

Gordana Živčec - Kalan<sup>1</sup>, Helena Skačej<sup>2</sup>

## Kako zmanjšati število napotitev in izboljšati njihovo kakovost?

*How to Reduce the Number of Referrals and Improve Their Quality?*

---

### IZVLEČEK

**KLJUČNE BESEDE:** družinska medicina, napotitev

Nekatere slovenske raziskave so pokazale, da je v primerjavi z drugimi evropskimi državami število napotitev k specialistu pri nas dokaj veliko, njihova kakovost pa relativno majhna. V tem prispevku razmišljamo o vzrokih za napotitev in predlagamo, kako zmanjšati njihovo število in izboljšati kakovost. Izkaže se, da je samo z administrativnimi ukrepi pogostost napotitev težko zmanjšati, lahko pa z drugimi metodami izboljšamo njihovo kakovost in tako dvignemo učinkovitost dela.

---

### ABSTRACT

**KEY WORDS:** family practice, referral and consultation

It has been shown that in Slovenia the percentage of referrals to specialists is relatively high compared to other European countries. At the same time, the referral quality is low. This paper analyses reasons for referral. Some suggestions are provided on how to reduce the number of referrals and how to improve their quality. The former task turns out to be difficult if one uses only the administrative measures, while the latter is more feasible and is accompanied by an improvement in working efficiency.

---

<sup>1</sup> Asist. Gordana Živčec - Kalan, dr. med., ZD Ilirska Bistrica, Gregorčičeva 8, 6250 Ilirska Bistrica.

<sup>2</sup> Helena Skačej, štud. med., Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana.

## UVOD

### Napotitve in zdravstveni sistem

Zdravnik družinske medicine (primarna raven) lahko svojega varovanca zaradi različnih razlogov napoti k ustreznemu kliničnemu specialistu (sekundarna raven). Bolnik ima do posvetovanja s specialistom pravico, določeno z zakonom (1). Za naš sistem zdravstvenega varstva je značilno, da je za obisk pri specialistu (razen za ginekologa, psihiatra in okulista) ter za vse nenujne sprejeme v bolnišnico potrebna napotnica, ki jo izda zdravnik v osnovni zdravstveni dejavnosti. Napotnica je pisni dokument, s katerim se zdravnik obrača na drugega zdravnika (2). Dostop do specialista je v nenujnih primerih brez napotnice možen le, če bolnik pregled plača sam (2). Nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč pa lahko opravi zdravnik specialist brez napotnice (3). Poleg napotnice se za napotitve pogosto uporablja tudi delovni nalog. To je obrazec, s katerim zdravnik svojega varovanca ne napoti v obravnavo k drugemu zdravniku, temveč v oskrbo ali posege pri drugih zdravstvenih delavcih, kot npr. k fizioterapevtu ali patroznajni sestri.

Od leta 1992 je v slovenski sistem zdravstvenega varstva uveden inštitut osebnega izbranega zdravnika. V Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je v 80. členu zapisano: »Pri uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja po tem zakonu ima zavarovana oseba pravico do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda. Zdravnik, ki ga zavarovana oseba izbere, je njen osebni zdravnik. Zavarovana oseba ima pravico, da poleg splošnega osebnega zdravnika svobodno izbere tudi osebnega zdravnika – specialista s področja ginekologije in pediatrije. Osebni zdravnik zdravi in je pooblaščen, da ugotavljačasno nezmožnost za delo in druge razloge za zadržanost od dela do 30 dni, napotuje na zdravniško komisijo, k specialistom in v bolnišnico, predpisuje na račun Zavoda zdravila na recept in vodi ter zbira zdravstveno dokumentacijo o zavarovani osebi. Zavarovana oseba si izbere osebnega zdravnika najmanj za dobo enega leta. To obdobje se lahko skrajša, če pride med zdravnikom in zavarovano osebo do nesoglasij in nezaupanja. Osebni

zdravnik lahko pooblastila iz prejšnjega odstavka, ki se nanašajo na diagnostiko in zdravljenje, vključno s predpisovanjem zdravil na recept, kot tudi na napotitev na bolnišnično zdravljenje, prenese na ustreznega specialista, napotnega zdravnika oziroma drugega zdravnika v dispanzerski dejavnosti v osnovni zdravstveni dejavnosti, če to narekuje bolnikovo zdravstveno stanje in racionalnost dela« (4).

### Vrste napotitev

Zdravnik primarne ravni lahko svojega varovanca napoti na diagnostične preiskave, h kliničnemu specialistu v ambulantno obravnavo, ali v bolnišnico (5). Glede na tip delimo napotitve na prve in ponovne. Slednje predstavljajo tiste napotitve, pri katerih je bil bolnik zaradi iste težave že pregledan pri istem specialistu (2). Ponovne napotitve obsegajo napotitve po odločitvi izbranega zdravnika ali na predlog specialista klinične stroke oziroma na zahtevo imenovanega zdravnika in zdravniške ali invalidske komisije (5). Zdravnik družinske medicine vpliva predvsem na prvi pregled pri specialistu, pri ponovnem pa ima pomembnejšo vlogo zdravnik specialist, ki bolniku sam priporoči kontrolo (6). Večina napotitev v Sloveniji je ponovnih (2). Napotitve lahko razdelimo tudi v tiste, pri katerih je zdravnik iz osnovne zdravstvene dejavnosti poslal bolnika k specialistu (neposredne ali direktne), ter v tiste, ko en specialist pošlje bolnika k drugemu specialistu (posredne ali indirektne) (2). Po nujnosti ločimo napotitve na nujne in rutinske. Slednjih je v Sloveniji več kot 70 % (7).

### Število in kakovost napotitev ter vpliv zdravnika družinske medicine nanje

Zdravnik družinske medicine dokončno oskrbi večino težav, zaradi katerih iščejo pomoč njegovi bolniki. Zaradi tega le manjši del obolenih potrebuje pomoč zdravnika specialista (2). V zadnjih desetih letih je prišlo do rasti števila obiskov na sekundarni ravni. Napotitve k specialistu so se povečale skoraj za trikrat, stopnja sprejemov v bolnišnico pa je v Sloveniji v tem obdobju le malenkostno naraščala (8).

Novejši podatki kažejo, da je že skoraj tretjina bolnikov, ki pridejo k osebnemu izbranemu

zdravniku na prvi obisk, napoteni na specialistični pregled. Med vsemi obiski pri izbranih osebnih zdravnikih je ta delež skoraj 15 % in je v primerjavi z drugimi evropskimi državami sorazmerno velik (8). Prevladujejo ponovne napotitve, večina pa je rutinskih (6, 7). Napotitve v bolnišnico se gibljejo med 1,5–3 %.

Tako število kot tudi kakovost napotitev k specialistu sta v veliki meri odvisna prav od zdravnika družinske medicine. Seveda obstajajo razlogi tudi na strani bolnika (npr. večja osveščenost) in v sistemu (npr. napredek medicine z večjimi diagnostičnimi možnostmi, staranje prebivalstva in z njim povezano večje število kroničnih bolnikov itd.).

V nadaljevanju bomo analizirali nekaj predlogov, s katerimi bi lahko zmanjšali pogostost napotitev in izboljšali njihovo kakovost.

## RAZPRAVLJANJE

### Razlogi za napotitve in predlogi za zmanjšanje njihovega števila

Najprej predstavljamo tista stanja, pri katerih je napotitev k specialistu oziroma v bolnišnico nujna, ker je neposredno ogroženo zdravje bolnika, ali pa bi se lahko s čakanjem na napotitev njegovo zdravstveno stanje bistveno poslabšalo. V teh primerih števila napotitev nikakor ne bi bilo opravičljivo zmanjševati.

#### Nujna bolezenska stanja

Naloga zdravnika družinske medicine je, da takšno stanje prepozna, izvede nujne ukrepe ter bolnika napoti za nujni sprejem na ustrezni oddelek, kjer bo imel večje možnosti ugodnega izida obravnave (npr. pri sumu na akutno srčno kap, možgansko kap, akutni abdomen, šokovna stanja itd.).

#### Napredovalo stanje določene bolezni, predviden nevarni potek bolezni

Tudi tukaj je pomembno, da zdravnik družinske medicine takšno stanje pravilno oceni in izda napotnico za sprejem, saj ta omogoča stalen nadzor in hitrejšo ukrepanje med pričakovanim možnim poslabšanjem (npr. težave z dihanjem zaradi napredovelega srčnega popuščanja, poslabšanje kronične obstruktivne pljučne bolezni ob okužbi, akutne psihoze,

sum na vnetje možganskih ovojnic, zastrupitev itd.).

#### Poškodbe, ki jih ni mogoče dokončno oskrbeti na primarni ravni

Zdravnik družinske medicine v teh primerih nudi ustrezno prvo pomoč in bolnika pošlje k specialistu oziroma v bolnišnico, kjer bodo poškodbo dokončno in v celoti oskrbeli (npr. poškodbe okostja, trebušnih organov itd.).

V nadaljevanju prikazujemo še nekatere druge razloge, zaradi katerih zdravnik družinske medicine svojega bolnika napoti na sekundarno raven. Ob tem podajamo nekaj predlogov, ki bi lahko zmanjšali število napotitev.

#### Nepoznavanje določenih bolezenskih stanj in ustrezne diagnostike, nejasna stanja

Za zdravnika družinske medicine je pomembno, da poleg pogostejših bolezni pozna tudi začetne simptome in nerazvite oblike nekaterih redkejših bolezenskih stanj. Pogosto je treba počakati, da se bolezen razvije v celoti; šele takrat je simptome namreč mogoče ustrezno prepoznati. Ob tem bi zdravnik družinske medicine potreboval priporočila svoje stroke, ker so navodila specialistov pogosto neučinkovita in neživljenjska za okolje, kjer deluje (npr. določanje troponina). K širjenju strokovnega znanja zdravnikov družinske medicine lahko specialisti vsekakor veliko prispevajo, npr. v obliki predavanj ali delavnic, ki so prilagojena dejanskim razmeram, v katerih zdravniki družinske medicine delajo. Za takšna izpopolnjevanja bi moralo obstajati temu naklonjeno delovno okolje, primerna organizacija dela (npr. nadomeščanje kolega na izobraževanju), sprejemljiva obremenjenost zdravnika, finančna sredstva itd. Pomagalo bi lahko tudi dostopnejše posvetovanje z ustreznimi specialisti npr. po telefonu v celotnem delovnem času, vprašalniki (algoritmi odločanja) pred odločanjem o specialističnem pregledu, več časa za natančnejšo obravnavo bolnika itd.

#### Nezadovoljliva opremljenost, nezmožnost poglobljene diagnostike

Idealno bi bilo, če bi bila opremljenost ambulantne zdravnika družinske medicine na takšnem nivoju, da bi omogočila ciljano diagnostiko

vseh pomembnih akutnih in kroničnih stanj. V številnih ambulantah zdravnikov družinske medicine ni pomembnih pripomočkov za delo, kot so npr. spirometer, oftalmoskop ali pribor za pregled grla. Primerno opremljen in usposobljen zdravnik, ki bi lahko npr. hripavega bolnika že na primarnem nivoju ustrezno pregledal, bi dovolj hitro postavil sum na bolezenski proces tega področja (npr. rak glasilk) in ga nato utemeljeno poslal k otorinolaringologu; v primeru negativnega izvida pa bi iskal druge vzroke hripavosti in zaenkrat opustil nujno napotitev na sekundarni nivo.

Za izvedbo in komentar izvidov diagnostičnih preiskav, kot so npr. računalniška tomografija, magnetna resonanca in endoskopije, so usposobljeni pristojni zdravniki specialisti. Pomembno je, da zdravnik družinske medicine pravilno presodi, kdaj so takšne preiskave potrebne. Neutemeljene napotitve povzročajo nepotrebno obremenjevanje bolnikov (npr. pri kolonoskopiji), velike stroške (npr. pri preiskavi z magnetno resonanco) in dolge čakalne vrste. Dobrodošel bi bil algoritem odločanja za takšne preiskave.

### **Zahtevnost zdravljenja**

Družinska medicina praviloma ne opravlja nalog, za katere so potrebne zahtevnejše medicinske tehnologije (vključno z usmerjenimi znanji), ki jo imajo na razpolago druge stroke. Zdravnik družinske medicine pa naj bi opravil bolniku vse tiste terapevtske postopke, za katere lahko prevzame polno odgovornost. To je v veliki meri odvisno od njegovega znanja in opreme, ki mu je na voljo. V vsakdanji praksi zdravnik družinske medicine oskrbuje površinske poškodbe in opekline, zvine, izvaja nekatere ambulantne kirurške posege, preveze, kateterizacije, inhalacije, odstranjuje šive, izpira ušesa, daje injekcije, nudi prvo pomoč pri nujnih stanjih itd. V kolikor pride do prenosa obravnav zahtevnejših in kompleksnejših stanj k osebnemu zdravniku, ga je treba ustrezno izobraziti, mu zagotoviti orodja za delo in predvideti čas za oskrbo (npr. pri izvajanju brisov materničnega vratu). Ob boljši opremljenosti, poglobljenem znanju, daljšem času za obravnavo in natančnih smernicah, specifičnih za družinsko medicino, bi zdravnik družinske medicine lahko prevzel obravnavo kompleksnejših in zahtevnih bolezenskih stanj.

### **Zdravnikova preobremenjenost**

Velika preobremenjenost zdravnika družinske medicine je posledica skrajševanja ležalnih dob v bolnišnicah, staranja prebivalstva s pogostejšimi kroničnimi boleznimi, dela za ZZZS, zdravstvene vzgoje, preventivnih programov, večje zahtevnosti obravnav ter boljše informiranosti bolnikov in z njo povezanih večjih pričakovanj. Z izobraževanjem in zaposlitvijo zadostnega števila novih zdravnikov družinske medicine ter z boljšo organizacijo dela, ki pa jo je treba sistemsko urediti, bi se lahko obremenitve nekoliko zmanjšale. S tem bi bilo zdravniku na voljo več časa za poglobljeno obravnavo bolnika.

Obstajajo razlike med bolniki, pri čemer eni prepogosto, drugi pa preredko obiskujejo osebnega zdravnika. Potrebne bi bile raziskave, ki bi pokazale, kako se bolniki odločajo za pregled pri zdravniku, in iz njih izpeljati izhodišča za boljšo organiziranost službe primarnega nivoja.

### **Pomanjkanje izkušenj**

Znano je, da izkušeni zdravniki, ki so sposobni prenašati občutek negotovosti, k specialistu pošiljajo manj bolnikov (9). V tem kontekstu bi bilo primerno mladim zdravnikom zagotoviti izobraževanje ob motiviranem mentorju, ki bi jim bil na voljo in jim omogočil čimveč samostojnega dela v skladu z njihovim predhodnim znanjem in veščinami.

### **Ponovne napotitve in kontrolni pregledi pri specialistu**

Število le-teh bi lahko zmanjšali, če bi del teh kontrolnih pregledov opravil zdravnik družinske medicine. Izkazalo se je, da bi ti bili pripravljene prevzeti skoraj polovico kontrol. Pogoj za to bi bila natančna navodila s strani specialista, hiter dostop do njega, zadovoljivo znanje v zvezi s smernicami za spremljanje kroničnih bolnikov, dobra opremljenost in dovolj časa za vodenje takih bolnikov. Če bi osebni zdravniki opravljali več kontrolnih pregledov, bi bilo v specialističnih ambulantah več prostora za nove, prve preglede. Spremeniti bi se morala tudi miselnost, saj mnogi bolniki menijo, da prepustitev v kontrolo zdravniku družinske medicine pomeni, da so jih specialisti »zapustili« (10, 11).

## Bolnikova želja (zahteva) po specialistični oskrbi

Dandanes še veliko bolnikov meni, da le pregled pri specialistu zagotavlja kvalitetno obravnavo njihove bolezni, v ambulantno osebnega zdravnika pa pridejo le po napotnico. Zaradi tega bi bilo treba vplivati na miselnost ljudi in jih na podlagi dobrih rezultatov obravnav prepričati, da je tudi oskrba na primarnem nivoju kakovostna in v veliki večini primerov popolnoma zadostna. To je mogoče le z ustreznimi kazalniki kakovosti, njihovim spremljanjem in vrednotenjem. Seveda je v ta namen potrebna nacionalna raziskava. Prav tako pa je zaželeno, da predstavnik ZZS ob sklenitvi zavarovanja bolnika pouči o njegovih pravicah in dolžnostih. Ob tem bi bil zavarovanec obveščten, da ga izbrani zdravnik ni dolžan napotiti na njegovo zahtevo in v nasprotju s strokovno doktrino (5).

## Zniževanje stroškov

Podatki iz literature govorijo, da je neustrezen način plačevanja laboratorijskih preiskav, ki so vključene v pavšalnem znesku v glavarino zdravnika družinske medicine, sprožil porast napotitev k specialistu. Če zdravnik družinske medicine bolnika napoti k specialistu, se lahko izogne svojemu strošku za preiskave in ga »preloži« na specialista (2, 8, 12–15). Takšen motiv pošiljanja bolnika na sekundarno raven je neustrezen, saj po nepotrebnem obremenjuje specialista in daljša čakalne dobe. Prav tako je poznan tudi povratni učinek, ko klinični specialist naroča osebnemu zdravniku, katere laboratorijske preiskave naj izvede, in jih nato pošlje njemu v vednost. Takšen sistem je neučinkovit, ker ne zagotavlja nobene kakovosti v nadzoru potrebnih preiskav (pogosto podvajanje), poleg tega pa povzroča tudi nepotrebne stroške in »hudo kri« pri izvajalcih.

## Izboljšanje kakovosti napotitev

Na kakovost napotitev pomembno vpliva **komunikacija** med zdravnikom družinske medicine in specialistom oziroma bolnišnico. Analize so pokazale, da se podatki med zdravniki v osnovni zdravstveni dejavnosti in specialistični ustanovi sicer hitro izmenjujejo (7), obstaja pa vprašanje njihove učinkovitosti (2). Iz izsledkov slovenske študije izhaja, da pri kar 67% napotitev obstajajo znaki slabe komunikacije med kliničnim specialistom in

osebnim zdravnikom (16). Slaba komunikacija povzroča izgubo časa, sistemske napake, višje stroške in lahko 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 (11). Sporazumevanje med zdravnikom družinske medicine in specialistom bi lahko izboljšali npr. s pogostejšimi neposrednimi pogovori ali posvetovanji po telefonu, elektronski pošti, internetu ali preko videopovezav s specialistično službo.

K povečanju kakovosti napotitev pomembno doprinese tudi **utemeljenost** napotitve. Neprimerne napotitve predstavljajo čezmerno obremenitev specialistov ter nesmotrno uporabo finančnih virov. Na primernost napotitev vplivajo dejavniki, ki smo jih omenili v predhodnem (prvem) poglavju.

K izboljšanju kakovosti napotitev veliko prispeva tudi pravilno izpolnjena **napotnica**. Napotnice so pomemben medij za prenos informacij o bolnikih, pa tudi za ustvarjanje in vzdrževanje profesionalnih odnosov (11). Napotnica je v večini primerov edini stik med zdravnikom družinske medicine in kliničnim specialistom.

Značilnosti kvalitetne napotnice so:

- čitljivost (ena izmed slovenskih študij je pokazala, da je bila samo polovica napotnic dobro berljivih (16)),
- določa vrsto specialista, ki naj bi bolnika obravnaval,
- pojasnjuje ugotovitve in potek obravnave bolezni pred napotitvijo (npr. opis stanja, zdravljenja, posegov in diagnoze),
- vsebuje pomembne podatke o bolniku (npr. dotedanje bolezni),
- zajema zbrane predhodne izvide o opravljenih pregledih – izvide zdravnik družinske medicine priloži ali na kratko strne,
- specialistu zastavlja jasno vprašanje, ki odraža, kaj osebni zdravnik pričakuje od njega (npr. vzrok napotitve, želje po potrebnih pregledih),
- označeno je, katera pooblastila zdravnik družinske medicine prenaša na specialista (npr. pregled in mnenje, zdravljenje osnovne bolezni/poškodbe in njenih posledic, napotitev na zdravljenje k drugim specialistom in v bolnišnico itd.) ter za kakšno dobo (npr. enkratno pregled ali za obdobje do največ enega leta),

- ponovna napotnica opisuje bolnikov napredek v obdobju od prejšnjega pregleda,
- napisana je vljudno, kar kaže na kulturo medčloveških odnosov (2).

Na osnovi tujih analiz je napotnic, ki bi ustrezale vsem naštetim strokovnim kriterijem, izredno malo (17). Zdravniki se vse prepegosto bolj podreajo administrativnim kot pa strokovnim zahtevam po ustrezni napotnici (2).

V primeru, da so podatki na napotnici pomanjkljivi, lahko klinični specialist zaprosi zdravnika družinske medicine, ki je napotnico izdal, da mu pošlje dodatno dokumentacijo in potrebne podatke. Specialist lahko tudi odkloni sprejem pooblastila osebnega zdravnika, če niso predhodno opravljene vse storitve, ki bi jih lahko zagotovil osebni zdravnik na primarni ravni, oziroma narava bolezni ne zahteva obravnave na sekundarni ravni (15). Tukaj obstaja problem, ker standard ustreznosti še vedno ni določen.

Do sedaj so izdelana navodila za pripravo bolnika pred operacijskim posegom v anesteziji, ki sta jih za odbor za osnovno zdravstvo Zdravniške zbornice Slovenije pri-

pravila Franc Šuta in Gordana Živčec - Kalan. Kot primer kriterijev, ki omogočajo kakovostnejše napotitve, jih v nadaljevanju navajamo v celoti (18).

»Odbor za osnovno zdravstvo Zdravniške zbornice Slovenije je na osnovi znanstveno utemeljenih dokazov zbral in prilagodil predloge RSK za anesteziologijo in RSK za splošno/družinsko medicino o navodilih, ki naj jih upoštevajo zdravniki splošne/družinske medicine, ko pripravljajo svoje bolnike za operacijski poseg v anesteziji. Predlogi so bili usklajeni in sprejeti na sestanku anesteziologov in zdravnikov splošne/družinske medicine, dne 29. 5. 2001. V imenu RSK/Kolegija za anesteziologijo ga je podpisala prof. dr. Vesna Paver Eržen, dr. med., v imenu RSK/Odbora za osnovno zdravstvo pa asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med.

Navodila upoštevajo starost, spremljajoče bolezni in dodatno zdravljenje bolnika. Izbrani zdravnik posreduje anesteziologu kar največ dodatnih informacij, ki jih zabeleži na spremnem dopisu, kot je objavljeno v nadaljevanju. Zdravnik osnovne ravni opravi

Tabela 1. Seznam preiskav za poseg v splošni anesteziji, ki jih opravi osebni zdravnik, osebni pediater ali osebni ginekolog.

Priprava bolnika na osnovnem nivoju za operacijski poseg v splošni anesteziji

Predoperacijsko stanje	hemoglobin	levkociti	krvni sladkor	kreatinin	kalij	AST alk. fosf.	urin	EKG	RTG p/c
SPOL, STAROST									
Otroci	+								
moški – pod 40									
moški – 40–60			+	+				+	
moški – nad 60	+		+	+				+	+
ženske – pod 40	+								
ženske – 40–60	+		+	+				+	
ženske – nad 60	+		+	+				+	+
SPREMLJAJOČE BOLEZNI									
Srčnožilna bolezen				+				+	+
Pljučna bolezen								+	+
Sladkorna bolezen			+	+					+
Jetrna bolezen						+			
Ledvična bolezen	+			+	+		+		
Rakava bolezen	+								+
Levkemije	+	+							+
Obsevalna terapija		+						+	+
ZDRAVILA									
Diuretiki				+	+			+	
Steroidi p/o			+		+				

## Spremi dopis

Spoštovana kolegica, spoštovani kolega!  
 Po pripravi vam pošiljam bolnika na poseg v anesteziji.  
 Prosim, da bolnika prevzamete in po potrebi dopolnite preoperativno diagnostiko.  
 S kolegalnimi pozdravi!

**OSEBNI PODATKI BOLNIKA/CE:**

Priimek in ime: \_\_\_\_\_

Rojen/a: \_\_\_\_\_ Naslov: \_\_\_\_\_

**NAPOTNA DIAGNOZA:****SPREMLJAJOČE BOLEZNI:****ZDRAVILA:****DIETE:****ALERGIJE:****RAZVADE:****PREJŠNJI POSEGI V ANESTEZIJI IN MOREBITNI ZAPLETI:**

Datum in opis:

**KOMENTAR PRILOŽENIH IZVIDOV:****OSTALE PRIPOMBE:**

Kraj: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Žig in podpis

izbranega zdravnika: \_\_\_\_\_

dogovorjene preiskave, ki se lahko na sekundarni ravni po potrebi in smiselno dopolnijo. Seznam preiskav velja za celotno Slovenijo, ne glede na bolnišnico, v katero je bolnik napoten. Predstavlja kompromis med možnostmi osnovne ravni in zahtevami anesteziologov. Osebni zdravnik ga dopolni, če je to glede na zdravstveno stanje bolnika potrebno. Priloži tudi vse izvide drugih opravljenih preiskav in pregledov.

Osebni zdravnik poda komentar preiskav, katerih vrednosti so izven referentnih območij.

Če je osnovna bolezen stabilna, so lahko RTG-slike pljuč in srca stare do enega leta.

O sposobnosti bolnika za operacijski poseg odločata anesteziolog in operater. Osebni zdravnik o tem ne daje mnenj.

Navodila se bodo dopolnjevala glede na potrebe v praksi.

## ZAKLJUČEK

V Sloveniji je število napotitev iz primarne na sekundarno raven veliko, njihova kakovost pa vse pre pogosto majhna. Nekaj možnosti za izboljšanje obeh problemov smo nanizali v tem prispevku. Strokovna priporočila, ki bi bila prilagojena načinu in pogojem dela zdravnika družinske medicine (npr. opremi ambulant ali času za obravnavo), bi mu omogočila lažje prepoznavanje začetnih oblik bolezenskih stanj, uspešnejšo obravnavo zahtevnejših stanj in vodenje kontrolnih pregledov

mnogih kroničnih bolnikov. Boljša organizacija dela ter zaposlitev večjega števila kakovostno izobraženih zdravnikov družinske medicine bi omilila njihovo obremenjenost. Vse to bi neposredno ali posredno zmanjšalo število obiskov pri specialistu. K temu bi pripomogla tudi ustrežnejša opremljenost ambulant in nenazadnje »splošno ozračje med ljudmi«, ki bi se naučili bolj zaupati osebnemu zdravniku.

H kakovosti napotitev veliko prispevajo pravočasno in pravilno pošiljanje bolnika v specialistično obravnavo, ustrezno sodelovanje med zdravnikom na osnovni in specialistični ravni ter bolnišnico in napotnice, ki vsebujejo dovolj informacij za napotnega zdravnika, da zagotovijo bolniku zadostno in varno obravnavo.

Ob navedenih predlogih se zavedamo, da je le-te veliko lažje zapisati na papir kot resnično izvesti. Potrebne so dodatne raziskave, ki bodo pokazale, na osnovi katerih razlogov se bolniki odločajo za obisk pri osebnem zdravniku. Prav tako naj bi skrbno načrtovali vsak nov premik v obravnavi bolnikov. Stroka ne more zagotoviti izboljšanja organizacijske situacije, lahko pa izdela kriterije za boljše in kakovostnejše napotitve. Prvi korak je bil narejen z izdelavo navodil za pripravo bolnika na poseg v anesteziji (18). Vsak ukrep, ki bo izboljšal kakovost napotitev, bo dobrodošel tako za zdravnika družinske medicine kot za kliničnega specialista in, nenazadnje, tudi za bolnika.

## LITERATURA

1. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Uradni list Republike Slovenije 1992; 2. p. 577-90.
2. Švab I. Tehnike dela v družinski medicini. Napotitve k specialistu in v bolnišnico. V: Švab I, Rotar Pavlič D, ur. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Slovenskega zdravniškega društva; 2002. p. 700-4.
3. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. 189. člen. Dosegljivo na: <http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/pravila>. Datum dostopa: 30. 9. 2004.
4. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Prvi del. Zdravstveno varstvo. Temeljne odločbe. 80. člen. Dosegljivo na: [http://www2.gov.si/zak/zak\\_vel.nsf/zakposop/1992-01-0459?OpenDocument](http://www2.gov.si/zak/zak_vel.nsf/zakposop/1992-01-0459?OpenDocument). Datum dostopa: 30. 9. 2004.
5. Sestanek članov RSK za splošno/družinsko medicino in predsednice odbora za osnovno zdravstvo, Bled, 7. 9. 2001 ter potrditev sklepov sestanka na korespondenčni seji za splošno/družinsko medicino, 10. 9. 2001. Dosegljivo na spletnem naslovu: <http://www.drmed.org/rsk/sklepi.php>. Datum dostopa: 30. 9. 2004.
6. Voljč B. Analiza specialističnih pregledov zavarovancev občinske zdravstvene skupnosti Ribnica s predlogi za cenejšo doktrino [magistrska naloga]. Zagreb: Medicinska fakulteta Univerze v Zagrebu, Škola narodnog zdravlja »Andrija Štampar«; 1981.
7. Švab I. Multivariantna analiza vzrokov napotitev iz splošnih ambulant. Doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani; 1993.
8. Dejavnost na primarni, sekundarni in terciarni ravni. V: Zdravstvena dejavnost. Dosegljivo na: [http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf/v/KA82F72D1421C18EC1256D60003451B9/\\$file/dodatek2.pdf](http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf/v/KA82F72D1421C18EC1256D60003451B9/$file/dodatek2.pdf). Datum dostopa: 30. 9. 2004.



9. Grol R, Whitfield M, De Maessener J, et al. Attitudes to risk taking in medical decision making among British, Dutch and Belgian general practitioners. *Br J Gen Pract* 1990; 40 (333): 134-6.
10. Burkey Y, Black M, Reeve H, et al. Long-term follow-up in outpatient clinic. 1: The view from general practice. *Fam Pract* 1997; 14 (1): 24-8.
11. Markovič S. Sodelovanje med zdravniki na različnih ravneh. *Zdrav Vest* 2003; 72: 613-5.
12. Kersnik J. Odločanje v družinski medicini. Napotitev. V: Švab I, Rotar Pavlič D, ur. *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Slovenskega zdravniškega društva; 2002. p. 46-7.
13. Rotar Pavlič D. Splošna medicina v številkah. Napotitve v bolnišnico in k specialistu. V: Švab I, Rotar Pavlič D. *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Slovenskega zdravniškega društva; 2002. p. 775-7.
14. Horvat M. Aktivnosti in obremenitve slovenskih zdravnikov splošne medicine v delovnem in prostem času [diplomska naloga]. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani; 1999.
15. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. 176. člen. Dosegljivo na: <http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/pravila>
16. Govc Eržen J. Sporazumevanje med zdravniki v osnovni in specialistični dejavnosti. *Zdrav Var* 1994; 33: 9-12.
17. Newton J, Hutchinson A, Hayes V, et al. Do clinicians tell each other enough? An analysis of referral communications in two specialities. *Fam Pract* 1994; 11: 15-20.
18. Anon. navodila za pripravo bolnika na primarnem nivoju za operativni poseg v anesteziji. *Isis* 2001; 7: 89-90.

Prispelo 27. 5. 2005