagnozo otekanje v trebuh. Napotni zdravnik ni niti toliko prosvetljen, da ne ve, da na Polikliniki KC dela sicer več internistov, vendar so ti pač subspecialisti in bi lahko vsaj približno presodil, h komu sodi (gastroenterologu, kardiologu ali morda ginekologu, če je slučajno noseča).

Da pa ne bi govorili samo o slabem sodelovanju med zdravniki na primarnem in sekundarnem oz. terciarnem, bom omenil tudi *slabo sodelovanje med specialisti*, ki obravnavajo iste ali

podobne bolnike. Takih problemov je kar precej. Ko je bil bolnik že »obdelan« npr. v eni od kardioloških ustanov, ga napotijo še k specialistu v drugo podobno ambulanto, ki lahko samo potrdi že ugotovljeno in gre torej v bistvu samo za drugo mnenje in nepotrebno ponavljanje pregledov. Nemalokrat pa se poslužujejo napotitve samo zato, da uberejo bližnjico, ki je žal zaradi nekaterih ozkih grl edini možen način. Podobno se dogaja tudi z napotitvami na IPP, kamor prihaja največ 20–30% urgentnih stanj oz. bolnikov, ostali so pa taki, ki so napoteni zato, ker je to edini način, da brez čakanja na datum pregleda pridejo do kolikor toliko kakovostnega internističnega pregleda. V ozadju vsega pa so seveda (pre)dolge čakalne dobe. Vem, da se je pri konkretnem bolniku težko soočiti s tem dejstvom, vendar je hkrati neodgovorno in nekolegialno pošiljati bolnika na pregled tja, kjer je znano, da so dolge čakalne dobe in s tem prenašati odgovornost samo na pleča zadnjega v verigi zdravstvenega sistema.

Mnogo zdravnikov potem, ko bolnika napoti bodisi na pregled ali hospitalizacijo, sploh ne kaže *interesa* za nadaljnjo bolnikovo usodo. Niti se ne zanimajo za njegovo zdravstveno stanje, da bi sporočili glavne anamnestične podatke, kaj šele, da bi sodelovali v procesu diagnostike in zdravljenja. Moralo bi biti pravilo in ne izjema, da bi osebni zdravnik takoj vzpostavil stik s specialistom bodisi v specialistični ambulanti ali bolnišnici. Zopet se vračamo na pomanjkljivo komunikacijo.