

ZDRUŽENJE ZA AMBULANTNO GINEKOLOGIJO SZD

Pismo uredništvu/Letter to the editor

POMEN REPRODUKTIVNEGA ZDRAVSTVENEGA
VARSTVA NA PRIMARNI RAVNI

REPRODUCTIVE WOMEN'S HEALTH CARE AT PRIMARY LEVEL

Lidija Andolšek-Jeras

Slovenska akademija znanosti in umetnosti, Novi trg 3, 1000 Ljubljana

Ključne besede: *reproduktivno zdravstveno varstvo žensk na primarni ravni; zdravstveni kazalci uspešnosti; problemi v organiziranju; razvoj v prihodnosti*

Izvleček – Izhodišča. Prispevek prikazuje razvoj in uspehe dosedanje organiziranosti zdravstvenega varstva (ZV) žensk in varovanja reproduktivnega zdravja na primarni ravni. Zdravstveni kazalci izkazujejo 98-odstotni obisk v posvetovalnicah, 99-odstotno rojevanje v porodnišnicah, kazalci perinatalne umrljivosti 8/1000 rojstev nas uvrščajo na sredino evropske lestvice, v umrljivosti dojenčkov (6/1000 živorojenih) smo na solidnem mestu, po maternalni umrljivosti pa med najslabšimi v Evropi (27,6/100.000 živorojenih). Splavnost se je znižala na 16/1000 žensk rodne dobe, najbolj v skupini mlajših mladostnic (2/1000). Raba kontracepcijskih pripomočkov (maternični vložek, hormonska kontracepcija) počasi narašča. Zaradi naraščanja incidence raka na materničnem vratu je organiziran aktiven pristop k presejanju (program ZORA).

Po zdravstveni reformi leta 1992 se je poslabšala dostopnost do reproduktivnega zdravstvenega varstva. Kažejo se omejitve reproduktivnih pravic, opredelitev za izbranega ginekologa pa se postopno izboljšuje.

V prispevku so predstavljena različna stališča glede razvoja varovanja reproduktivnega zdravja na primarni ravni v prihodnosti.

Key words: *reproductive health care for women at primary level; reproductive health indicators of quality; problems in health care provision; future development*

Abstract – Background. The author discusses development and success of up to date reproductive health care provision of women at primary level. Health indicators show 98% pregnant women attendancy in prenatal care, 99% deliveries in maternity hospitals, figures comparable to the West European ones. Perinatal mortality (8/1000 livebirths) place Slovenia to the middle of the european scale. Infant mortality rate was reduced to 6/1000 livebirths and is very low compared to other European countries, while maternal mortality rate (27,6/100,000 livebirths) is among the highest in Europe. Abortion rates are reduced to 16/1000 women of fertile age, mostly in the group of younger minors (2/1000), use of contraceptives (intrauterine device, hormonal contraceptive) is increasing. Due to increasing incidence of cervical cancer, the programme ZORA, active screening is organised.

After 1992 Health reform the accessibility of reproductive health care provision is less favourable, restriction of reproductive rights is noticed, while the number of women who chose their personal gynecologist is progressing.

In the article the author presents different views of the possible future development of reproductive health care provision at primary level.

Uvod

V Sloveniji imamo dolgo izročilo varovanja zdravja žensk in otrok. V zametkih se je začela ta dejavnost po letu 1920, ko je A. Štampar pričel razvijati svoj koncept zdravstvenega varstva (ZV) – celovito obravnavo zdravstvenih problemov zunaj bolnišnice. Prvi dispanzerji za ženske in otroke v Ljubljani segajo v leto 1923, pozneje pa se pojavijo tudi v drugih slovenskih krajih.

Druga svetovna vojna je postopno naraščanje dispanzerjev zavrla, po njej pa so padle Štamparjeve zamisli na plodna tla v Svetovni zdravstveni organizaciji (SZO). Sprejeli so njegov koncept skupnega obravnavanja zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine in ga poimenovali »Maternal and Child Health« – MCH.

V Sloveniji se je za to idejo prvi ogrel P. Lunaček. Organiziral je dispanzersko službo in si prizadeval za koncentracijo porodov v porodnišnicah. Pozneje so te dejavnosti aktivno razvijali B. Tekavčič in Z. Humer, S. Lunaček in M. Škarja-Skerget ter S. Cvahte s S. Krajnc-Simoneti. Poleg bogato razvejanega stro-

kovnega in organizacijskega dela so z različno dolгим podiplomskim izpopolnjevanjem usposobili številne babice, patrone sestre in več kot 500 splošnih zdravnikov.

Dispanzerji so bili na začetku namenjeni prvenstveno obravnavi in svetovanju nosečnicam in otročnicam, pozneje so v svoje delo vključili najprej preventivne, nato tudi kurativne ginekološke dejavnosti, sproti pa uveljavljajo tudi nove diagnostične in terapevtske metode. Za dispanzersko delo je značilna t. i. dispanzerska metoda dela: aktivni pristop, interdisciplinarna povezava, celostna obravnava ženske zaradi zgodnje diagnostike in ustreznih ukrepov intervencije, kar *manjša stroške* (manj invazivni posegi, manj obsežne operacije, zgodnje okrevanje, krajša hospitalizacija) ter izboljšuje zdravje žensk, merjeno v mednarodno primerljivih kazalcih (nižja obolevnost in invalidnost žensk zaradi specifičnih vzrokov, manj odstranjenih maternic, boljša kakovost življenja, ker je posledično manj težav zaradi statičnih dejavnikov v medenici (v smislu inkontinence). Vse to vpliva na boljše spolno zdravje.

Leta 1961 smo imeli v Sloveniji 61 dispanzerjev in 108 posvetovalnic, v njih so delali ginekologi, redno zaposleni v bolnišnicah in prej omenjeni, za to delo posebej usposobljeni splošni zdravniki, ki jih je dr. Vilfan duhovito poimenoval »ginekoloidi« (1). Ob koncu 80 let je bil v vsakem zdravstvenem domu organiziran dispanzer za ženske, v katerem so delali ginekologi ter samo dva splošna zdravnika (2).

Generacije ginekologov so skupaj z ostalimi zdravstvenimi delavci v preteklih desetletjih bistveno vplivali na zdravje žensk in novorojencev, ne glede na organizacijske oblike in spreminjajoča se poimenovanja teh dejavnosti.

Že desetletja obiskuje predporodno varstvo 98% nosečnic (okrog 75% v 1. tromesečju nosečnosti), 99% pa jih rodi v porodnišnicah. Zmanjšala se je perinatalna umrljivost, leta 1995 je znašala 7/1000 rojstev (3). Zadnja leta se je dvignila, desetletno povprečje 8/1000 rojstev nas uvršča na sredino evropske lestvice. Po letu 1997 smo mednarodno uskladili definicije za registriranje mrtvorojenosti, kar je povečalo celokupno stopnjo mrtvorojenosti in posledično tudi perinatalno umrljivost. Trenutna stopnja mrtvorojenosti v Sloveniji znaša okoli 8/1000 rojstev. Po bolj natančnem vpogledu v vzroke mrtvorojenosti lahko bolj kritično ocenimo možne pravočasne ukrepe.

Umrljivost dojenčkov se je zmanjšala od leta 1960 od 31,1 na 4,7/1000 živorojenih leta 1996, dve leti pozneje leta 1998, pa se je dvignila na 5,2/1000 živorojenih. Po umrljivosti dojenčkov in zgodnji neonatalni umrljivosti smo bili sredi devetdesetih let med evropskimi državami na prvem mestu (4). Danes pa smo s kazalcem 6/1000 živorojenih na solidni evropski ravni.

Veliko je bilo storjenega za osveščanje prebivalcev na področju načrtovanja družine (ND), kar se kaže v zmanjšani splavnosti in večji rabi kontracepcijskih (KC) metod. Število registriranih dovoljenih splavov smo znižali od 41/1000 žensk reprodukativne dobe (15–49 let) v letu 1982, ko je bilo najvišje, na 15,2/1000 žensk v letu 2001 (5, 6). Najbolj se je znižala splavnost in rodnost v mladostniških skupinah, saj je splavnost v skupini mlajših mladostnic do 16 let okoli 2/1000.

Žal pa se v zadnjih desetih letih ni bistveno spremenila splavnost v starostni skupini 30–40 let, kar kaže na pomanjkljivo motivacijo in edukacijo žensk te starosti. Tej skupini žensk bi se morali posebej posvetiti, zlasti še »povratnicam«, ki se po zaključku svojih reproduktivnih želja (2–3 otroci) zatekajo v 30–40% v ponavljajoče se prekinitve nosečnosti, ob tem pa ne uporabljajo zanesljive kontracepcije.

V zadnjih letih tudi ponovno narašča delež uporabnic materničnih vložkov (MV), čeprav je ta rast počasnejša zaradi neurejenega financiranja. MV Mirena, ki je zelo uspešna in ima manj sopojavov, je na voljo samo proti plačilu. Čeprav je Mirena registrirana kot zdravilo, ni uvrščena na eno od list, kar bi moralo spodbuditi stroko, da bi se za to zavzela. Cenovna učinkovitost (strošek – korist) bi se pokazala v zmanjšani splavnosti (manj bolniškega staleža) in v starostni skupini nad 40 let v zmanjšani porabi hormonsko nadomestnega zdravljenja (HNZ).

Vztrajno raste tudi delež hormonske KC; po oceni prodanih omotov jemlje hormonske kontraceptive 30–40% žensk rodne dobe. Relativno počasi raste delež sterilizacij, zlasti pri moških. Sterilizacijo izbere okrog 3% žensk in moških, povprečno 8 žensk in 1 moški. Razlogi za majhen delež sterilizacij so v še vedno tradicionalno negativnem odnosu svetovalcev, delno v 15% sofinanciranju posega in bojazni žensk, da bodo imele zaradi hospitalizacije in bolniškega staleža težave z delodajalci.

Nedvomno so vplivali na uspešnost ZV tudi drugi dejavniki: hiter ekonomski in družbeni razvoj, dvig življenjskega standarda, večja osveščenost žensk, razvoj in uveljavitev perinatologije in še posebej neonatologije, novi diagnostični in terapevtski postopki ter nacionalni perinatalni informacijski sistem (PIS RS). Slovenija je že pred uveljavitvijo PIS RS razpolagala z različnimi podatkovnimi zbirkami, ki so povzemale

podatke iz bolnišnične in zunajbolnišnične ginekološke dejavnosti. Na osnovi teh podatkov so se oblikovale prioritete. Večina ukrepov je bila umeščena na dejavnost na primarni ravni, zato ji tudi pripisujemo osrednji delež uspehov. Da so bile prioritete prave in način ukrepanja primeren, kažejo podatki o gibanju maternalne umrljivosti (MU), ki je najbolj občutljiv kazalec ZV žensk.

V desetletju 1960–69 smo izgubili 47 žensk/100.000 živorojenih, dvajset let pozneje v obdobju 1980–1990 povprečno 11,7 žensk, leta 1992 pa 5/100.000 živorojenih. Od takrat se je MU ponovno dvignila in je bila leta 1996 prvič 27/100.000 živorojenih otrok. Tega leta je bila tudi tritedenska zdravniška stavka in v času le-te sta umrli dve ženski. Povprečna petletna stopnja MU za obdobje 1995–1999 je znašala 12,1 na 100.000 živorojenih otrok, kar je povprečno za 5/100.000 več kot v najbolj ugodnem obdobju med letoma 1987 in 1995. Podatki za leto 2000 kažejo, da smo po stopnji MU na repu Evrope (27,6/100.000), za nami so le še Estonija, Romunija in Rusija (7). V letu 2001 so bile po preliminarnih podatkih prijavljene tri maternalne smrti (8). V zadnjih letih narašča delež neposrednih porodniških vzrokov (krvavitve, embolije, preeklampsije).

Naraščanje incidence raka materničnega vratu smo prvič opazili leta 1987. Do takrat smo z osveščanjem žensk in »pasivnim presejanjem« dosegli zavidljive uspehe pri zgodnjem odkrivanju raka na materničnem vratu. Od 1964 do 1982 smo znižali njegovo pojavnost od 29 na 16/100.000 žensk in jo uspeli zadržati na tej ravni do leta 1994. Zaradi ponovnega naraščanja (leta 1999 22/100.000 žensk) smo organizirali program zgodnjega odkrivanja z »aktivnim presejanjem« – imenovan ZORA. Podatke o »naraščanju incidence« je potrebno osvetliti z zornega kota kakovosti. Do sedaj ni bilo nadzora nad laboratoriji, ki pregledujejo brise na malignost, hkrati pa zaradi vse težje dostopnosti do ginekologa niso prihajale na preglede manj osveščene ženske. Verjetno pa so se v teh 15 letih spremenile tudi spolne navade. Zato je bilo potrebno spremeniti presejanje iz pasivnega v aktivni pristop ter zagotoviti sistem nadzora kakovosti nad tremi ključnimi točkami – izvajalec, laboratorij in izbira žensk.

Kje smo leta 2003?

V 90. letih smo bili priče globokim družbenim spremembam, ki vplivajo na reproduktivne pravice. Ustava iz leta 1992 je razglasila odločanje o rojstvu otrok kot svoboščino in ne več kot pravico, kar se odseva v vsakodnevem delu. Po eni strani razvoj demokracije spodbuja osebno avtonomijo, hitrejša vedenjske spremembe ljudi in odgovornost za lastno zdravje, po drugi pa prinaša tržna načela in pomembno manjše vlaganje družbe v zdravje in izobraževanje. Zdravstvena reforma je leta 1992 prinesla izbiro osebnega zdravnika, zasebno prakso in upoštevanje glavarinskega sistema plačevanja ZV na primarni ravni.

Leta 2001 sta bila v primarnem reproduktivnem ZV žensk (ki obsega praviloma preventivno obravnavo in zdravljenje žensk zaradi nosečnosti, kontracepcijsko svetovanje, zgodnje odkrivanje raka materničnega vratu in dojk, preprečevanje spolno prenosljivih okužb ter obravnave v perimenopavznem in pomenopavznem obdobju) 102 ginekologa, od teh 71 v javnih zavodih in 31 zasebnikov s koncesijo (9). Poleg stalno delujočih ginekologov na primarni ravni v vseh bolnišnicah po pogodbah z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije delujejo timi, ki izvajajo dejavnosti primarnega reproduktivnega varstva žensk, le da v teh timih delujejo nekateri redno zaposleni zdravniki iz bolnišnic. Način plačevanja je enak, torej se pričakuje enaka vsebina dela ter enak obseg dejavnosti. Zadnja reforma je precej omejila pravice in dostopnost do reproduktivnega ZV zlasti za nekatere ranljive skupine (ženske iz slabih socialno ekonomskih razmer, ženske s poveča-

nim tveganjem). Postopno pa raste opredeljenost za zasebno ginekologa. Leta 2003 je že 76% žensk iz starostnih skupin 20–75 let izbralo svojega ginekologa.

Da so reprodukativne pravice vse bolj omejene, se kaže zlasti v oskrbi in sofinanciranju KC pripomočkov, pa tudi v »mehkem« omejevanju nekaterih pravic, kot so dostop do »nenujnih« operacij in nekaterih zdravljenj, npr. fizioterapije.

Kakšno bo RZV v prihodnosti

O tem, kako naj bo to organizirano, kje in kdo naj bi ga izvajal, obstajajo poleg ustaljene organizacije tudi drugačna razmišljanja. V mislih imam Smernice razvoja ginekologije v R Sloveniji (10), ki jih je pripravila Ginekološka klinika. Avtor smernic meni, da je strokovno znanje ginekologov na primarni ravni premalo izkoriščeno, zato predlaga določene spremembe, ki bi pomenile njihovo razbremenitev in racionalizacijo dela.

V tej smeri predlagajo:

- povečanje pristojnosti medicinskih sester – babic;
- vključitev ginekologov primarne ravni v hospitalno dejavnost;
- ustanovitev centrov za odkrivanje raka materničnega vratu, v katerih bi brise jemala ustrezno izobrazena medicinska sestra – babica;
- končni cilj: ukinitvev ginekologa, ki bi deloval izključno na primarni ravni.

Po mojem mnenju je najmanj sporen predlog o prepustitvi določenih del babicam in usposobljenim medicinskim sestram (vodenje normalnih nosečnosti pri zdravih nosečnicah z možnostjo posvetovanja z ginekologom, svetovanje v zvezi z nosečnostjo, kontracepcijo, jemanje brisov na malignost, ipd.), ki jih lahko le-te ob ustrezni izobrazbi in usposobljenosti uspešno opravijo. S tako delitvijo dela bi po oceni za 30–40% razbremenili ginekologe, ki bi se lahko v večji meri posvetili poleg aktivne skrbi za populacijo svojega območja tudi vodenju »patoloških nosečnosti« in ginekološkim bolnicam.

Del teh nalog v predporodnem varstvu dopuščajo že Navodila Ministrstva za zdravje (MZZ) iz leta 2002 (11). Žal pa je že za te dejavnosti premalo medicinskih sester babic, saj jih je trenutno zaposlenih v primarnem ZV žensk le 17, izmed teh je 15 medicinskih sester babic in 2 diplomirani medicinski sestri babici. Za uresničitev tega predloga bi morali primerno izšolati sedanje »splošne medicinske sestre«, ki delajo na primarni ravni, ali zaposliti več diplomiranih medicinskih sester babic.

Akutno pomanjkanje ginekologov na terciarni ravni je obudilo razpravo o vključitvi ginekologov primarne ravni v bolnišnično oz. klinično delo.

Ta ideja ni nova, saj je že preizkušena. Sodelovaje ginekologov iz primarne ravni poteka dobro na številnih ginekoloških oddelkih, v Ljubljani pa je neizvedljivo zaradi administrativnih in finančnih zaprek. Tehtnih protirazlogov za vključitev ginekologov primarne ravni v hospitalno dejavnost ne vidim, dokler bo tako sodelovanje prostovoljno, a tudi organizacij-

sko, administrativno in finančno urejeno. Obstajajo namreč subjektivni in objektivni razlogi, da nekateri ginekologi za bolnišnično delo niso zainteresirani. To sodelovanje je treba omogočiti vsem kolegom, ki to želijo, so za to pripravljeni in primerno usposobljeni.

Ukinitvev ginekologa, ki bi deloval izključno na primarni ravni, pa presega organiziranost ginekološke dejavnosti, ker posega v organizacijo javnega zdravstva in reprodukativne pravice žensk. Te usmeritve zahtevajo spremembe zakonskih predpisov in spremembe programov sekundariata in specializacij tistih strokovnjakov, ki naj bi namesto ginekologov izvajale preventivno delo. Te usmeritve tudi niso v soglasju s stališči Ura da SZO za Evropo, ki priporoča razširitev programov za varovanje spolnega in reprodukativnega zdravja za oba spola; države članice naj bi do leta 2006 razvile ustrezno strategijo za to izhodišče (12).

Vsaka reorganizacija je dinamičen proces, ki zahteva temeljite analize, premišljene predloge in primerno dolg časovni rok za pripravo in uveljavitev nameranih sprememb. Z njo morajo soglašati tako uporabniki kot izvajalci in oblikovalci zdravstvene politike. Od vsakih organizacijskih sprememb se tudi pričakujejo izboljšave: boljša dostopnost reprodukativnega ZV populaciji, ki ji je namenjeno, in ne nazadnje boljši kazalci tega varstva.

Zahvala

Vse podatke, če ni drugače navedeno, je posredovala mag. I. Kirar-Fazarinc, dr. med., vodja Oddelka za proučevanje zdravja žensk (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije). Za njeno pomoč se ji iskreno zahvaljujem.

Viri

1. Šelih S. Razvoj, sedanje stanje in naloge zdravstvenega varstva žena in otrok. Zdrav Var posebna publikacija. Ljubljana: Zavod SRS za zdravstveno varstvo, Republiški zdravstveni center, 1965.
2. 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.
3. Perinatalni informacijski sistem R Slovenije 1995. Ljubljana 1995.
4. Toplak-Ostan M, Obersnel Kveder D, Rudolf A. Poročilo o delu komisij za znižanje umrljivosti dojenčkov. Zdrav Var 1997; 36: 22–58.
5. Zdravstveni statistični letopis RS za leto 1982. Ljubljana: Zavod RS za zdravstveno varstvo, 1982.
6. Zdravstveni statistični letopis RS za leto 1992. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 1992.
7. WHO. European health for all data base. Copenhagen: WHO urad za Evropo, 2003.
8. IVZ RS. Obrazec DEM2 – Prijava smrti in Zdravniško potrdilo o smrti in poročilo o vzroku smrti.
9. Kirar-Fazarinc I in sod. Izbrani kazalci zdravstvenega stanja in zdravstvenega varstva žensk v Sloveniji. Poročilo za Ministrstvo za zdravje RS, 2001.
10. Rakar S. Smernice razvoja ginekologije v republiki Sloveniji. Ljubljana: Klinični center. Ginekološka klinika. Tipkopis, 2002: 4–5.
11. Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Ur l RS 2002; 11 (33): 3122–9.
12. WHO Regional Office for Europe. Strategic plan for the health of women in Europe. Copenhagen: WHO, 2001.