



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

SODELOVANJE MED ZDRAVNIKI DRUŽINSKE MEDICINE IN SPECIALISTI NA RAZLIČNIH RAVNEH

COOPERATION BETWEEN FAMILY DOCTORS AND SPECIALISTS AT VARIOUS LEVELS OF
HEALTH CARE

Nena Kopčavar-Guček

Zdravstveni zavod Zdravje, Smoletova 18, 1000 Ljubljana

Prispelo 2003-08-18, sprejeto 2003-09-30; ZDRAV VESTN 2003; 72: 619-24

Ključne besede: primarna raven; napotitve; zdravstvena dokumentacija; zadovoljstvo; kakovost

Izvleček – Izhodišča. Napredek medicinskih znanosti, pojavljanje novih tehnologij in novih zdravil, staranje prebivalstva, omejeni viri zdravstvene oskrbe in vedno večja osveščenost prebivalstva zahtevajo nov pristop k organizaciji zdravstvene dejavnosti. Zdravstvo kot področje vseh dejavnosti, s katerimi ščitimo ali ohranjamo zdravje posameznikov, združuje poleg drugih dejavnosti tudi oskrbo zavarovanca na primarnem, posledično pa tudi na višjih ravneh zdravstvenega varstva. Vse ravni zdravstvene dejavnosti v Sloveniji so v preteklem desetletju beležile povečanje obsega dejavnosti, četudi so značilnosti te rasti različne in terjajo ločeno obravnavo.

Kritičen pregled stanja in možnosti za boljšo dostopnost, manjšo obremenitev in vsaj vzdrževanje, če ne celo dvig kakovosti na osnovni ravni zdravstvenega varstva, je nujen kot dobra osnova za sodelovanje z nosilci oskrbe na višjih ravneh.

Nove komunikacijske tehnologije odpirajo nove poti sodelovanja med družinskim zdravnikom in zdravniki specialisti na sekundarni in terciarni ravni. Zdravstvena reforma in uveljavljanje kliničnih poti, smernic in enotnih strokovnih priporočil vodijo k racionalnejši in bolj kakovostni oskrbi. Zbiranje podatkov o kakovosti oskrbe in zadovoljstvu bolnikov, poleg standardnih merilcev kakovosti in strokovnega spremljanja le-te ponujajo možnost povratne informacije, ki je za izvajalce nedvomno izjemno pomembna.

Zaključki. Povečano povpraševanje po pregledih tako na osnovni kot na višjih ravneh zdravstvene oskrbe terja spremembe v zdravstvenem sistemu. Centralna vloga družinskega zdravnika kot »čuvaja vrat« ponuja možnosti obravnave na tej ravni – po njegovi presoji pa tudi napotitve na sekundarno in terciarno raven. Z novimi organizacijskimi prijemi, z uvedbo sodobne komunikacijske tehnologije, s spremljanjem kazalcev kakovosti in zadovoljstva bolnikov in – ne nazadnje – z novo zdravstveno reformo bomo v prihodnosti skušali zagotoviti manjšo obremenjenost zdravnikov, večjo dostopnost in boljšo oskrbo bolnikov. Poleg strokovne izobrazbe bo to od vseh izvajalcev terjalo tudi večje osebne napore, več prizadevnosti in boljše sposobnosti komuniciranja. Cilj je skupen vsem, ki smo udeleženi v zdravstveni oskrbi: smo ljudje, ki skrbimo za bolne ljudi. Oboji si želimo, da bi bila oskrba čim boljša. Zadovoljstvo ob tem je obojestransko.

Key words: primary care; referrals; medical documentation; satisfaction; quality

Abstract – Background. Progress of medical science, development of new technologies and new medications, aging of population, limited sources, increasing health – consciousness and demands of the population require new approaches to the organisation of health – care. Besides all activities which protect and preserve health of an individual, health care integrates several other activities, including the care at various levels. All health care activities in Slovenia, at primary and also at secondary and tertiary level have increased significantly in the past decade. The characteristics of overload at various levels vary significantly and should be analysed separately. A critical view of the present state of art may render possibilities for better access, decreased working load and include the efforts for maintaining on even improving the quality of primary health care. Moreover, it is absolutely necessary as a solid foundation for cooperation with care providers at higher levels.

New communication technologies offer new possibilities for communication between doctors at various levels of health care. Health reforms, transformations of health care system, new clinical guidelines and recommendations facilitate more rational healthcare and its higher quality. Collecting data on patient satisfaction, or their perception of quality of health care, beside standardized predictors of quality and peer monitoring enable feedback information for the health providers, which is essential.

Conclusions. Increasing demand of the patients at all levels of health care is overloading the normal functioning and demands change in the health care system. The central, »gate keeper« role of the family practitioner coordinates treatment on the same level and offers possibility of referring to secondary and tertiary level. New organisation skills, modern means of communication, follow – up of quality and satisfaction surveys should decrease the burden of doctors, improve the access to health care and enable its higher quality. Besides better education, all providers of health care will invest greater personal efforts, and improve their effectiveness and communication skills. There is no doubt all providers of health care should have a common goal: providing the care for ill people of the highest quality possible.

Uvod

Število obiskov v dejavnosti splošne oziroma družinske medicine se je v zadnjih desetih letih povečalo za skoraj 50%. V zadnjih 12 letih se je bistveno povečal delež tistih, ki so bili iz primarne ravni napoteni k specialistu, in sicer od 5,5 odstotka leta 1990 do 14,8 odstotka leta 2001 (1). V zadnjih treh letih se je ta delež ustalil med 14 in 15 odstotki. V istem času se delež napoteni v bolnišnico ni bistveno spremenil in znaša nekaj manj kot 1 odstotek.

Bolezni dihal, gibal in poškodbe predstavljajo dve petini vseh obiskov v ambulanti splošnega zdravnika, na četrtem mestu so bolezni obtočil.

V letu 2001 je bilo v zunajbolnišnični dejavnosti na primarni ravni 10.038.172 obiskov, od tega približno 6,84 milijona v dejavnosti splošne/družinske medicine. 98,5% je bilo kurativnih pregledov, ponovnih je bilo za 13% več kot prvih (1). Narasčanje ponovnih obiskov narašča s starostjo pacienta.

V zadnjih 12 letih se je preskrbljenost odraslih prebivalcev Slovenije z dejavnostjo splošne/družinske medicine vztrajno izboljševala. Število zdravnikov v tej dejavnosti se je med letoma 1990 in 2001 povečalo za 47,9 odstotka. Leta 2001 je v dejavnosti splošne medicine delalo skupaj 929 zdravnikov, delež specialistov je dosegel šele polovico vseh (49,6%).

Preskrbljenost se zaradi neenakomerne razporeditve po Sloveniji spreminja, najslabša je v mariborski, murskosoboški in ravenški regiji. Povprečno število prebivalcev, za katere naj bi v Sloveniji skrbel posamezen zdravnik družinske medicine, se trenutno giblje okoli 1600. Število zdravnikov na 1000 prebivalcev je v Sloveniji 2,3, kar nas postavlja pravzaprav na rep držav Evropske unije (2). Velika Britanija, država z najnižjim številom zdravnikov na 1000 prebivalcev (1,0), je začela pospešeno zaposlovati zdravnike iz drugih držav. Največ v Evropi jih ima Italija (6), majhno število pa imajo še Japonska (1,9), Kanada (2,1), Nova Zelandija (2,2) in Poljska (2,2).

V zadnjem desetletju pa je prišlo tudi do velikega porasta števila obiskov v ambulanti specialistične dejavnosti. Rast, ki je bila približno 60%, je bila še večja kot v dejavnostih na primarni ravni (1,3). Ob tem je bilo število prvih in ponovnih obiskov približno enako z malenkostnimi odstopanji med posameznimi opazovanimi leti. Največji porast obiskov so zabeležili v kirurški, internistični in psihiatrični dejavnosti (3); slednja dejavnost je dostopna tudi brez napotnice izbranega zdravnika. Stopnja hospitalizacije na 1000 prebivalcev, ne glede na diagnozo po MKB, se je v Sloveniji v obdobju od 1990 do 2001 povečala za 12% in je bila leta 1998 višja kot na Nizozemskem in nižja kot v Italiji, na Švedskem, in Češkem in v Avstriji (3,4). Trajanje bolnišničnega zdravljenja se je v Sloveniji postopoma skrajšalo, v omenjenem celotnem obdobju za 22,5%.

Najpogostejši vzroki hospitalizacij v svetu in tudi pri nas so v zadnjih letih bolezni srca in ožilja, rak, poškodbe in zastrupitve, bolezni prebavil, sečil in spolovil (5). Naš zdravstveni sistem je v raven primarne zdravstvene oskrbe centralno umestil zdravnika družinske medicine z veliko odgovornostjo do svojih bolnikov kot vratarja v sistemu zdravstvenega varstva (angl. gate-keeper) že z letom 1992 (6–8). Vsak bolnik si mora iskati svojega osebnega družinskega zdravnika, če želi vstopiti v sistem zdravstvenega varstva (6). Osebni družinski zdravnik je dolžan zagotavljati osnovno zdravstveno varstvo svojim bolnikom, vključno s 24-urno urgentno oskrbo. Le-ta je običajno organizirana za večja področja skupaj. Vloga vratarja, čuvaja vrat, poudarja ključno vlogo družinskega zdravnika pri zagotavljanju racionalne in kakovostne zdravstvene oskrbe v obstoječem zdravstvenem sistemu. Vse te naloge lahko potencialno ogrozijo odnos med zdravnikom in bolnikom (9), ki je pri sistemu zdravstvenega varstva zelo pomemben.

Poleg racionalnosti zdravstvenega varstva mora biti njegova kakovost zagotovljena za vse bolnike, tudi po izvedbi zdravstvene reforme (10), ne le tiste iz leta 1992, ampak tudi seda-

nje. Eden od namenov zdravstvenih reform je tudi izboljšati zadovoljstvo z izvajalci zdravstvenega varstva in s sistemom kot celoto (11). Vključitev bolnikovih gledanj in njihova ocena reforme naj bi pokazala njihovo dojemanje procesa spreminjanja (12). Nedvomno ima Slovenija kot tranzicijska država tudi na tem področju svoje posebnosti, ki jih je pri oblikovanju izboljšav v zdravstvenem sistemu smotrno prepoznati in upoštevati.

Veliko število pregledov na osnovni ravni – možni vzroki

Na začetku razmišljanja je treba nujno poudariti, da pri nas pomemben del dejavnosti na primarni ravni poleg zdravnikov družinske medicine zagotavljajo tudi specialisti drugih strok. To velja za zdravstveno varstvo otrok in mladine in za zdravstveno varstvo žensk.

Na tem mestu nekaj razmišljanj o vzrokih za nastalo stanje.

- Po že omenjeni zdravstveni reformi 1992 se je število ambulantnih obiskov povečalo za skoraj 50%.
- V medijih (npr. intervju z ministrom za zdravje, Delo, 12. julija 2003, sobotna priloga, stran 2–6) pa tudi v strokovnih publikacijah (3) se pojavlja enotno tolmačenje: če so zdravniki plačani po obisku, je logično, da poraste število obiskov. 50% porasta obiskov naj ne bi bilo mogoče utemeljiti niti z demografskimi niti z epidemiološkimi razlogi. Zdravniki sami naj bi »povzročali« ambulantne preglede (3) in predvsem nepravilno pogosto vabili na kontrolne preglede. Tako naj bi bil glavni »krivec« za nastalo stanje način plačevanja storitev ZZS. Šlo naj bi le za povečano produkcijo storitev, četudi nepotrebnih.
- Dostopnost do osebnega družinskega zdravnika je s pravicami s strani ZZS neomejena in zagotovljena, čakalna doba nikoli daljša kot en dan. Vsakega bolnika bi bilo torej treba na osnovni ravni takoj sprejeti in pregledati. Kratek pogovor po telefonu in/ali bežen triažni pregled komajda zadoščata za opredelitev resnosti stanja, kot naj bi to svetovala nova »bela knjiga« (3). Vsi smo že imeli bolnike s perforiranim ulkusom želodca, ki so še dve uri pred gastrokopijo zanikali vsakršno bolečino, barve blata pa nikoli ne pogledajo. In tiste, ki so kljub očitnim znakom miokardnega infarkta na EKG povsem čili želeli še postoriti to in ono, par nujnih opravkov z avtom, preden bi se – kar sami – odpeljali na IPP...
- Preventivni programi, ki jih je naložilo ministrstvo leta 2002, in njihovo izvajanje delno pogojuje tudi plačilo kurativnih storitev, zdravnika še dodatno obremenjujejo. Obremenitev s prevelikim številom bolnikov gotovo pogojuje slabšo kakovost dela, prav gotovo posledično tudi čezmerno število laboratorijskih preiskav in preveliko število napotitev k specialistom.
- Manjša voljnost prevzemanja tveganja je nedvomno dodaten razlog za večje število pregledov na primarni, najbrž pa tudi na sekundarni ravni. Medijska pozornost in splošni pritisk javnosti na zdravstveni sistem in še posebej na zdravnike povzročajo pri slednjih občutek ogroženosti, neugodja in strahu. Prevzemanje odgovornosti in sprejemanje končnih odločitev sta pogosto odložena, podaljšana ali preložena na druga ramena, pogosto tudi prepuščena specialistu posamezne stroke.
- Prost in stalen dostop do zdravnika družinske medicine spodbujata čim večjo izrabo te institucije. Kaj pogosto se zgodi, da bolnik svoj obisk razloži kot »ko sem bil ravno pri zobozdravniku, pa sem stopil še k vam«, ali pa, »ko sem ravno na dopustu, pa sem se oglasil«. Zgodilo se je že, da si je zaposleni v sosednji zgradbi pri zaklepanju avta odrgnil kožo s kazalca, samo povrhnjico. Rana ni krvavela. Prišel je v našo ambulanto, čez cesto, rekoč: »Saj imamo v službi obliže, pa sem si rekel, zakaj pa ne: dohtar je tu zraven, pa še zastoj...« Preve-

lika dostopnost zagotovo vpliva na zlorabo. Vsi poznamo članka dr. Andreja Žmavca v preteklih številkah ISIS-a, pa tudi bolj ali manj anekdotične primere zlorabe v službi nujne medicinske pomoči. Tako ZZS kot Ministrstvo za zdravje kljub obljubam nista domislila še nobenega restriktivnega instrumenta, ki bi omejil ali zmanjšal nepotrebne preglede v ambulanti na osnovni ravni. Bolniki ne morejo vselej presoditi, ali je obisk pri zdravniku nujno potreben ali ne, največkrat pa so do svojega stanja povsem kritični in se zavedajo (ne)nujnosti svojega obiska. Mlajši bolnik, ki je imel tri dni zapored tako hud glavobol, da je zaužil 6–8 aspirinov in šel v službo, je tretji dan v kopalnici obležal nezavesten s počeno anevrizmo v glavi. Za obisk pri zdravniku se ni odločil. Upamo, da so taki primeri le izjeme. V skladu z novo reformo naj bi zdravnik ne bil pasiven v svoji ambulanti, ampak bi moral sam aktivno iskati bolnike (3). Dvomim, da bi mi – kljub novim navodilom – takega bolnika uspelo najti...

– Že v uvodu omenjeni dejavniki – staranje prebivalstva, nove možnosti zdravljenja že znanih bolezni, pojav doslej neznanih bolezni, razvoj diagnostičnih posegov, razvoj medicinske tehnologije nasploh in farmakologije še posebej vplivajo na večji pritisk pacientov na izvajalce zdravstvenega varstva na vseh ravneh.

– Organizacija dela v splošnih ambulantah terja elastičnost: čas za naročene, kontrolne preglede, za nepredvidene/nujne preglede, za telefonske posvete, hišne obiske, pa za nepogrešljive administrativne naloge pri akutnih in kroničnih bolnikih, da o izpolnjevanju obrazcev za zdraviliško komisijo, invalidsko komisijo, za dodatek za tujo nego in pomoč, pa obvezno izvajanje preventivnih pregledov in poročanje o njih, izvajanje zdravstvene vzgoje...

Tudi administrativne naloge terjajo svoj čas in prostor, kar še skrajšuje razpoložljivi čas, ki bi ga morali posvečati bolnikom.

– Odločitev, kolikokrat in kdaj bo prišel v ambulanto, je pravzaprav prepuščena bolniku. V nasprotju s predpostavko ministra za zdravje, ki meni, da »pridejo pacienti na kontrolni pregled le po naročilu zdravnika« (3), se bolniki pogosto naročajo: ker jim ni bolje, ker želijo dokaz, da jim je bolje, samo na kontrolo...

– Vsi kontrolni pregledi še zdaleč niso samo vabljeni oziroma predvideni s strani osebnega družinskega zdravnika.

– Ne nazadnje, Slovenija je država v prehodu. Velike gospodarske in politične spremembe se zrcalijo tudi v zdravstvenem stanju njenih prebivalcev. Socialne stiske, brezposelnost, posledično naraščanje nasilja v družini, odvisnost od mamil – vse naštetu povzročata hude duševne stiske, pa tudi somatiformne motnje, ki so nujno potrebne strokovne obravnave. Običajno je reševanje tovrstnih problemov zelo zapleteno, zamudno, rezultati pa so komaj zaznavni.

Zakaj vse več napotitev na sekundarno in terciarno raven?

Nekateri vzroki so navedeni že v prejšnjem poglavju, na tem mestu le še nekaj vprašanj, pojasnil, dopolnitev.

ZZS je s svojim pismom vsem izvajalcem osnovnega zdravstvenega varstva že v začetku januarja 2003 sporočila, da bo – kot merilo kakovosti na tej ravni – redno spremljala število oziroma vrednost na recepte predpisanih zdravil, bolniškega staleža in napotitev za posameznega zdravnika. Vsakega od posameznih izvajalcev bo primerjala s slovenskim povprečjem. Tisti, ki bodo visoko nad povprečjem, lahko pričakujejo nadzor s strani ZZS. Nasprotno bodo tisti, ki bodo delovali bistveno racionalneje kot povprečni slovenski zdravniki družinske medicine, nagrajeni oziroma stimulirani.

Že v samem začetku se zastavlja vprašanje; je tisti, ki bolnike redkeje napoti na sekundarno raven, nujno tudi kompetent-

nejši, varnejši, strokovno bolj izobražen in v vseh ozirih kakovostnejši zdravnik?

Za osvežitev spomina: Kakovost zdravstvene obravnave razumemo kot najboljšo možno oskrbo z najboljšimi možnimi izidi zdravljenja, ki jo ljudje prejmejo vedno, kadar jo potrebujejo (Institute of Medicine, 2001) (3). Za izvajalce pomeni kakovost natančne diagnoze, učinkovito in pravilno zdravljenje, odsotnost zapletov in dobro delujoč sistem. Za bolnika je kakovostna obravnava tista, ki je zadostila njegovim potrebam in pričakovanjem.

– In ravno tu tiči eden od možnih razlogov za čezmerne napotitve: kot dediščina prejšnjega sistema nekateri bolniki zdravnika družinske medicine doživljajo le kot nekakšnega prometnika, usmerjevalca, triažerja, ki sam ni usposobljen niti dolžan zdraviti. Začuden so nad dejstvom, da bi si zvišan krvni tlak zdravili pri zdravniku družinske medicine in ne pri kardiologu. Pogosto želijo napotnico le še za nazaj, kot nekakšno formalnost. »Sem bil že pregledan pri okulistu, zdaj pa želijo napotnico, sicer bom moral pregled sam plačati,« slišimo precej pogosto. Dejstvo, da bi tak pregled tudi resnično morali plačati sami, sproži pri takih bolnikih pravi plaz negodovanja, nezadovoljstva in celo napadalnosti. Nereditko se tudi dogaja, da po telefonu zahtevajo napotnico za določen pregled, se sklicujejo na svojo prezaposlenost ali pa na osebno zvezo z določenim specialistom. Tako je gospa, osebno dogovorjena s svojo prijateljico alergologinjo na Golniku, še isti dan zahtevala napotnico brez pregleda. Zagotovo, da gre za alergijski izpuščaj. Le da se je kasneje izkazalo, da je imela herpes zoster... Tako si tudi specialisti samo z željo, da bi čim prej ustregli svojim znancem, prijateljem in sorodnikom, povzročijo nepotrebno delo. Frazo »tvoj zdravnik naj ti izda napotnico, potem se pa oglasi«, bi kazalo nadomestiti z »Naj te tvoj zdravnik pregleda in napravi osnovne preiskave. Če bo treba, naj te napoti k meni...«

– Pogleda na to, kaj je napotitev k specialistu, so nekonistentni. Ali gre za prvo napotitev, ko npr. bolnika z ugotovljenim tiroiditisom prvič pošljemo k tireologu (z željo za natančnejšo diagnostično obravnavo in za začetek zdravljenja), ali šteje kot napotitev tudi napotnica za kontrolni pregled npr. čez 6 mesecev, po navodilu specialista tireologa? Ali šteje kot napotitev tudi napotitev na določeno diagnostično obravnavo npr. UZ trebuha ali CT glave, ko ne gre za nikakršno terapevtsko obravnavo ali vodenje bolnika?

– Zahteva Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS) po dodatnem izobraževanju za potrebe podaljšanja veljavnosti zdravniške licence ima za posledico številna strokovna srečanja. Njihova kakovost močno niha. Nekatera so namenjena le predstavitvam novih načinov zdravljenja na terciarni ravni ali npr. predstavitev zdravil, ki jih sme predpisovati le zdravnik na sekundarni ali na terciarni ravni. Tako izobraževanje je povsem neustrezno za sprejemanje oziroma prevzemanje večje odgovornosti, spodbuja pa pošiljanje problemov »od sebe«, torej k specialistom drugih strok.

– Pogrešamo poti, smernice ali vodila za obravnavo bolnikov v posameznih primerih. Čeprav je nujna individualna obravnavo vsakega posameznika, pa se zdijo napotitve kot nekakšni fragmentirani skoki. Iz njih ni mogoče povzeti racionalne obravnave. Žalostijo nas tudi občasni primeri »žoganja« z bolniki, ko specialist zapiše izvid, naj bolnik opravi to in ono laboratorijsko preiskavo na osnovni ravni. Z izvidi naj se ponovno naroči k njemu... Ne glede na to, da je ZZS doslej plačevala laboratorijske preiskave na obeh ravneh, se zdi tako ravnanje nedopustno. Izbrani zdravnik običajno opravi preiskave, ki so v njegovem dosegu in v okviru njegovih možnosti, ter bolnika z napotnico in izvidi napoti k specialistu.

– Opazne so tudi tendence posameznih izvajalcev, da izpolnijo svoj program. Spet drugi zavodi ali zdravniki, tudi na sekundarni ali terciarni ravni, izžarevajo iracionalno željo po

več bolnikih, da ustvarijo vtis priljubljenosti – dobrega zdravnika, zavoda. Tako se ustvarja okolje, kjer nekateri delajo zaradi dela, da bi pač zapolnili svojo kvoto obveznosti, drugim pa ZZZS ne prizna potrebe po večjem obsegu realiziranih storitev.

Zdi se, da ZZZS nima pravega nadzora nad storitvami in da smisel napotitev pogosto sledi denarju...

- Čeprav so z napotnico pooblaščen za nadaljnje napotitve, številni specialisti te možnosti ne izkoristijo, ampak bolnika pošljejo nazaj k izbranemu osebnemu zdravniku s pisemnim navodilom, kam naj ga le-ta še napoti...
- V marcu 1998 je Kersnik s sodelavci izvedel raziskavo v 36 ambulantah družinske medicine. Sodelovalo je skupno 1809 bolnikov. Metoda in podrobnosti raziskave so podrobneje opisane drugje (13), na tem mestu navajamo le del rezultatov, ki napovedujejo večjo verjetnost, da je bil bolnik napoten k specialistu ali v bolnišnico v preteklem letu:
 - srednja ali višja izobrazba;
 - lastna ocena slabšega zdravja;
 - dejstvo, da ima kronično bolezen;
 - potreba po nujni medicinski pomoči v preteklem letu;
 - več obiskov pri osebnem družinskem zdravniku v preteklem letu;
 - večja bližina specialista;
 - več zaposlenih v zavodu, kjer dela napotni zdravnik;
 - da ga ni obiskal osebni zdravnik na domu;
 - da ga ni obiskal drug zdravnik na domu.

Povzemamo, da je napotitev k specialistu več v primeru slabšega zdravstvenega stanja bolnika, dostopnejšega specialista in v primerih pogostejših pregledov na osnovni ravni (v ambulantni izbranega zdravnika ali v urgentni ambulanti). Obiski na domu značilno zmanjšujejo število napotitev k specialistu.

Napotitev bolnika na višjo raven zdravstvenega varstva je smiselna le v primeru, če zdravnika medsebojno izmenjata tudi lastna klinična opažanja in izvide dodatnih diagnostičnih preiskav.

Še vedno se ni poleglo razočaranje nad zdravstveno kartico, ki nudi le podatek o administrativnem pogledu zdravstvenega varstva, ničesar pa ne zvemo o osnovnih diagnozah, alergijah, krvni skupini, zdravlilih, ki jih posameznik prejema. Zdravniki družinske medicine in zdravniki na sekundarni ravni podatke še vedno zbiramo na klasičen način, z vodenjem zdravstvenega kartona in ločeno po strokah (14). Praviloma so ti podatki le na mestu, kjer so nastali, drugi strokovnjak pa jih dobi v obliki napotnice ali odpustnice.

Pot teh dokumentov je pogosto predolga in negotova, saj se zgodi, da bolnik izvide založi, pozabi ali izgubi na poti od enega zdravnika k drugemu. Posledica je negodovanje na obeh straneh, bolniki so deležni nekolegialnih ali nekorektnih pripomb o svojih zdravnikih (»napačne odločitve«, »kje ste pa hodili«, »kateri tepec vas je pa zapacal«, »še študent bi bolje napravil«), kar ga spravlja v stisko in negotovost. Nepotrebno ponavljanje preiskav zagotovo ne podpira politike racionalnosti v zdravstvu. Sporočanje relevantnih podatkov vsem članom razširjenega tima strokovnjakov, ki obravnavajo bolnika, je zamudno in neučinkovito (15, 16).

Sodobna računalniška tehnologija, ki je postala del vsakdanjika v zdravstvu, ponuja na tem področju boljše možnosti (17, 18). Uporabnikom omogoča lažji in hitrejši dostop do potrebnih informacij. Mednarodni projekt PRIMACOM, ki ga sofinancira Evropska skupnost v okviru Znanstvenoraziskovalnega razvoja in sodelovanja (INCO-COPERNICUS), je na dveh pilotskih lokacijah skušal vzpostaviti in oceniti komunikacijo med primarno in sekundarno ravni zdravstvenega varstva. Ena od lokacij je bilo Osnovno zdravstvo Gorenjske – od tod nekaj izkušenj.

Računalniški zdravstveni kartoni naj bi sčasoma nadomestili papirnate (19). Dele takega kartona bo možno v celoti ali samo delno posredovati drugim izvajalcem zdravstvenih stori-

tev. Hitrost dostopnosti in večja možnost pošiljanja po elektronskih omrežjih sta odliki tega sistema, ki ga spremljata tudi dva temeljna problema: kompatibilnost sporočila z naslovnikovo programsko opremo in varnost sporočila v smislu varovanja osebnih podatkov. V navedenem projektu so za kompatibilnost poskrbeli s posebno programsko opremo (t. i. EDI-FACT konverter in komunikator) v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje in z Ministrstvom za šolstvo, znanost in šport pa so skozi Center vlade za informatiko vzpostavili omrežje z visoko stopnjo varnosti. Na ta način je možno pošiljati napotnice, recepte, naročila laboratorijskih preiskav, laboratorijske izvide, odpustnice. Računalniška izmenjava podatkov v opisanem primeru se je izkazala kot hitra, varna in učinkovita. Poteka med SB Jesenice, ZD Kranjska Gora in ZD Jesenice, vključiti pa nameravajo še dodatne izvajalce zdravstvenih storitev.

Glede na to, da številni kronični bolniki v zadnjih letih prehajajo v vodenje izključno svojih izbranih družinskih zdravnikov (npr. bolniki s sladkorno boleznijo, z boleznimi ščitnice, z osteoporozo, bolniki na antikoagulantnem zdravljenju), pozdravljamo tudi vse manj konvencionalne oblike komuniciranja med posameznimi ravnimi.

Elektronsko komuniciranje, kjer je varnost podatkov sicer vprašljiva, učinkovitost in hitrost reagiranja pa zavidljiva, je ponudila npr. Bolnišnica Golnik. Možen je elektronski posvet neposredno s posameznim specialistom, na željo in z utemeljitvijo osebnega izbranega zdravnika pa tudi zagotovitev termina pregleda po isti poti.

Odprti telefon za hitre konzultacije osebnega zdravnika s specialistom so ponudile tudi npr. Tireološka ambulanta KNM, Diabetološka ambulanta na Polikliniki in Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo. Na Onkološkem inštitutu je možen posvet po mobitelu, dostopen praktično vsakodnevno, z zdravnico specialistko za paliativno nego.

Poudariti je treba, da so tovrstne komunikacije v obojestransko korist, saj ne prinesejo le hitrega odgovora in nasveta (kadar je le možno) izbranemu zdravniku in njegovemu bolniku, ampak pogosto prihranijo tudi nepotrebne specialistične preglede in stroške za zdravstveno oskrbo na sekundarni ravni. Pogosto se namreč dogaja, da se osebni zdravnik znajde pod hudim pritiskom bolnikov in njihovih svojcev. Tudi v takih primerih lahko konsultacija po telefonu pomiri in prepriča obe strani.

V zadnjem času se – na naše veselje in nedvomno v prid bolnikov – dogaja, da prihajajo klici tudi z druge strani. Specialisti s sekundarne in terciarne ravni proizvedujejo pri nas za dodatne podatke, večinoma v zvezi z bolniki, ki so bili sprejeti preko urgentne službe. Četudi se mi je osebno to v zadnjih desetih letih pripetilo le trikrat, kaže na pozitiven razvoj sodelovanja. Ne nazadnje so tu še osebni stiki kot najbolj neposreden način komuniciranja. Osebni družinski zdravniki vse pogosteje obiskujejo svoje hospitalizirane bolnike. Takrat se ponuja tudi priložnost za pogovor in izmenjavo podatkov, vtisov in mnenj med izbranim osebnim zdravnikom in lečečim zdravnikom specialistom. Taka celostna obravnava bolnika nudi možnosti za boljši izid zdravljenja našega skupnega bolnika. Ne nazadnje tako možnost ponujajo tudi različna strokovna srečanja, kjer se srečujemo zdravniki različnih ravni. Ne le zdravstveni sistemi in reforme, naša lastna iznajdljivost in pripravljenost na sodelovanje lahko bistveno prispevata h kakovosti zdravstvene oskrbe.

Kakovost zdravstvene oskrbe in zadovoljstvo bolnikov

Trije vidiki kakovosti so prišli v zdravstveno oskrbo pravzaprav iz industrijskih panog: merljivost kakovosti (primerjava s standardom), ocena strokovnjaka vrste stroke (strokovni nadzor) in zaznavanje kakovosti s strani uporabnikov.

Poleg že omenjenih vidikov kakovosti s strani družbe (da se zdravstveno stanje državljanov izboljšuje) in s strani izvajalcev (natančne diagnoze, učinkovito in pravilno zdravljenje, odsotnost zapletov in dobro delujoč sistem) je nujno treba upoštevati tudi pomen kakovosti za bolnika. Zanj je kakovostna obravnava prav gotovo tista, ki je zadostila njegovim potrebam in pričakovanjem. Spremljanje kazalcev kakovosti terja dobre podatke o izidih in zapletih zdravljenja, ustrezno obdelavo letih, pravilno in ustrezno posredovanje podatkov porabnikom in izvajalcem ter vse posledične dejavnosti, ki izboljšujejo celovito kakovost zdravstvene oskrbe. Taki koraki nedvomno terjajo medsebojno povezovanje vseh ravni zdravstvene oskrbe. Slabše sodelovanje bolnikov je pričakovati ob določenih čakalnih dobah za pregled in velikih časovnih presledkih med kontrolami (20). Obenem raziskovalci ugotavljajo, da velikost zdravstvene ustanove na osnovni ravni zdravstvenega varstva ne vpliva na kakovost oskrbe kroničnih pacientov. Manjše ambulante so bolj dostopne in dosegajo višjo raven zadovoljstva bolnikov (21). Strah, da bodo bolniki slabše vodeni v manjših ali zasebnih ambulantah na ravni osebnega zdravstvenega varstva, je torej odveč. Tudi zdravstveno stanje bolnikov je postalo pomemben kazalec kakovosti pri ocenjevanju kakovosti oskrbe bolnikov (22, 23).

Nedavno smo tudi v Sloveniji preizkusili vprašalnik za oceno zdravstvenega stanja bolnikov EuroQol - EQ - 5D. Pri izpolnjevanju vprašalnika o težavah z zdravjem in oceni zdravstvenega stanja ob času anketiranja je sodelovalo 1795 anketirancev. Rezultati raziskave, ki jo je izvedel Kersnik s sodelavci v letu 1998, so pokazali, da ima 73% anketiranih vsaj en problem z zdravstvenim stanjem, 12% je poročalo o vsaj eni hudi težavi, 15% ni poročalo o kakršnih koli zdravstvenih težavah. Vprašalnik se je pokazal kot uporabno orodje za oceno splošnega zdravstvenega stanja bolnikov v splošni medicini. Bolniki, ki obiskujejo zdravnika družinske medicine, imajo veliko z zdravjem povezanih težav, zdravnik in člani tima pa jih morajo upoštevati ob oceni uspešnosti zdravljenja.

Pri oceni zadovoljstva s sistemom zdravstvene oskrbe je bilo v letu 1998 anketiranih 1809 zavarovancev. Uporabljen je bil vprašalnik EUROPREP, validiran in preizkušen. Kersnik s sodelavci ugotavlja, da je 72,9% sodelujočih zadovoljnih z obstoječim sistemom zdravstvene oskrbe, 95,5% je zadovoljnih z možnostjo proste izbire osebnega zdravnika. 54,2% bi svojega zdravnika zelo priporočilo prijateljicam in 67,6% nima namena spreminjati izbire osebnega zdravnika. Samo 2% anketiranih razmišlja o spremembi izbire in 3,5% vseh je spremenilo izbiro v preteklem letu. Presenetljiva je bila ugotovitev, da zadovoljstvo z osebnim zdravnikom družinske medicine vpliva na zadovoljstvo z zdravstvenim sistemom v celoti. Ta močna korelacija poudarja, da je zadovoljstvo bolnika pogojeno s poznavanjem poti iskanja zdravstvenih storitev in da je naš zdravstveni sistem oblikovan v skladu s potrebami populacije.

Osebna obravnava, kontinuirana skrb za bolnikovo zdravje, poznavanje njegovega okolja, družine, njegovih osebnih, socialnih, ekonomskih in zdravstvenih značilnosti so osnovne komponente dela v družinski medicini (24).

Pomanjkljivi podatki

Zagotovo bi bilo najučinkoviteje in najbolj prepričljivo naštetiti numerične podatke, podprte s statistično analizo. Zaradi raznovrstnosti in pomanjkanja podatkov to zaenkrat ni možno. Na temeljito raziskavo zaenkrat še čakamo. Lahko pa poskušamo sistematično in iz lastnih izkušenj odgovoriti na nekaj najpogostejših vprašanj.

1. Zakaj je napotitev z osnovne ravni zdravstvenega varstva na sekundarno in terciarno raven domnevno preveč? Možni odgovori:
 - pomanjkljivo strokovno znanje na osnovni ravni;

- časovna stiska, ki preprečuje poglobljeno obravnavo na osnovni ravni;
 - pomanjkanje/omejevanje sredstev za natančnejšo diagnostiko na osnovni ravni (materialnih oz. finančnih);
 - pritisk bolnikov zaradi nezaupanja v obravnavo na osnovni ravni ali zaradi osebnih dogovorov s specialisti na višjih ravneh.
2. Kaj je vzrok pomanjkljive dokumentacije, ki jo bolniki z osnovne ravni prinašajo ob pregledu k specialistu?
 - osebni izbrani zdravniki izvidov bolnikom enostavno ne izročijo (površnost, raztresenost...);
 - osebni izbrani zdravniki zaradi finančnih omejitev pred napotitvijo izvedejo le najnujnejšo in pomanjkljivo diagnostiko;
 - bolniki kljub opozorilu osebnega izbranega zdravnika priložene dokumentacije napotnemu zdravniku ne pokažejo;
 - specialisti dokumentacije pogosto ne pregledajo ali pa sami ponavljajo že opravljene preiskave (zgodi se, da tudi napotnico preberejo pomanjkljivo).
 3. Zakaj bolniki s sekundarne ravni izbranemu zdravniku prinašajo pomanjkljivo dokumentacijo?
 - pogosto bolniki izvid specialista zadržijo zase, saj menijo, da je namenjen njim;
 - specialisti poleg pisnega izvida domnevno bolnikom pogosto dajejo tudi ustne nasvete, ki niso dokumentirani;
 - specialisti na sekundarni ravni se redko poslužujejo možnosti t. i. horizontalne napotitve (od specialista k specialistu ali na preiskavo in nato nazaj k specialistu), ampak pošljejo bolnika nazaj na osnovno raven z navodili za nadaljnjo diagnostiko in po opravljeni preiskavi kontrola z izvidi spet pri nas;
 - pogosto dokumentacija časovno zelo zaostaja za opravljeno storitvijo (npr. odpustnice iz bolnišničnih oddelkov, nekateri specialistični pregledi).
 4. Kakšne konkretne možnosti vidimo za izboljšavo nastale situacije?
 - boljši stik in pretok informacij med osnovno in sekundarno ravni (npr. konzultacijske telefonske linije, elektronska pošta, osebni stiki);
 - skupno reševanje konkretnih problemov v smislu »patient centered care«;
 - zasnova raziskav z namenom pridobitve objektivnih podatkov o smiselnosti in utemeljenosti napotitev;
 - dostopnost podatkov o bolniku z vseh ravni zdravstvenega varstva (t. i. elektronska kartoteka);
 - primerna motiviranost, zavzetost za zdravljenje in sodelovanje bolnika (seznam zdravil!);
 - oblikovanje konstruktivnih medsebojnih odnosov med zdravniki vseh ravni v smislu medsebojnega spoštovanja, zaupanja in kolegialnosti.

Zaključki

Napredek medicinske znanosti, spreminjanje demografskih značilnosti populacije in ekonomsko-politične spremembe terjajo tudi spremembe v sistemu zdravstvenega varstva na vseh ravneh. Poleg sistemskih rešitev, ki jih predpisuje zakonodajalec, poleg zdravstvene reforme in številnih drugih predpisov je nujno tesno strokovno povezovanje in sodelovanje osnovne ravni zdravstvenega varstva s sekundarno in terciarno. Nove tehnološke možnosti ponujajo hitrejšo, varnejšo in popolnejšo izmenjavo podatkov in medicinske dokumentacije. Raziskave, ki ocenjujejo kakovost zdravstvene oskrbe in zadovoljstvo uporabnikov z njo, so pri našem delu nujno potrebne in koristne kot objektivna povratna informacija. Kakovostna in celostna oskrba bolnikov mora biti pri delu vseh ravni zdravstvenega varstva osnovno vodilo. Od vseh izvajalcev terja tako delo veli-

ko strokovno usposobljenost, pa tudi moralne, etične, človeške odlike in veliko sposobnost komuniciranja. V izhodišče zdravstvenega sistema je še vedno umeščen družinski zdravnik kot vstopno mesto v zdravstveni sistem, kot koordinator in najboljši poznavalec bolnika. Taka vloga mu poleg pooblastil prinaša tudi velike odgovornosti.

Nove raziskave z objektivnimi merili, podatki o kakovosti zdravstvene oskrbe in spremljanje lastne kakovosti dela bodo prinesle nove podatke za nadaljnje izboljšave dela in sodelovanja med zdravniki družinske medicine in specialisti na različnih ravneh.

Literatura

- Zdravstveni statistični letopis 2001. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2003.
- Poročilo OECD za leto 2000.
- Keber D. Reformi na pot. Julija 2003.
- HFA kazalniki, aplikacija na <http://www.who.dk>, dostop do podatkov januar 2003.
- ZIS Bolnišničnih obravnav (bolezni, poškodbe, zastrupitve), Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2001.
- Švab I. Primary health care reform in Slovenia: first results. *Soc Sci Med* 1995; 41: 141-4.
- WHO Regional office for Europe. Targets for health for all. The health policy for Europe. Summary of the Updated Edition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1992: 1-38.
- Williamson JW. Illness and challenges in quality assurance of health care. *International Journal for Quality in Health Care* 1994; 6: 5-15.
- Erekiel EJ, Nevelof Dubler N. Preserving the physician-patient relationship in era of managed care. *JAMA* 1995; 273: 323-9.
- Brody H. Quality and health care reform. *J Form Practice* 1994; 39: 423-6.
- Kersnik J. Developing national policy on quality in health care in Slovenia: Implications for general practice. *Audit Tends* 1996; 4: 151-4.
- Kelson M. Consumer involvement initiatives in clinical audit and outcomes. A review of developments and usies in the identifications of good practice. London: Department of Health Clinical outcomes Group, 1995: 1-62.
- Kersnik J. Patients' satisfaction with family practice: comparison between Europa and Slovenia. *Zdrav Vestn* 2000; 69: 5-10.
- Gordon J, Kearney M, Watson P. Medical records in general practice. *The Medical Journal of Australia* 1992; 156: 701-9.
- Kersnik J, Švab I. Predlog novega zdravstvenega kartona. *Zdrav Vars* 1996; 35: 193-9.
- Liaw TS. Information management in primary medical care in South Australia. *Fam Practice* 1994; 11: 44-50.
- Selbman HK, Pietsch Breitfeld B. Hospital information systems and quality assurance. *Quality Assurance in Health Care* 1990; 2: 335-44.
- Wyatt JC. Clinical data system. Part 1: Data and medical records. *Lancet* 1994; 344: 1534-7.
- Wyatt JC. Clinical data system. Part 3: Development and evaluation. *Lancet* 1994; 344: 1682-8.
- Stephenson B, Rowe BH, Haynes B, Madraria WM, Levn G. Is this patients taking the treatment as perscribed? *JAMA* 1993; 269: 2779-81.
- Majeed A, Gray J, Ambler G, Conroll K, Birdman AB. Association between practical size and quality of care of patient's with ischaemic heart disease: cross sectional study. *BMJ* 2003; 326: 371-2.
- Brook RH, Komberg CJ, McGlynn EA. Health system reform and quality. *JAMA* 1996; 276: 476-7.
- Paterson C. Measuring outcomes in primary care: SF-36 health survey. *BMJ* 1996; 312: 1016-20.
- Hiordahl, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992; 304: 1287-90.