

## Analiza povijesti bolesti nakon specijalističkog pregleda: Postoje li razlike u strukturi i sadržaju povijesti bolesti u razdoblju od 1999. do 2004. godine

*Disease analysis after specialist examination: are there any differences in the medical history structure and contents in the period from 1999 to 2004?*

Vjekoslava Amerl – Šakić, Sanja Blažeković – Milaković, Davorin Šakić\*

---

### Sažetak

Nečitke i nepotpune povijesti bolesti napisane od strane specijalista konzilijarno-polikliničke službe veliki su teret liječniku obiteljske medicine. U ambulanti primarne zaštite na području Trešnjevke u periodu od 1. 1. do 31. 12. pregledavana je medicinska dokumentacija izdana bolesnicima tijekom 1999. i 2004. godine od strane specijalista internističke i kirurške grupe medicinskih djelatnosti. Od ukupnog broja od 4288 povijesti bolesti svega ih je 2326 ili 54,24% potpuno i čitko napisanih dok je 864 ili 20,14% napisano rukom i više ili manje su nečitke za većinu liječnika. Prema dobivenim podacima nakon više od 45% svih pregleda specijalista, liječnik obiteljske medicine ne dobiva potpunu informaciju o stanju svog bolesnika. Iako je ukupni postotak bez pravilno napisane dijagnoze visok (12,55%), još više zabrinjava podatak o 13,06% povijesti bolesti bez potpuno napisane terapije. Ohrabruje činjenica da je uočen pozitivni pomak od 7,85%, jer se 2004.g. češće pišu potpune povijesti bolesti. Statistički najznačajnija razlika uočena je u skupini povijesti bolesti bez potpuno napisane terapije, gdje u 2004. specijalisti internističkih grana za 3,06% češće u odnosu na 1999. pišu terapiju. Statistički značajna razlika uočena je kod usporedbe nalaza napisanih 2004. i 1999. unutar internističke, odnosno kirurške grane. Provedena analiza je pokazala kako je u procesu upućivanja u razdoblju od 1999. do 2004. došlo do poboljšanja komunikacije liječnika koji u tome sudjeluju, no ima još mnogo mjesta za daljnje poboljšanje kvalitete.

**Ključne riječi:** povijest bolesti, specijalistički pregled

---

### Summary

Illegible and incomplete medical histories written by consultative polyclinic specialists are a great problem for family physicians. In the primary care unit in Trešnjevka, in the period from January 1 to December 31, medical histories issued to patients by internists and surgeons in 1999 and 2004 were reviewed. Out of a total number of 4,288 medical histories, only 2,326 (54.24%) were complete and legible, whereas 864 (20.14%) were written by hand and more or less illegible for most physicians. According to the data obtained after more than 45% of all specialist exams, the primary care physician did not receive complete information regarding his/her patient's state. Though the total percentage without a correctly written diagnosis was high (12.55%), an even more worrisome fact was the 13.06% of medical histories without a completely specified therapy. A positive increase of 7.85% was noted, since in 2004 complete medical histories were entered more frequently. Statistically, the most significant difference was noticed in the medical histories without a fully specified therapy, where in 2004 internists wrote the therapy 3.06% more frequently in relation to 1999. A statistically significant difference was noted in comparing medical histories written in 2004 and 1999 among both internists and surgeons, and overall.

**Key words:** medical history, specialist exam

*Med Jad 2008;38(3-4):85-91*

---

\* **Zdravstvena stanica Jarun**, Zagreb (Vjekoslava Amerl-Šakić, dr. med.); **Škola narodnog zdravlja "Dr. Andrija Štampar"**, Zagreb (Doc. dr. sc. Sanja Blažeković-Milaković, dr. med.); **Klinička bolnica Dubrava**, Odjel za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju, Zagreb (Dr. sc. Davorin Šakić, dr. med.)

Adresa za dopisivanje / *Correspondence address*: Vjekoslava Amerl-Šakić, dr. med., Zdravstvena stanica Jarun, Hrvoja Macanovića 2 a, 10000 Zagreb

Primljeno / *Received* 2007-12-17; Ispravljeno / *Revised* 2008-02-23; Prihvaćeno / *Accepted* 2008-05-15

## Uvod

Bolesnik s uputnicom za specijalistički pregled dolazi u konzilijarno-polikliničku ustanovu, gdje nakon pregleda dobiva medicinski dokument – povijest bolesti. Taj je dokument važan putokaz liječniku obiteljske medicine, koji je uputio bolesnika i napisao uputnicu, za nastavak liječenja i planiranje daljnjih postupaka (dijagnostičkih, terapijskih, rehabilitacijskih i dr.), kako bi bolesniku pomogao u smanjivanju njegovih tegoba.<sup>1,2,3,4</sup> Povijest bolesti treba razlikovati od pismenog mišljenja ili pismenog savjeta pri konzultaciji, te pismenog opisa kod ekspertize ili liječničke potvrde, jer sve te dokumente također mogu napisati liječnici specijalisti u konzilijarno-polikliničkoj službi. Nakon svih napatka koje je liječnik obiteljske medicine dobio i od Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje<sup>5,6,7</sup> i od Hrvatske udruge obiteljske medicine, na poslijediplomskoj nastavi i specijalizaciji o tome kako mora izgledati popratno pismo koje dajemo bolesniku uz uputnicu kada ga šaljemo na konzilijarni pregled,<sup>5,6,8</sup> malo je takvih uputa, koji bi kolegu iz polikliničko-konzilijarne službe obvezivale na isto tako pravilno izdan dokument – povijest bolesti. U literaturi u kojoj se spominju konzilijarni pregledi, u članku Martina i sur. iz 2000. predložen je izgled i sadržaj liječničkog pisma, povijesti bolesti ili sličnog dokumenta, kojim bi se opisala bolest, zbog koje je pacijent upućen na konzilijarni pregled. Uglavnom su rijetko spomenuti slabiji kontakti između liječnika opće medicine i konzilijarnog specijaliste.<sup>9</sup>

Povijest bolesti (*Historia morbi*) trebala bi u osnovi sadržavati: opće podatke o bolesniku (*Generalia*), subjektivne navode i sjećanje bolesnika u svezi bolesti (*Anamnesis*), klinički fizikalni pregled (*Status praesens*), dijagnozu (*Diagnosis*) i terapiju (*Therapia*). Dijagnoza i terapija su najvažniji podaci koji se kasnije redovito zapisuju u protokol i osobni karton bolesnika, te se prosljeđuju na automatsku obradu podataka.<sup>1,2,9</sup> Pri tome je važno napomenuti da dijagnoza nije svrha samoj sebi nego je podređena cilju – liječenju bolesti.<sup>1</sup> Dijagnoze koje su prema gore navedenim pravilima napisane ili latinskim jezikom ili šifrom po Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema, te u zadnje vrijeme engleskim (npr. *Whiplash injury*, *Tennis elbow* i sl.) i hrvatskim nazivima (npr. loše držanje, opstruktivna bolest pluća, skakačko koljeno, moždani udar, sindrom preopterećenja), kao i skraćenice (*Epi*, *KOPB*, *PTSP*, *CVI*) svrstane su u skupinu potpune dijagnoze. U skupinu nepotpunih dijagnoza uvrstili smo "Ut ante", "Eadem" ili "Kao naprijed", ukoliko na istom listu povijesti bolesti nije ranije u tekstu

napisana dijagnoza. Slično je i s "In obs", ukoliko nema oznake stanja koje se opservira. Terapija je skup postupaka ili sredstava koji utječe na suzbijanje tegoba, te na liječenje bolesti. Najčešće su to farmakološki pripravci, čiji su nazivi u ovom radu, kao jednako pravilni, označeni – i oni napisani generičkim – i oni napisani tvorničkim imenom. Naša je pretpostavka da se pisanje povijesti bolesti od strane specijalista kirurške i internističke grane medicine ne razlikuje, te da nije došlo do poboljšanja u strukturi i sadržaju istih u razdoblju od 1999. do 2004.

## Cilj rada

Cilj ovog rada je istražiti izgled povijesti bolesti, ocijeniti njihovu potpunost i čitkost, te odrediti sadržaj i strukturu pregledom povijesti bolesti dobivenih iz specijalističko-konzilijarne zaštite.

## Ispitanici i metode

U ambulanti primarne zdravstvene zaštite ZS Jarun u periodu od 1. 1. 1999. do 31. 12. 1999. i 1. 1. 2004. do 31. 12. 2004. retrospektivno je pregledavana medicinska dokumentacija izdana bolesnicima od strane specijalista internističke i kirurške grupe medicinskih djelatnosti. U obzir su uzete samo povijesti bolesti u kojima je trebala biti napisana i terapija i dijagnoza bolesti.

Kada terapija nije bila potrebna – a označena je s "Nihil" ili "Kirurško zbrinjavanja za sada nije indicirano" – priznata je kao pravilna. Kao nedostatna terapija uzeta je ona koja nije napisana u odgovarajućem obliku ili dozi, te po važećim preporukama farmakologa. Često su date samo opće odrednice: npr. analgetika, ali ne i podatak o kojem bi se analgetiku trebalo raditi, od paracetamola do opijata, te u kojoj ih dozi treba upotrijebiti. Takvu terapiju ocijenili smo kao nedostatno navedenu. U velikom broju slučajeva taj dio povijesti bolesti uopće nije napisan.

Mnoge povijesti bolesti, mada sadrže potpuno napisane i dijagnozu i terapiju, zbog toga što su pisane više ili manje nečitkim rukopisom, za liječnika obiteljske medicine nisu upotrebljive. Stoga smo ih svrstali u posebnu skupinu – nečitke povijesti bolesti.

Prvo smo usporedili povijesti bolesti internističke i kirurške skupine 1999. i 2004., zatim pojedinačno kiruršku, te internističku 1999. i 2004. godine. U kiruršku granu svrstani su specijalisti: kirurgije, traumatologije, ortopedije, neurokirurgije, urologije, oftalmologije i otorinolaringologije. U internističku granu ubrojani su specijalisti svih internističkih grana, uz neurologe, dermatovenerologe, pedijatre, reumatologe i fizijatre.

Zatim smo sve povijesti bolesti 1999. i 2004. godine usporedili prema kategorijama: potpune, nečitke, bez dijagnoze i bez terapije.

Statistička metoda: Dobivene rezultate smo prikazali u tablicama kontingencije, i za testiranje razlika,  $\chi^2$  testom. Svi su rezultati interpretirani prema razini značajnosti 95% ( $p < 0,05$ ). Statistička obrada podataka izvršena je na elektroničkom računalu pomoću paketa SAS (licenca Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta).

### Rezultati

Od ukupnog broja od 2172 povijesti bolesti 1999. godine, svega ih je 1094 ili 50,37% potpuno i čitko napisano, dok je 477 ili 21,96% napisano rukom i više ili manje nečitko za većinu liječnika. Za 2004. godinu od 2116 povijesti bolesti ispravno je napisano 1232 (58,22%), dok je nečitkih, bez dijagnoza i terapije 884 ili 41,78%. U obje godine (1999. i 2004.) statistička razlika između kirurških i internističkih grana nije značajna.

U Tablicama 3. i 4. uspoređivanjem povijesti bolesti u razdoblju od 1999. do 2004. godine, uočene

su statistički značajne razlike na razini od  $p < 0,01$ . Utvrđeno smanjenje broja nečitkih povijesti bolesti u razdoblju od 1999. do 2004. može se povezati s većom upotrebom računala kod pisanja 2004. godine.

Prema zbirnim rezultatima koji su prikazani u Tablici 5. vidljivo je da se 2004. za 8,15% češće pišu potpune povijesti bolesti, dok se je najmanje za samo 1,28% poboljšala kategorija bez napisane dijagnoze. Povijesti bolesti bez napisane dijagnoze i terapije u obje su godine u rasponu od 11,34% do 14%. Iako je u 2004. uočeno smanjenje broja povijesti bolesti bez napisane terapije, takve povijesti bolesti još uvijek čine 12,10% od ukupnog broja. Terapija je skup postupaka ili sredstava koji utječe na suzbijanje tegoba, te na liječenje bolesti, a za bolesnika predstavlja najvažniji dio povijesti bolesti.<sup>1,2,4</sup> Većinu bolesnika ne zanima dijagnoza, već što treba učiniti ili uzeti kao lijek, kako bi se smanjile tegobe, zbog kojih je i upućen na konzultaciju specijalisti. Najveća razlika uočena je u skupini povijesti bolesti bez potpuno napisane terapije i to u internističkoj skupini specijalnosti, gdje u 2004. specijalisti za 3,06% češće, u odnosu na 1999., pišu terapiju, dok je ta razlika za kirurške grupe svega 0,73%, što je statistički značajan rezultat.

Tablica 1. Povijesti bolesti iz 1999. razvrstane prema sadržaju i pripadnosti kirurškim i internističkim skupinama specijalnosti

Table 1. Medical histories from 1999 according to their contents and surgical and intern groups

	Potpune <i>Complete</i>		Nečitke <i>Illegible</i>		Bez dg <i>Without dg</i>		Bez th <i>Without th</i>		Ukupno <i>Total</i>	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kir. grana <i>Surg. branch</i>	536	48,86	261	23,79	152	13,86	148	13,49	1097	100
Int. grana <i>Int. branch</i>	558	51,91	216	20,09	145	13,49	156	14,51	1075	100
Ukupno <i>Total</i>	1094	50,36	477	21,96	297	13,67	304	13,99	2172	100

$$\chi^2 = 4,841 \quad D. F. = 3 \quad p = 0,1838 \quad p > 0,05$$

Tablica 2. Povijesti bolesti iz 2004. razvrstane prema sadržaju i pripadnosti kirurškim i internističkim skupinama specijalnosti

Table 2. Medical histories from 2004 according to their contents and surgical and intern groups

	Potpune <i>Complete</i>		Nečitke <i>Illegible</i>		Bez dg <i>Without dg</i>		Bez th <i>Without th</i>		Ukupno <i>Total</i>	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kir. grana <i>Surg. branch</i>	604	57,97	201	19,29	104	9,98	133	12,76	1042	100
Int. grana <i>Int. branch</i>	628	58,47	186	17,32	137	12,76	123	11,45	1074	100
Ukupno <i>Total</i>	1232	58,22	387	18,29	241	11,39	256	12,10	2116	100

$$\chi^2 = 5,476 \quad D. F. = 3 \quad p = 0,1401 \quad p > 0,05$$

Iz Tablice 1. vidljivo je da je 48,86% kirurških, te 51,91% internističkih povijesti bolesti bilo potpuno. Nečitkih je bilo 23,79% kirurških i 20,09% internističkih, dok su bez dijagnoze i bez terapije bili podjednako zastupljeni u obje grane.

Iz Tablice 2. vidljivo je da su u 2004. godini potpune povijesti bolesti nađene kod 57,97% kirurških i u 58,47% internističkih povijesti bolesti. Od nečitkih 19,29% ih je kirurških, te 17,32% internističkih, dok ih je bez dijagnoze 9,98% kirurških i 12,76% internističkih, te bez terapije 12,76% kirurških i 11,45% internističkih.

Kirurške povijesti bolesti su potpune i čitke u 2004. godini u 57,97% slučajeva, za razliku od 48,86% slučajeva iz 1999. godine. Nečitke su u 19,29% u odnosu na 23,79% slučajeva iz 1999. godine. Bez potpune dijagnoze su u 9,98% slučajeva, za razliku od 13,86% slučajeva iz 1999. godine, te nemaju upisanu terapiju u 12,76% slučajeva, za razliku od 13,49% slučajeva iz 1999. godine. Razlika

je statistički značajna, osobito u kategoriji potpune povijesti bolesti.

U internističkim povijestima bolesti potpune su u 2004. godine bile u 58,47% u odnosu na 51,91% iz 1999. godine. Nečitkih je bilo 17,32% slučajeva, u odnosu na 20,09% iz 1999., bez dijagnoze 2004. je 12,76%, za razliku od 13,49% iz 1999., te je bez terapije 11,45% u odnosu na 14,51%, pet godina ranije. Razlika je statistički značajna, osobito kada je riječ o potpunom nalazu.

Tablica 5. prikazuje zbirne rezultate po godinama ispitivanja. 2004. godine broj potpunih povijesti bolesti iznosi sveukupno 58,22% u usporedbi s 50,37% iz 1999. godine. Nečitkih je 2004. godine 18,29%, za razliku od 21,96% iz 1999. godine. Bez dijagnoze ih je 2004. 11,39% u odnosu na 13,67% iz 1999., dok ih je bez terapije 2004. godine 12,1% u odnosu na 14% pet godina ranije. Razlika je statistički značajna i ukazuje na poboljšanje strukture i sadržaja povijesti bolesti.

Tablica 3. Usporedba povijesti bolesti kirurške grane 1999. i. 2004. godine

Table 3. Comparison of histories in surgical branch between 1999 and 2004

	Potpune <i>Complete</i>		Nečitke <i>Illegible</i>		Bez dg <i>Without dg</i>		Bez th <i>Without th</i>		Ukupno <i>Total</i>	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kir. grana <i>Surg. branch</i> 1999.	536	48,86	261	23,79	152	13,86	148	13,49	1097	100
Kir. grana <i>Surg. branch</i> 2004.	604	57,97	201	19,29	104	9,98	133	12,76	1042	100
Ukupno <i>Total</i>	1140	53,30	462	21,60	256	11,96	281	13,13	2139	100

$$\chi^2 = 20,248 \quad D. F. = 3 \quad p = 0,0001 \quad p < 0,01$$

Tablica 4. Usporedba povijesti bolesti internističke grane 1999. i. 2004. godine

Table 4. Comparison of histories in internistic branch between 1999 and 2004

	Potpune <i>Complete</i>		Nečitke <i>Illegible</i>		Bez dg <i>Without dg</i>		Bez th <i>Without th</i>		Ukupno <i>Total</i>	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Int. Grana <i>Int. Branch</i> 1999.	558	51,91	216	20,09	145	13,49	156	14,51	1075	100
Int. Grana <i>Int. Branch</i> 2004.	628	58,47	186	17,32	137	12,76	123	11,45	1074	100
Ukupno <i>Total</i>	1186	55,19	402	18,71	282	13,12	279	12,98	2149	100

$$\chi^2 = 10,500 \quad D. F. = 3 \quad p = 0,0148 \quad p < 0,05$$

Tablica 5. Povijesti bolesti ukupno u odnosu na razdoblje ispitivanja  
 Table 5. Total medical histories according to their testing period

	Potpune <i>Complete</i>		Nečitke <i>Illegible</i>		Bez dg <i>Without dg</i>		Bez th <i>Without th</i>		Ukupno <i>Total</i>	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. 1.-31. 12. 1999.	1094	50,37	477	21,96	297	13,67	304	14,00	2172	100
1. 1.-31. 12. 2004.	1232	58,22	387	18,29	241	11,39	256	12,10	2116	100
Ukupno <i>Total</i>	2326	54,24	864	20,15	538	12,55	560	13,06	4288	100

$$\chi^2 = 26,779 \quad D. F. = 3 \quad p = 0,00006 \quad p < 0.01$$

### Rasprava

Za liječnika opće/obiteljske medicine upućivanje bolesnika znači prijenos i podjelu odgovornosti za skrb bolesnika sa specijalistom-konzultantom u određenom području. Racionalno upućivanje podrazumijeva postojanje primjerene komunikacije između liječnika primarne zdravstvene zaštite koji upućuje bolesnika i liječnika drugih specijalnosti, te usklađeno djelovanje primarne, sekundarne i tercijarne zaštite.<sup>8</sup>

Prema radu Šakić i sur. iz 1999. vidljivo je da ni uputnice nisu uvijek napisane čitko i s uputnom dijagnozom.<sup>10</sup> U vremenskom škrpicu često se ne napiše uputno pismo u kojem se ukratko opišu svi bitni podaci o stanju bolesnika, o razlogu upućivanja, te sve relevantne dijagnostičke i terapijske postupke koje smo do tada poduzeli, uz jasno određen zahtjev što liječnik primarne zdravstvene zaštite očekuje od specijalističke konzultacije.<sup>6,11</sup> Upozoravamo i na dodatne kronične bolesti, kao i na terapiju koju naš pacijent redovito uzima. Od specijalista-konzultanta očekujemo isto tako detaljnu povijest bolesti, na temelju koje bi doznali točnu dijagnozu, eventualne dodatne pretrage kojima bi morali podvrći bolesnika, kako bismo potvrdili radnu dijagnozu, te konkretne terapijske postavke kojih se moramo pridržavati kako bismo našeg bolesnika što prije riješili njegovih tegoba.

Ne smijemo zaboraviti da liječnik primarne zdravstvene zaštite mora, uz to, primjereno koristiti rezultate specijalističke konzultacije u skrbi za svog bolesnika, te istodobno i za osobnu izobrazbu. Zbog toga je jako važno da ti rezultati budu primjereno prikazani, kako bi se mogli koristiti. Nažalost u svom praktičnom radu nerijetko dobivamo takve povijesti bolesti koje su zamalo neupotrebljive. U prilog činjenici da to nije slučaj samo kod nas govori nam podatak o radu Hampson J. i sur., koji su obradili podatke iz literature o podjeli odgovornosti u liječenju bolesnika između izabranog liječnika i specijalista-

konzultanta.<sup>12</sup> Došli su do zaključka da, iako u literaturi ima i oglednih primjera suradnje, uglavnom je komunikacija između specijalista i liječnika primarne zdravstvene zaštite stalni problem. I dok informacijska tehnologija može pružiti rješenja za neke probleme, zaključeno je da su potrebne kulturalne promjene koje će omogućiti stručnjacima da dijele informacije o bolesniku na ispravan i adekvatan način.<sup>13,14,15</sup>

Pokušaji da se postigne bolja komunikacija između obiteljskih liječnika i specijalista konzultanata opisani su i u stranoj literaturi. Tako prema Forrest CB i sur. iz 2000. godine, elementi specijalističkog pisma koji značajno povećavaju razinu kvalitete uključuju kratku anamnezu, dijagnozu, kao i prijedloge za daljnje praćenje i liječenje.<sup>16</sup>

Tattersall sa suradnicima, 2002. predlaže obrazac tzv. odgovora specijaliste u kojem već u zaglavlju trebaju biti: utvrđena dijagnoza, razlog zbog kojeg je pacijent upućen na konzilijarni pregled, lista problema, te navedeni lijekove koje koristi. U nastavku bi trebalo navesti anamnezu, nalaze fizikalnog pregleda i učinjenih pretraga. Zatim bi trebao slijediti preporučeni terapijski plan, koji uključuje cilj liječenja, terapijske mogućnosti koje su razmatrane, a nisu i zašto nisu prihvaćene, te vjerojatni kratkoročni i dugoročni sporedni učinci liječenja. Nakon toga bi trebalo navesti očekivani rezultat i prognozu liječenja, te eventualnu potrebu daljnje dijagnostičke obrade. Slijedilo bi objašnjenje koje je dano pacijentu, te ustanovljavanje načina kako ga je on prihvatio i da li ga je u potpunosti shvatio, te mogući učinak bolesti na psihosocijalne faktore. Pri kraju bi trebalo navesti točan plan praćenja pacijenta i opisati što se očekuje od liječnika primarne zaštite.<sup>17</sup>

Roland Bal iz Nizozemske sa suradnicima, 2006. godine ukazuje na potrebu znatnog poboljšanja interorganizacijske komunikacije, zbog povećane kompleksnosti zdravstvene zaštite u cjelini. U njegovom radu je predložen sustav, koji je razvijen

kako bi optimizirao komunikaciju između liječnika obiteljske medicine i specijalista konzultanta. Taj sustav je, iako standardiziran, uspostavio bolju vezu između liječnika obiteljske medicine i konzilijarnog specijaliste.<sup>18</sup>

Povećanje broja potpuno napisanih povijesti bolesti je zamjetnije u 2004. godini u odnosu na 1999., ako se uspoređuju podaci iz Tablice 1. i 2.

Znatno smanjenje broja nečitkih povijesti bolesti uočeno je u Tablici 3., što je vjerojatno povezano s većom upotrebom računala prilikom pisanja, što bi valjalo dodatno istražiti. Iz tablica 3 i 4. uočena je zamjetno veća razlika između 2004. i 1999.g. u nečitkim povijestima bolesti i kod kirurške skupine, mada još uvijek veliki broj kirurga nalaz piše rukom.

Da li će daljnja informatizacija i konzultacije sa specijalistima preko sve raširenijeg interneta dovesti do poboljšanja komunikacije? Prema radu P. Wallaca i sur. na taj će način konzultanti moći vrlo uspješno pratiti kronične bolesnike bez fizičkog pregleda istih. No, za prvi pregled, odnosno prvu konzultaciju takav moderan način nije upotrebljiv.<sup>14</sup> Haldis i sur. smatraju da liječnik primarne zdravstvene zaštite dobije nepotpunu informaciju ako ju zatraži telefonskim putem i sumnjaju da će se isti takav učinak pokazati i putem elektronske pošte.<sup>15</sup> Možda bi uvođenje tipskih obrazaca bilo rješenje za takav problem. Zadnjih 5 godina primijetili smo da su nalazi neurologa KB "S. Milosrdnice", koji koriste takav obrazac u obradi bolesnika, vrlo detaljni i rijetko im nešto nedostaje.

Bez ispravno napisane dijagnoze nakon specijalističkog pregleda nemoguće je ustanoviti problemu orijentiranu osobnu povijest bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, te je stoga zabrinjavajući podatak da je najmanja razlika između 2004. i 1999. u povijesti bolesti bez napisane dijagnoze 1,28%, mada se od liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti zahtijeva da ju napiše na uputnici. Prednosti problemu orijentirane medicinske dokumentacije su: pregledna lista svih otvorenih problema, lakše planiranje i izbor terapije, a problemi se ne skrivaju općom dijagnozom.<sup>18,19</sup>

Prijedlog zakona o pravima pacijenata u svom članku 23. određuje da će se medicinska dokumentacija koja se uručuje pacijentu po završetku liječničkog pregleda propisati posebnim zakonom, kojim bi se uredile vrste i sadržaj, te način vođenja, čuvanja, prikupljanja i raspolaganja iste.<sup>4</sup>

Prema pravilniku o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz osnovnog zdravstvenog osiguranja (NN 93/03) u članku 40, liječnik specijalist nakon izvršenog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka, obavezan je dostaviti izabranom liječniku nalaz i mišljenje o zdravstvenom stanju osigurane osobe s uputama za daljnje liječenje.<sup>3</sup>

Prema G. Mitchelu i sur., bolesnici su pokazali znatno bolji odgovor na terapiju, ako je u njezinu provedbu bio uključen njihov liječnik primarne zdravstvene zaštite.<sup>5</sup> To nipošto nije nevažan podatak, jer znamo da je uloga obiteljskog liječnika za pojedinca jako važna i često nakon konzultacije kod specijaliste, bolesnik kod svog liječnika provjerava dijagnozu i terapijske metode koje je predložio konzilijarni liječnik.<sup>20</sup>

Prema rezultatima provedene analize povijesti bolesti utvrđeno je da se često ne piše oblik i doza, kako lijekova, tako i pojedinih terapijskih i rehabilitacijskih postupaka. Za bolesnika je najvažnije da pravodobno započne s odgovarajućim liječenjem, jer to ubrzava smanjenje tegoba, povećava izgleda za moguće izlječenje, te smanjuje troškove liječenja.<sup>7,21</sup> Liječniku obiteljske medicine koji ne dobije pravilnu i potpunu uputu o liječenju bolesnika od strane specijaliste, teško je kasnije prigovarati zbog eventualnog neuspjeha u liječenju. Naime, u više od 12% povijesti bolesti, koje su rezultat konzilijarnog pregleda zatraženog od liječnika primarne zdravstvene zaštite, ne postoji ni prijedlog terapijskih postupaka.

U zadnje vrijeme i liječnici pri komisijama koje provode vještačenja imaju problema zbog toga što je medicinska dokumentacija nečitka. Zbog toga je nedavno upućena zamolba svim liječnicima specijalistima u zdravstvenim ustanovama da izdaju samo čitku i kompletnu medicinsku dokumentaciju.

Ovo naše pilot-istraživanje moglo bi poslužiti kao uvod u daljnja ispitivanja vrijednosti nalaza, kako bi se njihova kvaliteta poboljšala radi poboljšanja kvalitete rada i zadovoljstva na sreću svih liječnika primarne zdravstvene zaštite, a na dobrobit naših zajedničkih bolesnika. Vrijedno bi bilo usporediti nalaze specijaliste ustanova u kojima je uvedena računalna obrada podataka, gdje postoje jednoobrazne povijesti bolesti koje se ne mogu isprintati, ukoliko nisu potpuno i pravilno ispunjene s onima koji još uvijek pišu rukom ili u nešto boljem slučaju pisaćom mašinom. Bilo bi žalosno kada bismo iz popisa naših konzultanata isključili neke od vrhunskih stručnjaka, samo zbog neadekvatnih nalaza koje od njih dobivamo.

## Zaključak

Provedena analiza je pokazala kako je u procesu upućivanja neophodno poboljšati komunikaciju liječnika koji u tome sudjeluju. Postignuti napredak u tom smislu ukazuje na daljnju potrebu da se u izobrazbi specijaliste – konzultanta obrati pozornost na komunikaciju s obiteljskim liječnicima. Kvaliteta pisanja povijesti bolesti trebala bi biti dio edukacije tijekom svake specijalizacije. Korištenje uniformi-

ranog, računalnog pisma liječniku moglo bi znatno pomoći u postizanju tog cilja.

### Literatura

1. Vuletić V. Klinička anamneza internih bolesnika. Zagreb: Školska knjiga; 1965.
2. Antonin B. Propedeutika interne medicine. Zagreb: Medicinska naklada; 1975.
3. Jajić I. Fizijatrijsko-reumatološka propedeutika. Zagreb: Medicinska naklada; 1994.
4. Toth M, Šabijan D. Popis dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima. Zagreb: Medicinska naklada; 1992.
5. Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz osnovnog zdravstvenog osiguranja, Narodne Novine 93/03, 14. svibnja 2003.
6. Katić M. Stohastičke značajke upućivanja bolesnika iz opće medicina na konzultativne preglede [doktorska dizertacija], Zagreb: Medicinski fakultet, 1992;96-106.
7. Smith GC. From consultation-liaison psychiatry to psychosocial advocacy: maintaining psychiatry's scope: Aust N Z J Psychiatry. 1998;32:753-61; discussion 762-6.
8. Budak A, Katić M, Šućur M. Odnos između primarne i sekundarne zdravstvene zaštite. Praxis medici 1987; 18:7-20.
9. Mitchell G, Del Mar C, Francis D. Does primary medical practitioner involvement with a specialist team improve patient outcomes? A systematic review. Br J Gen Pract. 2002;52:934-9.
10. Šakić D, Badovinac O, Blažeković-Milaković S, Amerl Šakić V. Neispravne dijagnoze na uputnicama za fizijatra. Med fam Croat 1999;7:82-6.
11. www.medicina.hr. Intermed d.o.o. Medicinska dokumentacija. Dostupno na webu 25. 01. 2008.
12. Hampson JP, Roberts RI, Morgan DA. Shared care: a review of the literature. Fam Pract. 1996;13:264-79.
13. Coulter A. Managing demand at the interface between primary and secondary care, BMJ 1998;316:1974-1976.
14. Wallace P, Barber J, Clayton W, et al. Virtual outreach: a randomised controlled trial and economic evaluation of joint teleconferenced medical consultations. Health Technol Assess. 2004;8:1-106, iii-iv.
15. Haldis TA, Blankenship JC. Telephone reporting in the consultant-generalist relationship: J Eval Clin Pract. 2002;8:31-5.
16. Forrest CB, Glade GB, Baker AE, Bocian A, von Schrader S, Starfield B. Coordination of specialty referrals and physician satisfaction with referral care. Arch Pediatr Adolesc Med. 2000;154:499-506.
17. Tattersall MHN, Butow PN, Brown JE, Thompson JF. Clinical Practice: Improving doctors' letters; MJA 2002;177:516-520.
18. Bal R, Mastboom F, Spiers HP, Rutten H. The product and process of referral optimizing general practitioner-medical specialist interaction through information technology. Int J Med Inform. 2007;76 Suppl.1:28-34.
19. Kopjar B, Ivanković D, Hrastić-Novak L, Bartolić A, Vuletić S. Problemu orijentirana osobna povijest bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti – aplikacija na računalu. Medicinska informatika 93.
20. Vrcić-Keglević M, Blažeković-Milaković S, Katić M i sur. Organizacijski aspekti napretka opće medicine. Praxis medici. 1985;16:63-76.
21. Katić M, Budak A, Kern J i sur. Obrasci upućivanja bolesnika iz opće medicine na konzultativne preglede – međunarodna usporedba. Liječ Vjesn. 1994;116:3-9