

ročnih zapisov, ter bi se izboljšal nadzor nad predpisovanjem zdravil. Pričakujejo tudi natančnejše spremljanje neželenih učinkov zdravil. Prav tako je zelo pomembno izboljšanje komunikacije med zdravnikom in farmacevtom, ki lahko pomembno prispeva h kakovostnejši farmakoterapiji. Ker pa je tudi elektronski informacijski sistem ranljiv, je potrebno vzporedno razvijati sistem varovanja podatkov.

Kakovosten informacijski sistem omogoča tudi sprotne vrednotenje rezultatov dela in spremljanja kakovosti. Izboljšanje kakovosti je namreč možno le, če imamo podatke o delovanju sistema. Ti pa morajo biti kakovostni in čim novejši, da so možni sprotne popravki in odprava nepravilnosti, še preden pride do nepopravljive škode.

## KAKO IZBOLJŠATI KOMUNIKACIJO – ENOVITA ZDRAVSTVENA DOKUMENTACIJA

Danica Rotar-Pavlič

**Izvleček** – Sporazumevanje in prenos informacij med različnimi ravnmi zdravstvenega varstva so v Sloveniji pogosto obravnavana vsebina strokovnih srečanj. Medtem ko se v razvitem svetu Evrope in Amerike srečujemo z nadgradnjami izmenjave podatkov ter s številnimi ponudbami, je osrednji način sporazumevanja v Sloveniji še vedno papirni obrazec.

Pregled stanja temelji predvsem na opažanjih iz vsakodnevne prakse, saj resne raziskave, ki bi opredelile glavne ovire, s katerimi se srečujejo zdravniki, medicinsko osebje, tehnični sodelavci, bolniki in njihovi svojci, niso bile opravljene. Brez osnovne analize stanja pa je težko pripraviti načrt izboljšanja oziroma prenesti načine dobre izmenjave podatkov od drugod. Nekaj pilotnih raziskav je na voljo v okviru mednarodnih projektov, vendar širša strokovna in laična javnost z njihovim potekom nista seznanjeni. Bolniki in njihovi svojci so zato še vedno »pismošose« oziroma nadomestki elektronskega in faksnega dopisovanja, s čimer se gotovo ustvarja tudi ekonomska škoda. Večkratna romanja k sprejemnim pisarnam pa prispevajo tudi k izrazitemu nezadovoljstvu bolnikov in svojcev. Pritiskom, ki so posledica slabe organizacije in historične tehnologije, podležejo tudi zdravniki in medicinsko osebje, saj svojo izgorelost izražajo s slabim odnosom do sodelavcev, do zdravnikov in sester z drugih enot ter z nestrpnim sporazumevanjem z bolniki in njihovimi svojci.

Napredek na področju izmenjave podatkov, tehnološka opremljenost ter prenos vrhunskih medicinskih rezultatov v prakso nas bodo prisilili k izpeljavi reforme zdravstvenega sistema. Obotavljanja, pomisleki, dokazovanje lastne moči in zaverovanosti vase nas bodo potisnili na rob prodorne Evrope in nas uvrstili med tiste, ki capljajo zadaj.

### Uvod

Zdravstvena dokumentacija je pomemben dejavnik v procesu sporazumevanja med zdravniki in medicinskim osebjem primarne in sekundarne ravni (1). Pri rokovanju z medicinsko dokumentacijo so pomembni tudi zdravnikovi sodelavci, saj neredko vplivajo na časovno uvrstitev kliničnega problema. Prav bi bilo, da se k spremembam na področju zdravstvene dokumentacije dejavno vključijo tudi zdravstveni tehniki in administratorji. Dober dokument, ki bi moral vsebovati vse podatke o demografskih značilnostih bolnika, delovnem okolju, kliničnih ugotovitvah, laboratorijskih in drugih diagnostičnih preiskavah, zapletih pri prejšnjih obravnavah,

alergičnih odzivih, zdravilih in življenjskem slogu, obenem pa bi zagotavljal še obračunavanje storitev, je v papirni obliki težko izvedljiv. Pri vsakem predlogu, s katerim želimo spreminiti obstoječo dokumentacijo, je zato potreben kompromis med različnimi zasnovami. Poenotenja dokumentov se dodatno zapletejo, ko naletimo na dejstvo, da ima vsak državni zdravstveni sistem svoje zakonitosti, zaradi česar je prenos »dobrih načinov izmenjave podatkov« zapleten. Dostopnost in cena različnih diagnostičnih storitev, zdravil in rehabilitacijskih ukrepov sta v različnih državah različni, kar bo gotovo vplivalo na odločitve »Evropacienta«. Neenakosti, ki jih srečujemo pri tehnološki opremlitvi, ter možnosti pridobivanja vrhunskega znanja in vključevanja v najbolj napredne svetovne raziskovalne projekte gotovo vplivajo na »ozračje«, ki vlada v sporazumevanju med bolnikom, svojci, medicinsko sestro, izbranim zdravnikom in kliničnim specialistom. Pogosto imajo napetosti in nerazumevanje svoj izvor prav v slabi organizaciji zdravstvenega sistema in tehnološkem zaostanku. K izboljšanju takega stanja gotovo lahko prispevata dogovorjena vsebina in način posredovanja medicinske dokumentacije. Ob tem je naloga strokovnih združenj predvsem priprava vsebinskih izhodišč.

### Zdravstvena dokumentacija kot pravno-etični element

Zdravstvena dokumentacija je besedna zveza, ki se največkrat pojavlja v pravno-etičnih dokumentih. Skoraj vsako leto se del letnih poročil varuha človekovih pravic nanaša prav na rokovanje z zdravstveno dokumentacijo (2). Varuh navaja, da so največkrat kršene pravice vpogleda bolnika ali svojcev, kar je zakonsko utemeljena pravica. Razlog kršenja te pravice – tako navajajo upravičenci – je sum v zdravniško napako ter nestrokovno ali malomarno zdravljenje. Ob tem ne smemo spregledati zakonske izjeme, ki dovoljuje odklonitev vpogleda v primeru, ko bi to škodljivo vplivalo na bolnikovo zdravstveno stanje. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (3) v četrtem odstavku 8. člena vsebuje določbo, da postopek, kako lahko posamezni državljan uresničuje pravico do vpogleda v osebne zdravstvene podatke, določi minister, pristojen za zdravstvo. Zakon v prehodnih in končnih določbah ne določa roka, v katerem mora minister za zdravstvo izdati naveden podzakonski predpis. Toda ker gre za področje, ki je za posameznika lahko zelo pomembno, v praksi pa prihaja do pogostih težav in nerazumevanja, bi bilo prav, da bi bil postopek uresničevanja pravice do vpogleda v osebne zdravstvene podatke čim prej urejen in dopolnjen tudi s podzakonskim predpisom.

Zdravstvena dokumentacija ima pomembno mesto tudi v mednarodnih sodnih procesih. (Ne)izročitev haaškemu sodišču ima lahko svojo podlago prav v njej. Pri osebi, ki je imela težko operacijo, je lahko na predlog države zdravstvena dokumentacija dostavljena Registru haaškega sodišča. Zdravstvena dokumentacija je po mnenju posameznih držav zadostna osnova, da neka oseba ni izročena haaškemu sodišču, če je njeno zdravje zelo slabo in če v Haagu niso sposobni zagotoviti ustreznega zdravljenja (4).

### Zdravstvena dokumentacija kot administrativno-birokratski in odškodninski element

S problematiko posredovanja podatkov na komisije in zavarovalnice se je v okviru zdravniške zbornice zavzeto ukvarjal dr. Vojko Flis. Ob tem je večkrat naletel na odzive in objave drugače mislečih (5). Vprašanja, kateri podatki so neizogibni in nujni, se pojavljajo v povezavi z zavarovalnicami in so odvisni od narave pogodbe, ki jo je zavarovanec podpisal s komercialno zavarovalnico. Vsekakor pa je stvar najbolj preprosto rešiti tako, da zavarovanec, ki ima pravico do vpogleda v svojo medicinsko dokumentacijo, zavarovalnici dostavi vsebino (ne izvornikov) vseh tistih podatkov, ki so potrebni za

razrešitev primera. Cenzor zavarovalnice ima po izrecni privolitvi zavarovanca pravico do vpogleda v izvornike, vendar spet le v tisti del, ki je neizogibno potreben za reševanje primera. Zdravnik lahko cenzorju komercialne zavarovalnice odkloni vpogled v svoje osebne zapiske in vse zapiske, ki bi lahko škodovali časti in ugledu tretjih oseb ali celo časti in ugledu zavarovanca. Ob tem je treba dodati, da velja vse povedano tudi za pošiljanje vsebine medicinskih dokumentov in ne izvornikov na različne invalidske ali druge zdravniške komisije. Tudi te so upravičene le do tistih podatkov, ki so neizogibno potrebni za reševanje primera.

### **Zdravstvena dokumentacija kot likvidnostno-obračunski element**

Del zdravstvene dokumentacije je v osnovnem zdravstvu predmet finančnih obračunov. Glavarino pomenijo osebe, ki so zdravnika izbrale za svojega osebnega zdravnika. Glavarino in storitve izražamo v t. i. količnikih (6). Število količnikov iz glavarine za posameznega bolnika so določeni glede na njegovo starost, število količnikov iz storitev pa glede na obseg pregleda in posega (kratek obisk, prvi kurativni pregled, obsežen pregled, mali poseg, veliki poseg, obsežno delo, lažje dostopen hišni obisk, težje dostopen hišni obisk). Količnik je enak za vse izvajalce in njegova vrednost se določa na tri mesece.

### **Zdravstvena dokumentacija kot element spremljanja kakovosti**

Ambulante in klinični oddelki, ki so že vpeljali koncept spremljanja kakovosti dela, imajo vsaj del podatkov v elektronskem mediju. Elektronska kartoteka ima številne prednosti: avtomatizirano zbiranje podatkov o določeni bolezni ali kliničnem problemu, podporne sisteme pri kliničnem odločanju (7) ter opomnike pri presejanju in vodenju kroničnih bolezni. Omogoča tudi lažje sporazumevanje s kliničnimi specialisti (polavtomatsko oblikovanje napotnih pisem in izmenjavo izvidov po elektronski pošti).

Elektronski nabor podatkov omogoča lažje spremljanje kazalcev kakovosti, kar je pomembno predvsem pri vodenju kroničnih bolnikov. Tako lahko na primer pri obravnavi bolnikov s sladkorno boleznijo spremljamo strukturne kazalce (kontrolni pregledi, dostopnost v primeru nenadnih zapletov, delovanje zdravstvenovzgojnih skupin), procesne kazalce (dokumentacija oftalmoloških pregledov, pregledov stopal, kadilskega statusa, rezultatov samomerjena krvnega sladkorja) in kazalce stanja oziroma oceno doseganja rezultatov (HbA1c, RR, mikroalbuminurija, BMI, lipidni status) (7–10). Spremljanje kakovosti se na podoben način kot pri vodenju sladkornih bolnikov izvaja tudi pri srčno-žilnih boleznih, osteoporozi in drugih kroničnih boleznih.

### **Razsežnost povezav med primarno in sekundarno ravni**

V dejavnosti splošne medicine je bilo v letu 2003 opravljenih 6,5 milijona kurativnih obiskov (11). Mednje ne prištevamo t. i. kratkih, pri katerih je šlo le za osebni posvet ali izdajo kakega dokumenta (na primer izdaja napotnice zaradi kontrolnega pregleda pri kliničnem specialistu ali pa izdaja potrdila, da bolniku lahko izpulijo zob, ker ne prejema antikoagulantne terapije). Skupno število obravnav bi se vključno s kratkimi stiki približalo številki 10 milijonov. Opravljenih je bilo tudi 120.868 preventivnih pregledov. Ob upoštevanju objav, da je približno 15% bolnikov napotenih na sekundarno raven v nadaljnjo ambulantno obravnavo oziroma sprejem, lahko rečemo, da se vsaj milijon uporabnikov letno znajde v trikotniku izbrani zdravnik – bolnik – klinični specialist. Zdajšnji način zbiranja podatkov nam ne omogoča ločevanja, kolikokrat

je bila ista oseba na različnih kliničnih oddelkih in katera vrsta ljudi je najpogosteje preiskovana na sekundarni ravni. Zato težko ocenimo, koliko bolnikov dejansko obravnavamo tako na primarni kot na sekundarni ravni in koliko je takšnih, ki skoraj nikoli ne potrebujejo zdravstvene obravnave.

Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja RS je bilo leta 2000 v bolnišnicah 266.922 hospitalizacij zaradi bolezni. Isto leto je bilo v ambulantni specialistični dejavnosti opravljenih 3.339.566 obiskov; razmerje med prvimi in ponovnimi pregledi je znašalo 1,06 (12). Opozoriti je treba, da veljajo podatki za vse starostne skupine in da so v številkah vključene tudi ambulantne ginekološke in porodniške obravnave ter pediatrična ambulantna obravnava.

Vsekakor gre za področje, pri katerem se rokuje s številnimi papirnimi obrazci in dokumenti, ki so še vedno osnova prenašanja podatkov med izbranimi zdravniki in kliničnimi specialisti. Prav tako je pomembna pot, ki sklene krog obravnave – in sicer posredovanje povratnih informacij izbranemu zdravniku. Tudi na tem področju ni bila v Sloveniji opravljena nobena raziskava. Večina kliničnih specialistov posreduje povzetke celotne obravnave, nekateri oddelki posredujejo del dokumentacije, nekateri pa jo pošljejo na zahtevo izbranega zdravnika; srečujemo se z na roko napisanimi dopisi na eni in z lično urejeno računalniško dokumentacijo na drugi strani. Prav tako ni enotno sprejetih načel, ali prejmejo bolniki rezultate preiskav in obravnav na dom, ali pa jih prejme njihov izbrani zdravnik.

### **Izboljšanje sporazumevanja in boljše izmenjavo podatkov**

Izboljševanja medsebojnega sporazumevanja in urejanja izmenjave podatkov smo se morda lotili na napačni strani. Kar nekaj let že kritiziramo slabo komunikacijo med zdravniki na vseh ravneh, ki poteka večinoma le prek napotnic, ki jih baje lahko napiše vsak, ki ima nekaj medicinskega znanja. Napotnica je le uradni dokument, ki služi bolj potrebam zavarovalnice (13). Gotovo je najprej treba preoblikovati nabor podatkov na mestu prvega stika z bolnikom, tj. na osnovni zdravstveni ravni. Združenje zdravnikov družinske medicine je zato že leta 1993 pripravilo izhodišča za oblikovanje elektronske kartoteke, ki so temeljila na mednarodnih izkušnjah in opremljenosti slovenskih ambulant.

Leta 2001 je Upravni odbor Združenja napisal elaborat o elektronski kartoteki in ga predstavil na Ministrstvu za zdravje. Pobude o nujnosti prehoda na elektronsko zbiranje podatkov so prihajale tudi s strani razširjenega strokovnega kolegijskega za splošno/družinsko medicino. Več kot pet let trajajoče moledovanje in pozivi k spremembam navajajo člane kolegija k pomislekom, ali je slovenska zdravstvena politika sploh pripravljena izpeljati spremembe in ali bo pri tem pomembno vlogo imela stroka, ali pa morebiti zapleteni postopki javnih razpisov. Zato ni prav, da sprejemamo kritike o kakovosti informacij na napotnicah (14, 15). Pisava je po navedbah kliničnih specialistov včasih tako slabo čitljiva, da bi potrebovali pomoč grafologa. Specialisti premalo izvedo o bolnikih (kdo so, kakšne so njihove potrebe in pričakovanja), skoraj nikoli pa, kako so zadovoljni s specialistično oskrbo na sekundarni ravni (16).

Navedbe, da so za neupravičeno in neutemeljeno napotitev krivi pomanjkljivo strokovno znanje na osnovni ravni, časovna stiska, ki preprečuje poglobljeno obravnavo na osnovni ravni, pa pomanjkanje/omejevanje (materialnih oz. finančnih) sredstev za natančnejšo diagnostiko na osnovni ravni in pritisk bolnikov zaradi nezaupanja v obravnavo na osnovni ravni ali zaradi osebnih dogovorov s specialisti na višjih ravneh (17), bi morali ovrednotiti s kvalitativnim in kvantitativnim raziskovanjem. Morda se osrednja ovira nahaja v nezaupanju vodstev večjih javnozdravstvenih ustanov do sodobne tehnolo-

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 sestro 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-