

Ginekološko porodniška dejavnost na primarni ravni

Marija Ilijaš Koželj

Združenje za ambulantno ginekologijo-SZD

V Sloveniji imamo dolgo tradicijo varovanja zdravja žensk in otrok. V zamekih se je začela ta dejavnost po letu 1920, ko je A. Štampar pričel razvijati celovito obravnavo zdravstvenega varstva zunaj bolnišnic. Prvi dispanzerji za ženske in otroke so nastali najprej v Ljubljani v letu 1923, nato pa tudi v drugih slovenskih krajih. Po drugi svetovni vojni je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) sprejela idejo »skupne obravnave zdravstvenega varstva (ZV) žensk, otrok in mladine« in ga poimenovala »Maternal and Child Health«. Z organizacijo dispanzerske službe in koncentracijo porodov v porodnišnicah je začel dr. P. Lunaček. Pozneje so te dejavnosti aktivno razvijali še drugi (B. Tekavčič, Z. Humer, S. Lunaček in M. Škarja – Skerget ter S. Cvahte, S. Krajnc – Simoneti.)

Reproduktivno zdravstveno varstvo žensk v Sloveniji deluje po principu dispanzerske metode dela; celostna obravnava ženske z namenom zgodnje diagnostike in ukrepanja kar **manjša stroške** (manj invazivni posegi, manj obsežne operacije, zgodnje okrevanje, krajša hospitalizacija) ter izboljšuje zdravje žensk in zagotavlja **kakovostno zdravstveno varstvo žensk**.

Vsebine celostne obravnave reproduktivnega zdravstvenega varstva žensk na primarni ravni (RZVŽ)

Preventivni programi varovanja RZVŽ so opredeljeni v Pravilniku za izvajanje preventivnih programov v primarnem reproduktivnem ZV (Uradni list RS) in obsegajo načrtovanje družine, svetovanje različnih kontracepcijskih metod, preprečevanja neplodnosti ter spolno prenosljivih okužb, predporodno varstvo v nosečnosti, aktivno presejanje za raka materničnega vratu (Program ZORA), zgodnje odkrivanje raka dojk ter obravnavo žensk v peri- in pomenopavzi.

Zaradi dobre strokovne usposobljenosti in opremljenosti ambulant lahko opravimo ob enem obisku vso potrebno preventivno in kurativno skrb za žensko.

Kazalci uspešnosti RZVŽ na primarni ravni so na solidni evropski ravni

Generacije ginekologov so skupaj z ostalimi zdravstvenimi delavci v preteklih desetletjih izboljšali zdravje žensk in novorojencev, ne glede na organizacijske oblike in spreminjajoča se poimenovanja teh dejavnosti. V predporodno varstvo prihaja 99,7% nosečnic, 99% jih rodi v porodnišnicah. Zmanjšala se je perinatalna umrljivost in je leta 2007 znašala 3,9/1000, zmanjšala se je umrljivost dojenčkov (2,8/ 1000 živorojenih).

Z večjim osveščanjem žensk na področju načrtovanja družine, se je zmanjšala splavnost in povečala raba kontracepcijskih metod. Število registriranih dovoljenih splavov smo znižali v letu 2001 na 15,2/1000 žensk. Najbolj se je znižala splavnost in rodnost v mladostniških skupinah, saj je splavnost v skupini mlajših mladostnic do 16 let okoli 2/1000. Zmanjšala se je incidenca raka materničnega vratu (12,5/100.000 v letu 2009). V primerjavi z drugimi izvajalci na primarni ravni je število napotitev v bolnišnico zelo nizko (2,3 %).

Kadri v primarnem reproduktivnem zdravstvenem varstvu žensk

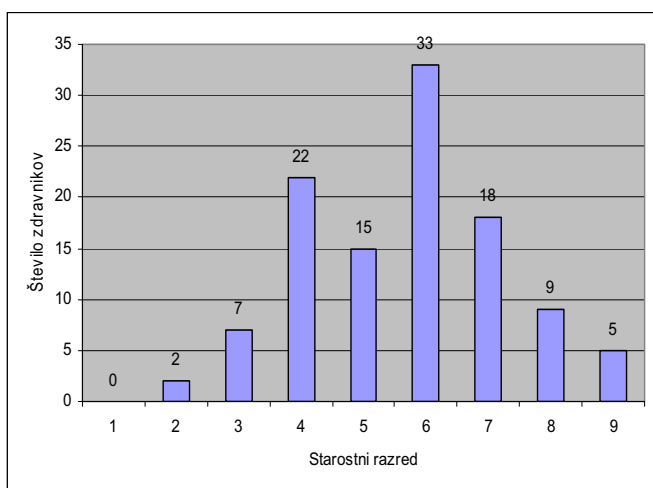
V Sloveniji predstavljajo ženske, starejše od 15 let skoraj polovico populacije. Po podatkih Centralnega registra prebivalstva Statističnega urada Republike je bilo leta 2007 887.977 žensk starejših od 15 let.

Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja je bilo na dan 1. 1. 2009 zabeleženih 139 redno zaposlenih zdravnikov (!) v dejavnosti reproduktivnega varstva žensk na primarni ravni, po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije 136,5, v Registru zdravnikov Zdravniške zbornice Slovenije pa je zabeleženih 111 specialistov ginekologije in porodništva.

Starostna struktura specialistk in specialistov ginekologije in porodništva na primarni ravni je zelo neugodna. Polovica ginekologov je starejših od 50 let, le 2 odstotka pa predstavljajo mlajši od 35 let. Števila predvidenih upokojitev ginekologov na primarni ravni do leta 2014 (27,03 %) število novih specializacij v prihodnjih letih odhajajočega števila ginekologov ne bo dohitelo. (Tabela 1).

Kljub zaskrbljujoči situaciji se število ginekologov ne povečuje, ker še vedno prevladuje zmotno mnenje stroke in zdravstvene politike, da je ginekologov v Sloveniji dovolj.

Tabela 1: Starostna struktura specialistov ginekologije in porodništva na primarni ravni (Vir: Register zdravnikov ZZS, 1. 1. 2009)



Starostni razred	Število
do 30	0
31 do 35	2
36 do 40	7
41 do 45	22
46 do 50	15
51 do 55	33
56 do 60	18
61 do 65	9
nad 66	5
Skupaj	111

Zdravstvena reforma je leta 1992 prinesla izbiro osebnega zdravnika, zasebno prakso in uvajanje glavarinskega sistema plačevanja ZV na primarni ravni. Uvedba glavarinsko-količniškega sistema vrednotenja storitev v RZVŽ na primarni ravni in predpisovanje normativa glavarine na osnovi delitve celotne populacije žensk starejših od 15 let s številom »obstoječih« ginekologov na primarni ravni sicer **navidezno** zagotavlja vsaki ženski pravico in dostop do zdravstvenega varstva na primarni ravni. Ogroženo pa je varno in kakovostno delo v ambulantah za RZVŽ na primarni ravni, zmanjšuje se čas za obravnavo pacientk in daljšajo se čakalne dobe.

Dogovorjeno ter predlagano s strani Razširjenega strokovnega kolegija za ginekologijo in porodništvo leta 2002 je bilo, da je za izračun mreže in financiranja RZVŽ ciljna populacija v starosti od 20 do 75 let, saj je ta populacija dejansko v celoti vključena v vseh pet preventivnih programov od načrtovanja družine, nosečnostnih programov do programov v peri- in pomenopavzi. Poleg tega je bilo dogovorjeno, da potrebna opredeljenost ni 100 % ampak med 80 do 85 %.

V začetku delovanja DP ZORA je bilo opredeljeno tudi 3-letno prehodno obdobje za uskladitev timov in za uravnoteženje mreže izvajalcev RZVŽ, kar je v praksi pomenilo prehod iz 5.500 žensk na ginekologa na 5.000 žensk in s tem omogočiti stroki, da se opravlja program kakovostno in v skladu s predpisanimi smernicami DP ZORA.

Ti dogovori so bili doseženi pri ministru, informacije so bile posredovane ZZZS kakor tudi RSK za ginekologijo in porodništvo. Dogovorjeno je bilo tudi, da bo po končanem triletnem prvem ciklu delovanja DP ZORA potrebno oceniti normative in jih prilagoditi dejanskim potrebam.

V letu 2009 je RSK za ginekologijo in porodništvo sprejel sklep, da je 4.000 opredeljenih žensk na ginekologa strokovno utemeljen in zagotavlja kakovostno izvajanje zdravstvenega varstva žensk na primarni ravni na osnovi postopkov, ki so dokazani z medicinsko znanostjo. Sklep je bil posredovan Ministrstvu za zdravje RS. V letu 2009 je RSK za ginekologijo in porodništvo sprejel tudi časovne normative za posamezne preglede v RZVŽ na primarni ravni. Sklep je bil posredovan Ministrstvu za zdravje (Tabela 2).

Tabela 2: Časovni normativi za RZVŽ na primarni ravni (RSK za ginekologijo in porodništvo, 2009)

1. Ginekološki pregled	15 minut
2. Prvi sistematični pregled nosečnice	20 minut
3. Ponovni sistematični pregled nosečnice	15 minut
4. Ginekološki UZ	15 minut
5. UZ morfologija ploda	30 minut
6. CTG	20 minut
7. Klinični pregled dojk	10 minut

»Devet minut za pacientko«

Leta 2007 so ginekologi na primarni ravni opravili 1.277.987 pregledov. Če upoštevamo število ginekologov, ki jih navaja ZZZS (136 ginekologov), pomeni, da je vsak ginekolog opravil 9.388 pregledov, kar je 42 obiskov na dan, pri čemer je imel za vsak obisk na voljo devet minut. Če upoštevamo število ginekologov, ki jih navaja Register Zdravniške zbornice (111 ginekologov), pa to pomeni, da so za vsako pacientko imeli na voljo le sedem minut in pol. Ob pričakovanem upokojevanju leta 2014 bo imel ginekolog za pregled le še 5,4 minute.

Organizacija RZVŽ na primarni ravni

V zadnjih desetih letih so se pojavljale številne ideje (stroka, zdravstvena politika), kako naj bo RZVŽ na primarni ravni organizirano, kje in kdo naj bi ga izvajal. Poleg ustaljene organizacije obstajajo tudi drugačna razmišljanja. Pomanjkanje ginekologov na sekundarni in terciarni ravni ter z gledovanje po

organizaciji ginekološke službe v državah z drugačno organizacijo zdravstva, kot je naša, je obudila idejo o vključitvi ginekologov primarne ravni v bolnišnično delo (s poudarkom na zagotavljanju dežurne službe). Ideja ni nova, saj je sodelovanje ginekologov iz primarne ravni dobro potekalo v bolnišnicah na sekundarni ravni in tudi v Mariboru. V Ljubljani pa je bilo neizvedljivo zaradi »administrativnih in finančnih zaprek«.

Sklep skupščine Združenja za ambulantno ginekologijo SZD je: »Dokler bo tako sodelovanje prostovoljno ter organizacijsko, administrativno in finančno urejeno, ga je potrebno omogočiti vsem, ki to želijo, so zanj usposobljeni in nanj pripravljeni.«

Pred leti je bela knjiga (med vrsticami) ukinjala ginekologe na primarni ravni in skrb za RZVŽ prenašala na družinske zdravnike.

V zadnjem času je aktualna ideja, da bi del nalog, ki jih opravljajo ginekologi, prenesli na babice. Če bi to prevzele diplomirane medicinske sestre oziroma babice, bi po mnenju članic in članov Skupščine Združenja za ambulantno ginekologijo SZD, morale same sklepati koncesijske pogodbe, delo izvajati samostojno in za to prevzeti tudi odgovornost. Tako radikalne spremembe zahtevajo spremembo zakonodaje, saj je zdravnik kot edini nosilec zdravstvene dejavnosti odgovoren za delo celotnega tima, torej tudi medicinske sestre. Nujno bi bilo spremeniti programe izobraževanj izvajalcev, ki naj bi sprejeli delo na primarni ravni.

Združenje za ambulantno ginekologijo SZD vidi prihodnost v razvoju ambulantne ginekologije, kot ta poteka po svetu, kjer se nekatere dejavnosti (diagnostične metode, manjši operativni posegi) zaradi racionalnosti in zniževanja stroškov umikajo iz bolnišnic v ambulante.

Vsaka reorganizacija je dinamičen proces, ki zahteva temeljite analize, premišljene predloge in primerno dolg časovni rok za pripravo in uveljavitev sprememb. Od vsake reorganizacije se tudi pričakujejo izboljšave. Najpomembneje je, da se zdravstvena politika odloči za dolgoročne, sistemske rešitve in temu tudi sledi.

Zaključki

Reproduktivno zdravstveno varstvo žensk na primarni ravni je prednostna naloga sodobne družbe. V letih načrtnega vlaganja v razvoj dejavnosti, izobraževanje izvajalcev in žensk je vzpostavilo sodobno skrb za ženske.

Kazalci uspešnosti RZVŽ na primarni ravni so dobri in mednarodno primerljivi.

Večja glavarina in manjše število ginekologov na primarni ravni vodita v večje tveganje strokovnih napak in v podaljševanje čakalnih dob, povečuje se preobremenjenosti, kar povzroča večje izgorevanje ginekologov.

Slabo načrtovanje kadrov je privedlo do slabe starostne strukture ginekologov za dejavnost RZVŽ na primarni ravni.

V viziji razvoja primarnega zdravstvenega varstva žensk vidimo ginekologi na primarni ravni možnost za razvoj sodobnega reproduktivnega zdravstvenega varstva, ki bi omogočilo ginekologom prevzemanje tistih diagnostičnih in terapevtskih postopkov, ki obremenjujejo bolnišnice, saj so lahko opravljeni zunaj nje in blizu ženske.

Viri:

1. Pravilnik za izvajanje preventivnih programih za varovanje reproduktivnega zdravja žensk na primarni ravni (UL RS IV/2002)
2. Kirar Fazarinc I, Obersnel Kveder D, Istenič Pikel H, Ilijaš Koželj M, Jemec M, Igličar M, Bezjak S. Primarno zdravstveno varstvo žensk. Kongres slovenskih ginekologov in porodničarjev, Rogla 2003
3. Zdravstveni statistični letopis RS za leto 2007, Ljubljana 2007
4. Register zdravnikov, Zdravniška zbornica Slovenije, Ljubljana 2009
5. Zapisniki sej RSK za ginekologijo in porodništvo 2009, Ljubljana 2009

