

DR. MATEJA KOŽUH-NOVAK

Zakaj bi morali umreti zaradi bolezni?

Uredništvo: Pred dvema letoma ste prevzeli vodstvo instituta za socialno medicino in socialno varstvo, osrednjega slovenskega zdravstvenega analitičnega instituta. Kako bi se sicer osebno predstavili?

M. Kožuh-Novak: Rojena sem sredi vojne zdravniku v majhnem trgu na Dolenjskem, ki se je, krščansko vzgojen, bal komunizma in je to tudi javno izražal. Zato je bil 39 let star ubit.

Rastla sem, zaznamovana z nesrečno usodo svojega očeta; vzgajala me je mati, ki se je z vsemi močmi borila za preživetje osiromašene, ožigosane šestčlanske družine, ob tem pa ji je uspelo, da smo obvarovali spomin na ljubečega očeta, dobrega strokovnjaka in humanista, žrtev časov, ko človeško življenje ni imelo veliko vrednosti.

Položaj, ko si 45 let v obrambi svoje integritete, ko si moraš drugače kot večina izdelati svoje vrednote in svoj pogled na svet, me je prav gotovo zaznamoval. Ves čas se trudim biti kritična do svojega dela. Vseh resnic, ki mi jih prodajajo drugi, pa tudi ne vzamem za svete, ampak jih skušam osvetliti z več vidikov, preden jih sprejemem za svoje.

Nikoli se nisem znala posvetiti eni sami stvari v življenju, kar do neke mere zmanjšuje kvaliteto mojemu delu. Medicino sem doštudirala ob dveh otrokih. Kot mlada zdravnica sem se zaposlila na Inštitutu za načrtovanje družine, kjer sem imela obilo možnosti združiti izkušnje študentke matere in človeka iz vrst zapostavljenih s pridobivanjem znanja o potrebah rodnih parov po kvalitetno bogatem življenju. Imela sem izredno srečo, da se mi je kot sodelavcu Centra Svetovne zdravstvene organizacije za klinične raziskave v humani reprodukciji zelo kmalu odprlo okno v svet vrhunskega znanja na tem področju.

Magistrski študij na eni največjih epidemioloških šol v svetu mi je odprl nov svet znanj, ki so mi omogočila razširitev pogleda na kompleksne potrebe prebivalstva po kvalitetnem življenju. Hkrati pa mi je življenje v Združenih državah Amerike prineslo nove izkušnje o tem, kako se naša družba zrcali v velikem svetu in kaj bomo morali narediti, da si ne bomo ustvarili Amerike v Sloveniji. Velike socialne razlike in težko prigarana finančna varnost Američanov srednjega sloja, ki pa jim omogoča daleč slabšo kvaliteto življenja, kot smo jo imeli v Sloveniji konec sedemdesetih let, mi je vzbujala prijeten občutek, da živim v deželi, kjer je za življenje povprečno skromnega človeka kar dobro poskrbljeno. Primerjave dogajanj doma in v svetu so mi bile tudi v mojem strokovnem delu konjiček. Zato me je vedno



bolj motilo, da v majhnem narodu, ki ima tako dobro distribuirano zdravstveno službo, ni moč dobiti primerno obdelanih, kvalitetnih podatkov o zdravstvenem stanju prebivalstva. To in pa potreba človeka, ki je 20 let v eni delovni organizaciji, po novih izzivih, mene nagnalo, da sem konec leta 1988 prevzela mesto direktorja centralne slovenske zdravstvene analitične ustanove, ki je v eri samoupravljanja izgubila uporabnika svojih storitev in je zato praktično propadla.

Uredništvo: V začetku leta ste zagnano razpravljali o dveh temah. Prva se je nanašala na spremembe zdravstvenega sistema, druga na »moškocentristično« politiko nove opozicije. Začnimo s to temo, tj. s kritiko liberalne ureditve splava, zaželjenim »nujnim prepородom družine« in zakonske zveze ali kar o »političnem statusu« družine, ki se je končala z razpravo o populacijski politiki. Ali je v zdravstvu pričakovati spremembo mnenj (celo ravnanj) o teh temah? Koliko in na katere spremembe so ženske pripravljene v sodobni slovenski družbi? Raziskave namreč pričajo o še vedno očitnih izrazih hierarhije med spoloma.

M. Kožuh-Novak: Kot ginekologinja sem se s problematiko splava srečala vseh 20 let mojega strokovnega dela. Lastne stiske matere študentke so mi kot ginekologu pomagale razumeti stiske žensk (na žalost zelo redkokdaj moških, za njihove stiske v zvezi z nezaželjeno nosečnostjo pri nas še ni poskrbljeno), ki so prihajale na umetno prekinitvev nosečnosti, obtoževale sebe, svoje partnerje in si nalagale breme krivde, ki se je večina žensk ne znebi vse življenje. Zato ne bom mogla nikoli sprejeti licemerstva ljudi, ki so v času, ko so ostale stiske rodni let za njimi, kaj hitro pozabili, da sodijo spolni odnosi kot hranjenje ali spanje v del rednih, nujno potrebnih aktivnosti normalnega človeka, ki so pozabili, kako hude so lahko te stiske in kako usodno lahko vplivajo na življenje družine. Lažje mi je razumeti tiste, ki jim je bodisi poklic, ki so ga izbrali ali pa narava sama onemogočila spoznati radosti in trpljenja spolnosti, čeprav si kot predstavnik pragmatične znanosti težko predstavljam, da si lahko tolažnik drugih, če nimaš lastnih izkušenj. Bojim se pa, da je v naši moški družbi kar precej tožnikov, ki so breme nezaželjene nosečnosti ves čas nalagali svojim ženskam, ob tem pa brezobzirno izkoriščajo to tako občutljivo področje za svoje politične igre. To sodi med najbolj podla početja, kajti boj za politično prevlado je vedno boj za interes, moč in denar. Spreleti me srh, ko berem samoobtoževanja nesrečnic, ki so se v stiski odločile za splav in si tega ne morejo odpustiti. Ker so dovolile brezobzirnim politikom te ali one strani, da so jih obremenili s krivdo, ker so popustile spolnim potrebam moških.

Zadnje volitve so jasno pokazale, da je sodilo osvobajanje žensk pri komunistih v eno izmed propagandnih akcij sistema v petdesetih letih. Srečo smo imele, da smo kot del propagandne akcije dobile nekaj za mlade družine odličnih zakonov, ki nam jih še danes zavidajo mladi pari v razvitem svetu. Sicer pa nam je zaposlovanje ob tem, da smo obdržale vsa bremena mater, gospodinj in zakonskih družic, onemogočilo, da bi se iztrgale iz tisočletja privzgojene vloge podrejenega človeka, ki ne sme sam misliti, ne sme imeti svobode in ne radosti, ki so namenjene moškemu. Ko sem razmišljala o tem, kako enoglasno smo slovenske ženske na zadnjih volitvah zaupale našo usodo moškimi, sem se zavedla, da sem sama kljub svoji visoki izobrazbi in razgledanosti neprosvetljena. Da me muči občutek krivde, ker ne hodim domov ob treh popoldne in možu ne skuham kosila, ko zaradi utrujenosti odklanjam njegove nežnosti, ko pri izbiri kandidatov za delovne naloge nehote dajem prednost moškimi, ko me je sram, ker sem debela in torej ne odgovarjam standardom lepote, ki jih postavlja današnji moški. Slovenske ženske čaka

do enakopravnosti še dolga pot. Ob tem pa se mi zdi izredno zanimivo, da redkateri moški pomisli, da utrujena, zagrenjena družica, ki jo muči občutek krivde, ker se je odločila za splav ali ker ne ustreza merilom dobre žene, ljubice in matere, ki jih postavlja moški, ne more biti dobra družica v spolnosti. Preobremenjena z lastnimi problemi se ne more dovolj posvečati problemu in željam svojega partnerja, prav tako pa tudi ne more biti kvaliteten povezovalac niti v družini. Po obolevnosti in smrtnosti sodeč je moški šibkejši del človeške vrste. Zato z nerazumevanjem potreb svoje družice dejansko koplje sam sebi prezgodnji grob.

Pri izdelavi dokumenta o prebivalstveni politiki sem sodelovala z veseljem, z željo, pomagati mladim ljudem, da se jim ne bo treba odločati za splav, ker pred seboj ne bodo videli možnosti, kako ponuditi otroku, ki je bil spočet nepričakovano, kvalitetno preživetje. Tudi jaz sem nasedla, kot nasedajo naivni ljudje igri politikov za oblast kar naprej. Trdno sem prepričana, da so vse velike in ganljive misli in slike o prikazovanju srečnih družin, globokoumna razglabljanja o tem, kdaj se prične življenje in ali zarodek, ko ga s splavom ubijamo, trpi ali ne, le del politične igre, boja za oblast in denar. Zame pomenijo vsa ta razglabljanja strahotno, cinično licemerstvo. Normalna ženska, ki se ji je do neke mere uspelo osvoboditi nadvlade moškega, ve, da se odloča za prekinitev življenja lastnega zarodka, ko gre na splav in je dovolj trdna, da si breme te odločitve naloži na hrbet in ga zavestno nosi celo življenje, vedoč, da je v življenju veliko več odpovedovanja in grenkih izkušenj kot radosti.

Izpostavljam družino, potomstvo in najbolj intimna človekova doživetja političnim igram ambicioznih posameznikov, ki se borijo za oblast in denar, se mi je zdelo že v Ameriki skrajno nehumano in podlo. Naivno sem si predstavljala, da se kaj takega pri nas ne bo nikoli več zgodilo.

Zdravstveni delavci so ljudje kot drugi. Obnašajo se tako kot večina prebivalstva, kot politiki. Tudi njihov spomin je kratkega veka. Prednost imajo le v tem, da prvi opazijo, ko igrice politike načno zdravje prebivalstva in skušajo, če jih politika preveč ne tlači, prvi opozoriti in izpeljati spremembe v prid prebivalstva. Zato so bili tudi slovenski ginekologi v prvih vrstah borcev za humanizacijo odnosov med spoloma, za načrtovanje družine, za zakonsko sprostitev splava. Še so živi tisti, ki so videli ženske zaradi nestrokovnega splava umirati. Še vedno so živi tisti, ki so stisko žensk izkoriščali za lastne užitke in bogatenje. Človek je čudna žival. Sam mora biti udarjen, da bo razumel stisko drugega, pa še dolgo časa ne sme preteči od udarca.

Uredništvo: Zavzeti ste z vprašanji zdravstvene analitike. Vsi se sprašujemo o ravni zdravja v vedno bolj zahtevnem (tehnološkem, socialnem, ekonomskem in civilizacijskem) razvoju. Katere so temeljne spremembe v zdravstveni strukturi slovenskega prebivalstva. Kakšne naloge nas s tem v zvezi čakajo?

M. Kožuh-Novak: V letih po vojni je Slovenija kljub temu, da še zdaleč ni imela toliko sredstev za zdravstvo in za kvalitetno življenje prebivalstva kot razvite države, zelo napredovala v zdravstvenem stanju prebivalstva, ki nas uvršča na raven zdravja srednjeevropskih držav, Nemčije, Avstrije, Italije. Izboljšane higienske razmere, boljša prehrana, splošno zdravstveno zavarovanje, aktivni boj proti nalezljivim boleznim, uvedba zdravstvenega nadzora za rizične zdrave skupine prebivalstva, cepljenja proti nalezljivim boleznim, zdravstvena vzgoja prebivalstva, sprotni dotok novih znanj v medicino, povečano število zdravstvenih kapacitet, naraščajoča varnost prebivalstva pred stresi, kot so vojna, brezposelnost, poli-

tična represija, revščina – vsi ti dejavniki so doprinesli k izboljšanju zdravstvenega stanja, boljši kvaliteti preživetja in daljši dobi preživetja prebivalstva. V zadnjih tridesetih letih je padla umrljivost dojenčkov, ki najbolj kaže raven zdravstvenega varstva prebivalstva neke dežele, z 28 na 9 na 1000 živorojenih otrok.^{1, 2} V vseh starostnih skupinah sta se najbolj zmanjšali umrljivost in obolevnost zaradi nalezljivih bolezni. Povprečno trajanje življenja se je pri moških podaljšalo za 2,5 let, pri ženskah pa za 6,5 let.

Ostaja pa vprašanje, koliko se je izboljšala kvaliteta preživetja. Moderni način življenja je prinesel širitev škodljivih navad, kot so kajenje, pitje, nezdrava prehrana, fizična neaktivnost, pogostejše menjanje spolnih partnerjev, nefiziološke delovne razmere, ki prinašajo nevarnost kroničnih obolenj. Večina teh ne pomeni neposredne grožnje smrti, prinaša pa slabšo kvaliteto življenja, invalidnost in ob podaljšanju povprečnega trajanja življenja bistveno omejitev aktivnosti ostarelih ljudi. Slabe navade posameznikov nas mnogo bolj ogrožajo kot onesnaženo okolje, ki pa zaradi ireverzibilnih posegov v naravo pomenijo hudo grožnjo za naše potomce.

Uredništvo: Ali vemo, kaj je zdravje? Ali smo lahko in ali tudi hočemo biti zdravi? Zdravstveno tvegane življenja nihče ne sankcionira, razen bolezni.

M. Kožuh-Novak: Pogled na zdravje se je v razvitem svetu močno spremenil, najbolj v Združenih državah Amerike, kjer pomenita dolgotrajna bolezen in zgodnja smrt hudo finančno breme za preživele. Zahodna Evropa je z visoko prosvetljenostjo prebivalstva ob znatno manjših restriktivnih ukrepih ob izgubi zdravja, po osveščenosti o pomembnosti zdravja za kvalitetno preživetje, na drugem mestu. Tu smo Slovenci še daleč za zahodno Evropo. Naravnost tragično za človeštvo se mi zdi, da splošno zdravstveno zavarovanje, ki prinaša toliko dobrobiti povprečnemu človeku, deležnemu neskončno majhnega deleža bogastva sveta, ljudi razvaja v njihovi brezbriznosti do lastnega zdravja in naravnost sili politike, da pravice do zdravstvenega zavarovanja omejujejo, da bi s tem prisilili prebivalstvo do zdravega načina življenja. Nihče si ne želi umreti, pa vendar se nas večina prične braniti pred smrtjo šele, ko nas udari bolezen. Na razvitem Zahodu vedno bolj poudarjajo dve gesli: Umri mlad čim kasneje in Zakaj bi moral umreti zaradi bolezni?³

Uredništvo: Ali obstoje določeni premiki v razumevanju razvitosti in učinkovitosti zdravstva. Kaj lahko rečete o merilih na tem področju? Recimo o zdravju populacije kot merilu razvitosti in učinkovitosti zdravstva.

M. Kožuh-Novak: Pri reševanju problematike bolezni ima razvitost zdravstva velik pomen. Z dobro diagnostiko lahko zgodaj odkriješ bolezen, z dobrimi zdravili lahko bolezen hitro pozdraviš, še pogosteje pa zavreš napredovanje bolezni ali lajšaš bolnikom težave. Z dobro rehabilitacijo bolnikom omogočiš kvalitetno preživetje. Tu je vpliv družbe omejen na zagotavljanje sredstev za drago sodobno medicino in na inovativnost strokovnjakov, ki izdelujejo aparature, zdravila in pripomočke za rehabilitacijo.

Koncept zdravja pa zahteva mnogo aktivnejšo participacijo vseh segmentov družbe.⁴ Pri tem konceptu lahko medicina prispeva k zdravju le okoli 20%, vse ostalo prispeva človek sam, politiki kot zastopniki prebivalstva, gospodarstvo, izobraževanje, znanost, skratka, vsak segment družbe. Od koncepta zdravja smo Slovenci še zelo daleč. V tem mora vsaka družba narediti svoj razvoj. Le če ima kritično maso osveščenih altruističnih strokovnjakov in politikov, lahko del razvo-

ja preskoči. Socializem v vzhodni Evropi je bil svojevrsten eksperiment. Z uvedbo primarnega zdravstvenega varstva konec petdesetih let nam je uspelo preskočiti razvoj, saj danes te izkušnje socializma posnemajo razvite države. Kot drugod, tudi pri zdravju nekoliko tavamo. Moderen pogled na zdravje, na primarno zdravstveno varstvo, ki smo ju uvedli konec petdesetih let, smo ob neprestanem oziranju na razviti Zahod – ob poizkušanju posnemanja ekspanzivnega razvoja drage klinične medicine in ob tem, da se nismo zavedali, da ni dovolj uvesti novo dejavnost, treba jo je spremljati in modificirati, kjer se izkaže za neučinkovito – zanemarili. Danes se ob zametavanju vsega, kar so ustvarili komunisti, skušamo kot neučinkovitega otresti tudi primarnega zdravstvenega varstva. Pri tem pa nismo dovolj kritični, da bi se zavedli, da je to, ob naši ekspanziji v klinični medicini le zastalo v razvoju, ne pa, da je bila napačna usmeritev. V željah po spremembah skušamo zavreči tudi vrsto drugih odličnih dosežkov iz časov komunizma. Bojim se, da bomo spet enkrat potrdili našo nerazvitost. Danes bomo idejo primarnega zdravstva zavrgli, da jo bomo čez deset let prevzeli nazaj od Švedov. Sicer bomo za eno izkušnjo bogatejši. Izgubili pa bomo vrsto ljudi, ki bi jim z modernejšim načinom lahko podaljšali življenje.

Uredništvo: Zdravje je pogoj za kakovostno življenje. Pogosto slišimo, da ne moremo nikdar dovolj storiti za svoje zdravje. Problem je v našem odnosu do zdravja, v zdravstveni kulturi, družinski in širši vzgoji, . . . Kakšne so vaše izkušnje in spoznanja?

M. Kožuh–Novak: Ni dovolj, da ljudem govorimo, da bodo umrli za rakom na pljučih, ker kadijo, ali zaradi okvare jeter, ker pijejo. Problema se moramo lotiti profesionalno. Ugotoviti, v kateri skupini prebivalstva bodo naše vzgojne metode padle na plodna tla, najti primerne metode in primerne strokovnjake, ki te metode posredujejo. Učinke našega dela moramo tudi ves čas spremljati, da bi metode, če se izkažejo za neučinkovite, tudi spreminjali in dopolnjevali. Tu delamo velike napake zdravstveni delavci, vzgojitelji in politiki. Zdravstveni delavci se radi lotevamo zdravstvenega prosvetljevanja, pri tem pa nas ni nihče naučil učinkovitih pedagoških metod, nimamo kvalitetnih učnih pripomočkov, ne poznamo psihologije tistih, ki jim vzgojo namenjamo in ne znamo spremljati učinkov naše vzgoje. V šole, kjer pa bi lahko kompetentno posredovali svoje znanje, to so pedagoške fakultete, pa še nismo prodrli. Razumljivo je, da bo pedagog, ki se lahko o zdravju in boleznih pouči le iz dnevnega časopisja, z veseljem prepustil svoje mesto ob otrocih zdravstvenemu delavcu, pri tem pa se jih zelo malo sprašuje, ali je tako prav.

Izredna zaskrbljenost prebivalstva za onesnaženo okolje, ki smo ji priča zadnja leta tudi pri nas, kaže, da tudi našim ljudem ni vseeno, kako in kdaj bodo umrli in kako kvalitetno bo njihovo življenje do smrti. Dejstvo, da ljudje namenjajo toliko skrbi onesnaženemu okolju, obenem pa ostajajo neprizadeti ob velikem številu smrti zaradi kajenja, zasvojenosti z alkoholom, zaradi nesreč, nepravilne prehrane in telesne neaktivnosti, kaže na neučinkovito službo javnega zdravstva pri nas, ki ne skrbi za učinkovito zdravstveno vzgojo in ne seznanja dovolj prebivalcev, kaj najbolj ogroža naša življenja. Leta 1983 je zbolelo v Sloveniji za rakom na pljučih 720 ljudi; strokovnjaki trdijo, da je 80% tovrstnega raka posledica kajenja; za rakom na mehurju, ki ga nekateri raziskovalci povezujejo z onesnaževanjem okolja, pa 161 ljudi.⁵ Res pa je, da je število primerov raka na pljučih v 10 letih porastlo za 46%, število primerov raka na mehurju pa za 76%.

Naj povem, kaj je javno zdravstvo, katerega del je tudi Inštitut za socialno medicino in socialno varstvo, ki ga vodim. Morda najboljša definicija javnega zdravstva je ta, ki so jo sprejeli Angleži: »Javno zdravstvo je znanost in umetnost

preprečevanja bolezni, podaljševanja življenja in spodbujanja zdravja z organiziranimi aktivnostmi družbe«. ⁶ Na žalost je ta dejavnost v petdesetih letih pri nas med najbolj razvitimi v svetu, v zadnjih 30 letih v Sloveniji pospešeno propadala, ker je v pomanjkanju interesa za sinhroni razvoj slovenskega zdravstva izgubila uporabnika in plačnika.

Uredništvo: Vaš inštitut spremlja, ocenjuje in nadzira obolevnost. Za katerimi boleznimi se pretežno zdravimo, za katerimi pa tudi umiramo Slovenci in drugi državljani naše republike? Kaj kažejo primerjave s svetom?

M. Kožuh-Novak: Najpogostejši vzrok obiska v ambulantni dejavnosti so boleznih dihal. Tu se rizične skupine prebivalstva med seboj ne razlikujejo. Drugi vzrok obolevnosti pa je že v vsaki skupini prebivalstva različen.

Otroci do 6 let so se leta 1989 ambulantno napogosteje zdravili zaradi boleznih dihal (53%), boleznih živčevja in čutil (14%) in nalezljivih bolezni (9%). Šolarji so se zdravili zaradi boleznih dihal v 46% in zaradi poškodb v 10%. Delavci so se zdravili zaradi boleznih dihal v 29,0%, zaradi boleznih gibal v 13,9% in zaradi prebavil v 9,2%. V splošnih ambulantah se je zdravilo zaradi boleznih dihal 30% bolnikov, zaradi boleznih kosti in gibal in zaradi poškodb 10%, in zaradi boleznih otočil 9% bolnikov. V specialistični ambulantni dejavnosti prevladujejo boleznih živčevja, čutil in poškodbe (oboje 21%). Boleznih obtočil in nosečnosti so na tretjem mestu (8%).

Pri delu se je poškodoval v povprečju vsak 16. delavec. Vsak tretji poškodovani delavec je bil zaradi poškodbe na bolezenskem dopustu dvakrat v enem letu. Razmerje poškodovancev med moškimi in ženskami je bilo 3,7:1. Najpogostejše so bile poškodbe med gradbenimi delavci (11,3%), delavci v strojni (5,4%) in kovinsko predelovalni industriji (7,8%). Zaradi poškodb pri delu je umrlo 46 delavcev. Zaradi poškodbe je bil v bolnici vsak 67 prebivalec Slovenije. Najpogosteje so bili leta 1989 poškodovanci v bolnici zaradi pretresa možgan (v 10%), zaradi zloma stegenice (v 8%), zaradi poškodb obraza (v 6%) in zaradi zloma goleni (v 3%).

Vsak 8. prebivalec Slovenije mora enkrat letno v bolnico zaradi boleznih (če zanemarimo, da mora določeno število bolnikov v bolnico večkrat letno). Najpogosteje morajo v Sloveniji v bolnico ženske zaradi krvavitve (13% hospitalizacij). Drugi vzrok bolnišničnega zdravljenja so boleznih dihal in prebavil (po 12%), šele na četrtem mestu so boleznih obtočil in rakaste bolezni (11%). Boleznih kosti in gibal so na 6. mestu (7% hospitalizacij).

V letu 1989 je umrlo 18.669 prebivalcev Slovenije, kar je 2,2% manj od 10-letnega povprečja. Manjše število smrti gre predvsem na račun umrlih dojenčkov, ki jih je umrlo 23,9% manj kot leto poprej. Razmerje umrlih moških proti ženskam je 1,1:1. V zadnjih 10 letih smrtnost počasi pada, z 10,0 na 1000 prebivalcev v letu 1980 do 9,35 na 1000 prebivalcev v letu 1989.

Dojenčki najpogosteje umirajo zaradi obporodnih stanj in boleznih dihal. Že od prvega leta starosti dalje pa so glavni vzrok smrti otrok poškodbe. V starosti od 1 do 6 let so pomembni vzroki smrtnosti prirojene napake in boleznih dihal. Šolarji umirajo predvsem zaradi poškodb, prav tako mladostniki, kjer so glavni vzrok smrtnih poškodb prometne nesreče in samomori. Od 94 umrlih mladostnikov leta 1988 jih je 75 (80%) umrlo zaradi nesreč in 12 (13%) zaradi samomora. ⁷ Od 1215 umrlih, starih od 20 do 44 let v letu 1988, jih je 592 (49%) umrlo zaradi nesreč, 241 (20%) zaradi samomora, 205 (17%) zaradi rakastih bolezni, 172 (14%) zaradi boleznih obtočil in 126 (10%) zaradi boleznih prebavil. Koliko mladih izgubimo po nepotrebem! Po 45. letu starosti so glavni vzroki smrtnosti boleznih obtočil, rakaste bolezni in boleznih prebavil.

Uredništvo: Kakšna je vrednost statistike? Ali zbiramo prave podatke? Ali so dostopni? Kaj razkrivajo o primarnem, kaj o specialističnem zdravstvenem varstvu?

M. Kožuh-Novak: V Sloveniji zberemo letno 15 milijonov zdravstvenih podatkov. Malo je držav, ki imajo toliko podatkov o zdravstvu in obolevnosti prebivalstva. Ker pa smo zadnjih 30 let kadrovsko, tehnološko in finančno zanemarjali javno zdravstvo, je vrednost podatkov, ki jih javno zdravstvo zbira, zaradi izrednega pomanjkanja primerno izobraženega kadra in računalniške tehnologije, zelo omejena. Podatkov o tem, v kakšni meri se na zbrane podatke lahko zanesemo, nimamo. Vsekakor je slovenska zdravstvena statistika nujno potrebna modernizacije, za natančnejše analize pa lahko dajo redno zbirani podatki le vtis, v katero smer moramo z raziskavami, da bomo prišli do odgovorov. Zadnji 2 leti se na inštitutu s pomočjo številnih drugih strokovnjakov v zdravstvu intenzivno trudimo, da bi statistiko modernizirali, na žalost pa še vedno nismo našli razumevanja pri tistih, ki nam režejo kruh in ki bi najbolj potrebovali naše analize, to so načrtovalci zdravstvenega varstva v Sloveniji. Kakršnikoli podatki so že, je slovensko javno zdravstvo v preteklosti premalo skrbelo, da bi podatki prišli v roke čim širšemu krogu uporabnikov. V svetu je znanje o tem, komu, kdaj, kje in kako posredovati podatke, cela znanost, ki je v slovenskem javnem zdravstvu še ne obvladamo, ker je v sušnih letih od vsega najbolj trpelo pridobivanje novega znanja na tem področju.

Uredništvo: Ali nam lahko predstavite najpomembnejše kazalnike zdravstvenih razmer v Sloveniji (in Jugoslaviji) v primerjavi s svetom?

M. Kožuh-Novak: Primerljivost ravni zdravstvenega varstva in zdravstvenega stanja v Sloveniji z drugimi narodi je ena od stvari, ki se jim je vedno bolj siromašno in okrnjeno slovensko javno zdravstvo v zadnjih desetih letih vedno manj posvečalo. Kdor ne primerja svojih uspehov in neuspehov z drugimi, postane hitro sam sebi dovolj in izgubi potrebo po modernizacijah in izboljšavah. To se je dogajalo tudi v slovenskem javnem zdravstvu. Zadnji 2 leti skušamo zbrati čim več podatkov o tem, kje v razvitem svetu Slovenci smo, vendar še nimamo celovite slike.

Kot najpomembnejše kazalnike zdravstvenih razmer v neki državi uporabljaja Svetovna zdravstvena organizacija smrtnost dojenčkov in majhnih otrok in smrtnost žensk med nosečnostjo in porodi. Z manj kot 10 umrlih dojenčkov in 12 umrlih otrok, mlajših od 5 let na 1000 porodov in 15 umrlih žensk zaradi nosečnosti in poroda na 1 milijon porodov sodimo med države z nizko umrljivostjo.⁸ Ker pa živimo v razviti Evropi, kjer klasični problemi nerazvitega sveta, nalezljive bolezni in podhranjenost, že zdavnaj niso več grožnje za zdravje in življenje, so kazalniki za primerljivost uspešnosti zdravstvenega varstva poleg umrljivosti dojenčkov in majhnih otrok še naslednji: umrljivost zaradi nesreč in bolezni obtočil, pričakovana doba preživetja dojenčka ob rojstvu in število izgubljenih let zaradi prezgodnjih smrti. Umrljivost dojenčkov v Sloveniji je taka kot v zahodnih evropskih državah okoli nas, Avstriji, Italiji, Nemčiji in Franciji. Umrljivost majhnih otrok in mladostnikov zaradi nesreč je pri nas mnogo večja kot v državah zahodne Evrope. Tako je na Švedskem leta 1984 umrlo 6 otrok, starih 1 do 14 let na milijon prebivalcev, v Sloveniji pa leta 1988 24.⁹ Letno umrta 1 do 2 ženski med nosečnostjo in porodom. Kot je ta številka izredno majhna, pa je ta smrtnost v zahodni Evropi bistveno manjša. Na Švedskem so prometne nesreče pri mladih med 15. in 24. letom starosti 35% nasilnih smrti, v Sloveniji pa 53%. Prometnih nesreč s smrtnim izidom so imeli Švedski leta 1984 60 na milijon prebivalcev, Slovenci pa leta 1987 250.

Primerjava 10 vodilnih vzrokov smrti med ZDA in Slovenijo v letu 1987, je zaradi tega, ker imajo ZDA 10 do 15% revnih, pri katerih so vodilni vzroki smrti pogostejši, bolj primerljiva z nami kot bogata in prosvetljena Švedska. Ta primerja-

va je pri nekaterih vzrokih smrti naravnost šokantna.¹⁰ Medtem ko je pri nas smrtnost zaradi raka, sladkorne in arterioskleroze manjša kot v ZDA, pa imamo trikrat pogostejšo smrtnost zaradi možganske kapi, kjer so pomembni dejavniki tveganja visok krvni pritisk, kajenje in alkohol, štirikrat večjo smrtnost zaradi kroničnih jetrnih bolezni (alkohol), skoraj trikrat večjo smrtnost zaradi samomora in dvakrat večjo smrtnost zaradi preostalih nesreč (ne prometnih). Do neke mere je lahko vzrok za razlike različno beleženje smrti, predvsem pri možganskih kapeh, vendar pa lahko z veliko mero verjetnosti trdimo, da nas v primerjavi z Amerikanci mnogo bolj spravljajo ob življenje slabe življenjske navade.

Podatek o tem, da umre zaradi srčnega infarkta na Švedskem pred 75. letom starosti 44% bolnikov, pri nas pa 69%, zaradi možganske kapi 28%, v Sloveniji 64% in zaradi raka 25%, pri nas pa 68% bolnikov, bi moral pritegniti politike in načrtovalce zdravstvenega varstva, da bi začeli tudi v Sloveniji aktivno uvajati preventivne akcije za te bolezni. O tem, koliko let produktivnega življenja izgubimo v Sloveniji s prezgodnjimi smrtmi prebivalstva, ki bi jih bilo moč preprečiti, še nimamo podatkov. Med 33 deželami, ki jih je v svojo analizo zajela SZO,¹¹ je Jugoslavija po številu izgubljenih let (potential life lost) na 4. mestu, takoj za Sovjetsko zvezo, Romunijo in Madžarsko. Avstrija je 14., Italija pa 24. Pri tem ima Jugoslavija 2,5-krat več izgubljenih dni kot najboljša, Japonska.

Zadnji izračun za pričakovano dobo preživetja imamo za otroke, rojene v Sloveniji leta 1984. Med 33 analiziranimi deželami je povprečno pričakovano preživetje za ženske 77 let, v Sloveniji 74 let, na Švedskem pa 80 let. Moški imajo v vseh deželah slabše možnosti za preživetje. V povprečju imajo v razvitih državah pričakovano preživetje 70 let, v Sloveniji 67, na Švedskem pa 75 let.

Uredništvo: Kako in koliko dojemamo in sprejemamo dosežke v svetu? Po teh izkušnjah naj bi iskali posebne poti do tistih, ki jim je zdravje potrebno in vseh drugih, ki ga morajo utrjevati. Kako naj bi se glede na te spremembe spreminjal naš odnos do zdravja in do bolezni, do zdravstvenega sistema in medsebojni odnos med zdravnikom in pacientom.

M. Kožuh-Novak: Po primerjavah z razvitim svetom mora v Sloveniji celotna družba še veliko narediti, da bomo dosegli raven razvitih držav. Predvsem moramo spremeniti smer zdravstvenega varstva od bolnika k zdravemu človeku, preden zboli. Na papirju se v to smer obračamo že ob petdesetih let, kljub temu pa se je zadnjih 30 let krepila predvsem klinična medicina, to je draga diagnostika, terapija in rehabilitacija. V Sloveniji se danes srečujemo z absurdom (tudi razvite države so prešle to fazo), da namenjamo vso možno skrb (pogosto mnogo več, kot bi jo dovoljevala humanost) bolnikom pred smrtjo, za katere vemo, da jim ne moremo več vrniti zdravja niti bistveno podaljšati življenja. Brez slabe vesti pa hodimo mimo mladih, ki iščejo pot iz stiske v alkoholu in čakamo, kdaj jim bomo jetra propadla tako močno, da jim jih bomo skušali zamenjati. Malo pretiravam, a v nekoliko milejši obliki se to dogaja vsak dan. Leta 1988 je umrlo 107 ljudi, mlajših od 50 let, zaradi alkoholne okvare jeter (koliko jih umre zaradi nesreč v alkoholiziranem stanju ali kot žrtve alkoholikov, niti ne vemo), 37 jih je bilo mlajših od 40 let. Ti ljudje redko umrejo naglo, ko umirajo, jim ponudimo vso možno pomoč, ni pa slovenska družba pripravljena dati sredstev za profesionalno multidisciplinarno ekipo strokovnjakov, ki bi se ves čas ukvarjala samo s problematiko alkoholizma, kjer ima zdravstvena vzgoja prebivalstva, predvsem mladih, najpomembnejšo vlogo.

Izjemno uspešno padanje smrtnosti dojenčkov je dokaz, da je moč s skrbnim nadzorom zdravih nosečnic in dojenčkov bolezni in smrti učinkovito preprečiti. V Sloveniji spremljamo tudi zdrave šolarje in delavce in vendar na teh dveh

področjih nimamo takih uspehov kot pri prvih. Pri delavcih obolevnost še celo narašča.

Za uspeh preventivnega zdravstvenega varstva je izredno pomembno, koliko se neka veja medicine primerja s strokovnjaki iste stroke v svetu, kako kritično ocenjuje svoje dosežke, kako skrbi za izobraževanje svojih strokovnjakov v svetovnih centrih, kako organizira stalno izobraževanje doma. V evforiji napovedi, kako bo slovensko ljudstvo revitalizirala družina kot osnovna celica, napovedujemo tudi v zdravstvu razcvet družinske medicine, ki naj bi omogočila zdravstvenim delavcem poznavanje celotne problematike posameznika in družine, ne samo enega njegovega organa. Če bomo sprejeli samo naslov, ne bomo pa definirali vsebine družinske medicine, se nam bo zgodilo enako, kot se nam je zgodilo s šolsko medicino ali medicino dela. Večinoma bodo to navadne splošne ambulante, samo napis nad vrati bo drugačen. Inštitucija družinske medicine ni nič drugega kot uvajanje dispanzerske metode dela v splošno medicino. Zdravnik bo moral s svojo ekipo prevzeti določeno število vasi ali ulic, kjer bo moral spoznati strukturo prebivalcev, bolezni in dejavnike tveganja za nastanek bolezni, rizične skupine prebivalstva, moral bo poznati njihovo socialno stanje in jim nuditi selektivno pomoč, ki jo bodo potrebovali, ob tem pa vključevati tudi strokovnjake drugih strok, kadar bo to potrebno. V družinski medicini zdravnik s svojo ekipo ne bo smel samo čakati na bolnika.

Uredništvo: Kaj svetujete za razvoj zdravstvenega sistema, da bi posamezne zdravstvene organizacije lahko delovale avtonomno, ne pa več tudi avtarktično in partikularno? Ali je na takšno stanje vplival policentrični razvoj zdravstva, ki doslej ni bil nadgrajen v večplasten in skladen nacionalni program?

M. Kožuh-Novak: Po slabih dveh letih dela na delovnem mestu, ki ga zasedam, zdravstva do potankosti še ne poznam, zato morda v kakšni oceni ne bom dovolj objektivna. Po moji oceni v samoupravljanju niso delovale popolnoma avtonomno samo zdravstvene delovne organizacije, avtonomno je delala praktično vsaka ambulanta in bolnišnični oddelek. Kljub temu da je bila napisana gora niti ne slabih dokumentov o razvoju zdravstvenega varstva, se je to razvijalo stihijsko, neenakomerno, tako da smo ob tem, da smo pričeli presajati jetra in delati otroke v epruveti, skoraj uničili tako pomembno vejo, kot je javno zdravstvo (osnoven higienski nadzor, nadzor nad nalezljivimi boleznimi in zdravstveno analitiko). Tako kot se je izrodilo samoupravljanje, ki v načelu sploh ni slaba ideja, se je v zdravstvu izrodil storitveni sistem, ki je bil uveden (če prav razumem), zato, da bi imeli večji pregled nad tem, kaj se v zdravstvu dela. V praksi smo storitve tako razdrobili, da je sistem pričel požirati samega sebe. Ob strahotni masi storitev, ki je zahtevala ogromno administrativnega dela, je bilo nemogoče organizirati analitiko opravljenega dela, plačevanje po opravljenih storitvah ni nikoli steklo.

Podobno je bilo s sisovsko delitvijo sredstev za zdravstvo na 9 regij. Svetovna zdravstvena organizacija priporoča, da je delitev sredstev čim bližje specifičnim potrebam določenega območja, vendar pa gledajo strokovnjaki SZO globalno, na državni ravni. Regija ima po njihovem velikost Slovenije. Ob tem, da so vodilni zdravstveni delavci dobivali sredstva za delo v domačem kraju, jim je upadel interes za usklajevanje interesov na republiški ravni, ki omogoči smotrnejšo porabo sredstev in boljše zdravstveno varstvo za prebivalce. V Kliničnem centru v Ljubljani so v želji po razvoju, slediti razvitim, uvajali vedno bolj drago diagnostiko in terapijo za redke bolezni (pri tem pa se ni nihče vprašal, kakšen delež kako velikega nacionalnega dohodka namenjajo zdravstvu razvite dežele), v regijah pa, kjer nimajo nakopičenega tako velikega števila vrhunskih strokovnjakov kot v centru, so skušali konkurirati centru z gradnjo palač ali pa so kupovali drage aparature, ki ostajajo v majhnih centrih neizkoriščene. Vsi smo pozabili, da je bila pomembna stopnica

v razvoju zdravstva razvitih držav dobro urejena higiena, ki smo ji v Sloveniji prepustili, da si je sama iskala interese in sredstva za svoje delo, s tem pa je morala nujno opuščati vrsto nadzornih funkcij. Zdravstvene analitike pa nihče ni potreboval, saj bi dobre analize kaj hitro pokazale na anomalije, ki so se dogajale v razdrobljenem zdravstvu. Če k temu dodamo še samozadovoljnost zdravstvenih delavcev, ki v sicer do potankosti zgrajenem sistemu dogovarjanja med uporabniki in izvajalci za svoja sredstva tako ali tako niso bili prav nič odvisni od uporabnikov, dogovarjali so se samo z regijskimi veljaki v silih (ki pa so bili kot pacienti tako ali tako odvisni od njih), je slika slovenskega zdravstva osemdesetih let popolna.

Nemočni zdravstveni politiki v republiki (politiki so vedno željni oblasti) pa so se znašali nad tistimi, ki so jih imeli v oblasti. Eden od teh je bil tudi centralni slovenski analitični inštitut. To je v bistvu paradoks. Zdravstveni politiki v republiki bi lahko obvladovali razpršeno zdravstvo samo z dobrimi analizami, tega pa si zaradi dolgotletne slabe kadrovske politike niso znali zagotoviti.

Da bi sredstva, ki jih ljudje namenjajo zdravstvu, bolj smotrno izrabili v prid prebivalstvu, moramo po mojem urediti dve stvari. Prvič, v slovenskem zdravstvenem političnem vrhu zbrati skupino zagnanih, altruističnih strokovnjakov različnih strok, ki bodo lastni interes znali podrejati interesu prebivalstva. Drugič, ob tem moramo prebivalstvu omogočiti, da bo svoje potrebe po zdravstvenem varstvu in svoje nezadovoljstvo s sedanjim lahko učinkovito izrazilo. Demokracija nam to obeta. Jo bomo znali speljati?

Uredništvo: Glavni cilj vsakega zdravstva je izboljšati kakovost zdravstvenih storitev in odnosov med bolnikom in zdravnikom oz. zdravstvenim osebjem. Kako približati zdravstvo ljudem, da bo bolnik občutil ob sebi prijaznega zdravnika?

M. Kožuh-Novak: Zelo napačno je govoriti o zdravstvu kot o družbeni, neproduktivni dejavnosti. Zdravstvo je velik concern, na Švedskem ga po moči primerjajo z Volvom. V zdravstvu sicer veliko mahamo z etiko. Družba ima srečo, da se te etike pri nas veliko zdravstvenih delavcev tudi drži (s prehodom v kapitalistični družbeni red bo veliko te etike izginilo, kar bo ena od stvari, za katerimi bomo žalovali), vendar pa veliko delavcev v zdravstvu dela le za svoj zaslužek. Prav nič jih ne zanima izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev. Ker ni ponudbe in povpraševanja, ostaja skrb za napredek samo v rokah ambicioznih in altruističnih ljudi, katerih večina pa sploh nima pregleda nad tem, kaj slovensko zdravstvo res potrebuje, in potiska naprej samo svojo ozko specifiko.

Premalokrat se zavedamo, da se gledanje na to, kaj bolnik potrebuje, hudo razlikuje od zdravnika, sestre in strežnice do bolnika in njegovih svojcev. Medtem ko zdravnik razmišlja o smotni diagnostiki in terapiji, sestra vidi bolnikove potrebe v tem, kdaj in kako bo dobil zdravila, strežnica, kam in kdaj mu bo dala hrano, bolnik pa si želi predvsem prijaznosti, sočutja, razumevanja njegovih težav, tople hrane in čistih rjuh. Pri bolnikih so včasih najbolj priljubljeni najslabši terapevti, ker si vzamejo čas, se usedejo k bolniku in z njim poklepetajo, medtem ko nimajo odlični terapevti v svojem iskanju najboljših rešitev zanj nikoli časa, pogosto mu tudi tega ne povedo, kaj nameravajo z njim narediti. Zdravstveni delavci smo na psihogeni učinek našega dela s bolnikom skoraj popolnoma pozabili, še več, nekje na poti izobraževanja smo tovrstno izobraževanje izpustili. Zdravstveni delavec se mora ob trpljenju bolnika utrditi, sicer svojega dela ne bi mogel dolgo opravljati. To pa ga nehote odvrča od tega, da bi bolniku večkrat prisluhnil in skušal dobri terapiji dodati še psihogeni učinek osebnosti bolnika, ki se bo dobro motiviran in razumljen pripravljen boriti za svoje zdravje. Zato bi potrebovali permanentno izobraževanje o potrebah bolnika, o njegovih reakcijah na različne strese in o reakcijah njihovih bližnjih, ne samo zdravniki, prav vsi, tudi strežnice. To je del poti do zblizanja

zdravstvenega delavca z bolnikom. Drugi del je prosvetljevanje prebivalstva, da bo vedelo, kaj lahko pričakuje od zdravstva. Da bodo ljudje po eni strani lahko določene postopke zahtevali, po drugi strani pa bodo tolerantnejši do zdravstvenih delavcev. Dober primer za zadnje je iskanje pomoči ponoči. Koliko poškodovancev ali njihovih sorodnikov pomisli na to, kako utrujen je kirurg, ki dela v dežurstvu 24 ur ali več?

Tretja, zelo pomembna postavka za zблиžanje zdravnika z bolnikom je primerno število zdravstvenih delavcev. V slovenskem zdravstvu jih večinoma še vedno nimamo dovolj. Zdravnik, ki mora pregledati v enem dopoldnevu 30 ali več ljudi, si ne more vzeti časa za posameznika. Kakovost njegovega dela mora proti koncu delovnega časa nujno pasti, če pa ob tem dela še ponoči, ni pravzaprav nikoli spočit in se kaj hitro razvije v sitneža, ki muči osebe in bolnike. Tu bi seveda veliko pripomogle boljše organizacija dela v zdravstvu, pravilna porazdelitev dela med zdravstvenimi delavci in večja delovna disciplina.

Uredništvo: Nacionalno zdravstvo in zasebna zdravniška praksa, z drugimi besedami enakopravna dostopnost zdravstvenih storitev in učinkovitost. Kakšne so dosežke naše in evropske izkušnje? Merila so jasna, kakovost zdravstvenih storitev, izboljšani odnos do bolnika in povečana ekonomska učinkovitost. Smo na začetku poti, kjer se moramo izogniti apriornemu izključevanju ene ali druge opcije v razvoju zdravstvenega sistema.

M. Kožuh-Novak: Vsi vemo, da imamo črno zasebno prakso že vsa leta po vojni. Bila je bolj ali manj preganjana, iztrebljena ni bila nikoli. Vsem na oči opravljajo kompletno nekontrolirano zasebno prakso stomatologi. Vsi skupaj jim dovoljujemo celo to, da mnogi namerno podaljšujejo vrste v nacionalnem zdravstvenem sistemu, da človeku pravzaprav ostaneta samo dve možnosti: ostati brez zob ali pa si izbrati zasebnega zobozdravnika. Pri tem ostajajo kakovost njihovega dela, higiena delovnih prostorov in cena, ki jo ljudem zaračunavajo, popolnoma brez nadzora. Kot se šušlja zadnje čase, imajo zasebno prakso (zunaj bolnišnic in zdravstvenih domov) že tudi zdravniki. Če malo karikiram, bi lahko rekli, da je naš bolnišnični sistem ponekod postal združba zasebnih specialistov. Zasebne postelje, prednost pri sprejemu v bolnišnico, prednost pri čakalni vrsti na operacijo, število dni hospitalizacije, prednost pri zdraviliškem zdravljanju, vse to je do neke mere razumljivo. Tudi zdravstveni delavci imamo sorodnike, prijatelje, ki jim nehote dajemo prednost, vprašanje je samo, kdaj in kako se tako delo izrodi. Kako velik je ta problem, ne vemo. Ker je skrit, ima morda veliko večje odmeve, kot po dejanskem obsegu zasluži.

Vsekakor bo legalizacija zasebne prakse, če bomo uvedli smiselno nadzorstvo nad njo, odnose bolnik – zdravstveni delavec marsikje razčistila. Vsekakor mora biti zasebna praksa vpeta v nacionalno zdravstveno varstvo, se pravi, da ne smemo dovoliti, da bo bolnik plačeval storitve neposredno iz žepa. Na to so nas opozarjali v vseh državah, kjer smo si nabirali izkušnje drugih sistemov. Na Švedskem in v Angliji pravijo, da imajo čiste zasebne prakse manj kot 5%, pri tem gre predvsem za t. i. konzultacije, ki jih nudijo priznani specialisti bolnikom, preden se odločijo za zdravljenje, ki jim ga svetuje njihov zdravnik. To hkrati omogoča nek mehanizem nadzora. Nacionalni zdravstveni sistem nima nikjer toliko sredstev, da bi šel lahko bolnik k več specialistom na posvet o enem problemu. Bolnik, ki prvemu specialistu, ki ga je seznanil z boleznijo, ne zaupa, pa mora imeti možnost, da si konzultacijo na legalen način omogoči sam. Zasebnih bolnišnic je na Švedskem in v Angliji malo in so zunaj nacionalnega zdravstvenega sistema, ker tudi v teh bogatih državah ni veliko tako bogatih ljudi, da bi si lahko privoščili hospitalizacijo brez pokritja zdravstvenega zavarovanja. Kot mi je znano, v teh dveh državah tudi nimajo

omembe vredno število zasebnih zavarovalnic za dodatno zavarovanje. Če nacionalni zdravstveni sistem dobro deluje in je splošna raven zdravstvenega varstva visoka, verjetno postajajo tovrstne rešitve nerentabilne.

Uvedba zasebne prakse utegne prinesiti povečano ekonomsko učinkovitost zdravstvenega sistema. Vprašanje je, kaj si kdo pod tem pojmom predstavlja. Zdravstveni delavci, ki si želimo napredek zdravstvenega varstva, pričakujemo, da bo finančna spodbuda zdravstvenih delavcev prinesla boljši izkoristek delovnega časa, prijaznost do bolnika, smotnejšo uporabo diagnostičnih metod, racionalno število dni hospitalizacije, racionalnejše poslovanje zdravstvenih organizacij in podobno in da bomo lahko sredstva, ki jih imamo na voljo, porabili za razvoj. Politiki si predstavljajo, da bo treba dati manj sredstev za zdravstvo. Brez škode za prebivalce bi verjetno lahko marsikje zmanjšali režijske stroške, pri tem da razkošno, neracionalno zidane stavbe ostajajo. Veliko bi prihranili z racionalnejšo izrabo in nakupom aparatov. Ali bo moč z dogovorom preiti bariere interesov posameznih bolnišnic? Ljudje ostajajo isti.

Racionalizacija delavcev v zdravstvu je dvorezen meč. Pri tako popolni zaposlenosti, kot smo jo v Sloveniji imeli, je nedvomno preveč zaposlenih tudi v zdravstvu. Ker pa po številu strokovnjakov še zdaleč ne dosegamo razvitih držav, utegne pretirano zmanjševanje delavcev kakovost našega dela resno ogroziti. Koliko zobozdravnikov zasebnikov ima v ambulanti zobno asistentko za pomoč? V Nemčiji splošni zdravnik opravlja svoje delo brez sestre. Če bomo odločitve o tem prepustili zdravnikom in zobozdravnikom, utegne kakovost zdravstvenega varstva pasti. Medicina je tako kot druge znanosti prerasla v interdisciplinarno vedo, kjer ima vsak člen svojo vlogo. V zdravstvu to težje dojemajo kot drugje. Primarno zdravstveno varstvo zahteva skupinsko delo. Ker v vseh letih, odkar smo uvedli primarno zdravstveno varstvo, nismo dorekli njegove vsebine, ker je nismo razvijali, se nam lahko zgodi, da bomo razvoj zavrli, ko bomo opustili skupinsko delo, kakorkoli je že bilo nepopolno. Vsekakor je privatizacija zdravstvenega varstva pri nas nujna, paziti pa bomo morali, da se zaradi tega ne bo zmanjšala njegova kakovost in pa, da ne bo preveč socialno razslojila ljudi na tiste, ki si bodo naše storitve lahko privoščili, in na tiste, ki si jih ne bodo mogli in bodo zato hitreje umirali.

Uredništvo: Pogosto govorite o družinski pripravi za zdravo življenje in o zdravstveno vzgojnih programih od šole naprej. Ali naj bodo to bolj priprave na bolezen – tudi tistih, ki šele prihajajo, ali predvsem na zdravje, ki ga ogrožajo tvegane življenjske razmere? Koga vzgajati, komu pomagati, kje smo pri prevzgoji »vzgojiteljev«, posebej medicinskega osebja. Kakšna naj bo pomoč sredstev javnega obveščanja. Še posebno, ker se bomo morali najprej spopasti z našimi »razvadami« in »prilaganji«, z »blokadam v miselnosti«... Kje in v čem odpovedujemo, v čem pa smo uspešnejši?

M. Kožuh-Novak: Ne samo posameznik ali družina ali celo samo zdravstvo, družba mora biti tista, ki se bo zavestno, profesionalno lotila novega koncepta zdravstvenega varstva, ki ga priporoča Svetovna zdravstvena organizacija¹² in so ga že sprejele najbolj osveščene države. Nov način terja zdrav način življenja od rojstva do smrti, ki ga družba s svojo aktivnostjo in nadzorom posamezniku omogoča.

Politiki morajo skrbeti za spodbujanje razvoja tistih gospodarskih dejavnosti, ki ne ogrožajo okolja z onesnaževanjem. Skrbeti morajo za to, da bodo socialne razlike med prebivalstvom čim manjše, da bo prebivalstvo izpostavljeno čim manj stresom političnih prevratov, da bo imelo dovolj možnosti in motivacije za zdravo življenje. Ne sme pri prebivalstvu spodbujati nezdravih navad (cigarete, alkohol). Kakovostne telesnovzgojne programe mora omogočiti čim večjemu številu prebi-

valstva. Reaktivirati mora društvena gibanja, katerih pomen zaradi zmanjšane iniciative prebivalstva za skupno delo v zadnjem desetletju pada.

Gospodarstvo mora poskrbeti za človeku in naravi varno tehnologijo, pospeševati mora pridobivanje zdrave hrane, opustiti mora produkcijo škodljivih snovi, poskrbeti mora za varna delovna mesta.

Izobraževanje mora vpeti v vse stopnje pridobivanje znanja o zdravem življenju, pri tem mora uporabljati moderne metode izobraževanja in učitelje primerno usposobiti.

Znanost mora namenjati več sredstev iskanju nenevarnih tehnologij, obnašanju živih bitij, iskanju novih metod za motivacijo prebivalstva. Zlasti medicinska znanost mora nameniti več sredstev raziskavam človeškega zdravja in vplivom okolja nanj. V Sloveniji so danes tovrstne raziskave v očeh medicinskih znanstvenikov tretjerazredne, komaj vredne, da se vključijo v znanost, predvsem zato, ker se naša medicina še vedno pretežno ukvarja z boleznijo in ji novih znanj o zdravju manjka. Čim prej se moramo lotiti prevzgoje zdravstvenih delavcev, ki so zaradi svoje osnovne izobrazbe bolj zazrti v bolezen kot drugi prebivalci in strokovnjaki.

Sodoben človek je tako pod vplivom nekaterih medijev, da bi ti morali biti mnogo bolj izkoriščeni za motivacijo zdravega življenja posameznika, družine in družbe prav od vseh, od politikov do zdravstvenih delavcev. Seveda pa se motivacije za zdravje ne moremo lotiti ljubiteljsko. To je zahtevno profesionalno delo, ki terja od izvajalcev obilo znanja. Eden od prvih korakov bo, da bomo nehali odlagati zdravstveno vzgojo zdravstvenim delavcem, tiste zdravstvene delavce pa, ki se tega lotevajo, moramo primerno usposobiti. To je multidisciplinarna veda, ki znanju o bolezni dodaja vrsto novih znanj.

Uredništvo: Preventivno zdravstveno delovanje je postalo tema dneva. Zlasti ko gre za bolezni, za katere že vemo, da so posledice nezdravega življenja, razvad in onesnaženega okolja. Kaj kažejo podatki? Ali lahko danes izvedemo obsežen preventivni zdravstveni program, ne da bi hkrati zdravstveno tveganje življenja ustrezno sankcionirali v prihodnjem sistemu zdravstvenega zavarovanja?

M. Kožuh-Novak: S preventivnim delom v slovenskem zdravstvu smo pričeli že med vojnami, ko smo pričeli množično cepiti otroke proti kozam, in tedaj, ko smo pričeli urejati vodovode ter kanalizacijo. Tovrstne akcije so bile za zmanjševanje umiranja prebivalstva veliko bolj pomembne kot moderne metode diagnostike in zdravljenja. Po vojni pomeni korak naprej v skrbi za zdravje prebivalstva uvedba kontinuirane skrbi za otroke, mladino, ženske in delavce. Ob tem so se zelo uspešno nadaljevali programi cepljenj, sanacije okolja in zgodnjega odkrivanja nalezljivih bolezni.

V razvitem svetu so šli v preventivnem zdravstvenem varstvu korak dalje. Vrsto let tečejo v zahodni Evropi preventivni programi varstva pred nesrečami, odkrivanja dejavnikov tveganja za razvoj bolezni obtočil in motivacija ogroženih skupin za zdravo življenje, zgodnje odkrivanje raka na materičnem vratu in dojki, uvajajo pa že tudi zgodnje odkrivanje raka na prostati in debelem črevesu.

Države, ki načrtno izvajajo preventivne akcije za preprečevanje bolezni obtočil, imajo že prve rezultate. Tako je pričela smrtnost zaradi bolezni obtočil v srednjih letih padati tako v ZDA kot tudi na Švedskem, v Veliki Britaniji in v ZR Nemčiji. Kljub temu da pri nas organiziranih preventivnih akcij na tem področju nimamo, pa se očitno poznajo sicer nesistematično vzgojno delo, zgodnje odkrivanje bolnikov in kakovostno zdravljenje, saj se je smrtnost moških srednjih let zaradi bolezni obtočil ustalila.

Število primerov raka na dojki v Sloveniji (kot v drugih razvitih državah) narašča in je glavni vzrok porasta smrtnosti mladih žensk. Švedi so dokazali, da je moč

z organiziranim periodičnim rentgenskim slikanjem dojk eni od 7 žensk, pri katerih odkrijejo raka, preprečiti zgodnjo smrt.¹³ Nacionalni program zgodnjega odkrivanja raka na dojki teče v vrsti zahodnoevropskih držav. Pri nas nacionalno organiziranega zgodnjega odkrivanja raka na dojki še nimamo.

Zgodnje odkrivanje raka na materničnem vratu s pomočjo rednega odvzema brisov materničnega vratu zmanjša pojavnost te bolezni od 91 do 94%.¹⁴ V Sloveniji sicer od leta 1960 redno pregledujemo brise materičnega vratu,¹⁵ vendar le pri ženskah, ki do ginekologa pridejo. Medtem ko je v prvem desetletju intenzivnega pregledovanja brisov število primerov invazivnega raka padlo skoraj za polovico, pa v zadnjem desetletju ostaja število novo odkritih invazivnih rakov stabilno (leta 1984 je bilo novo odkritih 176 primerov) prav zaradi tega, ker zgodnje odkrivanje ni organizirano sistematično, vključujoč vse ženske rizičnih starostnih skupin.

Na Švedskem teče vrsta preventivnih programov preprečevanja nesreč. Tako jim je uspelo izredno zmanjšati število smrtnih nesreč traktoristov in nesreč doma.

Prve kadrovske analize, ki smo jih napravili na inštitutu, kažejo, da bi lahko začeli izvajati sistematično zgodnje odkrivanje raka na materničnem vratu in dojki. Lahko bi organizirali redne sistematične preglede prebivalstva v srednjih letih in tako zmanjšali vplive dejavnikov tveganja, preden se pojavijo bolezni obtočil, seveda z bolj racionalno izrabo delovnega časa in sredstev, kot jo imamo v zdravstvu danes. Bolj organizirano in profesionalno bi se lahko lotili problema alkoholizma. Nekaj preventivnih akcij, organiziranih zunaj zdravstva, že teče (akcija minus deset odstotkov), na žalost pregleda nad potekom teh akcij na republiškem inštitutu nimamo. V teh sicer finančno izredno težkih časih je še vedno sredstev v zdravstvu toliko, da bi jih motivirani politiki lahko preusmerili v preventivno delo. Bolj kot sredstev in ljudi nam manjka motivacije in znanja, kako se dela lotiti.

Uredništvo: Koliko se spreminjajo objektivne možnosti slovenske medicine, da obvladuje zdravstvene probleme prebivalstva? V Svetovni zdravstveni organizaciji govore o novih konceptih, doktrinah, sredstvih, drugače usposobljenih strokovnjakih (biomedicinske usmeritve, ekološke usmeritve, t. i. celoviti pristopi, ...). Determinante zdravja so vedno širše pogojene. Geslo SZO je: preprečevati bolezni, utrjevati zdravje, odpravljati dejavnike tveganja. Kje smo na tej poti v preventivi, v razvijanju primarnega zdravstvenega varstva, v medsektorskem sodelovanju, v razvijanju življenjskih stilov, ki naj pospešujejo zdravje?

M. Kožuh-Novak: Povezovanje različnih strok v skrbi za zdravje je eden od perečih problemov v Sloveniji. Pri tem nam idej ne manjka. Okorele organizacijske strukture, premoč osebnih interesov, stare, neinovativne vodstvene strukture, neinovativnost univerzitetnih delavcev in še marsikaj podobnega ovira slovenske strokovnjake, da bi se povezovali v fleksibilne projektne strukture, ki bi bile sposobne uporabiti vsa dosedanja znanja doma in v svetu in dodajati nova. Tipičen primer za to je onesnaževanje okolja. Kot revna dežela porabimo ogromno sredstev za tisoče analiz, ki jih pa nismo sposobni uskladiti, da bi prišli do enotnih spoznanj, kje v Sloveniji smo in kaj moramo narediti za izboljšanje razmer. Pregleda nad stanjem še sedaj nimamo. Iz analize onesnaženosti okolja, ki je bila letos predložena republiški skupščini, je izpadel pomemben del – posledice onesnaženega okolja za zdravje prebivalstva. Tega pa brez točno določenih onesnaženih okolij ni moč raziskovati.

Človek je izredno prilagodljiva žival, zato je vplive okolja na njegovo zdravje izredno težko ugotavljati. Za tako delo je potrebno odlično poznavanje epidemioloških metod, tega znanja pa v slovenskem zdravstvenem učnem sistemu ni moč pridobiti. Namesto da bi poslali nekaj strokovnjakov na študij v tujino, izgubljammo sredstva v izvedbi parcialnih, slabo pripravljenih študij, ki ne morejo dati rezulta-

tov. Srečujemo se celo s tem problemom, da eni drugim onemogočamo izvedbo raziskav iz preprostega prestižnega razloga.

Te dni se pogovarjamo o novem inštitutu za ekologijo. Kaj bomo naredili s strokovnjaki, ki se sedaj ukvarjajo s to problematiko? Jih bomo pobrali iz sedanjih delovnih okolij in zbrali v novi instituciji? Ali pa bomo sedanjim dodali še eno novo organizacijo in se bomo šli asinhron pristop k tej problematiki naprej.

Uredništvo: Kje smo na poti uresničevanja zahtev SZO?

M. Kožuh-Novak: Prav gotovo je najbolj moderna, najracionalnejša in širokim ljudskim množicam najbolj prilagojena shema razvoja zdravstvenega varstva prebivalstva, ki jo je Svetovna zdravstvena organizacija predložila leta 1984 v Alma-Ati. Narejena je bila na podlagi izkušenj strokovnjakov v bogatih državah, ki so ugotovili, da niti najbolj bogata država ne bo imela nikoli dovolj sredstev za zdravstvo, če bomo koncept zdravljenja bolezni razvijali naprej kot edini koncept v zdravstvenem varstvu prebivalstva. Z deklaracijo so skušali pomagati manj razvitim deželam, da bi jim ne bilo treba iti po stopinjah razvitih in razvijati ob majhnih sredstvih za zdravstvo, ki so jim na razpolago, v nedogled drago kurativno medicino, s tem pa vedno večjemu številu prebivalstva onemogočati dostop do najbolj osnovnih pravic v zvezi z zdravjem.

V Sloveniji smo na dobri poti, da spremenimo koncept zdravstvenega varstva, saj je ustreznost novega koncepta sprejela vrsta strokovnjakov v kurativnem zdravstvenem varstvu in na Medicinski fakulteti, morda še bolj pa nekateri strokovnjaki zunaj medicine. Vendar pa novemu konceptu danes, ko se vlada odloča za ponovno zmanjševanje sredstev za zdravstvo, resno grozi, da bo spet za nekaj let utonil v pozabo. Kaj malo je verjetno, da bi kurativno usmerjeno zdravstvo, ko mu zmanjkuje sredstev za utečeno delo, namenjalo posebna sredstva za nove programe, ki niti ne bodo imeli takojšnjega učinka. Že takoj na začetku se uveljavljajo opozorila Svetovne zdravstvene organizacije, da se novega koncepta pogleda na zdravje in reorganizacije ne more lotiti samo zdravstvo, ampak da se ga morajo v prvi vrsti lotiti politiki. Nova demokratična gibanja naj bi strokovnjakom prinesla več možnosti vpliva na politike. Ali nam bo?

Ljubljana, 23. julija 1990

Z Matejko Kožuh-Novak se je pogovarjal Ivan Hvala

LITERATURA:

1. Statistični letopis SR Slovenije, Ljubljana 1967.
2. Zdravstveni statistični letopis Slovenije 1989 (v tisku).
3. Your very good health? Trent Regional Authority, 1989.
4. Health for All by the Year 2000, WHO, Geneva, 1978.
5. Incidenca raka v Sloveniji 1984, Onkološki inštitut v Ljubljani 1988.
6. Public Health in England, Her Majesty's Stationery Office, London, 1988.
7. M. Kožuh Novak, D. Obersnel Kveder: Delež zdravstvene službe v prebivalstveni politiki. Zdrav. vestn. 1990; 59:121-3.
8. From Alma-Ata to the year 2000: Reflections at the midpoint. WHO, Geneva, 1988.
9. M. Kožuh-Novak: Primerjava zdravstvenega varstva Švedske in Slovenije, poslano v tisk v Zdravstveno varstvo.
10. Morbidity and Mortality Weekly Report, May 11, 1989, Vol. 28, 18.
11. Mortality in Developed Countries, Wkly Epidem Rec. 14, 1989.
12. From Alma-Ata to the year 2000, WHO, Geneva, 1988.
13. L. Tabar in sod.: The Swedish two country trial of mammographic screening for breast cancer: recent results and calculation of benefit. J Epidem Commun Health, 1989, 43, 107-114.
14. E. Lyng: Screening for cancer of the cervix uteri. World J Surg, 1989 13/1, 71-78.
15. V. Pompe-Kirn in sod.: Epidemiological evaluation of early detection of cervical cancer in Slovenia till 1981. Eur J Gynaec Oncol, 1986, 7, 3, 147-151.