

Suradnja primarne i sekundarne zdravstvene zaštite

Lazić, Vanja

Master's thesis / Diplomski rad

2014

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:911852>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-02**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Vanja Lazić

**Suradnja primarne i sekundarne
zdravstvene zaštite**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2014.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Vanja Lazić

**Suradnja primarne i sekundarne
zdravstvene zaštite**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2014.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri obiteljske medicine pod vodstvom prof.dr.sc. Milice Katić, dr.med. i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2013./2014.

Sadržaj

Sažetak

Summary

Uvod.....	1
Cilj istraživanja	4
Pregled literature	4
I. Organizacija zdravstvene zaštite	6
1. Sustav zdravstvene zaštite.....	6
2. Čuvanje ulaza u zdravstveni sustav- „Gatekeeping“	8
3. Negativni učinci sustava “gatekeeping”	11
II. Komunikacija primarne i sekundarne zdravstvene zaštite	14
1. Upućivanje	14
2. Uputno pismo.....	17
3. Pismo odgovora	19
4. Samoupućivanje u hitni prijem bolnice.....	20
5. Unaprjeđenje sustava upućivanja.....	22
6. Učinciproširenjaovlastiliječnikaopće medicine	25
Rasprava.....	26
Zaključak	30
Zahvale.....	31
Literatura.....	32
Životopis	34

Suradnja primarne i sekundarne zdravstvene zaštite

Vanja Lazić

Sažetak

Cilj ovog preglednog rada ja analizirati kvalitetu komunikacije između primarne i sekundarne zdravstvene zaštite kroz sustav upućivanja u različitim sustavima zdravstvene zaštite. Pretraženi su Cochrane Reviews i PubMed baze podataka. Korišteni su ključni pojmovi “Referral and Consultation”- upućivanje i konzultacije, “Gatekeeping”- čuvanje ulaza u zdravstveni sustav te “Primary Health Care”- primarna zdravstvena zaštita. U pregled su uključena tri pregledna članka te jedanaest radova iz časopisa publicirana nakon 1.1.2008. godine. Rezultati su pokazali da su zdravstveni sustavi u kojima postoji “gatekeeping” trošili manje sredstava, osiguravali veću razinu jednakosti u dostupnosti skrbi, ali su imali i negativnih značajki kao što je manje zadovoljstvo bolesnika pruženom uslugom te lošiji ishod preživljenja bolesnika zbog nedovoljne pozornosti liječnika upozoravajućim simptomima i neodgovarajućem upućivanju bolesnika na sekundarnu razinu zaštite. Kao pozitivne intervencije za poboljšanje upućivanja pokazale su se strukturirane smjernice za upućivanje, uključivanje specijalista konzultanata u edukaciju o upućivanju, povećanje kompetencije liječnika opće medicine uz povećanje obujma njegovih funkcija i pruženih usluga, uključivanje specijalista drugih struka u rad ordinacije opće medicine, te dijeljenje odgovornosti upućivanja s drugim liječnikom unutar ustanove. Potrebno je unaprijediti sustave komunikacije između primarne i sekundarne zdravstvene zaštite jer to dovodi do povećanja standarda skrbi za pacijente.

Ključne riječi: “Referral and Consultation”- upućivanje i konzultacije, “Gatekeeping”- čuvanje ulaza u zdravstveni sustav te “Primary Health Care”- primarna zdravstvena zaštita.

Collaboration between primary and secondary health care

Vanja Lazić

Summary

The aim of this review was to analyze the quality of communication between primary and secondary health care through the perspective of referral systems in different health care settings. A search of Cochrane reviews and PubMed databases was conducted using keywords “Referral and Consultation”, “Gatekeeping” and “Primary Health Care”. Three systematic reviews and twelve journal articles published after 1.1.2008. were included. The results show that health care systems with gatekeeping utilized less resources, provided higher degree of equality in access to health services, but were shown to have some negative aspects such as lower patient satisfaction with service provided and poorer one-year cancer survival rates due to insufficient GPs level of alertness to early warning symptoms and delay in referral to secondary health care. Generally effective strategies to improve referrals included dissemination of guidelines with structured referral sheets, involvement of consultants in educational activities, providing primary care physicians with greater freedom of utilizing diagnostic procedures and extending the range of their services, involving other medical specialists in primary care setting and requiring a second 'in-house' opinion prior to referral. It is necessary to improve communication interface between primary and secondary health care in order to improve the standard of patient care.

Key words: “Referral and Consultation”, “Gatekeeping” and “Primary Health Care”.

Uvod

Sustav organizirane zdravstvene zaštite predstavlja sustav financiranja i pružanja određenog skupa zdravstvenih usluga za definiranu populaciju, ostvarenih kroz specifičnu mrežu odgovornu za kontrolu troškova i unapređenje zdravstvenih ishoda (Rakel RE, 1995). Sustav organizirane zdravstvene zaštite obuhvaća znatno više od samog opisa mogućih oblika plaćanja u zdravstvenom sustavu. On je određen nizom elemenata ili sastavnih jedinica među kojima je uključena i razina koristi, odnosno zdravstvene usluge koje se nude pojedincu za određenu naknadu, potom način na koji su liječnici i ostali pružatelji usluga plaćeni, odnos među liječnicima, pružateljima usluga i odnos među ustanovama koje se koriste u upravljanju pruženim zdravstvenim uslugama.

Za sada ne postoji jedinstven, ogledni model sustava organizirane zdravstvene zaštite. Sustav organizirane zdravstvene zaštite najbolje se može predočiti kao raspon modela financiranja i pružanja zdravstvene zaštite, koji se proteže od minimalno do izrazito strukturiranih i organiziranih oblika zdravstvene zaštite. Tradicionalni sustav plaćanja prema usluzi ili sustav naknade najmanje je organizirani model (Brown, 1966). Bolesnici su imali potpunu slobodu pri izboru liječnika i usluga. Mreža zdravstvene skrbi se sastojala od jednog ili svih liječnika i ustanova; nije postojao nadzor u smislu korištenja, broja i kvalitete zdravstvenih usluga. U takvom pojedinačnom i slobodnom sustavu financiranja i pružanja zdravstvenih usluga složeno je upravljati troškovima i kvalitetom zdravstvene skrbi. Na drugom kraju spektra nalaze se velike zajednice za zaštitu zdravlja (Health Maintenance Organizations, HMO) to jest „Managed care“ ili administrirana, provedena ili upravljana zdravstvena zaštita.

U tim visoko organiziranim modelima liječnici nisu plaćeni direktno već postoje različiti sustavi za vrednovanje njihova rada, pacijenti dobivaju zdravstvenu skrb u zadanoj i

ograničenoj mreži liječnika opće medicine i specijalista konzultanata te bolnica i drugih zdravstvenih ustanova. U tome se modelu kvaliteta i troškovi zdravstvene skrbi pažljivo nadziru i unapređuju. Širenje i popularnost sustava organizirane zdravstvene zaštite u svijetu danas odražava njegov potencijal za vrednovanje i pružanje visokokvalitetne i djelotvorne zdravstvene skrbi, u okviru zadanih sredstava za određenu populaciju. Tradicionalni sustav direktnog plaćanja usluganailazi na razne prepreke, poglavito u obuhvatu populacije pruženom skrbi.(Vedsted P et al. 2011)

U okviru takvih različitih sustava zdravstvene zaštite postoje različiti modeli suradnje primarne i sekundarne zdravstvene zaštite. Ta suradnja se u dijelu zemalja odvija putem upućivanja pacijenata u kojem sudjeluju liječnik opće/obiteljske medicine u ulozi “čuvara ulaza” u zdravstveni sustav te liječnika specijalist konzultanta koji provodi dijagnostičke i terapijske postupke koje liječnik opće/ obiteljske medicine ne pruža na primarnoj razini zdravstvene zaštite. U drugim pak zemljama liječnik u primarnoj zdravstvenoj zaštiti nema ulogu “čuvara ulaza” te se bavi provedbom drugih elemenata zdravstvene zaštite dok pacijent ima pravo slobodnog odabira usluge koja će mu biti pružena neovisno o mjestu u sustavu zdravstvene zaštite.

Liječnik koji obavlja ulogu “čuvara ulaza” u zdravstveni sustav, u većini slučajeva obavlja liječnik opće medicine. On ima ulogu liječnika primarnog kontakta kojem se obraćaju pacijenti s brojnim, često neselektiranim i nedefiniranim zdravstvenim i drugim problemima- Osim zadaće liječnika prvog kontakta osobe i /ili bolesnika sa zdravstvenom službom liječnik se bavi unapređenjem zdravlja, prevencijom bolesti probirom (eng.screening), osoba sa dokazanim čimbenicima rizika ili sa postojećom, ali jos nedijagnosticirnaom bolesti dijagnostikom i liječenjem jednostavnijih bolesti, liječenjem i praćenjem kroničnih bolesnika, te rehabilitacijom.

U cijelom je svijetu prepoznata i cijenjena uloga dobro organiziranog i snažnog primarnog sektora zdravstvene zaštite. Koncept sustava primarne zdravstvene zaštite s naglaskom na integrirani pristup koji obuhvaća istodobno preventivno i kurativno djelovanje liječnika uz uvažavanje socijalnih determinanti zdravlja i bolesti ostvaren je u Hrvatskoj pod vodstvom Andrije Štampara jednog od utemeljitelja Svjetske zdravstvene organizacije (engl. World Health Organization-WHO) i prvog predsjednika Skupštine Svjetske zdravstvene organizacije. (Katić M Švab I Obiteljska medicina 2013 – Uvodni članak Katić) U Europskim zemljama primjerice u Ujedinjenom Kraljevstvu, Danskoj, Švedskoj, Finskoj, Nizozemskoj se smatra da je sustav “gatekeepinga” gdje liječnik ima “vlastite” pacijente kojima osigurava kontinuitet zdravstvene skrbi ključna sastavnica dobro organiziranog, isplativog (eng. cost-effective), na pacijenta fokusiranog sustava zdravstvene zaštite i alat kojim se omogućuje jednako visok nivo zaštite svima. Zbog toga je i nekoliko europskih zemalja poput Njemačke i Francuske posljednjih godina željelo intervenirati i osnažiti primarni nivo zdravstvene zaštite dajući liječnicima opće medicine ulogu liječnika prvog kontakta i “čuvara ulaza”.

„Gatekeeping“ nikad nije bio prihvaćen u SAD-u te se i dan danas, iako postoji želja za stvaranjem snažne primarne zdravstvene zaštite, o njegovom uvođenju oštro raspravlja. Glavni argumenti protiv su gubitak slobode i mogućnosti izbora pacijenta, štetan učinak na povjerenje pacijenta prema liječniku zbog liječnikove povlastice da odlučuje o upućivanju u sekundarnu zdravstvenu službu i otežan pristup sekundarnom nivou zdravstvene zaštite koji trenutno pacijenti mogu koristiti bez ikakva ograničenja, te bojazni kako bi liječnici u takvom sustavu ostvarivali manju zaradu.(Vedsted P et al. 2011)

Cilj istraživanja

Cilj ovog preglednog članka bio je proučiti noviju literaturu o principima suradnje primarne i sekundarne zdravstvene zaštite s naglaskom na utjecaj strukture organizacije zdravstvenog sustava na upućivanje.

Pregled literature

Pretraženi su Cochrane Reviews i PubMed baze podataka. Korišteni su ključni pojmovi “Referral and Consultation”- upućivanje i konzultacije, “Gatekeeping”- čuvanje ulaza u zdravstveni sustav te “Primary Health Care”- primarna zdravstvena zaštita. Pretraživani su pojmovi zasebno te kombinacije pojmova s Booleovim operatorima AND i OR, te su izdvojene publikacije tipa članka, preglednog članka, sistematskog preglednog članka, Cochrane sistematskog preglednog članka te meta analize, ne stariji od 1.1.2008. godine.

Pretraživanjem Cochrane Reviews izdvojena su tri Cochrane sistematska pregledna članka te jedan članak iz medicinskog časopisa.

Pretraživanjem PubMed-a izdvojeno je jedanaest publikacija.

Pod pojmom “Gatekeeping” prema MeSH pojmovniku Nacionalne medicinske knjižnice SAD-a podrazumijeva se “kontrola pristupa zdravstvenim uslugama, koju obično provodi osiguravatelj primarne zdravstvene zaštite; koristi se u organiziranim sustavima zdravstvenog osiguranja kako bi se smanjilo korištenje skupih usluga te upućivanje”. Isti pojmovnik definira upućivanje i konzultacije kao “postupak slanja pacijenta u drugi program ili drugom osiguravatelju zdravstvene zaštite radi usluga koje uputitelj nije spreman pružiti”. Pod

primarnom zdravstvenom zaštiti podrazumijeva se “sustav njege u kojem liječnici osposobljeni za bavljenje većinom zdravstvenih potreba osobe, razvijanje održivog partnerstva s pacijentima i rad u kontekstu obitelji i zajednice, pružaju integriranu i dostupnu zdravstvenu zaštitu.

I. Organizacija zdravstvene zaštite

1. Sustav zdravstvene zaštite

Pojam „Managed care“ ili administrirana, provedena ili upravljana zdravstvena zaštita zapravo je kvalitativnog opisnog karaktera i odnosi se na zdravstveni sustav. Opisuje zdravstvene sustave kroz način njihove provedbe i financiranja na razini države ili neke druge organizacije. Kao pojam je u kontrastu sa liberalnim medicinskim djelovanjem (Deom M et al. 2010) gdje liječnik neposredno s pacijentom ugovara i naplaćuje zdravstvenu uslugu. U okvirima zdravstvenog sustava pod pojmom „Managed care“ nalaze se razne vrste organizacijskih programa od kojih su jedne više namijenjene kontroli a druge više financiranju provedbe zdravstvene zaštite, premda ta podjela nikako nije definitivna.

Od programa namijenjenih kontroli provedbe zdravstvene zaštite, ističu se: „gatekeeping“ sistem, „mreža zdravstvene zaštite“, primjena smjernica za postupanje u radu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, obveza drugog mišljenja za upućivanje, te potreba posebnog odobranja primjene skupih lijekova i upućivanja na hospitalizaciju. Kontroli financiranja zdravstvenog sustava pridonose različiti načini plaćanja liječnika, kontrola medicinske opravdanosti postupaka, podjela troškova, kontrola prijema pacijenata u bolnice i duljina hospitalizacije te selektivno ugovaranje usluga s različitim osigurateljima.

U sklopu debate koju je u Švicarskoj potaknula inicijativa za uvođenjem sustava „Managed care“, provedeno je istraživanje stavova liječnika o pojedinim programima koje bi on obuhvaćao. Liječnici su pokazali pozitivan stav jedino prema korištenju smjernica za postupanje tijekom zdravstvene skrbi pacijenta, dok su prema svim ostalim programima imali negativan stav i to osobito prema programima selektivnog ugovaranja osiguratelja s liječnikom, plaćanja po učinku te kontrole medicinske opravdanosti postupaka. Liječnici su

izrazili zabrinutost da bi se uvođenjem takvih programa smanjila njihova autonomija, potom da bi se pogoršali njihovi odnosi s pacijentima te bi se smanjila kvaliteta zdravstvene skrbi. Vidljivo je da liječnici često pokazuju negativan stav prema inicijativama koje zadiru u pitanja financiranja i provedbe zdravstva posebice onima koji ne dolaze iz krugova liječničke profesije.

2. Čuvanje ulaza u zdravstveni sustav- „Gatekeeping“

Razdiobom liječničke profesije na liječnike koji rade u bolnici i liječnike koji rade izvan nje tijekom 19.st., nastala je potreba za organiziranim sustavom koji će pacijentima omogućiti da dobiju specifične usluge i jednih i drugih, a u okvirima racionalnog trošenja zdravstvenih resursa. Na takvim temeljima nastali su različiti sustavi upućivanja bolesnika- u svojoj biti sustavi komunikacije dvaju liječnika u svrhu pružanja što kvalitetnije i sveobuhvatnije skrbi pacijentu.

U posljednjim desetljećima dvadesetog stoljeća, povećanjem obujma dostupnih medicinskih usluga, uvjetovano napretkom tehnologije i medicinskog znanja, povećava se odgovornost liječnika „gatekeepera“ da adekvatno osigura pacijentu ispunjenje njegovih prava, radi u skladu s pravilima struke te racionalno koristi zdravstvene resurse. Ispunjenje svih tih zahtjeva je dakako vrlo teško izvedivo jer su oni često u proturječnosti.

U isto vrijeme rad liječnika opće medicine dobiva i dodatnu posebnu vrijednost i značenje jer se sve više naglašava potreba komprehenzivnog zbrinjavanja bolesnika imajući u vidu njegov socijalni okoliš i njegov utjecaj na zdravlje. (Katić M. 1992)

Zbog takvog modela organizacije primarne zdravstvene zaštite, pred liječnika opće medicine se stavlja osjetljiva i iznimno važna zadaća „čuvara ulaza“ u zdravstveni sustav čija zadaća postaje osigurati pacijentu najbolje moguće liječenje a uz minimalan utrošak sredstava.

Malen je broj istraživanja koja se bave utjecajem „gatekeepinga“ na zdravlje pacijenata te zdravstvenim ishodima. Uglavnom se ona bave troškovima korištenja zdravstvene službe. Većina istraživanja vezanih uz učinak sustava „gatekeepinga“ provedena je u SAD-u, koji ima zdravstveni sustav u mnogočemu različit od zdravstvenih sustava Starog kontinenta. Snaga dokaza tih istraživanja je zbog tih razloga ograničene vrijednosti.

Od ograničene količine dokaza su neka istraživanja koja su se bavila usporedbom utjecaja sustava „gatekeepinga“ u odnosu na sustav sa slobodnim pristupom sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti na simptome i morbiditet pacijenata. U tim istraživanjima nije ustanovljena razlika u procjeni liječnika opće medicine i specijaliste konzultanta o potrebi za npr. perkutanom transluminalnom koronarnom angiografijom (percutaneous transluminal coronary angioplasty, PTCA), o procjeni stadija novootkrivenih melanoma niti o težini simptoma u pacijenata s muskuloskeletnim bolestima (Velasco Garrido M et al. 2011) (Zentner A1 et al. 2010). Jedno istraživanje je pokazalo da pacijenti u sustavu u kojemu je prisutan „gatekeeper“ imaju veću stopu infarkta miokarda a drugo da imaju statistički ne značajno manji mortalitet nakon operacije aortokoronarne prenosnice (coronary artery bypass graft, CABG). Također, u sustavu sa „gatekeeperom“ manje je pacijenata postiglo terapijski cilj fizioterapije (razlika je bila statistički značajna u jednoj ali nije bila statistički značajna u drugoj studiji). (Velasco Garrido M et al. 2011) (Zentner A1 et al. 2010)

Utjecaj „gatekeepinga“ na kvalitetu života se nije razlikovao u donosu na sustav sa slobodnim pristupom, osim u pojedinačnim kategorijama tjelesne boli i ograničenja svakodnevnih aktivnosti. Također, zadovoljstvo pacijenata zdravstvenom njegom bila je značajno manja u sustavima s „gatekeepingom“ (Velasco Garrido M et al. 2011) (Zentner A1 et al. 2010).

U hrvatskom šestomjesečnom prospektivnom istraživanju (Nekić V i sur. 2009) praćenja i analize upućivanja pacijenata iz ordinacije opće medicine na specijalističke preglede i dijagnostiku, čiji je cilj bio odrediti utjecaj upućivanja na postavljanje definitivne dijagnoze te usporediti utjecaj i doprinos prvog te ponovljenih upućivanja, a uključivalo je šest ambulanti opće medicine kako iz urbanih tako i iz ruralnih područja, prikupljeni su sociodemografski podaci pacijenata, podaci o tome tko je zahtijevao upućivanje (pacijent, liječnik obiteljske medicine (LOM), specijalist ili LOM i specijalist zajedno), te podaci o

vrsti upućivanja te je li to bilo prvo upućivanje ili praćenje “follow up”. Značajnost upućivanja za postavljanje definitivne dijagnoze ocjenjivali su LOM. Rezultati su pokazali daje upućivanje na dijagnostičke preglede značajno pridonijelo postavljanju dijagnoze, dok upućivanje na prvi te ponovljene specijalističke preglede nije imalo značajni doprinos u postavljanju dijagnoze. Rezultati su konzistentni s drugim istraživanjima poput onog Simpson et al. 2010.

3. Negativni učinci sustava “gatekeeping”

Sustav “gatekeepinga” kao dijela složene organizacijske strukture modernih zdravstvenih sustava meta je mnogih kritika. Recentna istraživanja pokazuju kako bi “gatekeeping” mogao imati ozbiljne “nuspojave”. Mnoge je autore zaintrigirala činjenica da u Ujedinjenom Kraljevstvu i u Danskoj pacijenti imaju lošije prognoze novootkrivenih karcinoma premda im je dostupna skrb visoke kvalitete usporediva s drugim zemljama gdje su prognoze bolje. U Ujedinjenom Kraljevstvu je procijenjeno da zbog zakašnjele dijagnoze svake godine umire 5000-10000 pacijenata, dok je u Danskoj pokazano da je većina pacijenata s novootkrivenim karcinomom doživjela zakašnjelu dijagnozu zbog zakašnjenja vezanog za zdravstveni sustav, kao posljedicu dugogodišnjeg toleriranja dugačkih lista čekanja za sekundarnu skrb fokusiranu na istraživanje ranih simptoma radi otkrivanja karcinoma. Zbog spoznaje duljini lista čekanja, moguće je da su danski liječnici primarne zaštite neprimjereno zauzimali stav “wait and see” (čekaj pa vidi) i da su bili neodlučni u upućivanju suspektnih pacijenata u obradu u sekundarnu zdravstvenu zaštitu (Mitchell E1 et al. 2008).

Neki smatraju da se sustav „gatekeepinga“ razvijao mnogo godina upravo zato što je vrlo dobro služio interesima politike da pacijenti mogu u svakom trenutku i opetovano kontaktirati liječnika opće medicine dok čekaju na obradu na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite. Takoreći sustav „gatekeepinga“ je bio politički alibi kako bi se pacijenti pomirili s dugim listama čekanja, i alibi za smanjenje visokih troškova sekundarne zdravstvene zaštite. Tako su liječnici primarne zdravstvene zaštite strpljivo prihvaćali razna „uska grla“ i duge liste čekanja, ponosno smatrajući da su upravo oni glavni-odgovorni za kontrolu troškova zdravstva (Mitchell E1 et al. 2008).

Sustav „gatekeepinga“ također može biti odraz poticanja „tehnološkog konzervatizma“ u prvim dijelovima dijagnostičkog procesa, jer u mnogim slučajevima liječnici opće medicine

nemaju pravo direktnog upućivanja na prikladne „napredne“ dijagnostičke postupke- tako pacijent mora biti upućen specijalistu kako bi ga ovaj onda uputio na dijagnostičku pretragu koja mu je evidentno potrebna („princip duplog gatekeepinga“).

Tijekom vremena sustav „gatekeepinga“ može utjecati na pažnju koju liječnik opće medicine posvećuje medicinskim potrebama svog pacijenta, što zbog monopola nad sustavom upućivanja, što zbog dugih lista čekanja. Tako na primjer liječnik opće medicine ponekad ne želi dodavati nove pacijente na ionako dugu listu čekanja, niti želi da ga liječnici iz sekundarne zdravstvene zaštite negativno procjenjuju zbog možebitnog nepotrebnog upućivanja. Nadalje, poteškoće u pristupu sekundarnoj zaštiti mogu utjecati na liječnika opće medicine na način da zauzme stav “wait and see” dok se simptomi bolesti ne razviju u potpunosti. (Mitchell E1 et al. 2008)

Ne zna se mnogo o razlici u spremnosti pacijenta da rano kontaktiraju zdravstvenu službu u sustavu gdje su na listi pacijenata liječnika opće medicine za razliku od sistema gdje mogu ad hoc kontaktirati željenog liječnika bilo u na primarnoj bilo na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite. Istraživanja pokazuju da pacijenti ponekad ne žele kontaktirati zdravstvenu službu jer se srame ili ih je strah dijagnoze, te da ne žele kontaktirati niti svog poznatog liječnika kojem vjeruju jer ga ne žele nepotrebno zamarati svojim simptomima. Zbog toga nastaje odgoda zbog liječnika (doctor-induced patient delay). Sve to može biti uzrok negativnim učincima sustava “gatekeepinga”.

Istraživanje provedeno u 19 europskih zemalja pokazalo je da je jednogodišnje preživljenje bolesnika s karcinomom u zemljama sa gatekeepingom na nivou primarne zdravstvene zaštite statistički značajno niže, u apsolutnim vrijednostima 5%-7%. Ekstrapolirajući te podatke na Dansku dolazi se do broja od 2000 izgubljenih osoba-godina u odnosu na zemlje bez sustava gdje osoba prvog kontakta nije na primarnom nivou zdravstvene zaštite, gdje se ne koriste

liste pacijenata i gdje liječnik u primarnoj zdravstvenoj zaštiti nije “gatekeeper”. (Vedsted P et al. 2011)

Druga pak istraživanja pokazuju da potpora liječnika opće medicine koji nije “gatekeeper”, a ima uvjete za provođenje kvalitetne dijagnostičke obrade, ima pozitivan učinak na dijagnozu karcinoma u ranom stadiju, što ukazuje na to da loš ishod karcinoma nije povezan s kvalitetom skrbi liječnika opće medicine nego upravo sa institucijom “gatekeepinga”. (Vedsted P et al.2011)

II. Komunikacija primarne i sekundarne zdravstvene zaštite

1. Upućivanje

Upućivanje je postupak kojim liječnik primarne zaštite zahtijeva ciljanu pretragu, konzultaciju specijaliste ili bolničko liječenje zbog stanja bolesnika koje nije moguće riješiti na razini primarne zaštite (Katić M. 1992). Razlozi za upućivanjem mogu se podijeliti ugrubo u dvije skupine; glavne i sporedne- vidi Tablica 1.

Tablica1: Glavni i sporedni razlozi upućivanja iz primarne u sekundarnu zdravstvenu zaštitu

Glavni

- Utvrđivanje dijagnoze
- Bolničko liječenje
- Savjet specijaliste o daljnjem zbrinjavanju bolesnika
- Specifične pretrage

Sporedni

- Podjela odgovornosti za daljnje zbrinjavanje bolesnika
- Potreba da specijalist preuzme daljnje zbrinjavanje i liječenje bolesnika
- Mišljenje specijaliste radi potvrde ispravnosti liječnikova postupka (second opinion)
- Mišljenje specijaliste koje je potrebno liječniku da dokaže bolesniku ili njegovoj obitelji da je poduzeo sve potrebne mjere u zbrinjavanju bolesnika
- Zahtjev bolesnika za drugim mišljenjem (second opinion)
- Postupak "udaljavanja" bolesnika s kojim liječnik teško surađuje
- Zahtjev specijalista za opetovanom konzultacijom ili konzultacijom drugog specijalista (kolateralno upućivanje)
- Administrativni razlozi
- Ostali razlozi (veze, poznanstva, korist, preporuke) i slično

Sama upućivanja se prema vrsti (hitnosti) mogu podijeliti kako je prikazano u Tablica 2.

Tablica 2: Podjela upućivanja iz primarne u sekundarnu zdravstvenu zaštitu ovisno o hitnosti

Vrste upućivanja prema hitnosti

- Najhitnije- upućivanje u bolnicu, nužna je konzultacija u realnom vremenu
- Hitno- upućivanje u bolnicu, nužna je brza konzultacija specijalista
- Redovito- kontrolni pregledi, dijagnostička obrada, odložena konzultacija specijalista

Također, upućivanja se prema vrsti (trajanju) dijele kako je prikazano u Tablica 3.

Tablica 3: Podjela upućivanja iz primarne u sekundarnu zdravstvenu zaštitu prema trajanju

Vrste upućivanja prema trajanju

- Povremeno- epizodno
- Redovito. zajednička skrb za bolesnika "shared care"
- Upućivanje u bolnicu
- "Predaja" bolesnika na trajnu skrb konzultantu

U procesu upućivanja koriste se četiri glavna načina komunikacije između liječnika primarne zaštite i specijalista konzultanta kako je prikazano u Tablici 4.

Tablica 4: Načini komunikacije liječnika primarne zdravstvene zaštite sa sekundarnom zdravstvenom zaštitom prilikom upućivanja pacijenta

Komunikacija u upućivanju

- Uputnica
- Uputno pismo
- Osobna komunikacija
- Zajednička konzultacija

Većina pacijenata koji posjete ordinaciju opće medicine neće biti upućena već će se njihov zdravstveni problem u potpunosti razriješiti na razini primarne zdravstvene zaštite. Tek od 2.6% (Francuska) do 8.1% (Norveška) pacijenata koji dođu na konzultaciju liječniku opće

medicine će biti upućeno specijalistu konzultantu. U većini europskih zemalja prosječno 4-6% konzultacija rezultira upućivanjem specijalistu konzultantu. (Jones R et al. 2005)

Zbog takve razlike u stopama upućivanja postavlja se pitanje opravdanosti viška upućivanja u zemljama s višom stopom upućivanja. To se može se dijelom pripisati psihološkim karakteristikama liječnika, njihovom prihvaćanju rizika, dobi te iskustvu ili manjku istoga.

Dio tih razlika se može pripisati nasumičnoj varijaciji koja se pojavljuje u stopama upućivanja specijalistima te razlici u sociodemografskim karakteristikama pučanstva među različitim zemljama. Također, visoka stopa upućivanja ne mora nužno značiti da je velik dio upućivanja bio nepotreban. Kako bi se optimalizirao gubitak sredstava unutar zdravstvenog sustava, teži se pronaći razloge i adekvatne mehanizme suzbijanja nepotrebnog upućivanja. Mnogi autori smatraju da ključna razlika te glavni razlog nepotrebnog upućivanja leži upravo u karakteristikama zdravstvenog sustava.

2. Uputno pismo

Uputno pismo služi kao oblik komunikacije između liječnika obiteljske medicine i specijalista konzultanta. Smatra se da je komunikacija koji omogućuje uputno pismo važna kako bi i jednom i drugom liječniku omogućila visoki standard skrbi za svog pacijenta, uz optimalizaciju potrošnje vrijednih zdravstvenih resursa. Mnogi specijalisti konzultanti vrlo cijene kad im upućeni pacijent uz ostalu medicinsku dokumentaciju donese i uputno pismo svog obiteljskog liječnika, dok neki uputno pismo i ne pročitaju.

Preporuka je da uputno pismo mora sadržavati opće podatke o imenu i prezimenu, dobi i spolu, zanimanju uz opis poslova koje radi, te vrijeme upućivanja na specijalističko konzilijarni pregled. Mora sadržavati najvažnije podatke o osobnoj i obiteljskoj anamnezi, te podatke o kroničnim bolestima i lijekovima koje pacijent uzima. Uz te podatke, presudno je dobro opisati problem zbog kojeg je pacijent upućen specijalistu konzultantu, te sve učinjene dijagnostičke i terapijske mjere, uz relevantnu medicinsku dokumentaciju i opis suradljivosti pacijenta, koje su provedene u dosadašnjem tijeku bolesti. Razlog upućivanja mora biti bjelodano jasan a može se odnositi na postavljanje dijagnoze, preporuku o daljnjem zbrinjavanju pacijenta ili jednostavno traženje drugog mišljenja. Isti razlog upućivanja trebao bi biti i eksplicitno naveden uz očekivanja koja liječnik autor uputnog pisma ima od primatelja. Važno je omogućiti i kanal za tok povratne informacije prilaganjem osobnih podataka liječnika obiteljske medicine uz broj telefona, e-mail i radno vrijeme. Od pacijenta se traži da uputno pismo preda direktno u ruke specijalistu konzultantu uz obrazloženje da njegov obiteljski liječnik inzistira i očekuje da se uputno pismo pročita (Katić M, Švab I et al.2013).

Oko 10% do 35% posjeta liječniku čine pacijenti s medicinski nerazjašnjenim simptomima (engl. medically unexplained physical symptoms - MUPS) (Hoedeman R et al. 2010).

Medicinski nerazjašnjena stanja su slabo definiran klinički entitet. Sam je termin opisan i ne govori o uzroku nastanka medicinski nerazjašnjenih stanja. Za praktičnu primjenu je najupotrebljivija definicija, koja kaže kako su bolesnici s medicinski nerazjašnjenim stanjima bolesnici koji se tuže na organske simptome za koje brojnim pretragama ne nalazimo organski ili psihijatrijski uzrok, u kojih su brojne dijagnostičke laboratorijske pretrage negativne, i u kojih ne možemo doći do jasne dijagnoze. Uzroci nastanka medicinski nerazjašnjenih stanja još nisu poznati. Stres i određene neprepoznate psihijatrijske smetnje bi mogle imati utjecaj na pojavljivanje nerazjašnjenih organskih simptoma (Pavličević I, Ivetić V (2013) u: Katić M, Švab I (2013) Obiteljska medicina)

Dio tih pacijenata se nalazi u skrbi više liječnika raznih specijalnosti. Smatra se da u ovakvim okolnostima uputno pismo ima važnu ulogu da, unaprijedivši komunikaciju među liječnicima koji se skrbe za pacijenta s MUPS, djeluje pozitivno na zdravlje pacijenta, te smanjuje troškove ukupne zdravstvene skrbi.

3. Pismo odgovora

Istraživanje komunikacije među specijalistima provedeno na Islandu (Bjornsson S et al. 2013) u okviru uvođenja obaveznog upućivanja na kardiološke preglede u svrhu povrata dijela troškova pregleda pokazuje da pacijenti cijene kvalitetnu komunikaciju između svog liječnika opće medicine i liječnika specijalista. Čak 89% pacijenata izrazilo je želju da kardiolog napiše pismo odgovora liječniku opće medicine. Liječnici opće medicine smatrali su da komunikacija sa specijalistima kroz sustav upućivanja i povratnog pisma poboljšava kvalitetu skrbi za pacijente te je većini (89%) povratno pismo kardiologa bilo od pomoći u skrbi za pacijenta. Zanimljivo je napomenuti da su u okviru istog istraživanja pacijenti na pitanje sviđa li im se novi sustav obaveznog upućivanja na kardiološke preglede u devedeset posto slučajeva odgovorili da im se ne sviđa i da je za njih skuplji.

4. Samoupućivanje u hitni prijem bolnice

„Samoupućivanje“ se ovdje ne koristi u smislu „self referral“- zabranjena radnja gdje liječnik u javnoj službi upućuje pacijenta u vlastitu privatnu radnju- nego se misli na sveprisutnu pojavu da pacijenti s objektivno slabo izraženim simptomima opsjedaju hitne prijeme bolnica, što zbog same činjenice da imaju tu mogućnost, što zbog nade da će zdravstvenu uslugu u hitnom bolničkom traktu dobiti uz manje čekanja, da će ta usluga biti kvalitetnija nego u ambulanti njihova odabranog liječnika, što zbog nerazumijevanja sustava upućivanja i neupućenosti u rad dežurstava liječnika primarne zaštite. Takva navika dovodi dopreopterećenja kapaciteta hitnih prijema, što za posljedicu ima duga čekanja, smanjenje mogućnosti davanja usluge pacijentima koji zbog svog stanja zbilja trebaju usluge hitne., smanjenu kvalitetu brige za pacijenta te značajno povećanje troškova zdravstvenog sustava u cjelini. Ovakva uvriježena navika može se iskorijeniti samo komprehenzivnom intervencijom.

U nekim zemljama, kao jedan od elemenata rješavanja tih problema, razmatra se uvođenje liječnika specijalista opće/obiteljske medicine u kontekst bolničkog hitnog prijema, kao pružatelja usluge pacijentima čije stanje nije hitno. Skupina autora Cochrane baze podataka (Khangura JK et al. 2012) analizirala je rezultate takvih intervencija na kvalitetu skrbi, korištenje bolničkih resursa te isplativost cijena-učinak-„cost-effectiveness“ na uzorcima triju istraživanja s ukupno uključenih 11 203 pacijenta, 16 liječnika opće medicine te 52 liječnika hitne medicine. Dva od tri istraživanja su pokazala da su u takvom okruženju liječnici opće medicine koristili značajno manje krvnih pretraga, rendgena, da su napravili značajno manje prijema u bolnicu te upućivanja specijalistima. Jedno istraživanje je pokazalo da su liječnici opće medicine propisivali značajno više lijekova nego liječnici hitne medicine, a jedno da su propisivali podjednako. Dva istraživanja su pokazala da uvođenje liječnika opće medicine u

hitne odjele bolnice dovodi do blage uštede. Treće istraživanje nije potvrdilo da liječnici opće medicine koriste značajno manje krvnih pretraga, rendgena, i rade značajno manje prijema ali je zato pokazalo da propisuju značajno više lijekova i značajno više upućuju specijalistima. Nažalost nisu evidentirani podaci o vremenu čekanja, duljini boravka u bolnici i učincima na zdravlje pacijenata (Khangura JK et al. 2012).

U budućnosti bi upravo ovakva intervencija mogla pružiti odgovor na sve veći broj pacijenata u zapadnoj kulturi koji razvijaju ponašanje i naviku traženja zdravstvene skrbi zbog somatizacije i premostiti jaz između holističkog pristupa opće medicine koji je za takve pacijente pogodan te visoko specijaliziranog konteksta bolničkog okruženja koji u takvim uvjetima stvara trošak.

5. Unaprjeđenje sustava upućivanja

Proces upućivanja je bremenit mnogim poteškoćama. Neke pacijente se nepotrebno upućuje, neke pacijente se ne upućuje kada je to uistinu potrebno, neke pacijente se upućuje krivome konzultantu a neke se upućuje na nepotrebne dijagnostičke i terapijske postupke. Istraživanje skupine autora Cochrane baze podataka (Akbari A et al. 2008) bavilo se pitanjem mogu li promjene u edukaciji zdravstvenih djelatnika o upućivanju, organizacijske promjene u sustavu upućivanja ili promjene u cijeni i načinu plaćanja poboljšati sustav upućivanja. Kao primjeri neučinkovitih intervencija navedeno je raspačavanje lokalnih smjernica za upućivanje, povratna informacija ili ocjenjivanje opravdanosti upućivanja od specijalista konzultanta, te konzultacija s nezavisnim medicinskim savjetnikom. Kao primjeri efektivnih intervencija i strategija pokazali su se raspačavanje smjernica sa strukturiranim tablicama za upućivanje, uključivanje specijalista konzultanata u edukaciju o upućivanju, skrb od strane liječnika obiteljske medicine a ne općeg internista, uključivanje fizioterapeuta (povećanje obujma dostupnih usluga) u rad ordinacije opće medicine, te sustav „novog stupnja“ – zahtjeva za mišljenjem drugog liječnika unutar ustanove o opravdanosti upućivanja. Financijske intervencije u sustav upućivanja poput promjene sustava naplate iz sustava glavarine u sustav „fee-for-service“ (DTP- dijagnostičko terapijski postupci) i vice versa dokazano mijenjaju kvantitetu upućivanja ali nemaju učinka na kvalitetu tj. opravdanost i prikladnost upućivanja.

Španjolska studija (Martínez-Martínez ML1 et al. 2011) koja je zbog visoke učestalosti kožnih bolesti kao razlog dolaska u ambulantu OM (10,4.85% - 22.5%) i visoke stope upućivanja tih bolesnika (10,1%-10,9%) istraživala udio „banalnih“ kožnih bolesti (uglavnom se radilo o seboroičnoj keratozi i benignim kožnim izraslinama tipa fibroepitelnih polipa) nepotrebno upućenih u dermatološku kliniku došla je do rezultata da su takva

upućivanja itekako učestala te da stvaraju velik teret radu specijalističko konzilijarne službe te troše mnogo sredstva te se stoga moraju strože kontrolirati i to na razini primarne zaštite. Kao mjera smanjenja broja takvih upućivanja predlaže se profesionalno usavršavanje liječnika opće medicine u području dermatologije, s naglaskom na razlikovanje bolesti i stanja koja zahtijevaju upućivanje u specijalističko konzilijarnu službu od onih koja to u svojoj prirodi ne zahtijevaju. Nadalje predlaže se izrada dijagnostičkih i terapijskih protokola za lezije kože koje zahtijevaju upućivanje dermatologu te se kontemplira o mogućnosti uvođenja dermatološke jedinice u okvir službe primarne zdravstvene zaštite. Autori također naglašavaju negativan psihološki učinak koji pacijenti s „banalnim“ kožnim bolestima imaju na druge pacijente u dermatološkim klinikama te na liječnike dermatologe.

U hrvatskom istraživanju (Kuzman MR1 et al. 2010) provedenom na 111 liječnika opće medicine iz 38 ordinacija u 4 velika grada ispitivani su postupanja i stavovi o skrbi za psihijatrijske pacijente. Rezultati pokazuju da parametri poput interesa, samopouzdanja i znanja liječnika utječu na vjerojatnost da će se liječnik opće medicine sam odlučiti za liječenje pacijenta sa psihijatrijskom bolešću. Također je uočeno da liječnici opće medicine zauzimaju sve aktivniji stav u liječenju psihijatrijskih pacijenata što je pripisano pozitivnom utjecaju tečajeva trajne edukacije (continuous medical education, CME) premda se to može pripisati i specijalizaciji iz obiteljske medicine. Ostale mogućnosti uključuju nadzor upućivanja od treće strane, podijeljena skrb (shared care), te poboljšavanje sustava otpusta iz bolnice s povećanjem toka informacija prema liječniku opće medicine.

Liječnici opće medicine mogu imati i drugi set uloga u bolničkom kontekstu a to su uloge savjetnika i koordinatora za pitanja njihove specifične kompetencije. U tim ulogama mogu imati sljedeće zadatke kako je prikazano u tablici 5.

Tablica 5: Potencijalna uloga i zadaci liječnika opće medicine kao savjetnika i koordinatora u bolničkim uvjetima

Zadaci savjetnika i koordinatora

-
- Postizanje konsenzusa i podrobno opisivanje podjele zadataka između bolničkog liječnika i liječnika opće medicine
 - Postizanje adekvatne razine komunikacije između bolničkog liječnika i liječnika opće medicine
 - Osiguravanje kvalitetnih uputnih i otpusnih pisama kao vida komunikacije
 - Dogovaranje i osiguravanje kvalitetnog plana skrbi unutar i izvan bolnice sa uključenim dioničarima
 - Pronalaženje metoda poboljšanja suradnje bolnica i primarne zdravstvene zaštite
 - Opisivanje tokova komunikacije između bolničkog odjela i liječnika opće medicine po pitanju liječenja bolesnika s bolesti koja zahtjeva bolničko liječenje
 - Širenje informacija iz opće medicine u bolnice i informacije o radnim uvjetima unutar i izvan bolnice
 - Sudjelovanje u planiranju trajne medicinske edukacije za liječnike opće medicine kao i za bolničke liječnike

6. Učinci proširenja ovlasti liječnika opće medicine

Koliko prava u pristupu sofisticiranim dijagnostičkim pretragama liječnici opće medicine trebaju imati, predmet je mnogih rasprava. Postoji neopravdan strah da bi dopuštanje liječnicima opće medicine slobodno korištenje dijagnostičkih pretraga rezerviranih za sekundarnu zdravstvenu službu dovelo do njihovog neopravdanog korištenja i povišenja ukupnih troškova. Međutim, istraživanja pokazuju da direktnim pristupom dijagnostičkim pretragama liječnici opće medicine ne samo da mogu pomoći svojim pacijentima da prežive rak (Vedsted P et al. 2011), nego mogu i uštedjeti značajnu količinu novca (Simpson GC et al. 2010).

U škotskom je istraživanju (Simpson GC et al. 2010) učinka direktnog pristupa kompjuteriziranoj tomografiji (CT) glave u dijagnostičkom postupku kojeg provodi liječnik opće medicine za pacijente s kroničnom svakodnevnom glavoboljom, unatoč očekivanom niskom prisustvu slučajnih patoloških nalaza (10.5%) te rijetkom pronalaženju uzroka kronične svakodnevne glavobolje (1.4%), ustanovljeno da takav direktni sustav provođenja dijagnostičke pretrage pogoduje smanjenju lista čekanja, zadovoljstvu liječnika opće medicine i pacijenata zbog ohrabrujućeg nalaza da nema strukturalnog uzroka glavobolji, te ima učinak smanjenja korištenja zdravstvenih resursa. Danas je takav pristup metoda izbora za procjenu pacijenata sa kroničnom svakodnevnom glavoboljom.

Rasprava

U više istraživanja analizirana je kvaliteta zdravstvene skrbi u sustavu u kojem je liječnik opće medicine čuvar ulazau odnosu na sustav sa slobodnim pristupom specijalističkoj zdravstvenoj zaštiti. Rezultati ukazuju da nije utvrđena razlika u pružanju godišnjih oftalmoloških kontrola pacijentima s dijabetesom, niti u lijekovima propisivanim prije kardiovaskularne kirurgije (osim heparina koji je propisivan znatno više u pacijenata s „gatekeeperom“). Dijagnoza melanoma je postavljena značajno češće u pacijenata sa slobodnim pristupom, međutim nije nađena razlika u stadiju melanoma pri dijagnozi. Pokazano je također da je u sustavu sa „gatekeeperom“ prisutna bolja koordinacija skrbi za pacijente s boli u prsima. (Velasco Garrido M et al. 2011) (Zentner A1 et al. 2010)

Nadalje, neka istraživanja su pokazala da je duljina boravka u bolnici bila nešto kraća za pacijente u sustavu s „gatekeeperom“ međutim razlika nije bila statistički značajna (Velasco Garrido M et al. 2011) (Zentner A1 et al. 2010). Slijedom toga, više se studija bavilo problematikom hospitalizacija, međutim rezultati nisu bili konkluzivni zbog nekonzistentnih metoda istraživanja- studija koja je metodološki ocijenjena najprikladnijom pokazala je da u sustavu s „gatekeepingom“ ima manje hospitalizacija dok je studija koja je ocijenjena metodološki najkvalitetnijom pokazala da statistički nije značajno manji broj hospitalizacija u sustavu sa „gatekeepingom“ (Velasco Garrido M et al. 2011) (Zentner A1 et al. 2010).

Što se tiče korištenja specijalističke zaštite, studije pokazuju da je ono manje u sistemima s „gatekeepingom“ međutim iste studije nisu imale kontrolu morbiditeta. Manji broj posjeta specijalistima uglavnom nije bio povezan sa većim brojem posjeta ordinacijamaopće medicine. U sistemima s „gatekeepingom“ također je uočeno znatno više upućivanja.(Velasco Garrido M et al. 2011) (Zentner A1 et al. 2010).

Premda nedorečeni, rezultati analize posjeta hitnim odjelima bolnica pokazuju da je ono niže u sustavima sa „gatekeepingom“ (Velasco Garrido M et al. 2011) (Zentner A1 et al. 2010).

Premda su neke studije pokazale da su ukupni troškovi u sistemu sa „gatekeepingom“ veći, rezultati uglavnom naginju zaključku da bi ukupni troškovi u sistemu sa „gatekeepingom“ mogli biti 6%-80% manji i to zbog značajnog smanjenja troškova skrbi u specijalističkim ambulancama, unatoč ne-značajnom blagom povećanju troškova bolničke zaštite. (Velasco Garrido M et al. 2011) (Zentner A1 et al. 2010)

U izraelskom istraživanju (Neville A1 et al. 2009) evidentne su razlike u ishodima liječenja u pacijenata koji su tražili pomoć liječnika opće medicine i onih koji su tražili pomoć specijalista ortopeda za problem križobolje. Mjere ishoda liječenja bile su ozbiljnost simptoma, narušenje svakodnevnog funkcioniranja, rezolucija problema i korištenje usluga zdravstvene službe. Rezultati pokazuju da pacijenti koji traže pomoć ortopeda, imaju značajno više narušeno svakodnevno funkcioniranje, moraju ići na više kontrolnih pregleda, na njima se radi više CT-a i RTG snimanja, te se na kraju manji postotak njih izliječi nego u grupi pacijenata koji prezentiraju isti problem liječniku opće medicine. Pitanje je da li se ova razlika ishoda može pripisati samo izboru liječnika koji zbrinjava bolesnikov problem. Moguće je pretpostaviti da su se ortopedima obraćali za pomoć bolesnici sa težim zdravstvenim problemima koji su zbog toga i manje uspješno riješeni.

Tijekom vremena sustav „gatekeepinga“ može utjecati na pažnju koju liječnik opće medicine posvećuje medicinskim potrebama svog pacijenta, što zbog monopola nad sustavom upućivanja, što zbog dugih lista čekanja. Tako na primjer liječnik opće medicine ponekad ne želi dodavati nove pacijente na ionako dugu listu čekanja, niti želi da ga liječnici iz sekundarne zdravstvene zaštite negativno procjenjuju zbog možebitnog nepotrebnog upućivanja. Nadalje, poteškoće u pristupu sekundarnoj zaštiti mogu utjecati na liječnika opće

medicine na način da zauzme stav “wait and see” dok se simptomi bolesti ne razviju u potpunosti. (Mitchell E1 et al. 2008)

Ne zna se mnogo o razlici u spremnosti pacijenta da rano kontaktiraju zdravstvenu službu u sustavu gdje su na listi pacijenata liječnika opće medicine za razliku od sistema gdje mogu ad hoc kontaktirati željenog liječnika bilo u na primarnoj bilo na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite. Istraživanja pokazuju da pacijenti ponekad ne žele kontaktirati zdravstvenu službu jer se srame ili ih je strah dijagnoze, te da ne žele kontaktirati niti svog poznatog liječnika kojem vjeruju jer ga ne žele nepotrebno zamarati svojim simptomima. Zbog toga nastaje odgoda zbog liječnika (doctor-induced patient delay). Sve to može biti uzrok negativnim učincima sustava “gatekeepinga”.

Kako bi se optimalizirao gubitak sredstava unutar zdravstvenog sustava, teži se pronaći razloge i adekvatne mehanizme suzbijanja nepotrebnog upućivanja. Mnogi autori smatraju da ključna razlika te glavni razlog nepotrebnog upućivanja leži upravo u karakteristikama zdravstvenog sustava. Informatizacija cjelokupnog zdravstvenog sustava i povezivanje primarne i sekundarne zdravstvene zaštite u velikoj bi mjeri olakšalo izmjenu informacija između liječnika primarne i sekundarne zdravstvene zaštite, te bi i korištenje uputnog pisma bilo svrsishodnije.

U istraživanju američkih autora Hoedeman R i sur. željelo se evaluirati vrijednost zajedničke konzultacije liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i specijalista psihijatra kod pacijenata s MUPS. Rezultati su međutim pokazali ograničenu vrijednost uputnih pisama i zajedničke konzultacije u smanjenju troškova zdravstvene zaštite i dobrobiti pacijenta sa MUPS (Hoedeman R et al. 2010). Moguće objašnjenje ovakvog rezultata je i odabir MUPS kao primjera za unapređenje komunikacije koja će zbog same naravi bolesnika sa MUPS zapravo biti manje učinkovita.

Istraživanje je doduše rađeno u SAD-u u okviru sustava zdravstvene zaštite gdje nije na snazi uloga liječnika primarne zdravstvene zaštite kao „gatekeepera“, no s obzirom da su kliničkom scenariju ovdje u glavnoj ulozi ipak bili liječnik opće medicine i psihijatar kao konzultant, istraživanje se može povezati i sa zdravstvenim sustavima s „gatekeeperom“. Ovakav rezultat istraživanja može sugerirati da liječnik primarne zdravstvene zaštite treba voditi glavnu riječ u definiranju i klasifikaciji simptoma, te u postavljanju radne dijagnoze tj. u definiciji pacijentova stanja, jer u suprotnom dolazi do situacije gdje pacijent obilazi više specijalista koji jedan po jedan isključuju razna fizička stanja, a njihova međusobna komunikacija se ne provodi na adekvatnoj razini. Također ekscesivno korištenje dežurne službe u bolnicama predstavlja djelomice odraz slabe i neučinkovite suradnje primarne i sekundarne zdravstvene zaštite. Uz uvođenje liječnika specijalista opće/obiteljske medicine u kontekst bolničkog hitnog prijema, kao pružatelja usluge pacijentima čije stanje nije hitno, koriste se i drugi pristupi. Primjerice u Italiji koristi se i mehanizam djelomične participacije bolesnika u troškovima obrade u hitnom bolničkom prijemu za stanje koje se prema svojim značajkama moglo riješiti na razini primarne zdravstvene zaštite. Osim toga boljom organizacijom i većom dostupnošću dežurnih ordinacija obiteljske medicine u velikoj se mjeri može smanjiti nepotreban odlazak bolesnika u bolničku dežurnu službu (Smits M et al. 2012).

Mogućnosti za unaprijeđenje na razini komunikacije između liječnika opće medicine i specijalista konzultanta uključuju i stvaranje čvrstog sustava koji bi koordinirao tok informacija tepodjelu odgovornosti i zadataka među liječnicima a sve u svrhu dobrobiti pacijenta. To uključuje i stvaranje sustava liječnika opće medicine u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti u ulozi savjetnika i koordinatora (Jones R et al. 2005).

Zaključak

Pretraživanjem literature publicirane u proteklih pet godina iz PUB Med i Cochrane baza medicinskih podataka o suradnji primarne i sekundarne zdravstvene zaštite može se zaključiti da zbog postojanja čitavog spektra modela organizacije, financiranja i pružanja zdravstvene zaštite u različitim zemljama postoje značajne razlike u komunikaciji između primarne i sekundarne zdravstvene zaštite i to u kvalitativnom i kvantitativnom smislu. Komunikacija između primarne i sekundarne zdravstvene zaštite najbolje se može proučavati kroz upućivanje. Upućivanje je uvelike određeno karakteristikama zdravstvenog sustava pa se stoga izvan tog konteksta ne može proučavati. „Gatekeeping“, kao program „managed care“ sustava koji u fokus stavlja upravo upućivanje kao mehanizam kontrole troškova, još se ne može konkluzivno vrednovati. Naime, premda je u kontekstu sustava u kojem postoji „gatekeeping“ znatno smanjeno korištenje financijskih sredstava, mnogi ukazuju na negativne posljedice takvog sustava poput smanjenog jednogodišnjeg preživljenja bolesnika kojima je dijagnosticiran karcinom. Upravo zbog tih poteškoća prouzrokovanih postojanjem sustava „gatekeeping“ u mnogim se zemljama intenzivno radi na unaprjeđenju sustava upućivanja te su se kao pozitivne intervencije pokazale strukturirane smjernice za upućivanje, uključivanje specijalista konzultanata u edukaciju o upućivanju, povećanje kompetencije liječnika opće medicine uz povećanje obujma njegovih funkcija i pruženih usluga, uključivanje specijalista drugih struka u rad ordinacije opće medicine te dijeljenje odgovornosti upućivanja s drugim liječnikom unutar ustanove. Druge intervencije izvan sustava upućivanja koje bi mogle imati pozitivan učinak jesu uvođenje liječnika opće medicine u kontekst bolnice zbog njegove specifične kompetencije u holističkom pristupu pacijentima te stvaranje uloge liječnika opće medicine kaobolničkog savjetnika i koordinatora u sa setom specifičnih zadataka u trajnom poboljšanju komunikacije između liječnika u bolnici i onih izvan nje.

Zahvale

Zahvaljujem mentorici prof. dr. sc. Milici Katić na vrijednim savjetima tijekom planiranja i izrade ovog rada.

Zahvaljujem dragoj kolegici Niki Matovac na ohrabrenju, čvrstoj podršci i žustrom poticanju da ovaj rad bude napisan kako treba i na vrijeme.

Zahvaljujem svojoj obitelji na trajnoj potpori i suptilnom interesu.

Na kraju zahvaljujem Noxu, Lunu i Bou na smirenom društvu i redovitom podsjećanju da postoje i neke druge, važne stvari.

Literatura

1. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, Pritchard C, Thomas R, Fraser C (2008) Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4. Art. No. CD005471.
2. Bjornsson S, Sigurdsson JA, Svavarsdottir AE, Gudmundsson GH (2013) Gatekeeping and referrals to cardiologists: General practitioners' views on interactive communications. Scand J Prim Health Care 31(2): 79–82.
3. Deom M1, Agoritsas T, Bovier PA, Perneger TV (2010) What doctors think about the impact of managed care tools on quality of care, costs, autonomy, and relations with patients. BMC Health Serv Res 10:331.
4. Hoedeman R, Blankenstein AH, van der Feltz-Cornelis CM, Krol B, Stewart R, Groothoff JW (2010) Consultation letters for medically unexplained physical symptoms in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 12. Art. No. CD006524.
5. Pavličević I, Ivetić V (2013) Medicinski nerazjašnjena stanja u: Katić M, Švab I i suradnici (2013), Obiteljska medicina. Zagreb: Alfa; str. 175-185.
6. Jobson GR, Rivo ML. Sustav organizirane zdravstvene zaštite. u: Rakel RE. Osnove obiteljske medicine. Zagreb, 2005. Glavna urednica hrvatskog izdanja prof.dr.sc. Milica Katić.p.152-160.
7. Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Mant D, Grol R, Silag C (2005). Oxford Textbook of Primary Medical Care vol. 1. Oxford: Oxford University Press; str. 273-285.
8. Katić M, Švab I i suradnici (2013), Obiteljska medicina. Zagreb: Alfa; str. 291-301.
9. Katić M (1992) Stohastičke značajke upućivanja bolesnika iz opće medicine na konzultativne preglede (doktorska disertacija). Zagreb, Hrvatska: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; str 1-7, 112-113.
10. Khangura JK, Flodgren G, Perera R, Rowe BH, Shepperd S (2012) Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. Cochrane Database of

11. Kuzman MR1, Bolanca M, Palavra IR (2010) General practice meeting the needs for psychiatric care in Croatia. *Psychiatr Danub*. 22(1):57-63.
12. Martínez-Martínez ML1, Pérez-García LJ, Escario-Travesedo E, Rodríguez-Vázquez M, Azaña-Defez JM, Martín de Hijas Santos MC (2011) Referrals to dermatology: proportion of banal disorders. *Actas Dermosifiliogr*. 102(3):193-8.
13. Mitchell E1, Macdonald S, Campbell NC, Weller D, Macleod U (2008) Influences on pre-hospital delay in the diagnosis of colorectal cancer: a systematic review. *Br J Cancer*. 15;98(1):60-70.
14. Nekić VC1, Vrdoljak D, Marković BB, Kern J, Katić M, Adžić ZO, Petriček G, Kranjčević K, Vućak J, Ivezić DL (2009) Referring process in family medicine--contribution assessment. *Acta Med Croatica* 63(2):145-51.
15. Neville A1, Liss Z, Lahad A, Porter B, Shvartzman P (2009) Acute low back pain: is gatekeeping second best? *Isr Med Assoc J*. 11(11):647-51.
16. Simpson, Forbes K, Teasdale E, Tyagi A, Santosh C (2010) Impact of GP direct-access computerised tomography for the investigation of chronic daily headache. *Br J Gen Pract*. 60(581):897-901.
17. Smits M, Huibers L, Oude Bos A, Giesen P (2012) Patient satisfaction with out-of-hours GP cooperatives: a longitudinal study. *Scand J Prim Health Care* 30(4):206-13.
18. Vedsted P, Olesen F (2011) Are the serious problems in cancer survival partly rooted in gatekeeper principles? An ecologic study. *Br J Gen Pract*. 61(589): e508–e512.
19. Velasco Garrido M, Zentner A, Busse R (2011) The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature. *Scand J Prim Health Care* 29(1): 28–38.
20. Zentner A1, Velasco Garrido M, Busse R (2010) Do primary care physicians acting as gatekeepers really improve health outcomes and decrease costs? A systematic review of the concept gatekeeping. *Gesundheitswesen* 72(8-9):e38-44.

Životopis

Rođen sam 27.12.1989. godine u Zagrebu. Pohađao sam klasični odjel OŠ Silvija Strahimira Kranjčevića u Zagrebu. 2004. godine upisao sam Privatnu klasičnu gimnaziju u Zagrebu. 2006. godine dobio sam stipendiju za sudjelovanje u OSI (Olomouc Summer Institute for High School Students), Olomouc, Češka gdje sam gdje sam završio tečajeve „Leadership“ i „Global Issues“. Iste godine dobio sam stipendiju HMC (the Headmasters' & Headmistresses' Conference) za studentsku razmjenu u Cheltenham College-u, Ujedinjeno Kraljevstvo, gdje sam stekao AS razinu obrazovanja. Maturirao sam 2008. godine te sam iste godine upisao Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Tokom studija sudjelovao sam u studentskoj praksi u timu prof. Ivana Đikića u Institut für Biochemie 2, Goethe Universität Frankfurt, Njemačka 2011. godine te studentskoj razmjeni CroMSIC-a (Croatian Medical Students' International Committee) na odjelu neurokirurgije bolnice Belen u Trujillu, Peru 2012. godine. 2013. godine prezentirao sam poster Matovac N, Lazić V (2013). Patient's voice by Vesna Andrijević Matovac na 1st International Congress „Person in Medicine and Healthcare – Science and Art“ Dubrovnik, Hrvatska. Od 2010. godine djelujem kao volonter Udruge "SVE za NJU!" žena oboljelih i liječenih od raka dojke, njihovih obitelji i prijatelja.