

PRIMARNA AMBULANTNA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST

PREGLED STANJA AMBULANTNE DEJAVNOSTI PRI NAS IN V SVETU

Tit Albreht

Uvod

Ambulantna dejavnost je temelj celotne zdravstvene dejavnosti. Ne glede na delitev na ravni velja to za celoten sklop ambulantne dejavnosti. Ambulantna dejavnost na primarni ravni je običajno vstopna točka za celoten zdravstveni sistem. V določenih primerih je ta vstop kontroliran s pomočjo »vratarskega sistema«, v drugih je primarna raven namenjena bolj posvetovanju, v ZDA in v državah v razvoju pa je zelo pogosto vstopna točka v zdravstveni sistem bolnišnica oziroma njen urgentni ali ambulantni del.

Tudi v Sloveniji je ambulantna dejavnost zelo raznovrstna, saj sega od primarne do terciarne ravni. Organiziranost je mešana glede na nosilca dejavnosti. Del izvajalcev so javni zavodi, del pa so zasebniki oziroma zasebni zavodi. To velja tako za primarno kot za sekundarno raven, medtem ko je terciarna raven zaskrat praviloma v domeni javnih zavodov.

Število obiskov oziroma stikov je odvisno od vrste elementov, med katerimi izstopajo predvsem naslednji:

1. dostopnost zdravstvene službe na primarni ravni,
2. dostopnost in način dostopa do zdravstvene službe na specialistični ravni,
3. obseg preventivne dejavnosti in druge oblike stikov,
4. tradicija in kultura.

Dostopnost zdravstvene službe na primarni ravni in njeno poslanstvo močno vplivata na obliko in strukturo stikov v ambulantni dejavnosti. Težave v tej dostopnosti privedejo do premika bolnikov na ambulantno specialistično in bolnišnično raven, ki običajno nista primerni za presejanje splošne populacije, kar prispeva k sorazmerni neučinkovitosti sistema. Primarna raven določa dinamiko in vsebino obravnave tudi na višjih ravneh obravnave. Vratarski sistem po eni strani omogoča boljše triažiranje bolnikov, po drugi strani pa tudi boljše obvladuje povpraševanje po specialističnih storitvah. Odprti sistemi dostopa do specialistične ravni seveda nimajo nujno za posledico pretiranega povečanja števila obiskov, ker gre pri njih v glavnem za premik tistih stikov, ki so v vratarskem sistemu na primarni ravni, deloma na specialistično raven. Obseg preventivne dejavnosti tudi vpliva na frekvenco stikov, saj tak program pogosto pomeni dodatne stike v začetku, vendar je pogosto cilj v posledičnem upadu števila stikov. Končno in ne nazadnje velja posebej izpostaviti vpliv tradicije in kulture, ki vplivata na prag za odločitev o obisku v zdravstveni službi in tako na obseg celotnega povpraševanja po zdravstvenih storitvah kot tudi na povpraševanje po specifičnih oblikah obravnave. Tako je značilno za nekatere države, da so prisotna velika pričakovanja glede možnosti izbire terapevta, zaradi česar na primer vratarski sistem v takih primerih ni sprejemljiv. Po drugi strani pa so raziskave tudi v Sloveniji pokazale, da so prebivalci v dobro delujočem in ustaljenem vratarskem sistemu z njim zadovoljni in si niti ne želijo drugačnega sistema oziroma drugačne oblike vstopa v zdravstveni sistem.

Poročevalski sistem, njegove naloge in dileme

Zdravstveni poročevalski sistem zahteva poročila o celotnem obsegu ambulantne dejavnosti. Pri tem se srečamo že s težavami opisovanja in definiranja osnovnih pojmov. Pred šestimi leti je tedanji minister za zdravje dr. Marjan Jereb ustanovil delovno skupino za enotne definicije, ki je konec leta 2000 odda-

la končno poročilo, vendar do udejanjanja s strani MZ pozneje ni prišlo. Osnovno izhodišče v tem poročilu za ambulantni del je, da je osnovna enota opazovanja »stik«, ki najbolje zajame vse možne oblike obravnave v ambulantni dejavnosti. Poudariti velja, da je za to obliko izvajanja zdravstvene dejavnosti značilno tudi to, da so nosilci oziroma izvajalci zelo različne kategorije zdravstvenih delavcev – poleg zdravnikov in zobozdravnikov tudi farmacevti, medicinske sestre, fizioterapevti, delovni terapevti, zobotehniki in drugi. Stik opisuje po eni strani diagnozo (kadar je stik posledica obravnave pri zdravniku ali zobozdravniku), po drugi strani pa tiste podatke, ki orišejo druge opravljene storitve in/ali ugotovitve. Pri tem se srečamo z dilemo, kaj zajeti. Pogled različnih partnerjev v sistemu je seveda primeren poslanstvu ustanove oziroma skupine, ki jo zastopajo. Javnozdravstveni poročevalski sistem želi spremljati tako ob stikih ugotovljeno zbolelost kot tudi učinkovitost zdravstvene službe in njene dosežke. Zavarovalniški sistem je seveda osredotočen na finančne podatke, pri čemer je običajno vrsta omejitev, ki temu sistemu ne dovoljujejo dostopa do kliničnih podatkov. Končno so klinični sistemi usmerjeni v spremljanje medicinske obravnave bolnika, pri kateri je nabor podatkov temeljni vir za javnozdravstveni sistem, vendar pa mora biti bistveno širši od slednjega, saj mora zadostiti vsem kliničnim zahtevam. Povezati vse tri skupine zahtev je seveda zahtevna naloga, saj je presek le delen, v ostalem pa gre najpogosteje za širitev nabora.

Ključni elementi vprašanj, povezanih z analitiko, so zato:

1. vsebina zajetega,
2. obseg in razsežnost nabora podatkov,
3. registrsko ali agregirano spremljanje dejavnosti in epidemiološke situacije,
4. povezljivost z drugimi zbirkami in viri podatkov,
5. merila za vrednotenje,
6. omejevanje na opisovanje stikov oziroma opravljenega dela ali tudi vključitev drugih podatkov.

Ker prihaja do stalnega razvoja in spreminjanja narave in vsebine dejavnosti, postaja vedno bolj zahtevno registrirati ugotovitve stikov in opravljene storitve oziroma posege. Z nadaljnjim razvojem in pretvorbo dejavnosti, posebno neprekinjena preusmeritev specialistične dejavnosti iz stacionarne v ambulantne obravnave, bo prišlo do posledičnih potreb po spreminjanju poročevalskega sistema.

Stanje ambulantne dejavnosti v Sloveniji

Po tradiciji v Sloveniji zdravstveno dejavnost še vedno delimo v tri ravni, in sicer na primarno, sekundarno in terciarno. Posamezni izvajalci lahko izvajajo dejavnost celo na vseh treh ravneh. Primer za to je Klinični center, v katerem se izvaja dejavnost na primarni ravni (splošna/družinska medicina, zdravstveno varstvo žensk), kot tudi dejavnost na sekundarni in terciarni ravni. Druga oblika členitve dejavnosti je na podlagi vsebine in namena. V tem primeru govorimo o kurativni in preventivni dejavnosti, njima ob bok pa v zadnjem času v to členitev uvrščajo tudi tako imenovane administrativne stike. Ti naj bi zajemali tiste stike, pri katerih bolnik ureja le dokumentacijo ali pa prevzema dokumente, med njimi tudi recepte. Take stike mnogi poročevalski sistemi (npr. finski STAKES) beležijo posebej, ločeno od vsebinsko pomembnih stikov. Seveda se pri tem odpirajo strokovne dileme, saj je tak način dela možen ob vzajemnem zaupanju, posebno pri kroničnih boleznih, pri katerih je predpisovanje zdravil oziroma njihovo odmerjanje odvisno od dobrega vodenja in tudi bolnikovega spremljanja bolezni. Ambulantna dejavnost se nato deli še po strokovnih oziroma specialističnih področjih, tako na primarni kot na sekundarni in terciarni ravni.

Klasične delitve postopoma izginjajo, ker jih zbrisuje spremenjeni način obravnavanja tako akutnih kot kroničnih problemov. V tem sklopu prihaja tudi do premika določenih storitev in dejavnosti, predvsem s sekundarne na primarno raven. V letu 2003 je bilo v Sloveniji 9.989.555 ambulantnih stikov na primarni ravni, kar je približno 1,2% manj kot leta 2002. Dve tretjini med temi je bilo stikov v dejavnosti splošne/družinske medicine. Ambulantna specialistika je obravnavala 3,47 milijona stikov, s čimer v skupnem številu ambulantnih stikov zajema 26% delež. V celoti imamo v ambulantni dejavnosti 6,8 stika na prebivalca, od katerih je 5,1 stik na prebivalca na primarni ravni in 1,7 na sekundarni specialistični ravni. Zaradi procesa premika obravnave s stacionarne v dnevne oblike in tudi v popolnoma ambulantno obravnavo se bo večalo število obravnav v ambulantni specialistiki.

Stanje po različnih evropskih državah

Po številu obiskov in organizaciji ambulantne dejavnosti lahko razvrstimo države v različne skupine, in sicer:

- severnoevropske, ki imajo majhno število obiskov, skupen pa jim je tudi velik vpliv družinske medicine (2,8 do 5 obiskov na prebivalca);
- evropsko večino, ki ima srednje število obiskov, na katere vpliva vrsta različnih dejavnikov, poleg tega pa je prisotna tudi različna razporeditev med ravnmi (6 do 8 obiskov na prebivalca);
- nekatero srednje- (Češka, Slovaška in Madžarska) in vzhodnoevropske države (Belorusija, Ukrajina) ter Švica, ki jim je skupno veliko število obiskov (v vseh naštetih primerih več kot 10 obiskov na prebivalca).

Švedska

Gre za državo z zelo majhnim številom obiskov na prebivalca, saj je povprečje le 2,8 obiska. Med temi jih je 60% na primarni ravni, kar je nekaj manj kot pri nas, vendar je to vseeno le toliko, kot je pri nas obiskov le na ambulantni specialistični ravni. Seveda gre za svojevrsten fenomen, na katerega vplivata majhno povpraševanje in zelo usmerjene obravnave. Poleg tega je povpraševanje po storitvah na ambulantni ravni tradicionalno nizko, s čimer ta država izrazito izstopa (tako v svoji regiji kot sicer), saj je po tem podatku bolj podobna državam v razvoju kot drugim najbolj razvitim državam.

Velika Britanija

Sistem temelji na močnem vratarškem sistemu in veliki vlogi primarne ravni. Število obiskov je, kljub tem navideznim podobnostim, vendarle manjše kot v Sloveniji (približno 5,4 obiska na prebivalca). Posebej zanimivo pa je, da tudi tam prihaja do zmanjševanja števila hišnih obiskov, ki jih je bilo pred 30 leti še 14%, danes jih je le še 4%. Po drugi strani pa narašča število stikov po telefonu, ki so posebej opredeljeni in tudi vrednoteni.

Nizozemska

Tudi v tem primeru gre za državo, kjer ima primarna raven ključno vlogo, vzpostavljen pa je tudi tipičen in odločen vratarški sistem. Ponovno gre za situacijo, ko je tudi število obiskov s 5,6 na prebivalca manjše od števila v Sloveniji. Ena od značilnosti in razlik do Slovenije pa je v tem, da so za bolniške odsotnosti pristojni posebni pooblašeni zdravniki, ki sami (administrativno) urejajo postopke z bolnikom ter pridobivajo potrebne podatke. Ambulantna specialistika je močno povezana z bolnišnicami in je skoraj izključno tudi organizirana na poliklinični način. Zanimiva posebnost je tudi v tako imenovanem transmuralnem sodelovanju, tj. sodelovanju med različnimi ravnmi dejavnosti – posredovanje pri potovanju bolnika z ene na drugo raven v obeh smereh.

Avstrija

Stanje je podobno kot v Sloveniji, kar ni presenetljivo, čeprav je res, da je organizacija primarne ravni drugačna v tem, da je izvajanje predvsem na samostojnih individualnih zasebnih praksah. Tudi pri njih je zadnja leta prišlo do večanja števila stikov, tako da so se tega problema lotili z uvajanjem določenih omejitev (vaučersko opredeljevanje števila letno »dopustnih« stikov). Vsekakor pa imajo v Avstriji zelo veliko in pomembno vlogo bolnišnice.

Sklepne misli

Ambulantna dejavnost doživlja pomembne in hitre spremembe. Na primarni ravni prihaja do uvedbe novih načinov komuniciranja med izvajalci in bolniki. Tipičen osebni stik seveda ohranja ključno mesto, vendar se je že popolnoma udomačil telefonski stik, prihajajo pa še internetne oblike (forumske in osebne) ter komunikacija po elektronski pošti. Na sekundarni ravni se krepi ambulantna oblika dela na račun stacionarne in ta trend se bo še nadaljeval.

Ni moč govoriti o »primernem« ali »ciljnem« številu obiskov na prebivalca. Na število stikov vpliva vrsta dejavnikov, vendar velja posebej izpostaviti močno sistemsko in kulturno pogojenost vzorcev uporabe zdravstvene službe na ambulantni ravni.

MEJE MED PRIMARNO IN SEKUNDARNO ZDRAVSTVENO DEJAVNOSTJO

Igor Švab

Izvleček – Izhodišča. *Primarno zdravstveno varstvo in sekundarna dejavnost sta komplementarni ravni zdravstvene varstva. Med seboj se ločita po okolju, v katerem delujeta, odnosu med bolnikom in zdravnikom, boleznih, ki jih obravnavata, zahtevah po zdravnikovih lastnostih in možnostih ukrepanja, ki jih imata na voljo. Komunikacija med ravnema v Sloveniji praviloma poteka z nepotnicami.*

Zaključki. *V Sloveniji v zadnjem času opazamo rast odstotka in števila napotitev na sekundarno raven, kar je odraz krize slovenskega sistema zdravstvenega varstva. Razlogi za ta porast so zaenkrat še nepojasneni. Stanje na tem področju bi lahko izboljšali z izboljševanjem komunikacije med obema ravnema in uporabo novih tehnologij.*

Uvod

Zdravnik v primarnem zdravstvenem varstvu v vseh sistemih zmora sam skrbeti za večino problemov, zaradi katerih iščejo pomoč njegovi varovanci. V manjšem delu primerov zaradi dragega in zahtevnega zdravljenja, zaradi posebnega znanja ali, ker gre za redko bolezen, potrebuje pomoč zdravnika specialista (1). Pravčasno in pravilno pošiljanje bolnika na specialistično raven je pomembna veščina zdravnika družinske medicine, saj z nepotrebnim odlašanjem lahko zamudimo čas za ustrezno zdravljenje, s prepogostim ali nepotrebnim pošiljanjem bolnikov pa jih izpostavljamo tveganju zaradi za bolnika zahtevne diagnostike in zdravljenja, naredimo bolnika zaskrbljenega, po nepotrebnem trošimo denar za zdravstvo in posledno povzročamo zastoje v specialistični oskrbi (2–5). Svetovna zdravstvena organizacija poudarja, da naj ima vsak prebivalec pravico do dostopne kakovostne zdravstvene službe (6).