

AMBULANTNA GINEKOLOGIJA – »DESETI BRAT« PRIMARNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI? REQUIEM AETERNAM DONA EIS

Danilo Maurič

Skoraj petdeset let bo že, odkar za ženske in za njihovo reproduktivno zdravje na primarni ravni skrbijo specialisti ginekologi, ki delajo v Dispanzerjih za žen(sk)e ali pa v ginekoloških ambulantah kot ginekologi zasebniki. Dispanzerji za ženske delujejo v okviru zdravstvenih domov kot ločeno organizirane oblike dejavnosti primarnega zdravstvenega varstva. Ženske so namreč skupina prebivalstva s posebnimi potrebami in tveganji v rodnem obdobju, zato so jim družba in zdravstveni sistem omogočili visoke standarde pri varovanju njihovega reproduktivnega zdravja. V času, ko mora kar nekaj držav, članic EU, izboljšati in dvigniti standarde pri varovanju reproduktivnega zdravja žensk, pa želi naša država te pravice (ki so zajamčene celo z ustavo) ženskam drastično zmanjšati. Snovalci zdravstvene politike, ki znova in znova ponujajo reforme, ki naj bi za »malo denarja omogočile dosti muzike«, vidijo rešitev finančnih, kadrovskih in organizacijskih problemov našega zdravstvenega sistema v popolni privatizaciji osnovnega zdravstva in ukinitvi ginekologa (in morda tudi pediatra in šolskega zdravnika) na primarni ravni. Čeprav osebno nisem proti dobro premišljeni privatizaciji, pa je trenutno preveč odprtih vprašanj in nejasnosti, da bi o njej sploh upal razmišljati.

Že t. i. Bela knjiga oz. zdravstvena reforma prejšnjega ministra za zdravje je nameravala ukiniti ginekologa na primarni ravni oz. ambulantnega (dispanzerskega) ginekologa. Takšna sprememba zdravstvenega sistema na primarni ravni naj bi, po prepričanju reformatorjev, zmanjšala (?) stroške primarnega zdravstvenega varstva, hkrati pa odpravila kadrovske stiske oz. pomanjkanje ginekologov na sekundarni in terciarni ravni. Namesto ambulantnega ginekologa naj bi za reproduktivno zdravje žensk na primarni ravni skrbeli splošni oz. družinski zdravniki in diplomirane sestre babice. Tem predvidenim spremembam so se odločno uprli nekateri politični, strokovni in laični krogi, večina ambulantnih ginekologov, predvsem pa ženske same, saj so vedele, da pomeni to kratenje njihovih zajamčenih reproduktivnih pravic. Minister Keber je nato izjavil, da reforma ni nameravala odpraviti ginekologov s primarne ravni, v t. i. Beli knjigi naj bi jih samo pozabili omeniti. Pozabljivost pa taka! Kakor koli, reforma je (verjetno) padla, nekaterim pa se očitno še vedno močno kolca po neizvršenih spremembah, zato poteka vojna proti ginekologom na primarni ravni še naprej, vendar dosti bolj skrito in zakulisno. Pri tem pa zbode v oči še nekaj drugega. Borci za ukinitve ambulantnega (»dispanzerskega«) ginekologa na primarni ravni so še nedolgo tega hoteli prepričevati strokovno in laično javnost, da sta delo ambulantnih ginekologov in skrb za reproduktivno zdravje žensk tako preprosta, da ju lahko strokovno popolnoma ustrezno opravlja družinski zdravnik (z nekajtedenskim tečajem iz ginekologije) in medicinska sestra babica. Sedaj pa se naenkrat dozdeva ambulantni ginekolog (kljub petletni specializaciji iz ginekologije in porodništva) strokovno premalo usposobljen za delo na primarni ravni, če ne dežura in dela tudi v bolnišnici. Celó več, takšno dežuranje na sekundarni ravni naj bi bilo po prepričanju nekaterih naših kolegic in kolegov, ki imajo moč odločanja, celo zakonsko obvezno za vse ginekologe, ki delamo na primarni ravni. In sicer naj bi nas k temu zavezoval 13. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti. Ker pa se 13. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti nanaša na zdravstveno dejavnost *na sekundarni ravni in specialistično ambulantno dejavnost* (kamor je

možen dostop samo z napotnico) lahko sklepamo, da so cenjeni kolegi že nagnali »desetega brata« od doma, še preden je zagledal luč sveta novi Zakon o zdravstveni dejavnosti. Tako lahko ambulantni ginekologi že slutimo, kaj prinaša nam in ženskam novi zakon, kljub zagotovilu RSK za ginekologijo in aktualne zdravstvene politike, da ostajamo na primarni ravni. Dosedanji Zakon o zdravstveni dejavnosti v svojem 7., 8., 9., 10., 11. in 12. členu opredeljuje zdravstveno dejavnost na primarni ravni, kamor sodi tudi zdravstveno varstvo žensk, ki ga opravljajo ginekologi na primarni ravni (v zdravstvenih domovih in zasebniki). Delo mora biti organizirano skladno z zakonodajo in Področnim dogovorom za Zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost. Ambulantni ginekolog mora biti po zakonu petino svojega delovnega časa na voljo bolnicam po 16. uri, vendar v zakonskih aktih (zaenkrat) ni predvidena posebej ginekološka dežurna služba na primarni ravni (čeprav smo jo ambulantni ginekologi pripravljali organizirati), sploh pa ne obvezno sodelovanje pri dežurstvih v drugi ustanovi na sekundarni oz. terciarni ravni. Nekatero kolegice in kolegi ambulantni ginekologi, ki redno dežurajo, so se za to odločili takoj po specialističnem izpitu. Številni drugi ambulantni (dispanzerski) ginekologi se ne čutimo več dovolj usposobljeni za delo v bolnišnici (saj že 10, 15 ali 20 let nismo držali v rokah kirurškega noža!). Zato zavračamo dežuranje, pa ne samo zaradi forenzičnih razlogov, ampak predvsem zaradi odgovornosti do naših žensk. Nimamo več potrebnih operativnih spretnosti in rutine, manjka nam izkušnost in zmožnost hitrih odločitev in odzivov pri aktivnem vodenju poroda, zato bi lahko ženske v času našega dežuranja izpostavili večjemu tveganju za razvoj zapletov med in po operacijah oz. med in po porodu.

Ambulantni (dispanzerski) ginekologi smo dobro usposobljeni za delo na primarni ravni (brez operativnih posegov in vodenja porodov) in v skrbi za reproduktivno zdravje žensk opravimo večino dela v preventivi: jemanje brisov za odkrivanje raka na materničnem vratu (ZORA), preprečevanje in zdravljenje spolno prenosljivih okužb, odkrivanje in zdravljenje stanj in bolezni, ki bi lahko povzročile neplodnost, načrtovanje družine in svetovanje kontracepcije, zdravstveno varstvo nosečnic, preventivni pregledi pred zanositvijo, po splavu in porodu, preventivni pregledi ob menopavzi in po menopavzi. Smo tudi edini nosilci zdravstvene dejavnosti na primarni ravni, ki sami izvajamo ultrazvočne preglede, tako matere in ploda v nosečnosti kot tudi drugo ultrazvočno diagnostiko ginekoloških bolezni in stanj, ki zahtevajo hitro ukrepanje. V ginekoloških ambulantah izvajamo tudi manjše ginekološke posege (vstavitev in odstranitev materničnih vložkov, probatorne ekscizije, ablacije polipov itd.). Rezultati našega dela so tudi merljivi, objavljeni v številnih raziskavah in člankih. To so dobri kazalci reproduktivnega zdravja žensk: nizka maternalna in perinatalna umrljivost žensk, upadanje splavnosti, odkrivanje in uspešno zdravljenje ginekoloških bolezni v zgodnjih stadijih, najnižja stopnja bolnišničnega zdravljenja zaradi ginekoloških bolezni in nizka stopnja napotitev na sekundarno raven tudi v primerjavi z zahodno Evropo in s tem veliko manjši strošek za zdravstveno blagajno. Razumljivo pa se pri našem delu pojavljajo tudi občasna negativna odstopanja, zato je potrebno nenehno izobraževanje ambulantnih ginekologov in strokovno-kritična presoja našega dela. Za doseganje še boljših rezultatov dela ambulantnih ginekologov pa je potrebna enotna in jasna doktrina, dobri preventivni programi, izdelana računalniška informacijska mreža, dobro sodelovanje in izmenjava informacij med ginekologi na primarni, sekundarni in terciarni ravni, predvsem pa dobro sodelovanje med ambulantnimi ginekologi in ostalimi izvajalci primarnega zdravstvenega varstva (družinskimi zdravniki, pediatri, šolskimi zdravniki, zobozdravniki, patronažnimi sestrami ...). Znotraj sistema primarnega reproduktivnega varstva žensk je potrebno nenehno iskati slabosti in jih sproti

odpravljati v korist naših varovank in stroke. Kazalcev reproduktivnega zdravja žensk pa zagotovo ne bomo izboljšali z ukinitvijo ginekologa na primarni ravni. Ali damo morda porušiti dobro in trdno hišo samo zato, ker nam škriplje parket v spalnici? Naj citiram prof. Pavla Poredoša: »Za uveljavitev kakovostnega ravnanja v zdravstvu je potrebno čimprej vzpostaviti sistem spremljanja kakovosti, natančno opredeliti kazalce in sistem nadzora. Pri slednjem mora imeti odločilno vlogo samonadzor. Vsi ti ukrepi pa ne smejo imeti prvenstveno kaznovalnega obeležja.« Združenje za ambulantno ginekologijo pri Slovenskem zdravniškem društvu je na svoji skupščini podalo naslednji sklep: Ob upadanju števila porodov v Sloveniji, zmanjševanju števila operativnih posegov zaradi sodobnejših ambulantnih diagnostičnih in terapevtskih metod in nesmotrne bolnišnične izrabe zdravniških kadrov predlagamo načrtovalcem zdravstvene politike, da bi po opravljeni analizi delovišč in oceni stvarnih potreb po ginekološko-porodniških oddelkih v državi njihovo število prilagodili novo nastalim zmanjšanim potrebam. Hkrati bi kazalo razmišljati o širitvi mreže primarne ravni in povečevanju njihove pristojnosti, spodbujati medsebojno povezovanje v manjše diagnostične in terapevtske centre, tako da bolnišnice ostajajo za diagnosticiranje in zdravljenje zahtevnejših ginekoloških primerov in vodenje porodov.

Tako pa se danes dogaja, da morajo bolnišnični ginekologi (tudi na terciarni ravni!) poleg svojega visoko strokovnega, znanstvenoraziskovalnega in pedagoškega dela opravljati tudi ginekološko ambulantno dejavnost, ki bi sodila na primarno raven. Bolnišnice se seveda nočejo odpovedati denarju, ki ga dobijo za glavarino, ženske pa ne bolnišničnim ginekologom, ker verjamejo, da so ti mnogo boljši (čeprav težje dosegljivi) od dispanzerskih (ambulantnih) ginekologov, da bodo imele (in jo tudi imajo) prednost pri operativnih posegih, boljše nego in prijaznejši odnos osebja na oddelku in več soodločanja pri izbiri načina poroda.

Kar nekaj ginekologov iz sekundarne/terciarne ravni je v bližnji preteklosti odšlo delat na primarno raven za nižjo plačo (brez dodatka za operativo) samo zato, da jim ni bilo več treba dežurati. Dežurstva so slabo plačana, zelo odgovorna in naporna, zato je razumljivo, da želijo bolnišnični ginekologi čim manj dežurati ali pa sploh ne. Pri tem se sklicujejo na 52.b člen Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki omejuje delo preko polnega delovnega časa na osem ur tedensko. In zdaj smo naenkrat ambulantni ginekologi »dežurni krivci«, da imajo nekateri predstojniki ginekoloških oddelkov težave pri organizaciji dežurne ginekološko-porodniške službe. Seveda so nekoch bolnišnični ginekologi radi dežurali, ker so bila takrat dežurstva pomemben dejavnik pri izboljšanju takrat še zelo mižerne zdravniške plače, danes pa so dežurstva (poleg slabih medsebojnih odnosov na oddelku) glavni razlog za odhod ginekologov na primarno raven. Tako lahko upravičeno sklepamo, da se želi uvesti obvezno dežuranje v bolnišnicah tudi za ambulantne ginekologe samo zato, da se zajezi odhod bolnišničnih ginekologov na primarno raven. Dokaz, da je to res, je tudi neverjetna »lahkotnost« odločitve, da se obnova licence veže na dežuranje v bolnišnicah. Tako za ambulantnega ginekologa na primarni ravni ni več pomembna strokovnost, etičnost in delo brez večjih napak, postdiplomsko izobraževanje, aktivna in pasivna udeležba na kongresih in zbiranje kreditnih točk, licenco bo izgubil oz. se mu ne bo obnovila že zato, če ne bo dežural v bolnišnici (!?!). Domnevamo pa lahko, da se za vsem tem dogajanjem skriva še bolj črni scenarij, kot si ga ta trenutek lahko predstavljamo. Določeni politični in zdravstveni krogi se namreč dobro zavedajo, da bi postopoma ali takojšnja administrativna ukinitve ginekologa na primarni ravni znova razjezila slovenske ženske (kot se je to zgodilo ob izidu Bele knjige), zato bodo z različnimi pritiski poskušali onemogočiti normalno delo ambulantnim ginekologom in nam tako zagreniti življenje, da bomo sami »pospravili kovč-

ke« in zapustili primarno raven. Tako bo cilj po črnem scenariju dosežen (v veliko veselje nekaterih ambicioznežev), slovenske ženske pa ne bodo mogle usmeriti jeze v odgovorne politike in državne uradnike, saj je vendar »deseti brat« sam in »prostovoljno« odšel na pot.

Viri

1. Andolšek-Jeras L. Pomen reproduktivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Zdrav Vestn 2003; 72 Suppl 2: 61-3.
2. WHO. European health for all data base. Copenhagen: WHO urad za Evropo; 2003.
3. Kirar-Fazarinc I, et al. Izbrani kazalci zdravstvenega stanja in zdravstvenega varstva žensk v Sloveniji. Poročilo za Ministrstvo za zdravje RS 2001.
4. Tekavčič B. Organizacija dispanzerjev za ženske v Sloveniji po II. svetovni vojni. »Kako smo dosegli, da nam dojenčki ne umirajo več.« Ljubljana: Ginekološka klinika, 1999: 25-8
5. Oberstnel-Kveder D. Trideset let načrtovanja družine - naložba v varno materinstvo. Zdrav Var 1998; 37: 87-92.

PREDSTAVITEV IZKUŠENJ STOMATOLOGA NA PRIMARNI RAVNI

Gorazd Sajko

Izvleček – Izhodišča. Zagotavljanje optimalnih zdravstvenih storitev posamezniku in jih uskladiti z ekonomskimi možnostmi države je neizvedljiva želja politike. Ni države na svetu, ki bi lahko iz BDP financirala vse storitve, ki jih zmorejo in znaajo zdravniki narediti.

Zobozdravstvo je integralni del zdravstva, specifičen je bolj zaradi organizacije dela. Gre za timsko delo v sami specialnosti in timsko delo v celotni medicini.

Dostopno je celotni populaciji, vendar država določi obseg zobozdravstvenega varstva z opredelitvijo pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Dejavnost opravljajo javni zdravstveni zavodi, zasebni koncesionarji in zasebniki brez koncesije.

Povezujejo se v mednarodne in socialne asociacije.

Dodiplomsko izobraževanje izvaja Univerza v Ljubljani, Odseku za dentalno medicino.

Članstvo v Zdravniški zbornici Slovenije, v kateri je včlanjenih 1553 zobozdravnikov, je obvezno. Od tega je aktivnih 1247 zobozdravnikov.

Financiranje je zagotovljeno s prispevno stopnjo in partnerskim pristopom v pogajanjih.

Zobozdravstvene storitve se opravljajo po storitvenem sistemu s standardiziranim timom in dogovorjenim programom. Obe osnovni dejavnosti otroškega in mladinskega zobozdravstva ter zobozdravstvo za odrasle imata specifične specialistične službe.

Poudarek zobozdravstvenega varstva otrok in mladostnikov je usmerjen v dispanzersko in preventivno dejavnost. Ohranjanje ustrezno koordinacijo in nadzor z upoštevanjem metodoloških načel Svetovne zdravstvene organizacije.

Omogočiti je potrebno zobozdravstveno preventivno celotni odrasli populaciji in korenito spremeniti klasifikacijo in ovrednotenje storitev, katerih osnova je bila postavljena leta 1982. Ob tem pa ne gre pozabiti na spremljanje in nadzor zobozdravniške dejavnosti v skladu s sodobnimi zahtevami.

Uvod

Zdravstvo je po naravi izjemno zanimivo za posameznika in za družbo. Nepretrgoma se prepletata ekonomska in medi-