



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

SODELOVANJE MED ZDRAVNIKI NA RAZLIČNIH RAVNEH

Saša Markovič

Klinični oddelek za gastroenterologijo, Klinični center, Japljeva 2, 1525 Ljubljana

Letošnja strokovna tema letnega zbora SZD je bila sprva zamišljena kot razgovor o primernosti napotitev bolnikov na različne ravni zdravstvene službe. V številnih pogovorih, ki smo jih opravili člani delovne skupine, pa smo prišli do spoznanja, da je potreben širši kontekst in se odločili za pogovor o tem, kako zdravniki komuniciramo med seboj. Najmočnejše orodje klinične prakse je gotovo dobra komunikacija med zdravstvenimi delavci, še posebej med zdravniki. Slaba komunikacija povzroča izgubo časa, sistemske napake, višje stroške in lahko celo ogrozi bolnikovo oskrbo. V nasprotju s tem pa dobre komunikacije med zdravniki vodijo v odpravljanje napak, boljše klinične izide, nižje stroške ter večje zadovoljstvo bolnikov. Izboljšanje medsebojnih komunikacij je tudi tisti del sprememb, v celoti odvisen od nas, ki ga z malo truda in dobre volje ter brez dodatnih stroškov ali vmešavanja politike ali večjih organizacijskih sprememb lahko rešimo sami. Zato je bil naš namen začeti konstruktivne pogovore v tistem segmentu, kjer že samo s spremembo vedenja zdravnikov bistveno vplivamo na izboljšanje kakovosti našega dela. Naš namen je bil prav tako identificirati nujne spremembe in priporočiti njihovo reševanje v tistih segmentih, ki zahtevajo morda od nas neodvisne sistemske in organizacijske rešitve. Pomen, ki ga posvečajo v državah blagostanja prav problemu medsebojnega komuniciranja med zdravniki, je nepregledno število člankov in diskusij v strokovnih časopisih, ki se nam pokaže v PubMedu, če v iskalniku navedete obe besedi. Zato moramo tudi v Sloveniji ovrednotiti informacije, ki si jih medsebojno izmenjujemo, poglobiti sodelovanje v celostni oskrbi bolnikov, ki postaja prav zaradi večjih možnosti, ki jih nudi medicinska stroka, staranja prebivalstva in vedno večjih zahtev bolnikov, še pomembnejše. Bolnikovo potovanje prek naših ordinacij, diagnostike in bolnišnic je zapleteno do absurda. Zdravniki, medicinske sestre in drugo osebje v zdravstvu ne prestando iščemo izvide, bolnišnične odpustnice, rentgenske slike in drugo bolnikovo dokumentacijo in se ob tem jezimo drug na drugega. Pogosto si, žal tudi pred bolniki, očitamo, da pošiljamo bolnike brez dokumentacije, da imamo že itak preveč dela, kaj naj bi bil lahko drug zdravnik naredil, pa ni, da si pošiljamo preveč, premalo, nepotrebno, prepozno, bolniki pa postajajo vedno bolj tesnobni in nezadovoljni in izgubljajo vero – predvsem v zdravnike. Nekatere stroke, še posebej tiste z veliko bolniki, občutimo vedno večje pritiske za povečano število pregledov, ki je ob staranju prebivalstva, uvajanju povečanega števila diagnostičnih in terapevtskih možnosti ob skoraj enakem številu specialistov, že presegla meje telesnih zmogljivosti zdravnikov in se zrcali v vedno daljših čakalnih dobah in nezadovoljstvu bolnikov.

Problemi čakalnih dob, pomanjkanje postelj v bolnišnicah, predvsem v Ljubljani, neurejena oskrba kroničnih bolnikov, starejših in oslabeledih ljudi, paliativna oskrba v zadnjih mesecih življe-

nja pa so že dolgo rakava rana našega sistema, na katerega imamo žal premalo vpliva.

Za boljše oskrbo bolnikov je pomembno vzpostaviti okolje medsebojnega zaupanja, spoštovanja in sodelovanja predvsem med primarnim zdravstvom in specialisti. Ker se tudi na drugih ravneh ponavljajo zelo podobni problemi, se bom omejila na ti dve ravni.

Primarno raven v Sloveniji predstavljajo zvečine splošni in družinski zdravniki.

Sskrajševanjem ležalne dobe v bolnišnicah je splošni zdravnik močnejše obremenjen, zaradi staranja prebivalstva in vedno številnejših možnosti, ki jih lahko nudi danes specialistična medicina, pa postaja koordinator celovite zdravstvene oskrbe bolnikov. Zato sta koordinacija in kontinuiteta celostne oskrbe bolnikov vedno pomembnejši. Poleg zavesti, da je takšen način nujen, in dobre volje zdravnika, da v tem sodeluje, pa mora biti tudi financiranje urejeno tako, da takšno koordinacijo nege spodbuja.

Iz analize doc. dr. Janka Kersnika izvemo, da se je število obiskov v ordinacije splošne medicine v zadnjih letih zvišalo za 60%. Doc. dr. Kersnik v svoji analizi ponuja razlage. Večina vzrokov naj bi bila sistemske narave. Splošni in družinski zdravniki so preobremenjeni tudi zaradi dela za ZZS, zdravstvene vzgoje in preventivnih programov. Brezposelnost in z njo povezane socialne stiske, ki spremljajo »tranzicijo« v Sloveniji, naraščanje zlorabe mamil in nasilja v družini ter staranje prebivalstva povečujejo obremenitve. Vendar izvemo iz analiz doc. dr. Kersnika, da je obremenitev med posameznimi zdravniki splošne medicine izrazito neenakomerna. Študije v tujini so pokazale, da največ razlik v obremenitvah primarne ravni pogojujejo socialno-demografske razlike in da sta starost in obubožanost prebivalcev odgovorna za največje število variacij (1, 2).

Zdravniki prve ravni sami ugotavljajo, da je v Sloveniji preveč ponovnih obiskov, ki celo za 13% presegajo število prvih. Poglavitni razlog ponovnih obiskov je gotovo tudi ta, da si zdravniki, zaradi velikega števila bolnikov, skrajšujemo čas pogovorov. Zato se bolniki vračajo in tako se krog neprimernosti sam po sebi vzdržuje. Podobne ugotovitve so pokazale tudi študije v Evropi (3). Vendar pa so študije v tujini tudi razkrile, da je pomemben vzrok velikemu številu ponovnih obiskov tudi medsebojni odnos med zdravnikom in bolnikom, ki se nehote ujmeta v navade. In tako kot je pri vseh razvadah: dlje kot to traja, težje jih je prekiniti (4, 5).

Napotitve splošnih in družinskih zdravnikov k specialistu, ki v našem sistemu igrajo vlogo vratarja, je osrednja komponenta zdravstvenega sistema in učinkovitost tega procesa je odvisna prav od učinkovite komunikacije med primarno in sekundarno ravni. Posebno pomemben je prvi obisk pri splošnem/družinskem zdravniku, ki sproži celoten proces diagnostike in napotitev bolnikov na specialistične preglede ali v bolnišnice.

Iz analize doc. dr. Janka Kersnika zvezmo, da se je število napotitev k specialistom v zadnjih letih zvišalo za 234% in da predstavlja nad 13% obiskov pri splošnih/družinskih zdravnikih. Nadzori v tujini so pokazali, da splošni zdravniki napotijo k specialistu od 6 do 10% bolnikov (6). Število napotitev se razlikuje tudi med državami. Tako na primer v ZDA splošni zdravniki napotijo 1 od 3 bolnikov, ki jih obiščejo, k specialistu (30–36,8%), v Angliji pa med 1 od 7 (13,9%). Vzrok večjemu številu napotitev v ZDA naj bi bilo večje število specialistov (6). Napotitve so nujne in elektivne ter primerne in neprimerne. Nujne napotitve pri nas naraščajo morda tudi zato, ker je veliko število napotitev neprimernih in je to postala obvoznica zaradi dolgih čakalnih dob v specialističnih ordinacijah. V tujini so nadzori, ki so preučevali tudi napotitve v bolnišnico, pokazali, da je blizu 20% neprimernih. Med vzroki neprimernih napotitev sta bila poglobljena vzroka dolga čakalna doba na specialistični ambulantni pregled ali težka koordinacija preiskav na prvi ravni (7). Koliko od napotitev na urgentne službe je v Sloveniji neprimernih in bi se lahko rešile na nižji stopnji obravnave, ne vemo. Znano pa je, da neprimerne napotitve predstavljajo čezmerno in nesmotrno uporabo človeških in finančnih virov. Čeprav zvečinoma letijo očitki na primarno raven, pa še nikoli nismo vprašali splošnih zdravnikov, ali bi sprejeli alternative in kaj naj bi te bile. Ena od rešitev je gotovo krajša čakalna doba v specialističnih ordinacijah ter hitra in učinkovita obravnava bolnikov – enodnevna celotna obravnava (one day clinic). Sedanja praksa napotitev zagotovo generira nepotrebne ponovne obiske bolnikov, tako v ambulantah splošnih družinskih zdravnikov kot tudi specialistov. Kako bomo to reševali? Na voljo so številni, v nekaterih državah že preizkušeni načini – npr. skupni multidisciplinarni posveti med specialisti in splošnimi/družinskimi zdravniki, elektronski nasveti, stalni telefoni, razvoj telededicine? Ali bi nam pomagale zloženke z informacijami o boleznih, vprašalniki pred odločanjem o specialističnem pregledu, zloženke za bolnike? Vse to danes sodi v dobro klinično prakso, vendar te možnosti vse preredko uporabljamo.

Pereč problem medsebojne komunikacije med zdravniki je tudi količina informacij, ki si jih izmenjujemo, in njihova kakovost. Napotnice so pomemben medij za prenos informacij o bolnikih pa tudi za ustvarjanje in vzdrževanje profesionalnih odnosov. Kako izgledajo naše napotnice, in to ne glede na to, ali jih namenja splošni zdravnik specialistu ali pa specialist specialistu. V angleščini je izraz napotnica v dobresednem prevodu napotno pismo (referral letter), ki je morda bližje tistemu, kar naj bi napotnica bila, kakor temu, kar je. Kakovost informacij na napotnicah je slaba, pisava pa včasih tako slabo čitljiva, da bi potrebovali grafologa. Specialisti premalo zvezmo o bolnikih, kdo so, kakšne so njihove potrebe in pričakovanja, skoraj nikoli pa, kako so zadovoljni z nami. Pogosto tudi ne zvezmo, kaj se je z bolnikom dogajalo prej. Napotnice bi morale vsebovati dovolj informacij, da zagotovijo bolniku zadostno in varno obravnavo. Kakšna naj bi bila zaželena napotnica, kaj naj bi vsebovala in katere preiskave lahko že zdravnik prve ravni zdravstva opravi? Ali potrebujemo tudi za napotitve smernice? Zdravniki na terciarni ravni smo to skušali opisati v prispevkih.

Sekundarna raven – specialistične ordinacije in bolnišnice

Čakalne dobe za nekatere specialistične preglede so predolge, kar že vrsto let ugotavljamo. Čeprav naj bi bilo prvih pregledov pri specialistih vedno več, pa se močno bojim, da ni tako in da so tudi ti podatki plod načina beleženja, ki pregled v koledarskem letu, tudi za bolnike, ki so v trajni oskrbi specialistov, beleži kot prvi pregled. Zato bi šele ponovna analiza prvih pregledov podala objektivne rezultate in pokazala, da specialisti opravljamo preveč kontrolnih pregledov.

Tudi tukaj lahko postrežem s podatki iz tujine. Študija, opravljena v Angliji, je pokazala, da si specialisti sami naročajo bolnike na kontrole, pogosto tudi po nepotrebem (4, 5). Ugotovili so, da se pogosto v specialistični kontroli ne zgodi nič novega, pa tudi to, da nekateri specialisti ne poznajo dobro svoje vloge svetovalca. Splošni zdravniki bi bili pripravljene prevzeti 48% teh kontrol, vendar bi potrebovali dobro informacijo in hiter dostop do specialista, kadar je potrebno (4). In sedaj si oglejmo razloge, ki so jih v anketi navedli specialisti za veliko število kontrolnih pregledov: prerediti kontakti med zdravniki, nepoznavanje bolnika (ki ga pozna splošni zdravnik), negotovost o tem, ali so splošni zdravniki seznanjeni s smernicami za spremljanje kroničnih bolnikov in ali so dovolj dobro opremljeni, da jih lahko izvajajo. Angleški specialisti so bili tudi mnenja, da bi bolniki, če bi jih vrnili splošnim zdravnikom, to občutili, kot da so jih zapustili (občutek krivde ter percepcija o tem, kaj si bolnik želi, ne da bi jih vprašali). Nekateri specialisti so izrazili bojazan, da splošni zdravniki ne berejo odpustnic in da ne delujejo v skladu s priporočili specialista. Poglobilni razlog pa so bile ponovno navada ter običajna praksa (4).

In kaj si mislijo o specialistični angleški splošni zdravnik (5)? Po njihovem mnenju naj bi imel specialist predvsem naslednje funkcije: diagnosticiranje, določitev zdravljenja in stabiliziranje bolnikovega stanja ter navodilo splošnemu zdravniku, kako naj bolnika vodi. Za nekatere bolj kompleksne probleme bi želeli tudi natančen protokol. Če bi splošni zdravniki opravljali več kontrolnih pregledov, bi bilo v specialističnih ordinacijah več prostora za nove, prve preglede. Nad rednimi kontrolami, ki bi jih organizirali računalniki, ali nad posebnimi ambulantami za spremljanje kroničnih bolnikov niso navdušeni. Menijo, da naj bi se bolnik vračal sam, ko se mu stanje poslabša. V primeru rednih kontrol pa bi potrebovali večje število zdravnikov in medicinskih sester (5).

Oboji pa so bili mnenja, da je napotitev na višjo raven zdravstvenega varstva smiselna le v primeru, če zdravnika medsebojno izmenjata tudi lastna klinična opažanja in izvide dodatnih diagnostičnih preiskav (4, 5). Ali bi podobna anketa med slovenskimi zdravniki pokazala kaj drugega? Dvomim.

Odpustnice iz bolnišnice in popisi bolezni

Popisi bolezni in odpustnica (v angl. odpustno pismo) služijo številnim namenom – najprej zrcalijo proces klinične obdelave bolnikov in skrbijo za komunikacijo med kliničnimi zdravniki in drugimi zdravstvenimi službami, predvsem pa je to dokument za zdravnika in bolnika, ki ima prvine pravne listine. Če nečesa v popisu ni, pomeni, da se to ni zgodilo! Vendar večina bolnišničnih zdravnikov gleda na popis kot na najhujšo moro. Tako približno tudi ti dokumenti izgledajo. Redko se vprašamo, ali so nebolnišnični zdravniki zadovoljni z našimi popisi in odpustnicami iz bolnišnice in specialističnih ambulant. Odpustnica vsebuje naslednje elemente: utemeljitev hospitalizacije, zgoščen dosednji potek bolezni, rezultate preiskav, utemeljitev diagnoze in podrobna navodila za ravnanje po odpustu. Odpustnico je potrebno napisati na dan bolnikovega odpusta iz ustanove ali ko zdravnik prejme zadnji pomemben izvid. Odpustnica naj bi vsebovala tudi indikacije za ponovno napotitev in najbolj učinkovito pot do te kontrole (5, 10). Elektronski popis ima verjetno veliko prednosti, vendar je zahtevnejši za varovanje bolnikovih podatkov. Ob koncu naj še dodam, da je dokumentiranje ugotovitev in navodil enako pomembno kot delo z bolnikom, edukacija in raziskovalno delo. Pravočasna in celostna izmenjava informacij o bolnikih med zdravniki je tudi bistveni element profesionalnega dela zdravnika in dobre klinične prakse. Morda potrebujemo le malo spodbude in več medsebojnih pogovorov.

Meni je v veliko veselje, da se bomo začeli resno pogovarjati o teh problemih, jih razgrnili drug pred drugim in skušali najti skupne rešitve ter tako izboljšati naše delo z bolniki. Vedno znova, ko skušamo priti kakšni napaki do konca, ugotavljamo, da gre za napake v sistemu in tisti del, na katerega sami lahko vplivamo, smo skušali prikazati v pričujočih prispevkih in v razgovorih, ki bodo sledili. Vsi pogovori med člani skupine pa tudi prispevki v tokratni številki Zdravniškega vestnika povzemajo trenutno stanje v Sloveniji, primerjajo lastne izkušnje z objavljenimi izkušnjami drugih in obenem nakazujejo tudi smerice rešitev. Prispevki se razlikujejo med seboj, tako po pristopu k obravnavi problemov, pa tudi po načinu razmišljanja, in to najverjetneje odslkava »stanje duha« posameznih zdravniških skupin v Sloveniji.

Literatura

1. Donohoe MT, Kravitz RL, Wheeler DB et al. Reasons for outpatient referrals from generalists to specialists. *J Gen Intern Med* 1999; 14: 281–6.
2. Starfield B, Forrest CB, Nutting PA, von Schrader S. Variability in physician referral decisions. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15: 473–80.
3. Waghorn A, McKee M. Surgical outpatient clinics: are we allowing enough time? *Int J Qual Health Care* 1999; 111: 215–9.
4. Burkey Y, Black M, Reeve H, Rolland M. Long-term follow-up in outpatient clinic. 2: The view from specialist clinic. *Fam Pract* 1997; 14: 29–33.
5. Reeve H, Baxter K, Newton P et al. Long-term follow-up in outpatient clinic. 1: The view from general practice. *Fam Pract* 1997; 14: 24–8.
6. Forrest CB, Majeed A, Weiner J et al. Comparison of specialty referral rates in the United Kingdom and the United States: retrospective cohort analysis. *BMJ* 2002; 325: 370–1.
7. Campbell J. Inappropriate admissions: thoughts of patients and referring doctors. *JR Soc Med* 2001; 94: 628–31.
8. Merom D, Shohat T, Harari G et al. Factors associated with inappropriate hospitalization days in internal medicine wards in Israel: a cross-national study. *Int J Qual Health Care* 1998; 10: 155–62.
9. Taylor DM, Chappell-Lawrence J, Graham IS. Facsimile communication between emergency departments and GPs, and patient data confidentiality. *MJA* 1997; 167: 575–8.
10. Roberts RF, Hanson RM. Medical records and population health. *MJA* 2003; 179: 277–8.

V tej številki so sodelovali:

prim. Marjan Fortuna, dr. med., specialist internist, Center za intenzivno interno medicino, Klinični center, Ljubljana

prof. dr. Srečko Herman, dr. med., specialist ortoped, Ortopedska klinika, Klinični center, Ljubljana

prim. Nada Kodrič, dr. med., specialistka anesteziologinja, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo kirurških strok, Klinični center, Ljubljana

asist. Nena Kopčavar-Guček, dr. med., specialistka splošne medicine, Zdravstveni zavod Zdravje, Ljubljana

asist. dr. Damjan Kovač, dr. med., specialist internist, Klinični oddelek za nefrologijo, Klinični center, Ljubljana

prof. dr. Mirta Koželj, dr. med., specialistka internistka, Klinični oddelek za kardiologijo, Klinični center, Ljubljana

prof. dr. Igor Kranjec, dr. med., specialist internist, Klinični oddelek za kardiologijo, Klinični center, Ljubljana

Milena Kremesec, dr. med., specialistka anesteziologinja, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo kirurških strok

prim. Bogdan Leskovic, dr. med., specialist internist, Ljubljana

Vincenc Logar, dr. med., specialist splošne medicine, Dom starejših občanov Kolezija, Ljubljana

asist. Urška Lunder, dr. med., Zavod za razvoj paliativne oskrbe, Ljubljana

prof. dr. Saša Markovič, dr. med., specialistka internistka, Klinični oddelek za gastroenterologijo, Klinični center, Ljubljana

prim. Jože Pretnar, dr. med., specialist internist, Klinični oddelek za hematologijo, Klinični center, Ljubljana

Doroteja Renko-Diallo, dr. med., specialistka anesteziologinja, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo kirurških strok, Klinični center, Ljubljana

prof. dr. Stanislav Repše, dr. med., specialist kirurg, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Klinični center, Ljubljana

Darja Šervcl-Kuchler, dr. med., specialistka anesteziologinja, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo kirurških strok, Klinični center, Ljubljana

mag. Dušan Vlahovič, dr. med., specialist anesteziolog, Klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno terapijo kirurških strok, Klinični center, Ljubljana