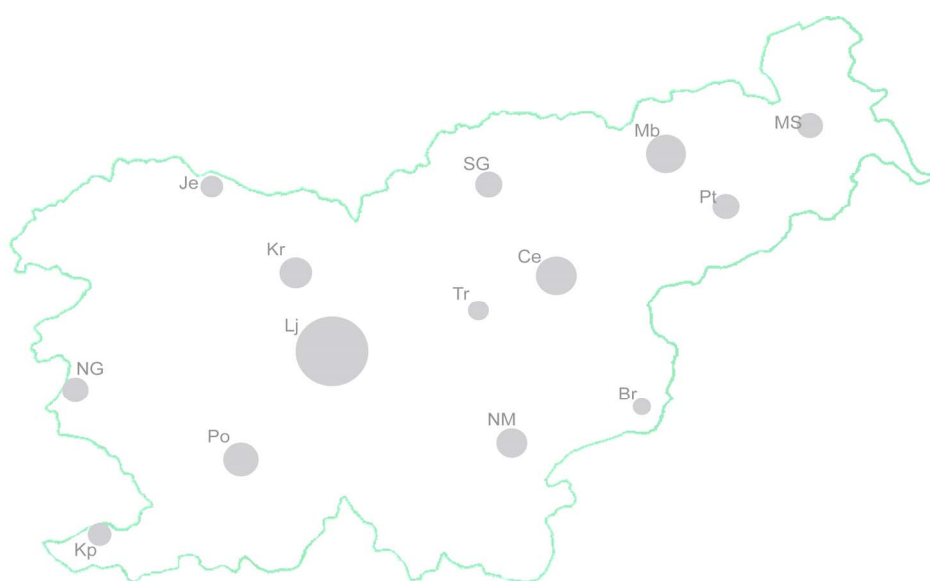


Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko porodniške službe v republiki Sloveniji



KAZALO

KAZALO	1
1. Predgovor	3
2. Specializacija iz ginekologije in porodništva.....	5
3. Obremenjenost hospitalnih ginekologov z ambulantnim, porodniškim in kirurškim delom	8
1. Ambulantno delo po bolnišnicah.....	8
2. Porodništvo	10
3. Ginekologija	13
4. Nezanosljivost podatkov	15
4. Strategija celostnega razvoja ginekološke in porodniške (perinatalne) službe	16
1. Opis sedanjega stanja	16
2. Dosedanje aktivnosti na področju reorganizacije porodnišnic.....	18
3. Opredelitev velikosti porodnišnic glede na število porodov v majhne, srednji in velike (podatki za leta 2005-2009)	18
4. Opredelitev veččin porodničarja za varno delo in možnost učenja in opredelitev minimalnega števila posegov za varno delo in možnost učenja.....	18
5. Predlogi za spremembe	19
4.1 Babištvo v sloveniji - vizija v prihodnjih 10 letih	20
2. Kratka predstavitev problematike	20
3. Stanje na področju medicinske specialnosti	22
4. Vizija razvoja stroke v 10 letih	23
5. Predlog za reorganizacijo v 10 letih, glede na število kadra	23
6. Ocena finančnega vpliva.....	24
7. Povzetek predlogov.....	24
5. Strategija razvoja ginekološko-porodniške službe v Sloveniji - ginekologija.....	26
1. Opis sedanjega stanja	26
2. Dosedanje aktivnosti na področju reorganizacije vsebine dela.....	31
3. Opredelitev ginekoloških oddelkov glede na število majhnih, srednjih in velikih kirurških posegov	32
4. Opredelitev minimalnega števila velikih kirurških posegov za varno delo in možnosti učenja	33
5. Predlogi za spremembe	34
6. Zaključek	35
6. Poročilo o stanju reproduktivne medicine v Sloveniji in državah Evropske skupnosti.....	39
1. Sedanje stanje	39
2. Dosedanje aktivnosti na področju reorganizacije vsebine dela.....	43
3. Predlogi za spremembe	43
Zaključek	44
7. Predlogi za reorganizacijo ginekološko-porodniške službe v Sloveniji – ambulantna služba	52
1. Opis sedanjega stanja	52
2. Dosedanje aktivnosti na področju reproduktivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni.	53

3. Uveljavljanje navodil za izvajanje preventivnih programov za varovanje reproduktivnega zdravja na primarni ravni (2001)	54
4. Zaključek in predlogi	54
8. Ugotovitve in predlogi.....	57
Ugotovitve stanja na področju ambulantnega in hospitalnega dela in organizacije dežurne službe	57
Predlogi za spremembe na področju ambulantnega in hospitalnega dela in organizacije dežurne službe	57
Ugotovitve stanja na področju porodništva	57
Predlogi za spremembe na področju porodništva	58
Ugotovitve stanja babištva v Sloveniji.....	58
Predlogi za spremembe stanja babištva v Sloveniji	58
Ugotovitev stanja reproduktivne medicine	58
Predlogi za spremembe reproduktivne medicine	59
Dodatni predlog	59

Člani delovne skupine:

predsednica: prof.dr. Helena Meden Vrtovec, dr.med., višja svetnica

člani: prim.dr. Vasilij Cerar, dr.med.,

Jana Čelhar, viš.med.ses,

Vesna Domitrica Miloradović, dr.med.,

as.dr. Damir Franič, dr.med.,

Mirjam Gradecki, dr.med,

Marija Ilijaš Koželj, dr.med.,

doc.dr. Adolf Lukanović, dr.med., svetnik,

prim. Danilo Maurič, dr.med.,

dr. Robert Medved, dr.med.,

dr. Aleksander Merlo, dr.med.,

Anita Prelec, dipl.m.s.,

prof.dr. Iztok Takač, dr.med., svetnik,

dr. Ivan Verdenik, univ.dipl.ing.,

prim.prof.dr. Veljko Vlajsavljevič, dr.med., višji svetnik,

prim. Vladimir Weber, dr.med.,

mag. Teja Zakšek, dipl.bab., dipl.inž.rad.

1. Predgovor

Delovna skupina za pripravo predloga Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko porodne službe v RS do leta 2020 je bila imenovana s strani ministra pristojnega za zdravje s sklepom št.: 170-9/2010 z dne 20.7.2010 v sestavi:

- prof. dr. Helena Meden Vrtovec, dr.med., višja svetnica, predsednica,
- prim.dr. Vasilij Cerar, dr.med.,
- Marija Ilijaš Koželj, dr.med.,
- doc.dr. Adolf Lukanović, dr.med., svetnik,
- prof.dr. Iztok Takač, dr.med., svetnik,
- dr. Ivan Verdenik, univ.dipl.ing.,
- prim.prof.dr. Veljko Vlasisavljević, dr.med., višji svetnik.,
- Vesna Domitrica Miloradović, dr.med.,
- dr. Robert Medved, dr.med.,
- dr. Aleksander Merlo, dr.med.,
- as.dr. Damir Franić, dr.med.,
- Mirjam Gradecki, dr.med.,
- prim. Danilo Maurič, dr.med.,
- prim. Vladimir Weber, dr.med.,
- Jana Čelhar, pom.dir. za področje zdr.nege

Predsednica delovne skupine je pripravila zadolžitve članov po področjih in vsebini:

Ginekologija:

- vodja prof. Iztok Takač, dr.med., svetnik
- član doc. Adolf Lukanović, dr.med., svetnik
- član prim. Vladimir Weber, dr.med.

1. Opis sedanjega stanja
2. Dosedanje aktivnosti na področju reorganizacije vsebine dela
3. Opredelitev ginekoloških oddelkov glede na število majhnih, srednjih in velikih kirurških posegov
4. Opredelitev minimalnega števila velikih kirurških posegov za varno delo in možnosti učenja
5. Predlogi za spremembe
6. Zaključek

Porodništvo:

- vodja prim.dr. Vasilij Cerar, dr.med.
- član dr. Aleksander Merlo, dr.med.
- članica Mirjam Gradecki, dr.med.
- članica Jana Čelhar, pom.dir. za podr. zdrav.nege (v pripravi elaborata o babištvu v Sloveniji sta sodelovali še Anita Prelec in Teja Zakšek)

1. Opis sedanjega stanja
2. Dosedanje aktivnosti na področju reorganizacije porodnišnic
3. Opredelitev velikosti porodnišnic glede na število porodov v majhne, srednje in velike
4. Opredelitev veščin/porodničarja za varno delo in možnost učenja
5. Opredelitev minimalnega števila posegov za porodničarja za varno delo in možnost učenja
6. Predlogi za spremembe
7. Zaključek

Ambulantna dejavnost:

- vodja as.dr. Damir Franić, dr.med.
 - član prim. Danilo Maurič, dr.med.
 - članica Marija Ilijaš Koželj, dr.med.
1. Opis sedanjega stanja
 2. Dosedanje aktivnosti na tem področju
 3. Uveljavljanje navodil za izvajanje preventivnih programov za varovanje reproduktivnega zdravja na primarni ravni
 4. Predlogi
 - glavarina
 - vključevanje VMS - batic v preventivne programe (odvzem brisa, pregled zdrave nosečnice 16, 32, 37, 38, 39 teden)
 - vključevanje v dežurno službo - raven: ambulanta hospital
 5. Zaključek

Reprodukcija:

- vodja prof.dr. Veljko Vlajsavljević, dr.med., višji svetnik

Zadolžitev za skupino reproduktivna medicina je bila dodana po sestanku po zgledu ostalih dejavnosti in sicer:

1. Opis sedanjega stanja
2. Dosedanje aktivnosti na področju reorganizacije vsebine dela
3. Predlogi za spremembe

2. Specializacija iz ginekologije in porodništva

Helena Meden Vrtovec

Specializacija iz ginekologije in porodništva traja 5 let in poteka na strokovnih področjih ginekologije, perinatologije in reprodukcije človeka. Namen specializacije je pridobitev teoretičnega in praktičnega znanja s področja ginekologije in porodništva, tako, da je po opravljeni specializaciji specialist ginekologije in porodništva sposoben samostojno oskrbeti večino bolnikov z akutnimi in kroničnimi ginekološkimi obolenji, je sposoben vodstva normalne in patološke nosečnosti, je sposoben opravljati diagnostične in terapevtske postopke na področju reprodukcije človeka ter obvlada preventivne in rehabilitacijske procese pri varovanju reproduktivnega zdravja žensk.

Specializacija poteka po programu, ki obsega 16 mesecev osnovnega programa (abdominalna kirurgija, urologija, neonatologija, patologija, onkologija, anestezija, humana genetika, transfuzijska medicina), 15 mesecev ginekologije (splošna ginekologija, ginekološka urologija, ginekološka onkologija, ultrazvok, otroška ginekologija), 14 mesecev porodništva (porodna soba, ultrazvok, spremljanje normalne in patološke nosečnosti), 10 mesecev reprodukcije (IVF-ET program, ginekološka endokrinologija, andrologija, načrtovanje družine in kontracepcija), 2 meseca dela v dispanzerju, 1 mesec psihosomatike in 2 meseca diagnostike patoloških procesov v dojki (skupaj 60 mesecev). Povprečen strošek specializacije za enega specializanta vključno s specialističnim izpitom je 236.438€.

Tabela 1. Stroški specializacije, 2010

FINANCIRANJE SPECIALIZACIJ	povprečni strošek za specializanta/mesec	povprečni strošek za specializanta/leto	povprečni strošek celotne specializacije
Plačilo glavnega mentorja	71,15 €	853,80 €	5.122,80 €
Plačilo neposrednega mentorja	177,88 €	2.134,56 €	12.807,36 €
Izobraževanje (plačilo za udeležbe na tečajih in seminarjih za specializante, nakup literature)	37,42 €	449,09 €	2.694,54 €
povprečna plača specializanta	2.975,00 €	35.700,00 €	214.200,00 €
SKUPAJ	3.261,45 €	39.137,45 €	234.824,70 €
DODATNO: Specialistični izpit			
strošek specialističnega izpita			1.613,80
SKUPAJ			236.438,50 €

Vir: ZZS, september 2010

Vsi podatki kažejo, da je velika razlika v obravnavi porodnic in ginekoloških bolnic v Sloveniji. Te razlike se kažejo v obremenitvah s porodi, s kirurškimi posegi in z različnimi urnimi obremenitvami hospitalnih ginekologov, kar je bilo ugotovljeno že na problemski konferenci z naslovom Ocena sedanjega stanja in smernice za razvoj slovenske ginekologije in porodništva leta 2003 (priloga).

Tu pa se postavlja ključno vprašanje.

Specializacija iz ginekologije in porodništva je dolgotrajen proces izobraževanja, ki se konča s specialističnim izpitom. Veščine in znanja specialistov po izpitu so preverjene in specialist je sposoben opravljati samostojno oskrbo ginekoloških bolnic, nosečnic in porodnic. Pridobljeno znanje in

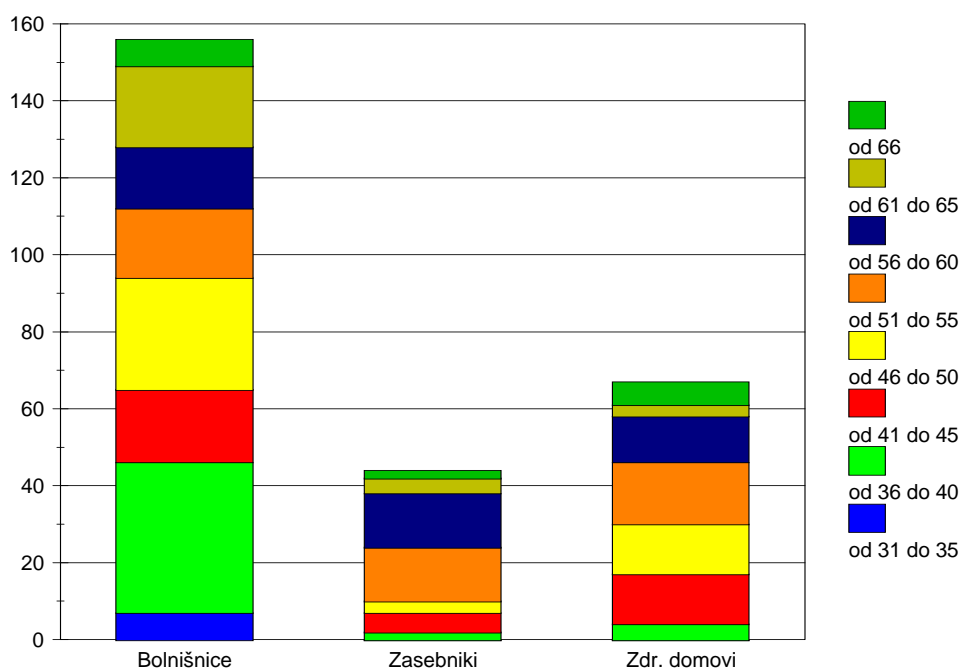
veščine bi se strokovno in ekonomsko upravičeno morale odražati v delovanju specialistov na dveh ravneh – primarni in sekundarni. Zato je smiselno, da so vsi specialisti ginekologije in porodništva vključeni v ambulantno in hospitalno delo. Le na ta način se bo proces dolgotrajne in drage specializacije »amortiziral«, hkrati bo omogočena kontinuirana oskrba varovank in z reorganizacijo dela tudi večjo dostopnost do specialistov ginekologov in porodničarjev. Tako hospitalni kot ambulantni ginekologi so dolžni nuditi nujno (neprekinjeno 24-urno) zdravniško pomoč, kar pri sedanjí organizaciji dela ni realizirano.

Specialisti ginekologije in porodništva v Sloveniji

Po številu ginekologov na 100.000 prebivalcev smo v Sloveniji v evropskem povprečju. To razmerje se z leti zelo spreminja in kaže trend rasti, saj smo imeli leta 2001, 12 ginekologov na 100.000 prebivalcev, 14 leta 2003, v letu 2010 pa 16. Ugotavljamo, da je preskrbljenost z ginekologi v Sloveniji enaka kot na Madžarskem, večja kot v Španiji (14), Belgiji (14), Finski (13), Norveški (13), Danski (11), Franciji (9) in Nizozemski (6) in manjša kot v Švici (17), Švedski (21), Češki (21), Italiji (22), Grčiji (26) in Slovaški (33).

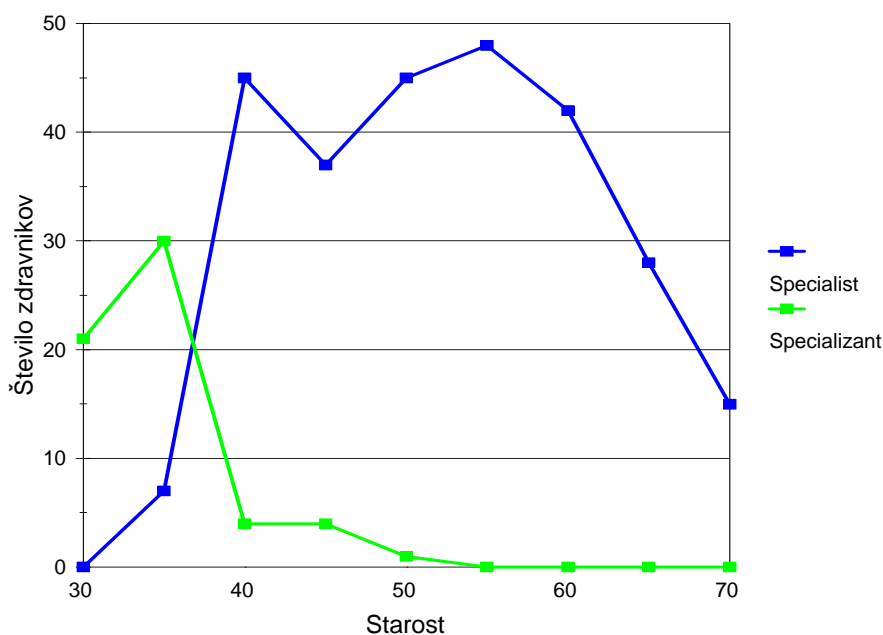
Starostna struktura specialistov ginekologov in porodničarjev je za vzdrževanje neprekinjenega zdravstvenega varstva zelo neugodna, saj je 50% vseh specialistov starejših od 51 let (Grafikon 1 in 2)

Specialisti po starosti in zaposlitvi



Vir: ZZS, september 2010

Specialisti in specializanti



Vir: ZZS, september 2010

Vendar Slovenija tudi uspešno načrtuje pomlajevanje kadrov na področju ginekologije in porodništva, saj s 60 specializanti (18%) sodimo med prve tri države v Evropi. Večji odstotek imata Norveška (27) in Nizozemska (26) enako kot v Sloveniji je v Franciji (18), pri vseh ostalih evropskih državah pa je delež specializantov manjši.

Od vseh specialistov (268) jih je 156 zaposlenih v bolnišnicah, 44 je zasebnikov s koncesijo oz. delajo kot podjetje, 67 jih deluje v zdravstvenem domu in eden v zdravilišču (skupaj 112).

Vir: ZZS, september 2010

Predlogi za spremembe

Glede na visoke stroške specializacije in pridobljeno znanje naj specialisti ginekologi in porodničarji delujejo na primarni in sekundarni ravni. Reorganizacija dela primarne ravni naj vključuje tudi organizacijo 24-urnega neprekinjenega zdravstvenega varstva.

Zaključek

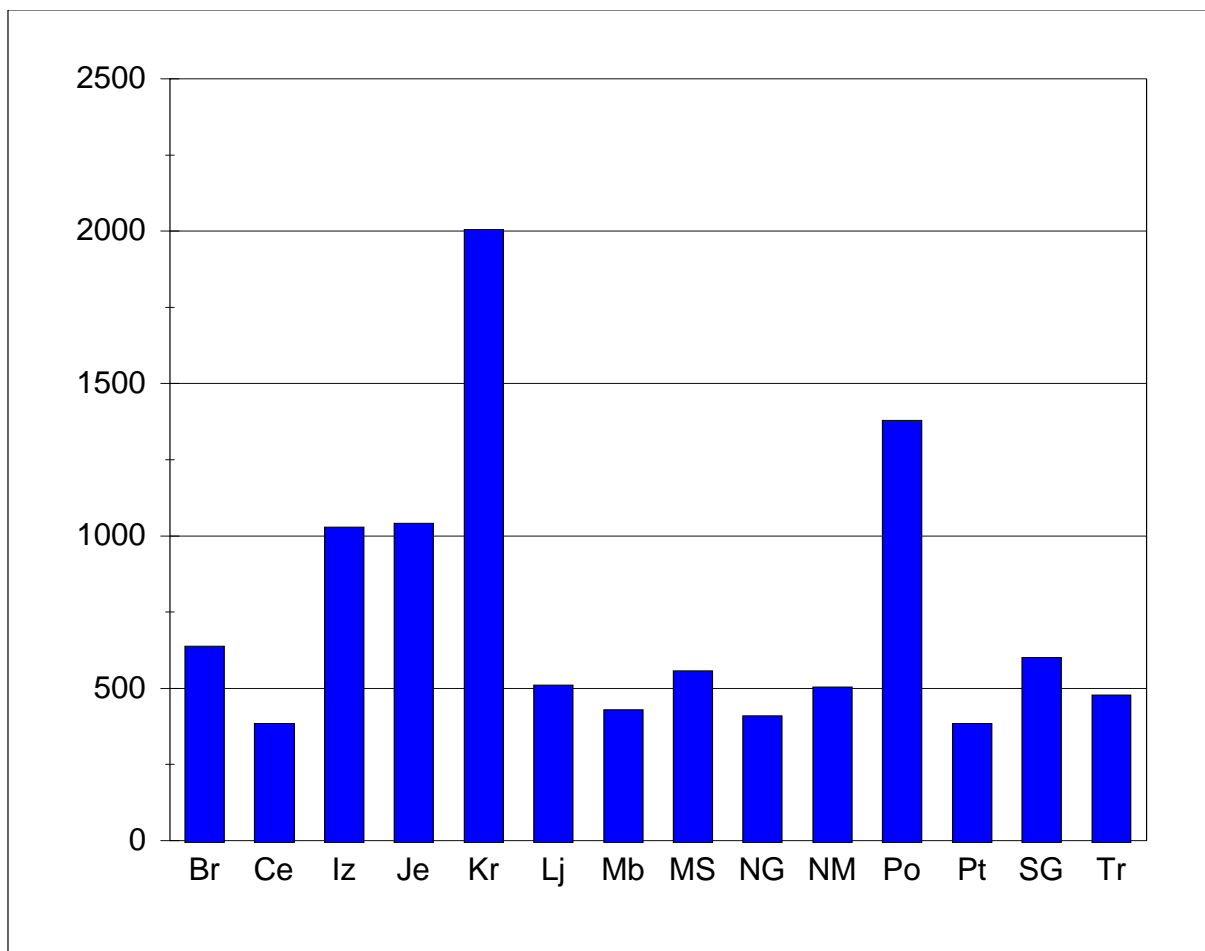
Slovenija sodi po številu ginekologov na 100.000 prebivalcev v evropsko povprečje. V zadnjih letih uspešno pomlajujemo kadre, saj sodimo po številu specializantov med prve tri države v Evropi. Znanje in veščine ginekologov in porodničarjev primarne ravni morajo biti izkoriščene z organizacijo 24-urnega neprekinjenega zdravstvenega varstva in z delovanjem na sekundarni ravni.

3. Obremenjenost hospitalnih ginekologov z ambulantnim, porodniškim in kirurškim delom

Ivan Verdenik

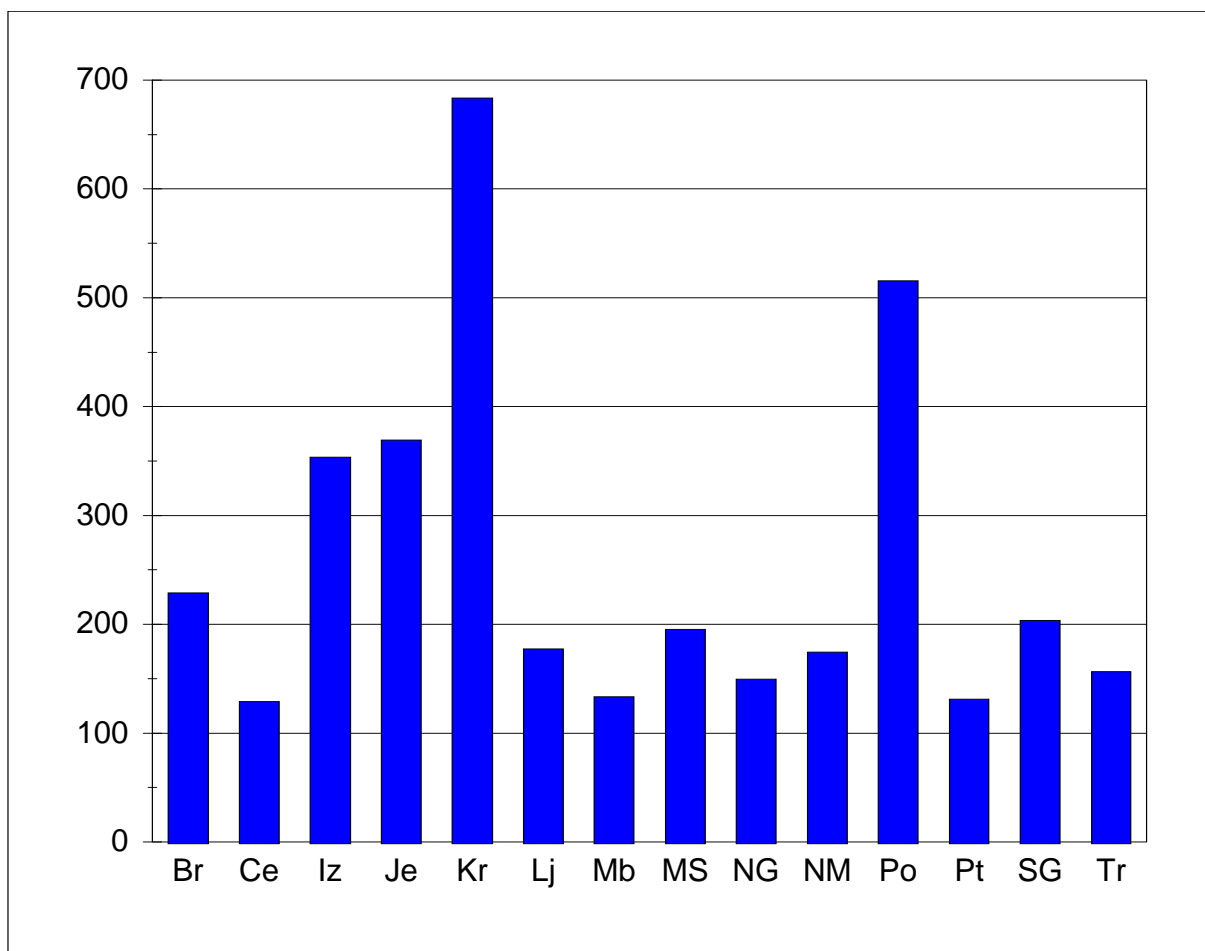
1. Ambulantno delo po bolnišnicah

1. Poprečno število opredeljenih žensk na zaposlenega zdravnika



Vir podatkov: ZZZS, stanje na dan 31.5.2010

Za ginekologa, ki se ukvarja izključno z ambulantno dejavnostjo je predvideno okoli 5000 opredeljenih pacientk. Z izjemo Kranja, Postojne ter deloma Izole in Jesenic, ima poprečni bolnišnični ginekolog opredeljenih približno desetino tega števila.

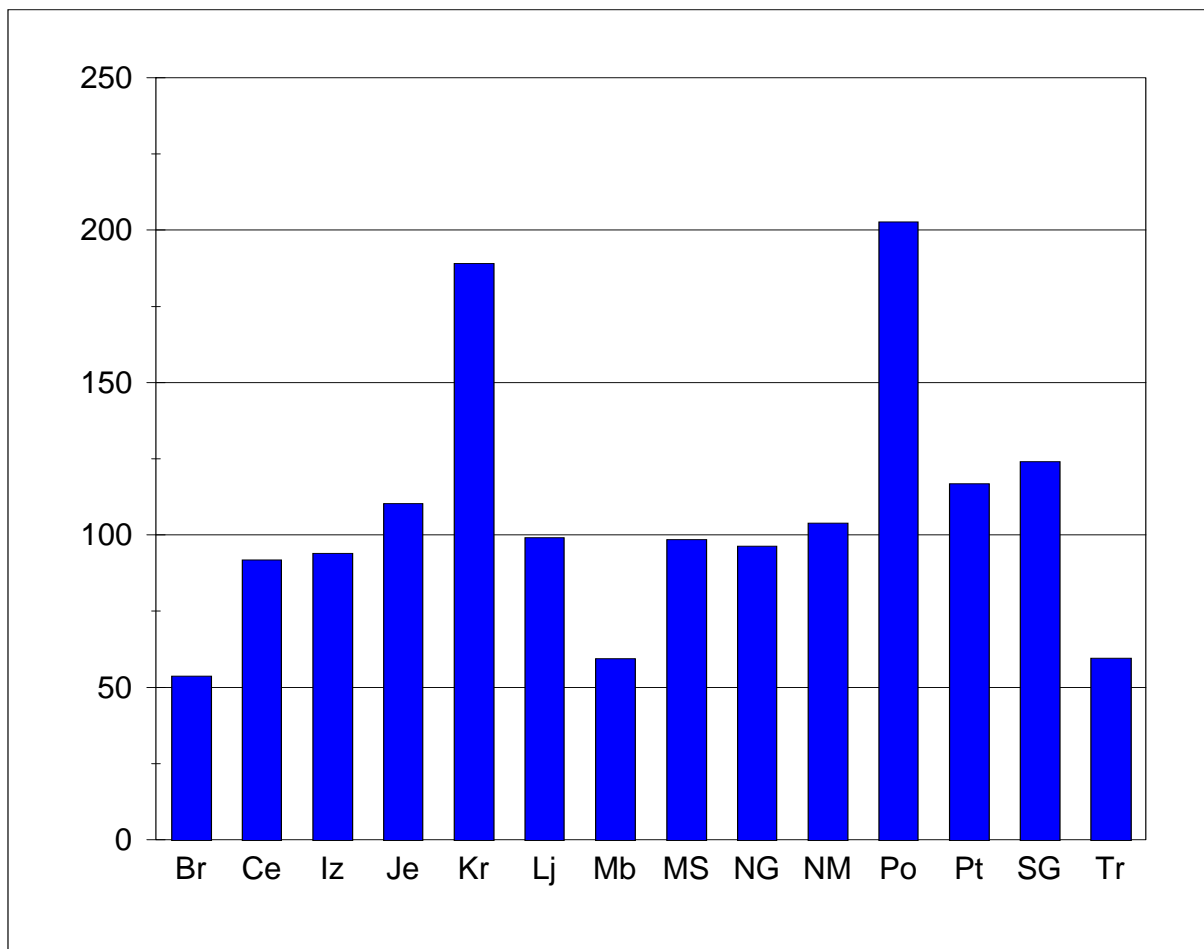
2. Poprečno število količnikov (od opredeljenih žensk) na zaposlenega zdravnika

Vir podatkov: ZZZS, stanje na dan 31.5.2010

Gre za podoben podatek kot pri opredeljenih, le da upošteva lastnosti populacije (starost, nosečnost). Tudi tu izstopajo Kranj, Postojna ter deloma Izola in Jesenice.

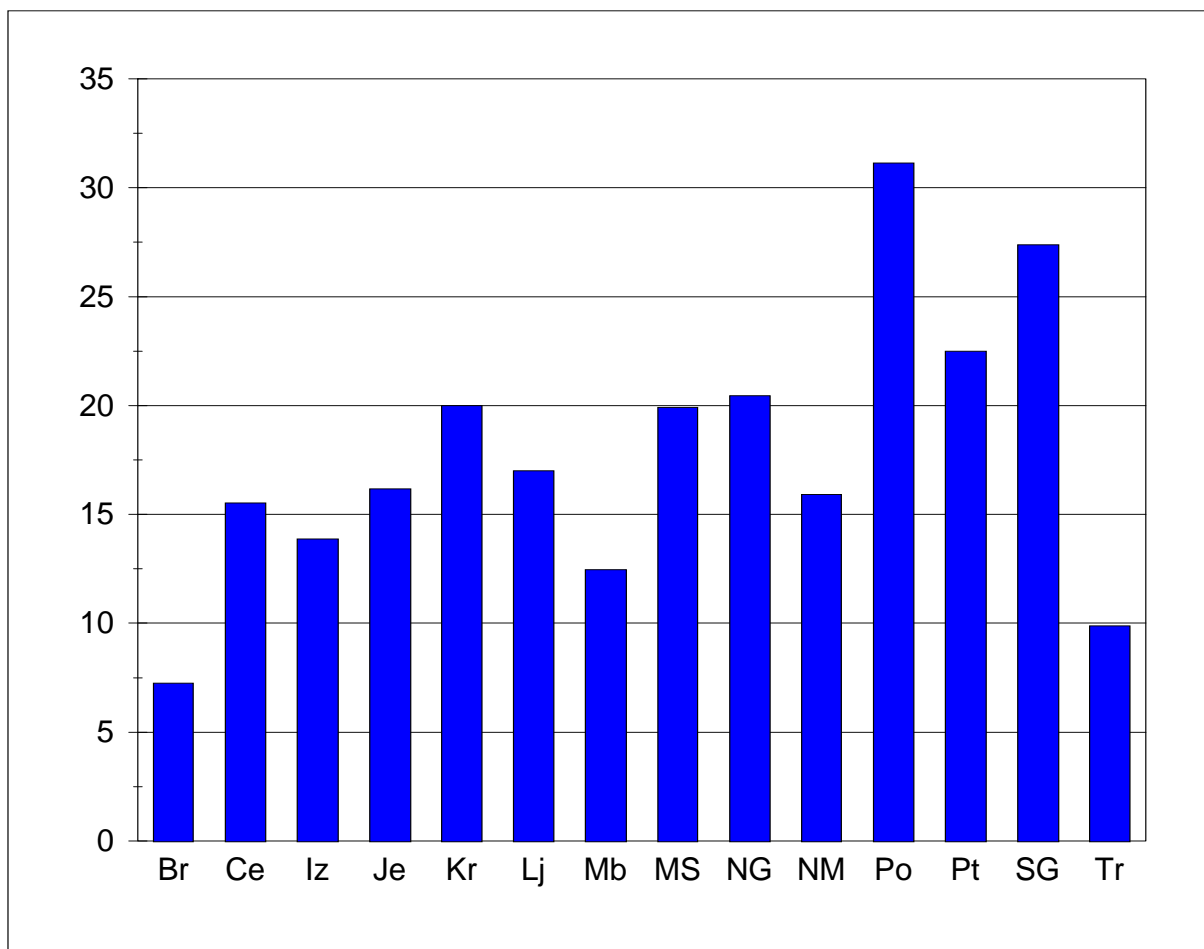
2. Porodništvo

1. Število porodov na posameznega zdravnika (leto 2009)



Vir podatkov: Nacionalni perinatalni informacijski sistem in IVZ-podatki o zaposlenih izvajalcih na dan 10.3.2010

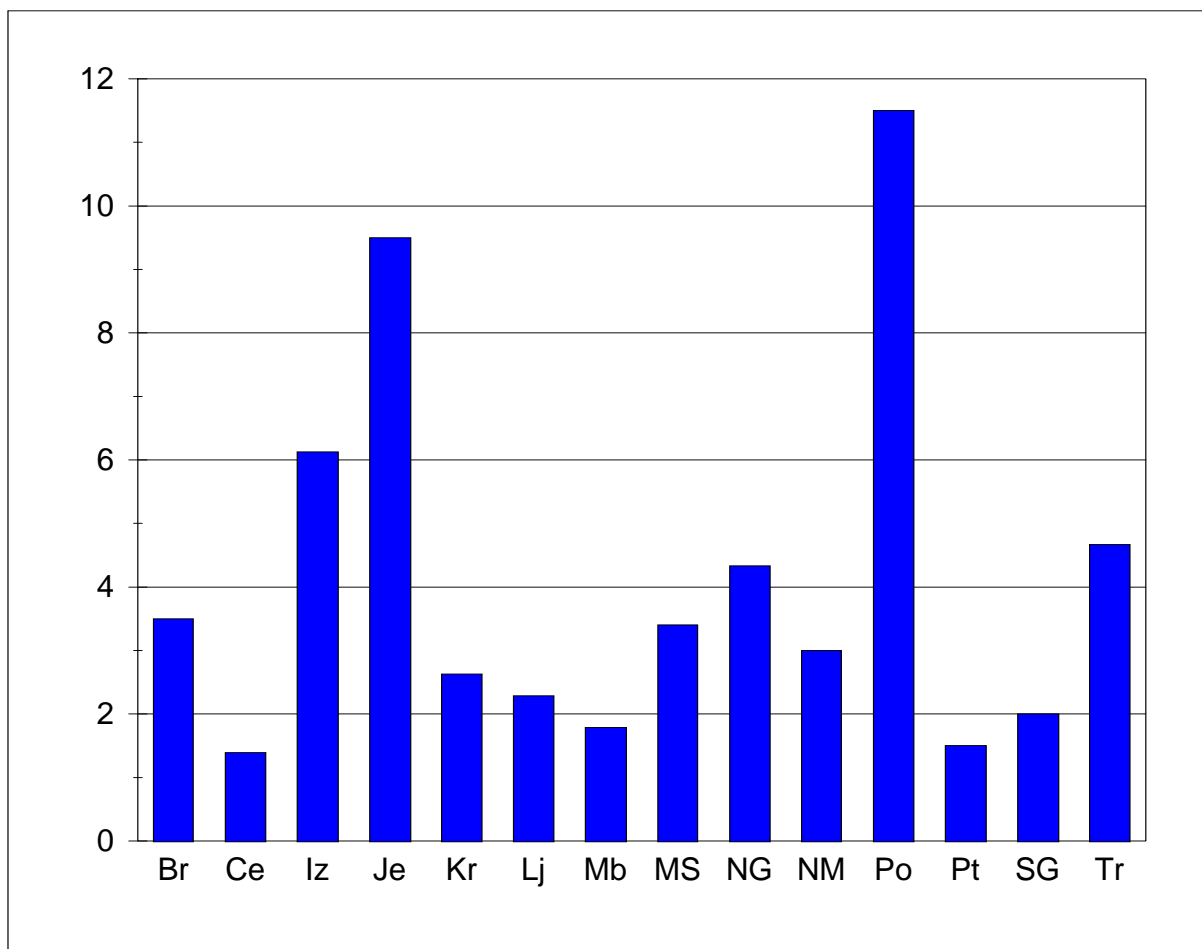
Izstopajo Brežice, Maribor in Trbovlje z majhnih številom porodov na zaposlenega zdravnika. Pri obravnavanju obremenjenosti bolnišničnih ginekologov je treba upoštevati tudi dejstvo, da so nekateri bolj (ali celo izključno) usmerjeni v ambulantno, drugi v porodniško in tretji v kirurško delo. Zato lahko kljub temu, da je ponekod število porodov na zaposlenega zelo nizko, nekdo odlično izvežban za tovrstno delo. Ker pa gre v veliki meri za akutne obravnave, ne more biti "specialist" vedno prisoten, ampak morajo biti izkušeni vsi.

2. Število carskih rezov na posameznega zdravnika v letu 2009

Vir podatkov: Nacionalni perinatalni informacijski sistem in IVZ-podatki o zaposlenih izvajalcih na dan 10.3.2010

Izstopajo Brežice in Trbovlje z najnižim številom porodov na zaposlenega zdravnika. Tudi tu velja opomba, ki smo jo podali pri porodih.

3. Število vakumskih ekstrakcij na posameznega zdravnika

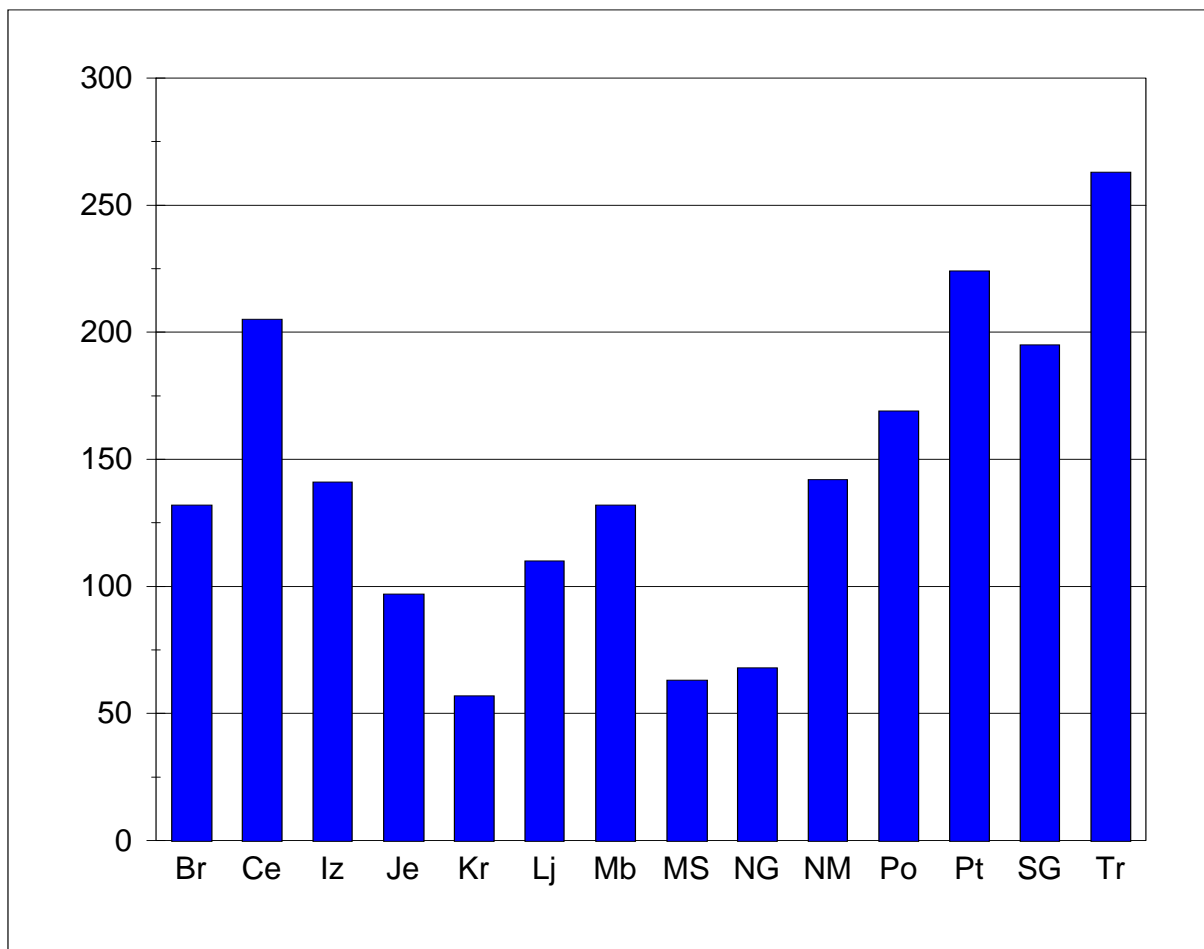


Vir podatkov: Nacionalni perinatalni informacijski sistem in IVZ-podatki o zaposlenih izvajalcih na dan 10.3.2010

Razlike med porodničnicami so zelo velike. Očitno vakumska ekstrakcija v mnogih porodničnicah izgublja pomen oz. jo nadomešča carski rez.

3. Ginekologija

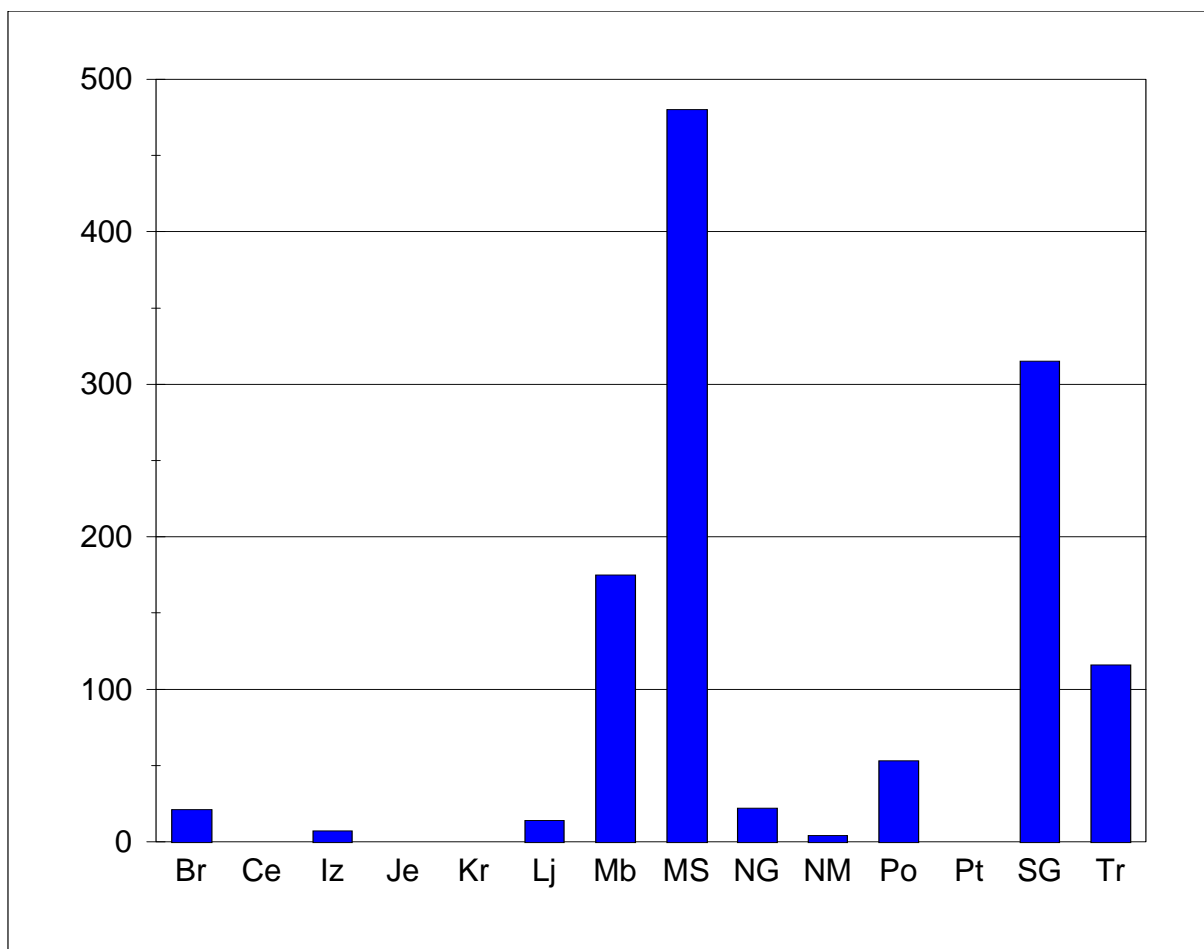
1. Velike ginekološke operacije na zaposlenega ginekologa



Vir podatkov: publikacija UVAJANJE IZBOLJŠEVANJA KAKOVOSTI V BOLNIŠNICE POSLOVNI DEL (ZZZS 2008) in podatki o zaposlenih zdravnikih (IVZ 2010)

Podatki so presenetljivi in kažejo na očitno neprimerno metodologijo, saj je skrajno neverjetno, da bi npr. v Trbovljah vsak zdravnik opravil preko 250 velikih ginekoloških operacij na leto.

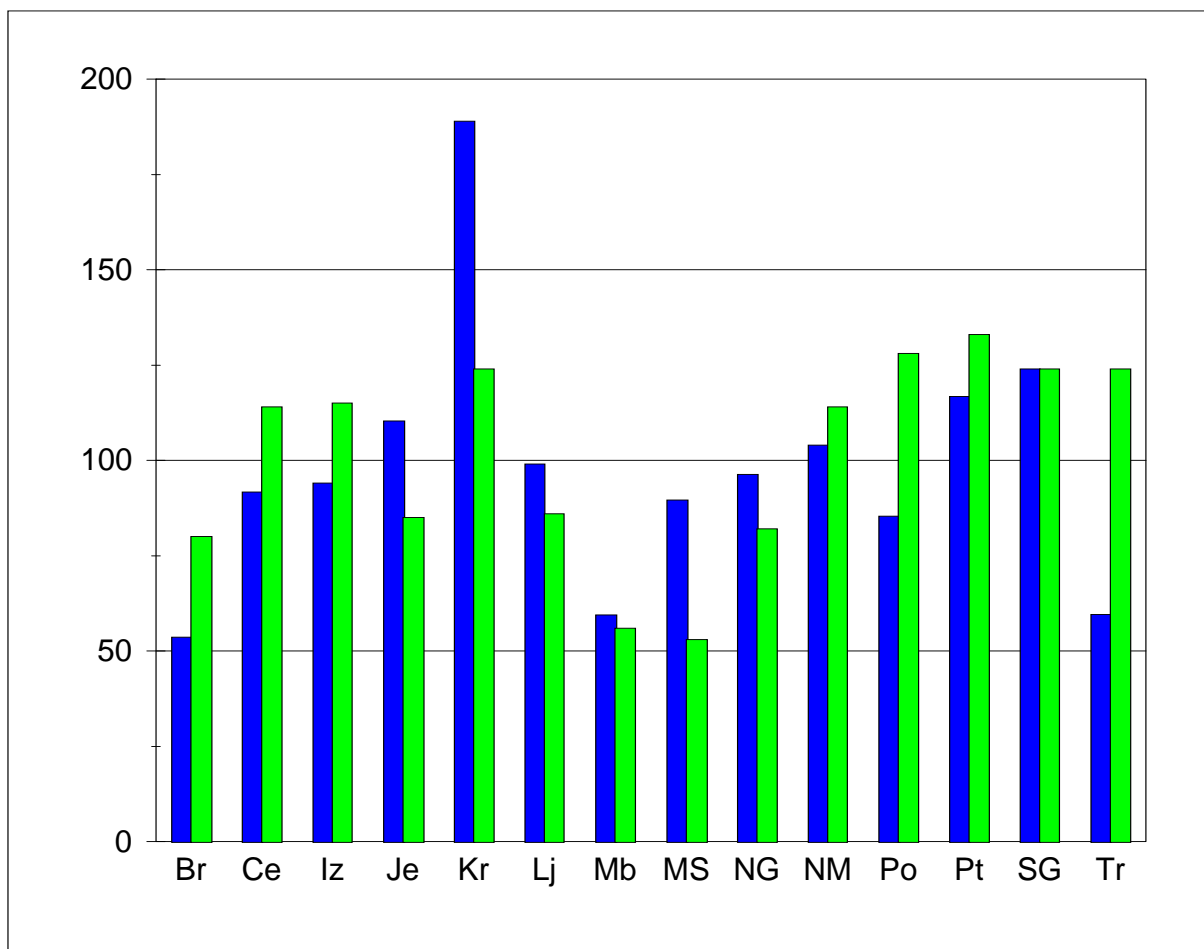
2. Male ginekološke operacije na zaposlenega ginekologa



Vir podatkov: publikacija UVAJANJE IZBOLJŠEVANJA KAKOVOSTI V BOLNIŠNICE POSLOVNI DEL (ZZZS 2008) in podatki o zaposlenih zdravnikih (IVZ 2010)

Podatki so presenetljivi in kažejo na očitno neprimerno metodologijo oz. povsem napačne podatke.

4. Nezanесljivost podatkov



Modri stolpci so izračunani iz uradnega števila porodov v letu 2009 na zdravnika. Število zdravnikov v posamezni ustanovi je bilo pridobljeno iz IVZ (zaposleni delavci v ginekološko porodniški dejavnosti, stanje na dan 31.3.2010).

Zeleni stolpci izhajajo iz publikacije "Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice - poslovni del. poročilo o statistični analizi podatkov 2008", ki jo je izdelal IBMI po naročilu MZ in ZZZS. in veljajo za leto 2007.

Očitno je pri podatkih za Br, Kr, MS Po in Tr prišlo do napak, saj takšne razlike v samo dveh letih niso verjetne. Zato so vprašljivi tudi podatki o velikih in malih ginekoloških operacijah (kjer so tudi sicer razlike absurdno velike). V neformalnem pogovoru so se tudi sodelavci iz IBMIja pritoževali, da so bili podatki, ki so bili osnova za omenjeno analizo, izjemno slabi.

Vseeno pa je omenjeno statistično poročilo odličen dokument, žal pa v svojem največjem delu obravnava celotne bolnišnice in tako ni kaj prida uporaben za nalogo oblikovanja strategije razvoja ginekološko porodniške službe.

4. Strategija celostnega razvoja ginekološke in porodniške (perinatalne) službe

Vasilij Cerar, Aleksander Merlo, Mirjam Gradecki

1. Opis sedanjega stanja

V Sloveniji deluje 14 ginekološko porodniških oddelkov. Njihov status je različen:

- 10 ginekološko-porodniških oddelkov deluje v splošnih bolnišnicah in so njihov konstitutivni del
- Dva ginekološko-porodniška oddelka sta samostojni bolnišnici: Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj in Bolnišnica Postojna (Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo)
- Dva Univerzitetna klinična centra Ljubljana in Maribor

Maribor ima Kliniko za ginekologijo in perinatologijo z oddelki

- Oddelek za splošno ginekologijo in ginekološko urologijo
- Oddelek za reproduktivno ginekologijo in ginekološko endokrinologijo
- Oddelek za ginekološko onkologijo in onkologijo dojk
- Oddelek za perinatologijo
- Laboratorij za medicinsko genetiko

Ljubljana ima Ginekološko kliniko z kliničnimi oddelki

- Klinični oddelek za ginekologijo
- Klinični oddelek za perinatologijo-Porodnišnica Ljubljana
- Služba za porodništvo
- Služba za neonatologijo
- Klinični oddelek za reprodukcijo
- Klinični inštitut za medicinsko genetiko
- Služba za medicinske dejavnosti skupnega pomena

Takšno organizacijsko strukturo je potrebno upoštevati pri ocenjevanju z različnimi kriteriji pri vsakem »ginekološko porodniškem« oddelku.

Vsak ginekološko- porodniški oddelek ima svoje organizacijske, kadrovske, ekonomske in strokovne posebnosti.

Število porodov na ginekološko porodniških oddelkih (2002-2009)

Štirje oddelki imajo manj kot dva poroda na dan (Brežice 1,1; Trbovlje 1,3; Jesenice 1,5; Koper 1,7), 2-3 porode na dan ima pet porodnišnic (Nova Gorica 2,1; Murska Sobota 2,3; Slovenj Gradec 2,5; Ptuj 2,3; Novo mesto 3,0), 3-6 porodov na dan imajo 4 porodnišnice (Kranj 3,6; Postojna 3,7; Maribor 5,6; Celje 5,2) medtem ko ima Ljubljana 15,8 porodov na dan (priloga 1)

Porodi v Sloveniji po letih in porodnišnicah

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	skupaj	na dan
Br	410	346	362	382	445	397	486	429	3257	1.1
Ce	1799	1646	1691	1831	1902	2001	2218	2110	15198	5.2
Je	416	428	518	451	578	630	775	662	4458	1.5
Kp	580	572	628	614	602	690	621	752	5059	1.7
Kr	1286	1151	1261	1232	1157	1315	1463	1512	10377	3.6
Lj	5264	4968	5294	5501	5709	6128	6710	6636	46210	15.8
Mb	1978	1940	1937	2031	2012	1875	2244	2199	16216	5.6
MS	801	845	854	783	790	845	933	985	6836	2.3
NG	671	594	710	734	728	817	913	867	6034	2.1
NM	1014	994	1024	1035	1098	1130	1238	1247	8780	3.0
Po	1048	1336	1232	1249	1470	1481	1497	1622	10935	3.7
Pt	754	803	770	847	877	879	942	934	6806	2.3
SG	903	881	917	777	851	864	993	992	7178	2.5
Tr	423	401	431	420	442	532	512	536	3697	1.3
Skupaj Slovenija	17347	16905	17629	17887	18661	19584	21545	21483	151041	51.7

Kadri

Porode v vseh porodnišnicah vodijo babice pod nadzorom zdravnikov. Babice delajo v turnusu in nimajo »svojih« nosečnic in porodnic. Zdravniki delajo v porodništvu v rednem delu in dežurajo. Večina zdravnikov so ginekologi, specialistov porodničarjev je malo. Dežurajo ginekologi, zaposleni v bolnišnicah in tudi ginekologi s primarnega nivoja. Glede tega se ginekološko porodniški oddelki precej razlikujejo med seboj. Podatkov o tem nimamo, ker jih je težko zbrati, oceniti in ni mogoče najti pravila. V porodnišnicah delajo tudi pediatri neonatologi, ki so oddelčni ali prihajajo s pediatričnih oddelkov bolnišnice. Specializacije ali subspecializacije iz neonatologije ni. Na neonatalnih oddelkih delajo tudi babice ali medicinske sestre. Na porodniških oddelkih delajo anesteziologi, ki pripadajo porodnišnici, ginekološko porodniškemu oddelku ali celi bolnišnici. Z njimi sodelujejo anestezijske medicinske sestre. Stroški minimalne kadrovske zasedbe za delovanje porodne sobe (izračun bruto osebnega dohodka) za 1 leto 821.688,92 EUR.

Prostori

Porodniški oddelki imajo prostore:

- za nosečnice
- za porode
- za porodniške operacije, ki pripadajo samo porodnišnici ali si jih delijo z drugimi oddelki
- za otročnice in novorojenčke

Minimalni stroški za opremo ene porodne sobe znašajo 152.300,00 EUR

2. Dosedanje aktivnosti na področju reorganizacije porodnišnic

V Sloveniji je bila v osemdesetih letih uvedena regionalizacija perinatalne oziroma porodniške službe. Vsaj pet do šest porodnišnic ni ustrezalo kriterijem sekundarnega nivoja. Dilema je bila, ali jih uvrstimo zavestno na drugi nivo in jih primerno ekipiramo ali pa jih ukinemo. Iz strokovno političnih razlogov smo se odločili na razširjenem strokovnem kolegiju za prvo varianto. Menimo, da še danes nekateri porodniški oddelki ne dosegajo kriterijev za sekundarni nivo.

3. Opredelitev velikosti porodnišnic glede na število porodov v majhne, srednji in velike (podatki za leta 2005-2009)

V evropskem merilu ni enotnega stališča o tem, kako ocenjujemo velikost porodnišnic glede na letno število porodov. EURO –PERISTAT definira kot male porodnišnice tiste z manj kot 500 porodi letno in kot velike tiste z več kot 2000 porodi letno.

Po tem kriteriju imamo v Sloveniji eno majhno porodnišnico (BR), deset srednjih in tri velike porodnišnice (LJ, MB, CE).

V Nemčiji označujejo kot zelo majhne tiste z manj kot 500 porodi letno, kot majhne tiste z 501 – 1000 porodi letno, srednje od 1001 do 1500 porodov letno in kot velike tiste z več kot 1500 porodi letno. Po tem kriteriju imamo v Sloveniji eno zelo majhno porodnišnico (BR), sedem majhnih (IZ, JE, MS, NG, PT, TR in SG), dve srednji (NM, KR) in štiri velike porodnišnice (CE, MB, LJ in PO).

Temeljno vprašanje, ali slovensko zdravstvo potrebuje 14 ginekološko- porodniških oddelkov. Ali sta njihov obstoj in delovanje strokovno in ekonomsko sprejemljiva in upravičena.

Prednosti manjših porodnišnic so predvsem v tem, da nudijo domačnost in se osebje zaradi manjših delovnih obveznosti lažje in več posveča porodnicam.

Slabosti manjših porodnišnic pa se pokažejo pri večjih zapletih v nosečnosti ali med porodom, ki so lahko nepravilno ocenjeni zaradi redkosti pojavljanja in s tem manjših izkušenj osebja. Po podatkih NPIS so nekatera stanja v porodništvu tako redka, da jih mlad zdravnik v majhni porodnišnici med svojim izobraževanjem praktično ne more srečati in je zato na njih nepripravljen ob njihovem pojavu v vsakdanji praksi. Velikost porodnišnice ima velik pomen pri načrtovanju in izvajanju izobraževanja zdravnikov specializantov

Prednosti velikih porodnišnic so predvsem na strokovnem področju, saj večja frekvenca patoloških procesov pri nosečnicah in pri porodih omogoča hitrejšo razpoznavo teh stanj, timsko obravnavo in ustrezno ukrepanje.

Slabost velikih porodnišnic pa so manj domače okolje in večji poudarek na strokovnem in pedagoškem delu

4. Opredelitev veščin porodničarja za varno delo in možnost učenja in opredelitev minimalnega števila posegov za varno delo in možnost učenja

Porodnišnica na sekundarnem nivoju naj bi imela najmanj 1000 porodov letno, optimalno 1500-1700 porodov na leto. Pri tej frekvenci bi bili povprečno vsaj 3 porodi na dan, v najboljšem primeru 4-5 porodov na dan, 3 do 4 carski rezi na teden in ena ali dve izhodni operaciji, ter 1-2 medenični vstavi in eni dvojčki na 14 dni.

Ob takih parametrih bi lahko zagotavljali strokovnost, izkušnost, varnost porodnic in učenje zdravnikov, babic in drugega osebja.

Za zagotavljanje 24-urnega neprekinjenega zdravstvenega varstva nosečnic in porodnic je potrebno 8-10 porodničarjev, 12 diplomiranih babic, 4-5 neonatologov. Vedno morata biti prisotna oziroma na razpolago en anesteziolog in ena instrumentarka.

Zagotovljena naj bi bila možnost lajšanja porodnih bolečin z epiduralno analgezijo, ki bi bila pokrita s strani obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Od opreme bi bile potrebne tri porodne postelje, trije kardiotokografi, od katerih naj bi eden imel možnost monitoriranja funkcij matere in otroka in ustrezní porodniški instrumentarij. Za varno delovanje porodnišnice je potreben dostopen urgentni laboratorij in ustrezná transfuziološka oskrba.

Potrebni prostori: 2-3 porodne sobe, ambulanta za sprejem in triažo, bolniške sobe s 15 posteljami za otročnice (od tega 3 postelje za otročnice po carskem rezu) in 5 postelj za nosečnice (pri tem upoštevamo povprečno ležalno dobo največ 4 dni po normalnem porodu in največ 6 dni po carskem rezu), operacijska dvorana, ki je vedno na razpolago ter 1-2 inkubatorja.

Osnovni cilj je cilj 4 in 5 Millenium Development Goals:

- nižanje maternalne umrljivosti za tri četrtine
- obdržati delež porodov, ki jih vodijo usposobljene osebe
- znižanje perinatalne umrljivosti
- in doseganje najboljših rezultatov v EURO-PERISTAT projektu.

V obeh projektih dosegamo dobre, ponekod celo odlične rezultate npr. v perinatalni umrljivosti. Z racionalizacijo organiziranosti, intenzifikacijo postopkov, učinkovitim strokovnim vodenjem in vključevanju dodatnih profilov (babice in medicinske sestre) bi lahko z istim denarjem še izboljšali rezultate in povečali zadovoljstvo uporabnikov.

5. Predlogi za spremembe

Ohraniti je potrebno nivojsko strukturo organizacije službe: primarni, sekundarni in terciarni nivo. **Sekundarni nivo** naj postane vodilni organizator in koordinator ginekološke službe.

Na tem nivoju se odloča o združevanju ginekološko porodniških oddelkov in prestrukturiranju vsebine dela.

Specialistom je potrebno omogočiti delo na primarnem in sekundarnem nivoju. Na primarnem in sekundarnem nivoju je potrebno vključiti babice kot samostojne skrbnice za zdrave in nizkorizične nosečnice in porodnice).

Mesto poroda naj ostanejo porodniški oddelki bolnišnic, v katerih je mogoče uvesti samostojno babiško enoto. Porodi v samostojnih babiških enotah in na domu niso mogoči, dokler niso sprejeti določeni zakonski predpisi, ki bodo omogočili varen porod na domu in v samostojnih babiških oddelkih.

Osnova vodenja kvalitete naj postane nacionalni perinatalni informacijski sistem (NPIS).

Določiti je potrebno strokovno telo, ki bo umerjalo, organiziralo in strokovno vodilo perinatalno skrb v celi državi.

4.1 Babištvo v sloveniji - vizija v prihodnjih 10 letih

Jana Čelhar, Anita Prelec, Teja Zakšek

1. Definicija babice:

Babica je oseba, ki je uspešno zaključila predpisane študijske obveznosti, je vpisana v register zdravstvenih delavcev in je pridobila licenco za opravljanje dela znotraj države.

Babica je prepoznana kot odgovorna in zanesljiva strokovnjakinja, ki podpira, neguje in svetuje ženski med nosečnostjo, porodom in poporodnim obdobjem ter izvaja tudi babiško nego novorojenčka in dojenčka. To delo vključuje preventivo, promocijo normalnega poroda in odkrivanje patoloških stanj matere in otroka ter zagotavljanje medicinske pomoči in izvajanje prve pomoči v odsotnosti zdravnika.

Babica ima pomembno vlogo pri zdravstveni vzgoji ženske, družine in širše družbene skupnosti. Njeno delovanje vključuje prenatalno vzgojo, pripravo na odgovorno starševstvo, posega pa tudi na področje zdravja žensk, spolnosti ali reproduktivnega zdravja ter zdravja otrok.

Babica lahko deluje na domu, skupnosti, bolnišnicah, kliniki in zdravstvenih domovih.

Definicija poklica babice, ki sta jo sprejeli Mednarodna zveza babic in Mednarodna zveza ginekologov in porodničarjev leta 1972 in 1973 ter jo je z dopolnitvami potrdila Svetovna zdravstvena organizacija leta 1992. Revizija 2005.

2. Kratka predstavitev problematike

Dejavnosti babic v Sloveniji, ki naj bi jih Slovenija po vključitvi v EU upoštevala in izvajala, so jasno zapisane v Sektorski direktivi 36/2005/EG.

Dejavnosti babic naj bi bile svetovanje, spremljanje in skrb za ženske v času pred nosečnostjo, v času nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja. Babica naj bi opravljala preglede v nosečnosti, vodila porod, sodelovala pri izobraževanju žensk in družin, izvajala predporodno pripravo na starševstvo in svetovala pri načrtovanju družin. Izvajala naj bi predporodno in poporodno babiško nego. Realno stanje kaže drugačno sliko. Babice v Sloveniji so le redko zaposlene v dispanzerjih za ženske, kjer bi opravljale svetovanja in skrbele za nosečnice. Babice v Sloveniji vodijo normalne porode in izvajajo epiziotomijo, sodelujejo z zdravnikom pri medeničnih porodih, pri porodu dvojčkov in ob opaženih morebitnih nepravilnostih. V prvih treh urah pregledujejo in negujejo novorojenčka, ter skrbijo za žensko. Na poporodnih oddelkih je babic malo. Dejavnosti babic, ki jim jih kot minimalen standard odredajo direktive EU, marsikje opravljajo medicinske sestre.

Tabela 1 kaže katere dejavnosti opravlja babica v določenih evropskih državah

Tabela 1: Dejavnost babic v državah članicah Evropske Unije v letu 2001

DRŽAVA	DEJAVNOSTI BABIC
Avstrija	Informiranje glede načrtovanja družin Ugotavljanje nosečnosti Pravočasno prepoznavanje abnormalnosti in sodelovanje z zdravniki Priprava žensk oz. partnerjev na starševstvo Izvajanje spontanov porodov vključno z epiziotomijo Izvajanje skrbi za žensko in otroka

DRŽAVA	DEJAVNOSTI BABIC
Belgija	Babica izvaja skrb na primarnem, sekundarnem in terciarnem področju preventive Primarna preventiva vključuje informacije o zdravljenju, spolnosti, svobodi izbire, nosečnosti, rojstvu, dojenju . . . Sekundarna preventiva vključuje zgodnje odkrivanje nepravilnosti in zaznavanje rizične nosečnosti Terciarna preventiva pa vključuje preprečevanje nastajanja bolezni in poučevanje ljudi o bolezni
Danska	Predporodna izobraževanja in pregledi Izvajajo spontane porode Izvajajo poporodno skrb prve ure po porodu Vključujejo se v razne treninge in raziskave na področju babištva
Finska	Izvajajo predporodna izobraževanja in preglede v nosečnosti Vodijo normalne porode vključno z epiziotomijo in šivanjem Asistirajo v primeru nepravilnosti in zapletov Izvajajo poporodne obiske na domu Izvajajo izobraževanja staršev o dojenju in starševskih dejavnostih
Francija	Izobražujejo o načrtovanju družine Postavijo diagnozo nosečnosti z vso predporodno skrbjo Izvajajo predporodna izobraževanja in ehografijo (UZ) Vodijo normalen porod Izvajajo poporodno skrb matere in otroka Izvajajo izobraževanje za starše
Nemčija	Izvajajo predporodne obiske in monitoriranje Izvajajo predporodna izobraževanja in svetovanja Skrbijo za potek sladkorne bolezni pri nosečnici, anemije, hipertenzijo Vodijo normalen porod vključno z epiziotomijo Izvajajo kompletno poporodno nego vsaj 10 dni po porodu, možnost do 26 obiskov po porodu Svetujejo o dojenju
Grčija	Izvajajo poredporodne preglede Spremljajo porod Izvajajo poporodne preglede Izvajajo izobraževanje staršev o dojenju in prehrani dojenčka
Irska	Izvajajo skrb za žensko z normalno nosečnostjo Vodijo normalen porod Izvajajo izobraževanja za starše Izvajajo poporodno skrb za mater in otroka do šestega tedna starosti
Italija	Izvajajo skrb za normalno nosečnost in porod Svetujejo Izvajajo preventivo Izvajajo izobraževanja za starše Izvajajo poporodno skrb za mater in otroka
Luksemburg	Izvajajo izobraževanje za starše Izvajajo popolno skrb med porodom Asistirajo pri porodih Izvajajo poporodno skrb Svetujejo o dojenju Delajo na neonatalnih oddelkih
Nizozemska	Vodijo normalno nosečnost in porod So popolnoma izobražene za vodenje nosečnosti, poroda in poporodne skrbi šest tednov po porodu Imajo pomembno vlogo pri načrtovanju družine

DRŽAVA	DEJAVNOSTI BABIC
Portugalska	Delujejo na področju posvetovanja o kontracepciji, nosečnosti, adolescenci Izvajajo predporodne preglede, pripravo na porod Vodijo normalen porod Izvajajo poporodno skrb ter izobraževanje staršev in načrtovanje družine
Španija	Izvajajo izobraževanje staršev, predporodno skrb Spremljajo normalno nosečnost Sodelujejo pri vodenju rizične nosečnosti Vodijo normalne porode Izvajajo nego pri novorojenem otroku v porodni sobi Izvajajo poporodno skrb na domu Poučujejo o dojenju, načrtovanju družine, spolnosti in menopavzi
Švedska	Izvajajo predporodno skrb, izobraževanje staršev, načrtovanje družine Informirajo o zdravju Jemljejo brise materničnega vratu Vodijo normalne porode Izvajajo poporodno skrb na domu
Združeno Kraljestvo	Vodijo normalno nosečnost Vodijo normalen porod Držijo se sektorske direktive

Pregled dejavnosti babic po posameznih državah EU kaže na to, da države Sektorske direktive EU upoštevajo in jih vključujejo v lastne Zakone o zdravstveni dejavnosti. Kot zgleden primer slovijo skandinavske države. Tu je pri babicah opaziti izjemno poklicno avtonomnost, saj pokrivajo predporodno, obporodno in poporodno skrb v celoti.

3. Stanje na področju medicinske specialnosti

Zmogljivosti:

Trenutno je v registru izvajalcev babiške nege pri Zbornici Zvezi registrirano 690 babic od tega okoli 200 diplomiranih babic. Podeljevanje licence za opravljanje dejavnosti je še vedno v teku.

Ocenjevanje kakovosti opravljenega dela

V Sloveniji za babiško delo ne uporabljamo kazalcev kakovosti opravljenega dela. Predlagamo, da se upoštevajo Priporočila NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) ANTENATAL CARE - Routine Care for the Healthy Pregnant Women. To so priporočila angleških profesionalnih združenj Royal College of Midwives in Royal College of Obstetricians and gynaecologist, ki jasno opredeljujejo vlogo babic pri zdravi nosečnici.

Predlagamo tudi, da se upoštevajo Priporočila NICE- POSTNATAL CARE - Routine postnatal care of women and newborn babies, ki opredeljujejo skrb za otročnico in novorojenčka.

Izvajanje evropske direktive 2005/36/EG, kot minimalnega standarda na področju babištva, omogoča tudi prenos določenih kompetenc iz zdravnika na babico. Predlagamo, da je babicam dovoljno opravljati vsaj naslednje dejavnosti:

- Nuditi informacije glede ustreznega načrtovanja družine in svetovati.
- Diagnosticirati potek nosečnosti, spremljati normalen potek nosečnosti; izvajati potrebne preiskave za spremljanje poteka normalnega razvoja nosečnosti.

- Predpisovati preiskave, potrebne za čimprejšnje diagnosticiranje rizičnih nosečnosti in v zvezi s tem svetovati.
- Izvajati program šole za starše in celostne priprave na porod, vključno s svetovanjem glede higiene in prehrane.
- Skrbeti za mater in ji pomagati med porodom ter med porodom spremljati stanje ploda v maternici z ustreznimi kliničnimi metodami in tehničnimi sredstvi.
- Izvajati spontane porode vključno z epiziotomijo, kjer bo potrebno
- Prepoznavati tiste opozorilne znake abnormalnosti pri materi ali otroku, ki morda zahtevajo pregled s strani zdravnika, in temu pomagati, kadar je to potrebno; izvajati ustrezne intervencijske ukrepe v zdravnikovi odsotnosti, zlasti ročno odstranitev placente, ki ji morda sledi ročni pregled maternice.
- Pregledovati in negovati novorojenega otroka; ukrepati po lastni presoji v primeru potrebe in izvajati takojšnje oživiljanje, če je to potrebno.
- Negovati mater in spremljati njen napredek v poporodnem obdobju ter ji nuditi vse potrebne nasvete o negi otroka, da bo omogočila novorojenemu otroku optimalen razvoj.
- Izvajati zdravljenje, ki ga predpiše zdravnik.
- Voditi ustrezno zdravstveno dokumentacijo.

4. Vizija razvoja stroke v 10 letih

Tako kot v nekaterih drugi državah v EU, bi morale slovenske babice prav tako delovati na vseh področjih, ki jih predpisujejo sektorske direktive. Takšno stanje bi v Sloveniji omogočilo kontinuiteto babiške skrbi. Kontinuiteta, torej skrb za zdravo nosečnico, porodnico in otročnico ter zdravega novorojenčka, od načrtovanja družine do šestega tedna po porodu, prinaša številne prednosti tako za starše kot tudi za babice. Njihovo delo je neprekinjeno, vzpostavi se vez zaupanja in pretok informacij je hitrejši. S takšnim načinom dela bi prišlo tudi do razbremenitve zdravnikov in lažje dostopnosti do zdravstvenih storitev za ženske v reproduktivnem obdobju. S pomočjo babice bi zdravstveni tim lahko postal učinkovitejši, kar bi povečalo zadovoljstvo, zaupanje in zdravje uporabnic.

Že v Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 – 2013 "zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev" smo zapisali del vizije razvoja babištva.

Kot vizijo razvoja vidimo tudi uresničevanje zakonskih določil v Navodilu o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni Ur.l. RS, št. 33/2002 omogoča babici izvajanje 5 pregledov v nosečnosti.

5. Predlog za reorganizacijo v 10 letih, glede na število kadra

a. Zmožljivosti

Trenutno nimamo izračuna o potrebah po babicah. Predvidevamo, da bi s predlagano reorganizacijo zdravstvenega varstva na primarnem in sekundarnem nivoju, potrebovali več babic. Potrebno bi bilo povečati vpis kandidatov na študij babištva prve stopnje, nemudoma je potrebno začeti izvajati študij druge stopnje, ki bi omogočil raziskovanje v lastni stroki.

b. Predlog ocenjevanja kakovosti

Poleg standardnih kazalnikov kakovosti, ki jih Republika Slovenija že uporablja predlagamo še uporabo naslednjih:

- delež spontanih porodov brez medicinskih intervencij

- delež porodov v različnih porodni položajih
- delež izven-bolnišničnih porodov
- delež doječih mater ob odpustu, tri mesece po porodu, šest mesecev po porodu
- zadovoljstvo uporabnic z opravljenimi storitvami ...

c. Kazalniki, ki najbolj vplivajo na predloge

zgoraj naštetih

d. Predlog za uvedbo aktivnosti prenosa na nižjo raven

Predlagamo naslednjo shemo delovanja:

Raven	Značilnosti ženske	Skrb	Kraj poroda
1	Zdrava ženska	Babica, razen specialnih pregledov (UZ ...)	Porodnišnica, porodna hiša ali porodni center
2	Ženska z nizkim tveganjem	Ginekolog / porodničar v sodelovanju z babico	Porodnišnica
3	Ženska z visokim tveganjem	Ginekolog/porodničar, po presoji sodeluje z babico	Porodnišnica terciarnega nivoja

6. Ocena finančnega vpliva

Z ekonomskega vidika bi bile predlagane spremembe obravnave cenejše. Raziskave v drugih državah so to že dokazale.

a. Vpliv na kader

- Samostojnost v lastni stroki
- Še večja kakovost opravljenih storitev
- Večje zadovoljstvo babic
- Mobilnost slovenskih babic znotraj EU

b. Vpliv na infrastrukturo

Predlagana strategija nima večjih vplivov na obstoječo infrastrukturo.

7. Povzetek predlogov

1. Predlagamo, da se upoštevajo Priporočila NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) ANTENATAL CARE - Routine Care for the Healthy Pregnant Women.
2. Predlagamo tudi, da se upoštevajo Priporočila NICE- POSTNATAL CARE - Routine postnatal care of women and newborn babies, ki opredeljujejo skrb za otročnico in novorojenčka.
3. Izvajanje evropske direktive 2005/36/EG, kot minimalnega standarda na področju babištva, omogoča tudi prenos določenih kompetenc iz zdravnika na babico.

4. Upoštevanje resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008 – 2013 "zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev"

5. Izvajanje zakonskih določil v Navodilu o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni Ur.l. RS, št. 33/2002 omogoča babici izvajanje 5 pregledov v nosečnosti.

5. Strategija razvoja ginekološko-porodniške službe v Sloveniji - ginekologija

Iztok Takač, Adolf Lukanovič, Vladimir Weber

1. Opis sedanjega stanja

Ginekološko službo na sekundarnem in terciarnem nivoju izvajajo:

- UKC Ljubljana in UKC Maribor
- Regijske bolnišnice: SB Celje, SB Izola, SB Jesenice, SB Nova Gorica, SB Murska Sobota, SB Novo mesto, SB Slovenj Gradec, SB Brežice, SB Trbovlje, SB Ptuj
- Specialne bolnišnice: Onkološki inštitut Ljubljana, Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj, Bolnišnica za ženske bolezni Postojna.

Organiziranost ginekologov-porodničarjev je dvotirna: hospitalna ginekologija in porodništvo delujeta pod organizacijskim okriljem Ministrstva za zdravje, ginekologi-porodničarji v zdravstvenih domovih pa spadajo v organizacijskem pogledu v domeno občin.

1. 1. Dežurna ginekološko-porodniška služba

Dežurna služba na področju ginekologije in porodništva predstavlja pomembno dejavnost, s katero izboljšujemo kazalce obolevnosti in umrljivosti pri ginekoloških bolnicah, nosečnicah in porodnicah. Dežurna služba je v Sloveniji organizirana po regionalnem principu in jo zagotavlja deset regionalnih splošnih bolnišnic (Brežice, Celje, Izola, Jesenice, Murska Sobota, Nova Gorica, Novo mesto, Ptuj, Slovenj Gradec, Trbovlje), dve bolnišnici za ginekologijo in porodništvo (Kranj, Postojna) ter dva univerzitetna klinična centra (Ljubljana, Maribor).

V teh ustanovah zagotavljamo neprekinjeno 24-urno zdravstveno varstvo ginekoloških bolnic, nosečnic in porodnic. Dežurna služba se prične po preteku rednega delovnega časa in traja do začetka naslednjega delavnika. Prav tako se vrši ob vseh dela prostih dnevih (sobote, nedelje, prazniki).

Zaradi vse bolj omejevalne zakonodaje s področja dela in počitka po delu, neugodne starostne strukture specialistov ginekologije in porodništva, delitve ginekologov in porodničarjev na primarni, sekundarni in terciarni nivo ter vse večje skrbi za kakovostno zdravstveno varstvo žensk in nosečnic ter porodnic so se v mnogih ginekološko-porodniških ustanovah že pojavili resni znaki, ki kažejo na določene pomanjkljivosti sedanje organiziranosti ginekološko-porodniške službe v državi in njene sposobnosti zagotavljanja 24-urne dežurne službe. Ginekologi in porodničarji zagotavljajo tudi zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva, ki jim je pri zdravstveni oskrbi zaradi zdravstvenih ali socialnih razlogov namenjena dodatna pozornost in skrb.¹

O problemih organizacije ginekološko-porodniške dežurne službe v Sloveniji so v letu 2009 razpravljali tudi na Razširjenem strokovnem kolegiju za ginekologijo in porodništvo.²

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB2) iz leta 2005 v svojem 13. členu določa, da se zdravniki, ki opravljajo specialistično ambulantno dejavnost kot zasebni zdravniki ali v specialistični dejavnosti v zdravstvenem domu ali v zdravilišču, v strokovnih in organizacijskih vprašanjih povezujejo z ustrezno bolnišnico.³ 36. člen tega zakona določa, da mora zasebni zdravnik poleg drugih zdravstvenih storitev svojim bolnikom v skladu z naravo svoje dejavnosti zagotavljati tudi stalno dostopno nujno medicinsko pomoč, reševalni prevoz, laboratorijske in druge diagnostične ter terapevtske postopke. V ta namen se povezuje in sodeluje z najbližjim zdravstvenim domom, drugimi zdravstvenimi zavodi ali z drugimi zasebnimi zdravstvenimi delavci. Poseben položaj zdravstvenih

delavcev določa 52. člen ZZDej-UPB2, ki veleva, da zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci ne smejo zapustiti delovnega mesta, dokler ne dobijo nadomestitve, čeprav je njihov delovni čas potekel, če bi to pomenilo nevarnost za zdravje ljudi.

Člen 52. b ZZDej-UPB2 določa, da delo preko polnega delovnega časa ne sme presegati v povprečju osem ur tedensko, člen 52. c pa, da ima zdravstveni delavec pravico do dnevnega počitka v trajanju najmanj 12 ur in do tedenskega počitka v trajanju najmanj 24 ur. Nadalje isti člen določa, da lahko delovni čas zdravstvenega delavca zaradi zagotavljanja dežurstva traja nepretrgoma največ 32 ur in da je za delovni čas, ki nepretrgoma traja več kot 16 ur, potrebno pisno soglasje zdravstvenega delavca.

Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-I), ki je bil sprejet leta 2008, ne prinaša sprememb na področju organizacije dežurne službe.⁴

Leta 2006 je bil sprejet Zakon o zdravniški službi (ZZdrS-UPB3), ki med drugim ureja tudi dolžnosti in pravice zdravnikov pri opravljanju dežurne službe.⁵ V 42. členu določa, da je dežurstvo posebna oblika dela, s katero se zagotavlja 24-urno zdravstveno varstvo. Zakon o zdravniški službi s svojim 41. c členom omogoča zdravniku, ki v okviru mreže javne zdravstvene službe dela polni delovni čas pri enem ali več delodajalcih, da sme izjemoma za opravljanje dopolnilnega dela skleniti pogodbo o zaposlitvi z drugim delodajalcem v okviru mreže javne zdravstvene službe, vendar največ za osem ur na teden. Ali povedano z drugimi besedami, poleg osemurnega rednega dela dopušča izvedbo dveh dežurstev na mesec. V 42. členu je ZZdrS-UPB3 določil, da zdravniku, ki je dopolnil 50 let starosti, praviloma ni potrebno opravljati dežurne službe, ob pogojih, ki jih določi minister. Meja 50 let je bila z leta 2008 sprejetim Zakonom o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravniški službi (ZZdrS-E) pomaknjena na 55 let.⁶

Zanimivo je, da je zakonodajalec v 11. členu prehodnih določb ZZdrS-UPB3, ki je izšel leta 2006, določil, da lahko v obdobju do 31. 12. 2004 traja delo preko polnega delovnega časa v povprečju največ 15 ur tedensko! Datum 31. 12. 2004 je bil dejansko objavljen v Uradnem listu leta 2006 in ne gre za tiskarsko napako. Bolj ažuren je bil za sekundarije in specializante, ki jim je do 31. 7. 2007 dovolil 18 ur dela preko polnega delovnega časa na teden, v naslednjih dveh letih 16 ur na teden in še v naslednjih dveh letih 12 ur na teden. Torej lahko sekundariji in specializanti do 31. 7. 2009 delajo 16 ur (največ eno dežurstvo na teden), do 31. 7. 2011 pa le še 12 ur na teden preko polnega delovnega časa (največ tri dežurstva na mesec).

17. 4. 2009 je avtor prispevka poslal vsem predstojnikom ginekološko-porodniških oddelkov slovenskih bolnišnic dopis, v katerem jih je prosil, da sporočijo število dežurnih mest, število specializantov in specialistov ginekologije in porodništva, število zdravnikov iz ustanove, ki dežurajo, število ginekologov na primarnem nivoju v regiji, število ginekologov na primarnem nivoju, ki dežurajo, skupno število zdravnikov, ki dežurajo in število ginekologov-porodničarjev, starejših od 55 let. Dopisu je bila priložena tabela za vnos navedenih podatkov. Vsi predstojniki so poslali odgovore na zastavljena vprašanja do 28. 5. 2009.

Dobljene podatke iz ankete o številu dežurnih mest, številu specializantov in specialistov ginekologije in porodništva ter številu zdravnikov iz vsake ustanove, ki dežurajo, prikazuje tabela 1.

Tabela 2 prikazuje število ginekologov-porodničarjev na primarnem nivoju, število le-teh, ki tudi dežurajo, število vseh dežurnih zdravnikov in število ginekologov-porodničarjev, starejših od 55 let.

Tabela 1. Dežurna mesta, specializanti, specialisti ter ginekologi in porodničarji, ki dežurajo (do 28. 5. 2009).

Ustanova	Število dežurnih mest	Specializanti gin & por	Specialisti gin & por v bolnišnicah	Zdravniki gin & por v bolnišnicah, ki dežurajo
SB Murska Sobota	1	1	7	8
SB Izola	1+1 prip	1	7	8
SB Slovenj Gradec	1	1	7	8
SB Brežice	1	1	4	4
BŽBP Postojna	1+1 prip	1	4	5
SB Ptuj	1+1 prip	1	5	4
SB Nova Gorica	1+1 prip	4	6	6
BGP Kranj	1+1 prip	0	9	9
SB Novo mesto	1	3	8	6
SB Celje	2	4	9	10
SB Jesenice	1	3	4	5
SB Trbovlje	1	1	3	4
UKC Ljubljana	5	13	47	47
UKC Maribor	3+1 prip	7	28	35
SKUPAJ	21+6 prip	41	148	159

Tabela 2. Dispanzerski ginekologi porodničarji, vsi dežurni zdravniki in zdravniki, starejši od 55 let (do 28. 5. 2009).

Ustanova	Specialisti gin & por na primarnem nivoju	Specialisti gin & por na primarnem nivoju, ki dežurajo	Vsi zdravniki, ki dežurajo	Specialisti gin & por, starejši od 55 let
SB Murska Sobota	5	0	8	3
SB Izola	4	0	8	2
SB Slovenj Gradec	4	1	8	1
SB Brežice	3	2	6	2
BŽBP Postojna	3	1	12	3
SB Ptuj	4	3	7	3
SB Nova Gorica	9	2	8	7
BGP Kranj	Ni podatka	3	12	4
SB Novo mesto	6	2	8	2
SB Celje	8	3	16	2
SB Jesenice	3	0	9	1
SB Trbovlje	4	1	4	2
UKC Ljubljana	Ni podatka	7	54	13
UKC Maribor	11	0	35	9
SKUPAJ	102	25	195	54

Iz podatkov je razvidno, da imamo v Sloveniji na področju ginekologije in porodništva 27 dežurnih mest, od tega 21 stalnih (v ustanovah) in 6 v pripravljenosti (na klic).

Po podatkih Zdravniške zbornice Slovenije je v letu 2009 delovalo v Sloveniji 332 specialistov in 58 specializantov ginekologije in porodništva. Od tega je po dobljenih podatkih 148 specialistov zaposlenih v ustanovah sekundarnega in terciarnega nivoja. Število ginekologov-porodničarjev, ki delujejo na primarnem nivoju, iz teh podatkov ni zanesljivo, saj sta v anketah manjkala podatka za področje Ljubljane in Kranja.

Po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) je bilo v letu 2009 število ginekologov-porodničarjev na primarnem nivoju naslednje:

- Celje, Laško, Slovenske Konjice, Šentjur pri Celju, Šmarje pri Jelšah, Žalec: 15
- Koper, Ilirska Bistrica, Izola, Piran: 5
- Postojna, Sežana: 2
- Krško, Brežice, Sevnica: 3
- Kranj, Jesenice, Radovljica, Škofja Loka, Tržič: 12
- Ljubljana: 25
- Cerknica, Domžale, Grosuplje, Hrastnik, Idrija, Kamnik, Kočevje, Litija, Logatec, Ribnica, Trbovlje, Vrhnika, Zagorje: 19
- Maribor: 10
- Lenart, Ptuj, Ormož, Slovenska Bistrica: 9
- Murska Sobota, Gornja Radgona, Lendava, Ljutomer: 8
- Nova Gorica, Ajdovščina, Tolmin: 9
- Novo mesto, Črnomelj, Metlika, Trebnje: 8
- Ravne na Koroškem, Mozirje, Radlje ob Dravi, Slovenj Gradec, Velenje: 14

Skupaj je torej delovalo v letu 2009 na primarnem nivoju 139 specialistov ginekologov-porodničarjev. Skupaj s specialisti na sekundarnem in terciarnem nivoju to znese 287 zdravnikov. Za ostalih 45 specialistov lahko predvidevamo, da so ali upokojeni, ali pa še iščejo zaposlitev.

Novejši podatki iz leta 2010, ki prikazujejo tudi starostno strukturo ginekologov in porodničarjev, so predstavljeni v tabeli 3.

Tabela 3. Ginekologi in porodničarji po starostnih razredih (do 31. 5. 2010).

Starostni razred (let)	Bolnišnica	Podjetje/zasebnik	Zdravilišče	Zdravstveni dom	Skupaj
< 30	19	1	0	1	21
31–35	19	0	0	18	37
36–40	40	2	0	7	49
41–45	21	5	0	15	41
46–50	29	3	0	14	46
51–55	18	14	1	16	49
56–60	16	14	0	12	42
61–65	21	4	0	3	28
> 66	7	2	0	6	15
SKUPAJ	190 (57,9 %)	45 (13,7 %)	1 (0,3 %)	92 (28,1 %)	328 (100 %)

Iz tabele 3 je razvidna zaskrbljujoča starostna struktura ginekologov in porodničarjev v letu 2010, saj jih je kar 85 (25,9 %) starejših od 55 let in ti niso več dolžni opravljati dežurne službe.

1. 2. Ginekološke rakave bolezni v Sloveniji

Od leta 1950 se je groba incidenčna stopnja raka v Sloveniji pri ženskah zvečala za 320 %.⁷ Pri ženskah se večja pogostost raka dojk, pljučnega raka in raka materničnega telesa, medtem ko se incidenčna stopnja raka materničnega vratu od leta 2003 počasi manjša. Leta 2007 je bila incidenca raka dojk 98,5, raka materničnega telesa 24,6 in materničnega vratu 14,4.

1. 2. 1. Rak dojke

Leta 2007 je rak dojke predstavljal z 20,7 % najpogostejše rakavo obolenje žensk. Poleg 1147 žensk je za to boleznijo zbolelo tudi 6 moških.

Z državnim presajalnim programom za raka dojk DORA so začeli aprila 2008 na Onkološkem inštitutu Ljubljana. Vabljeni so ženske med 50. in 69. letom na presejalni pregled dojk z mamografijo. Zaradi postopnega uvajanja programa so pričeli z vabljenjem žensk iz Mestne občine Ljubljana. Iz strokovnih razlogov je treba presejanje širiti po manjših geografskih enotah. Statistika po letu in pol kaže visoko odzivnost žensk na povabilo k slikanju v programu DORA. Presejalni program DORA je namenjen zdravim ženskam, zato jim je treba storitev čimbolje predstaviti. Pomembna je tudi strokovna izobraženost in usposobljenost osebja, predvsem radiologov in radioloških inženirjev. Ob vzpostavljanju novih presejalnih enot bo v okviru centraliziranega državnega programa vabljenje razširjeno na celotno Slovenijo.

V obdobju od 21. aprila 2008 do 30. septembra 2009 se je slikanja dojk z mamografijo udeležilo 65 % glede na število vseh naročenih. Na dodatno obravnavo je bilo napotnih 7,1 % žensk glede na vse slikane. Med slikanimi ženskami so pri 0,89 % odkrili raka. Če se posameznica na prvo vabilo ne odzove, jo na presejanje povabimo še dvakrat (na dva meseca). Stopnja udeležbe glede na prvo vabilo je 73,8 %, kar je več kot v primerljivih pilotnih programih drugih držav, ki imajo vpeljano organizirano presejanje za raka dojk.

Cilj programa DORA je v presejani populaciji zmanjšati umrljivost žensk za rakom dojk za 25 do 30 odstotkov, pogoj za uspešnost programa pa je, da se vabilu na slikanje odzove vsaj 70 % žensk. Program Dora izpolnjuje merila Evropskih smernic za zagotavljanje kakovosti presejanja za raka dojk in zdravljenja.

Ginekologi se aktivno vključujejo v postopke zgodnjega odkrivanja raka dojk ter v program DORA predvsem z ozaveščanjem žensk o pomenu samopregledovanja dojk in odziva na vabila programa DORA, kliničnimi pregledi dojk v ginekoloških ordinacijah in pošiljanjem žensk na preventivno mamografijo. V nekaterih ustanovah se ginekologi ukvarjajo tudi z zdravljenjem raka dojk, kar je tudi praksa v sosednjih evropskih državah.

1. 2. 2. Rak endometrija

V letu 2007 je za rakom endometrija v Sloveniji zbolelo 296 žensk, kar daje grobo incidenčno stopnjo 28,9 primerov na 100.000 žensk. Od leta 1991 se groba incidenčna stopnja raka endometrija večja za povprečno 3 % letno, saj je rak materničnega telesa predvsem bolezen starejših žensk. Povečuje se tudi groba umrljivostna stopnja, povprečno za 2,6 % letno.⁸ Najpogostejši je ta rak med 65. in 69. letom starosti.

V zgodnjem odkrivanju in diagnostiki te bolezni so izredno pomembni natančna ultrazvočna diagnostika, histeroskopija in frakcionirana abrazija.

Relativno preživetje bolnic z rakom materničnega telesa se zmerno povečuje; v 15 letih se je petletno relativno preživetje povečalo za 4 %. Petletno relativno preživetje bolnic z omejenim stadijem je bilo v obdobju 2001-2005 95 %, medtem ko je bilo pri bolnicah z razširjenim stadijem 54 %, pri bolnicah z razsejanim pa 34 %.

Zaradi nizke občutljivost in specifičnosti preiskovalnih metod zaenkrat presejanje raka endometrija ni možno.

1. 2. 3. Rak materničnega vratu

V letu 2000 je bila incidenca raka materničnega vratu 19,3.8 Zmanjšanje incidence raka materničnega vratu z 209 novih primerov leta 2003 na 153 primerov leta 2007, ki je prav gotovo odraz uspešnega delovanja državnega programa ZORA, je tudi za evropska merila odličen dosežek.⁹ Pregledanost ciljne skupine žensk programa ZORA v obdobju 2006-2008 je presegala 70 %. V letu 2007 je bilo pri 235.713 ženskah odvzetih in pregledanih 260.684 brisov materničnega vratu. V primerjavi z letom 2006 se je število žensk s pregledanim brisom povečalo za 7 %. Rezultatov programa ZORA zagotovo ne bi bilo brez prizadevanja številnih ginekologov v primarnem zdravstvenem varstvu žensk, presejalcev in citopatologov v laboratorijih in vseh drugih strokovnjakov, ki sodelujejo v multidisciplinarnem postopku presejanja in zdravljenja predrakavih in rakavih sprememb materničnega vratu.⁷ Od 1. 10. 2010 je možno zaračunati ZZZS storitev in material za triažni test HPV v primeru atipičnih ploščatih celic ali atipične ploščate metaplazije, blage diskarioze pri ženskah, starih 35 let ali več in CIN 1. S tem so podani pogoji za še boljše detekcijo in zdravljenje predrakavih sprememb materničnega vratu.

2. Dosedanje aktivnosti na področju reorganizacije vsebine dela

Zaradi vse težjega zagotavljanja ginekološko-porodniške dežurne službe, ki je posledica striktno delitve na primarni in sekundarni nivo, je med drugim RSK za ginekologijo in porodništvo že 6. 3. 2009 sprejel sklep, da naj Zdravniška zbornica za dolgoročno reševanje problema dežurne ginekološko-porodniške službe v Sloveniji predpiše več specializantskih mest za področje ginekologije in porodništva ter pediatrije in da mora vsak specialist ginekolog-porodničar po opravljenem specialističnem izpitu dežurati 10 let. Kot kratkoročno rešitev pa je predlagal sodelovanje ginekologov na primarni ravni na prostovoljni osnovi in s pravno podlago.

Zapisnik seje RSK je bil poslan na Ministrstvo za zdravje, a doslej še ni bil realiziran.

3. Opredelitev ginekoloških oddelkov glede na število majhnih, srednjih in velikih kirurških posegov

Tabela 4. Število ginekoloških primerov (SPP) ter posegov na zdravnika.¹⁰

Ustanova	Število primerov na zdravnika	Majhni krg posegi (število na zdravnika)	Veliki krg posegi (število na zdravnika)
SB Murska Sobota	230,4	480	63,1
SB Izola	409,2	7,1	141
SB Slovenj Gradec	375,1	315,6	195,7
SB Brežice	243,6	21,1	132,9
BŽBP Postojna	385	53,7	169,7
SB Ptuj	410,5		224,6
SB Nova Gorica	246,5	22,4	68,3
BGP Kranj	410,5		57,2
SB Novo mesto	295,6	3,7	142,7
SB Celje	409		205,7
SB Jesenice	224,5		97,3
SB Trbovlje	515	116,8	263,4
UKC Ljubljana	268,2	13,6	110,3
UKC Maribor	295,8	175,3	132,7
SKUPAJ	335,5	38,1	137

Iz tabele 4 je razviden velik razkorak med ustanovami glede opravljanja malih in velikih ginekoloških posegov. Očitno je, da prihaja tudi do napačnega zajemaja podatkov glede trajanja operativnih posegov v slovenskih bolnišnicah.

4. Opredelitev minimalnega števila velikih kirurških posegov za varno delo in možnosti učenja

Priporočljivo letno število posegov¹ v bolnišnici in letno število posegov na zdravnika

	Minimalno število letno v ustanovi	Minimalni število letno na zdravnika
Laparoskopije	125	20
Sling operacije v uroginekologiji	50	15
Abdominalna histerektomija	50	20
Vaginalna histerektomija	40	15
Laparoskopska totalna histerektomija	40	20
Laparoskopska supracervikalna histerektomija	35	15
Laparoskopske operacije na adneksih	60	15
Laparoskopska miomektomija	45	20
Radikalne operacije raka zunanjega spolovila	5	3
Radikalne operacije raka materničnega vratu	15	10
Radikalne operacije raka endometrija	20	10
Radikalne operacije raka jajčnikov in jajcevodov	20	10

¹ Komentar: Laparoskopije se delijo na diagnostične in operativne, operativne pa na 4 zahtevnostne stopnje: nivo I in II obsega enostavne ciste, endometriozo I in II, sterilizacije, adheziolize, policistični ovariji, fimbrioplastike, zunaj maternična nosečnost, nivo III in IV: LPSC-laparoskopska miomektomija, endometrijoza III in IV, in 3 LPSC histerektomije: LAVH-laparoskopsko asistrirana vaginalna histerektomija, SLH-supracervikalna laparoskopska histerektomija in TLH-totalna laparoskopska histerektomija, in LPSC rekunstrukcije medeničnega dna.

V onkološki kirurgiji se zahtevnost kirurškega zdravljenja stopnjuje z napredovanjem bolezni. Začetni rak jajčnika, z normalnimi anatomskimi razmerami lahko ustrezno operira vsak izkušen ginekološki kirurg. Podobno velja tudi za začetni rak telesa maternice. Tako je trenutna praksa, da nekatere začetne oblike raka zdravijo po večjih regionalnih bolnišnicah, kjer število primerov ustreza zgoraj navedenim številkam.

Pri vseh oblikah radikalnega kirurškega zdravljenja kot pri redkejših oblikah raka (npr. Rak zunanega spolovila ali nožnice) sta varnost in kakovost zagotovljena prek večjega števila kirurgov, z znanjem ustrezne onkološke kirurške tehnike, ki istočasno sodelujejo pri kirurškem zdravljenju.

Danes je pristop k rakavi bolezni kompleksen, a obenem individualiziran, v smislu ukrojevanja zdravljenja glede na stadij bolezni, možnosti ohranitve reproduktivnega potenciala na eni strani kot možnosti izbire najustrežnejše strategije onkološkega zdravljenja na drugi strani. Tak pristop lahko zagotavljajo samo terciarni centri, ki delujejo prek konzilijev z Onkološkim inštitutom.

5. Predlogi za spremembe

Čeprav dežurna ginekološko-porodniška služba v Sloveniji deluje v nasprotju z veljavnimi zakoni o varstvu delovnega časa zdravnikov, zaenkrat še omogoča kakovostno oskrbo ginekoloških bolnic, nosečnic in porodnic. Zaradi neugodne starostne strukture ginekologov-porodničarjev je le še vprašanje časa, kako dolgo bo še možno na tak način zagotavljati ustrezno kakovost 24-urne dežurne službe. Zavedati se moramo tudi, da je več kot četrtina ginekologov in porodničarjev starejših od 55 let in ti se niso dolžni vključevati v dežurno službo.

Kot možne rešitve opisane problema se ponujajo naslednji ukrepi:

- obvezno vključevanje vseh ginekologov-porodničarjev takoj po specialističnem izpitu v dežurno službo, ne glede na mesto in način zaposlitve,
- povečanje števila ginekologov in porodničarjev s povečanjem števila razpisanih specializacij,
- prostovoljno vključevanje ginekologov-porodničarjev na primarni ravni v dežurno službo in
- združevanje manjših ginekološko-porodniških oddelkov v skupne enote in
- ukinitvev neobremenjenih dežurnih mest in uvedba regionalnih dežurnih centrov, v katerih bi dežurali vsi ginekologi-porodničarji iz regije.

Potrebno bi bilo tudi opredeliti čas obveznega vključevanja vseh ginekologov-porodničarjev takoj po specialističnem izpitu v dežurno službo. Večina predstojnikov ginekološko-porodniških oddelkov se strinja, da to obdobje naj ne bi bilo krajše od 10 let, torej bi naj vsak specialist po specialističnem izpitu vsaj še deset let opravljal tudi dežurno službo.

Predpostavljamo, da bi vključitev specialistov vseh ravni (primarna, sekundarna in terciarna) v dežurno službo bistveno pripomogla k normalizaciji pogojev za delo sedanjih dežurnih ekip. Prav tako bi se pomladila in s tem izboljšala starostna struktura zdravnikov, ki opravljajo dežurno službo.

V okoljih, kjer v popoldanskem in nočnem času ni veliko porodov in potreb po ginekoloških posegih, pa bi lahko združili po dve manjši ginekološko-porodniški enoti v eno in tako zmanjšali število dežurnih ekip. Število dežurnih mest bi lahko zmanjšali tudi z uvedbo regionalnih dežurnih centrov, kjer bi ena dežurna ekipa pokrivala širše geografsko področje.

Zaključimo lahko, da bi z izvedbo zgoraj navedenih konkretnih ukrepov s časom omogočili povečanje števila razpoložljivih ginekologov-porodničarjev za opravljanje dežurne službe, pomladili njihovo starostno strukturo in preprečili nadaljnjo prekomerno obremenjenost dežurnih ekip na slovenskih ginekološko-porodniških oddelkih.

Glede na ekstremne razlike v izvajanju malih in velikih ginekoloških operativnih posegov v slovenskih bolnišnicah predlagamo, da se prične izvajati nadzor nad zajemanjem in obdelavo tovrstnih podatkov, kar je osnovni pogoj za resnejšo analizo.

V prilogi so definicije operativnih posegov (mali, srednji, velik).

Predlagamo, da se opravi posnetek stanja, v katerih ustanovah in koliko ginekologov se ukvarja z zdravljenjem raka dojk in se temu primerno poveča število odobrenih specializacij iz ginekologije in porodništva.

Prav tako bi bilo potrebno poenotiti organizacijsko »pripadnost« vseh ginekologov in porodničarjev, ki spadajo bodisi pod Ministrstvo za zdravje, bodisi pod občine. Na ta način bi bilo možno racionalnejše vključevanje razpoložljivih strokovnjakov v strokovno, pedagoško in znanstveno-raziskovalno delo ter vključevanje v dežurno službo.

6. Zaključek

Rezultati ankete in pregleda dostopnih podatkov kažejo, da je v Sloveniji v letu 2009 delovalo 287 aktivnih specialistov ginekologije in porodništva. Od tega jih je delovalo 139 (48,4 %) na primarnem nivoju (dispanzerska dejavnost), 148 (51,6 %) pa v bolnišnicah in obeh kliničnih centrih.

Po podatkih iz leta 2010 je delovalo v bolnišnicah 190 ginekologov porodničarjev (57,9 %), zasebnikov je bilo 45 (13,7 %), v zdravilišču je deloval en (0,3 %), v zdravstvenih domovih pa 92 (28,1 %) od skupno 328 ginekologov porodničarjev (tabela 3).

Pri upoštevanju zakonodaje in omejitev delovnega časa potrebujemo za zagotavljanje enega dežurnega mesta 15 zdravnikov, saj lahko vsak zdravnik dežura skupaj 32 ur mesečno, kar predstavlja dve dežurstvi po 16 ur. Ker imamo v Sloveniji 21 stalnih dežurnih mest (zraven pa še 6 mest pripravljenosti), bi potrebovali vsaj 315 ginekologov-porodničarjev, ki bi redno dežurali. V letu 2009 smo imeli na voljo le 195 za dežurno službo sposobnih zdravnikov, kar je za 120 zdravnikov premalo, da bi lahko spoštovali zakonska določila o omejitvah delovnega časa. V letu 2010 imamo takšnih zdravnikov 243, kar je sicer boljše, kot leta 2009, vendar še vedno občutno premalo. Račun se pri upoštevanju 6 mest pripravljenosti še slabše izide. Prepričljivo lahko zaključimo, da je trenutno opravljanje dežurne ginekološko-porodniške službe v Sloveniji možno le ob zavestnem kršenju veljavnih zakonov ter prekomernih obremenitev zdravnikov, ki dežurajo. Rešitev se ponuja ali v spremembi zakonodaje (povečanje dovoljenih ur dela ginekologov porodničarjev) ali v zmanjšanju števila dežurnih mest, kar bi lahko dosegli z ustanovitvijo regionalnih dežurnih centrov, v katere bi se vključili vsi ginekologi-porodničarji iz regije.

Ugotovili smo, da je bilo v letu 2009 kar 54 (36,5 %) ginekologov-porodničarjev, ki delajo v bolnišnicah, starejših od 55 let. V letu 2010 je takšnih zdravnikov v bolnišnicah 44, vseh skupaj pa kar 85! Po veljavni zakonodaji jim ne bi bilo potrebno opravljati dežurne službe, a jo mnogi opravljajo tudi z namenom solidarnosti, da zmanjšajo obremenitve mlajših kolegov.

Večina slovenskih ginekologov in porodničarjev je mnenja, da je delitev njihove dejavnosti na primarni, sekundarni in terciarni nivo zastarela in da ne omogoča celostne obravnave ginekoloških bolnic, nosečnic in porodnic. Tudi iz nedorečenih formalnih razlogov se namreč dispanzerski ginekologi-porodničarji pogosto ne morejo vključevati v dežurno službo, po drugi strani pa hospitalnim ginekologom-porodničarjem zaradi zakonskih omejitev delovnega časa in obsežne dežurne službe primanjkuje časa za redno delo na sekundarnem in terciarnem nivoju. Zato je že pred leti dozorela ideja o skupni dežurni službi, ki bi bila organizirana na regionalnem nivoju in v katero bi se vključevali vsi ginekologi-porodničarji določene regije. Poleg dežurne službe bi seveda sodelovali tudi pri operativnih posegih in drugih oblikah zdravljenja, kakor tudi v pedagoškem procesu in pri znanstvenoraziskovalnem delu. Slednjih dveh dejavnosti primanjkuje predvsem na primarnem nivoju.

Zaradi naštetih razlogov so člani Razširjenega strokovnega kolegija za ginekologijo in porodništvo na svoji 4. seji, dne 6. 3. 2009, soglasno podprli predlog, da Zdravniška zbornica Slovenije za dolgoročno reševanje problema dežurne ginekološko-porodniške službe v Sloveniji predpiše več specializantskih mest za področje ginekologije in porodništva in da mora vsak specialist ginekolog-porodničar po opravljenem specialističnem izpitu dežurati 10 let. Kot kratkoročno rešitev pa so predlagali sodelovanje ginekologov na primarni ravni na prostovoljni osnovi in s pravno podlago. Slednjo omogoča tudi Zakon o zdravniški službi. Pobuda je bila posredovana Ministrstvu za zdravje, na izvajalcih zdravstvene dejavnosti pa je, da jo uresničijo. V letih 2005–2010 se število odobrenih specializacij iz ginekologije in porodništva ni bistveno spreminjalo. Leta 2005 je bilo odobrenih 12 specializacij, leta 2006 10, leta 2007 15, leta 2008 7, leta 2009 13 in leta 2010 12 specializacij, skupno torej 69 specializacij.

Predlagamo tudi poenotenje obračunavanja skupin primerljivih primerov (SPP) za posamezne ginekološke bolezni, primernejše vrednotenje ambulantnih in hospitalnih storitev na področju

ginekologije, prav tako pa poenotenje opredelitve posebnih pogojev dela (PPD) za zdravnike ginekologe porodničarje med ustanovami v RS.

Literatura

1. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Ur. l. RS 15, 11. 2. 2008: 1046–61.
2. Lukanovič A. Zapisnik 4. seje Razširjenega strokovnega kolegija za ginekologijo in porodništvo 6. 3. 2009. Klinični center Ljubljana, SPSS Ginekološka klinika 2009: 1–4.
3. Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB2). Ur. l. RS 23, 10. 3. 2005: 1934–48.
4. Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-I). Ur. l. RS 23, 7. 3. 2008: 2077–9.
5. Zakon o zdravniški službi (ZZdrS-UPB3). Ur. l. RS 72, 11. 7. 2006: 7657–67.
6. Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravniški službi (ZZdrS-E). Ur. l. RS 58, 10. 6. 2008: 6731–5.
7. Primic-Žakelj M, Bračko M, Hočevar M, Krajc M, Pompe-Kirn V, Strojjan P, Zadnik V, Zakotnik B, Žagar T. Rak v Sloveniji 2007. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije, 2010.
8. Primic-Žakelj M, Zadnik V, Žagar T, Zakotnik B. Preživetje bolnikov z rakom, zbolelih v letih 1991-2005 v Sloveniji. Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije 2009: 172–7.
9. Rakar S, Možina A, Uršič-Vrščaj M. Rak materničnega vratu – današnje stanje in smernice za izboljšave. V: Poročilo o problemski konferenci Razširjenega strokovnega kolegija za ginekologijo in perinatologijo: Ocena sedanjega stanja in smernice za razvoj slovenske ginekologije in porodništva. Ljubljana, 2003.
10. Primic-Žakelj M, Ivanuš U, Pogačnik A, Uršič-Vrščaj M. Poročilo o rezultatih državnega programa ZORA v letih 2007 in 2008. Onkološki inštitut Ljubljana, 2009: 1–48.
11. Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice – poslovni del. Poročilo o statistični analizi podatkov 2008. IBMI, avgust 2009.

Strategija razvoja ginekološko-porodniške službe v Sloveniji - ginekologija - priloga 1

PRILOGA K OBRAZCU 6 – NAVODILA

KAZALNIKI ZA PRIMERJAVE SPREMEMBA NAVODIL ZA IZPOLNITEV VPRAŠALNIKA ZA LETO 2009 ŠT. 2

Stran 18:

Spodaj navedene definicije operativnih posegov se dopolnijo tako, da glasijo:

"Majhen (mali) operativni poseg - praviloma traja do 30 minut

Ekipa:

zdravnik specialist (1),

zdravnik anesteziolog (1),

zdravnik (0 ali 1),

medicinska sestra instrumentarka (1 ali 2),

medicinska sestra za anestezijo (1).

Majhen (mali) operativni poseg - praviloma traja do 60 minut

Ekipa:

zdravnik specialist (1),

zdravnik anesteziolog (1),

zdravnik (0 ali 1),

medicinska sestra instrumentarka (1 ali 2),

medicinska sestra za anestezijo (1).

V okviru majhnih operativnih posegov se upoštevajo tudi vsi operativni posegi v lokalni anesteziji, kar predstavlja navedene ekipe brez zdravnika anesteziologa in medicinske sestre za anestezijo.

Srednji operativni poseg - praviloma traja od 60 do 120 minut

Ekipa:

zdravnik specialist (1),

zdravnik anesteziolog (1),

zdravnik (1 ali 2),

medicinska sestra instrumentarka (2),

medicinska sestra za anestezijo (1).

Velik operativni poseg – praviloma traja več kot 120 minut z ekipo

Ekipa:

zdravnik specialist (2),

zdravnik anesteziolog (1),

zdravnik (1),

medicinska sestra instrumentarka (2 ali 3),

medicinska sestra za anestezijo (1)."

Prosimo za upoštevanje opisane spremembe.

PRILOGA K OBRAZCU 6 – NAVODILA

KAZALNIKI ZA PRIMERJAVE

**SPREMEMBA NAVODIL
ZA IZPOLNITEV VPRAŠALNIKA ZA LETO 2009**

Stran 19:

Zadnji stavek tretjega odstavka, ki se glasi:

"Za operacije, kjer anesteziolog ni prisoten (operacije z lokalno anestezijo), upoštevamo čas od začetka do konca operacije."

se spremeni tako, da po novem glasi:

"Za operacije, kjer anesteziolog ni prisoten (operacije z lokalno anestezijo), upoštevamo čas rez-šiv."

Prosimo za upoštevanje opisane spremembe.

6. Poročilo o stanju reproduktivne medicine v Sloveniji in državah Evropske skupnosti

Veljko Vlajsavljević

Reproduktivna medicina je zagotovo že desetletja eden izmed mednarodno najbolj prepoznavnih delov slovenske ginekologije. Tradicijo operativnega zdravljenja neplodnosti, ki jo je doma in v mednarodnem prostoru popularizirala ljubljanska šola ginekološke klinike, ambulantno zdravljenje neplodnosti, raziskave reproduktivnega zdravja žensk, ki so jih dolga leta izvajali na Inštitutu za načrtovanje družine v Ljubljani in Oddelek za ginekološke bolezni v Mariboru so v osemdesetih letih uspešno nadaljevali z razvojem najbolj zahtevne metode zdravljenja neplodnosti, to je z oploditvijo z biomedicinsko pomočjo (OBMP). Uspešen postopek zdravljenja so že v začetku osemdesetih let izvedli na ginekološki kliniki v Ljubljani in kasneje tudi na ginekološkem oddelku v Mariboru. Danes ima prav ta del slovenske medicine tudi v mednarodnem prostoru velik ugled.

1. Sedanje stanje

Dejavnost diagnostike in zdravljenja neplodnosti poteka na vseh slovenskih ginekoloških oddelkih in v ginekoloških ambulantah.

Dejavnost zdravljenja neplodnosti z OBMP poteka na Ginekološki kliniki v Ljubljani, Ginekološki kliniki v Mariboru in Bolnišnici za porodništvo v Postojni.

Slovenskih strokovnih navodil (»guidelines«) za zdravljenje neplodnosti ni. Pogoje za delovanje oddelkov/centrov za OBMP določa slovenska zakonodaja na podlagi evropske zakonodaje (Tissue Directives).

Slovensko združenje za reproduktivno medicino nikoli ni izdelalo strokovnih navodil za stopenjsko diagnostiko in zdravljenje neplodnosti, ki bi jih lahko potrdil razširjeni strokovni kolegij (RSK) za ginekologijo.

Obravnavanje neplodnosti na primarnem nivoju (ginekološke ambulante)

Obravnavanje neplodnosti v ginekoloških ambulantah primarne ravni mora slediti strokovnim smernicam.

O obravnavi neplodnosti na primarnem nivoju nisem uspel pridobiti relevantnih podatkov. Slovenski ginekologi na primarni ravni nimajo strokovnih navodil o minimalnih standardih in obsegu diagnostične obdelave para in zdravljenju, ki ga bi morali opraviti pred napotitvijo v specializirani center.

Glede na dejstvo, da je zdravljenje anovulatornih ciklusov z klomifen citratom običajno prva pacientkina terapija, bi lahko podatek o izdanih receptih za klomifen citrat predstavljal indirektno merilo števila (ciklusov) pacientk v ginekoloških ambulantah (osnovnih in specializiranih za zdravljenje neplodnosti). Predvsem daje sliko o tej aktivnosti na primarni ravni število receptov izdanih izven ljubljanske in mariborske regije (kjer del receptov napišejo tudi v specializiranih ambulantah za zdravljenje neplodnosti).

Žal podatkov o uspešnosti zdravljenja na primarni ravni (zanositvah in porodih) ni mogoče dobiti, zato je tudi cenovna učinkovitost zdravljenja neznan.

Zanimivo je število ciklusov (ki je relativno zelo nizko) glede na opravljeno število ciklusov OBMP (v letu 2008 jih je v Sloveniji bilo 5575 !). To napeljuje na zaključek, da je konzervativna terapija nekaterih oblik neplodnosti na primarnem nivoju neustrezno zastopana.

Poraba klomifen citrata v Sloveniji v letu 2009

	Število škatlic	Cenovna vrednost
Celje	748	5.863
Nova Gorica	357	2.802
Koper	683	5.386
Kranj	637	4.964
Ljubljana	2.950	23.294
Maribor	938	7.395
Murska Sobota	205	1.615
Novo mesto	377	2.986
Ravne na Koroškem	378	2.943
Krško	149	1.159

Obravnavana neplodnost na sekundarnem nivoju (ginekološki oddelki)

Število obravnavanih primerov bi bilo mogoče analizirati na podlagi števila ambulantnih obravnav neplodnih parov, hospitalizacij oz. SPP in operativnih posegov.

Podatkov iz datoteke statistične pisarne Zavoda za zdravstveno varstvo v dveh tednih še nisem uspel pridobiti.

Zanimiva bo primerjava aktivnosti posameznih oddelkov na področju operativnega zdravljenja neplodnosti zaradi okvar jajcevodov in/ali jajčnikov, endometriozе združene z neplodnostjo in operativnih korekcij nepravilnosti maternice.

Hospitalizacije na ginekologiji zaradi operacij z neplodnostjo kot eno izmed diagnoz (N97) so podane v prilogi 1.

Glede na doktrinarno stališče, da je pred operativno terapijo pri ženski potrebno ugotoviti oploditveno sposobnost njenega partnerja, je tudi upravičeno da imajo v centrih kjer zdravijo neplodnost, možnost za analizo semenskega izliva.

V Sloveniji lahko analizo semenskega izliva opravijo v Ljubljani, Mariboru, Murski Soboti, Celju, Slovenj Gradcu, Novem mestu in Izoli.

Število analiz semenskega izliva v Sloveniji v obdobju 2005-2009

	2005	2006	2007	2008	2009
Ljubljana	1591	1581	1615	1668	1765
Maribor	641	667	736	875	873
Celje	153	159	179	177	188
Murska Sobota	74		55	78	92
Slovenj Gradec	58	49	66	66	78
Novo mesto	34	44	46	77	103
Izola	51	46	70	84	107
Ptuj	7	14	15	5	5

Analiza semenskega izliva je del diagnostične obravnave moškega, ki naj bi jo opravil zdravnik s subspecialističnim znanjem andrologije. Trenutno imata obe kliniki po dva zdravnika, center v Postojni pa enega zdravnika, ki se z problemom moške neplodnosti ukvarjajo več kot 10 let.

V Sloveniji imamo le eno enoto na Ginekološki kliniki v Ljubljani, ki zadostuje mednarodnim standardom delovanja službe za zdravljenje moške neplodnosti. Tam deluje kot Odsek za andrologijo, ki ima svoj klinični oddelek, svoj laboratorij in primerno kadrovsko zasedbo obeh enot.

Androloška služba v drugi klinični ustanovi, v Mariboru, tudi po 40. letih delovanja nima ustrezne sistemizacije zdravnikov, sistemizacije kadra v laboratoriju niti statusa samostojne organizacijske enote znotraj oddelka. Dejavnost celo ni ovrednotena v programu ZZZS.

Andrologija kot ambulantna dejavnost ni organizirana na drugih ginekoloških oddelkih v Sloveniji, kljub dejstvu, da pri vzroku za neplodnost para v 40% sodeluje tudi moški faktor!

Slovenija nima subspecialističnega študija andrologije na nacionalnem nivoju (najverjetneje edina v EU!).

Laboratoriji za analizo semenskega izliva nimajo mednarodnih certifikatov kakovosti.

Zdravljenje neplodnosti z oploditvijo z biomedicinsko pomočjo (OBMP)

Dovoljenje Ministrstva za zdravje imajo trije centri (Ljubljana, Maribor in Postojna). Njihovo delovanje spremljajo predpisi in zakonodaja, usklajena z direktivami EU.

O rezultatih zdravljenja vsi trije centri poročajo v evropski register IVF (EIM), Ministrstvu za zdravje in Zdravniški zbornici.

Rezultati postopkov zdravljenja z intrauterinimi inseminacijami (IUI)

V letu 2008 je v Sloveniji opravili IUI v 577 ciklikih (263 Ljubljana, 300 Maribor, 14 Postojna).

V primerjavi z tujino je število ciklusov (glede na število ciklusov OBMP) premajhno. Stanje zahteva podrobnejšo analizo.

Rezultati postopkov OBMP v letu 2008 (poročilo Državne komisije MZ, 2010)

	Ljubljana	Maribor	Postojna
Število vseh ciklusov OBMP (IVF/ICSI svežih in odmrznjenih), PGD, IUI, zamrzovanje gamet, IVM	1987	2039	1012
Število novih (svežih) postopkov IVF/ICSI	1130	1002	767
Število ciklusov IVF/ICSI (tujci)	33	349	68
Delež ciklusov z zamrzovanjem zarodkov	24,9 %	40,0 %	10,0%
Delež porodov na svež ciklus IVF/ICSI	18,5%	36,0%	27,3%
Delež porodov na prenos odmrznjenih zarodkov po IVF/ICSI	15,0 %	18,1%	17,2%
Delež prenosov enega zarodka*	9,9%	17,8%	21,5%
Delež porodov po elektivnem prenosu enega zarodka*	19,8%	51,3%	10,8%
Število porodov po OBMP	248	374	200
Število otrok	290	410	233

*Zahtevan pogoj iz Pravic do OBMP, ZZZS

Slovenske zavarovanke imajo pravico do šestih postopkov OBMP v rodnem obdobju. Poleg tega imajo pravico še do štirih novih postopkov po vsakem porodu. Tako širokega obsega pravic ne pozna nobena druga evropska država. Tiste države, kjer je v zavarovalniškem programu mogoče opraviti šest postopkov OBMP ne poznajo določila, da bi po porodu živega otroka bilo mogoče opraviti naslednje postopke OBMP v zavarovalniškem programu.

Zgornja starostna meja za zdravljenje z OBMP je 43 let, kljub temu da je cenovna učinkovitost zdravljenja po 40 letu starosti nizka. V različnih državah EU je starostna meja za postopek OBMP določena med 35 in 43 let.

Zdravstvena blagajna plačuje zavodom postopke zdravljenja neplodnosti z OBMP glede na število opravljenih postopkov. Cena postopkov, ki jo ZZZS plačuje centrom za enako storitev je različna (najvišja v GK Ljubljana 2.543 EUR, v Mariboru 2158 EUR in najnižja v Postojni 1742 EUR).

Banke darovanih spolnih celic delujejo na GK Ljubljana in GK Maribor. Državna komisija za OBMP je v preteklih letih odobrila naslednje število postopkov OBMP z darovanimi celicami:

Število odobrenih postopkov OBMP z darovanimi celicami (Državna komisija za OBMP)

	2005	2006	2007	2008	2009
Semenčice	37	30	29	59	30
Jajčna celica	13	12	16	22	19

Po objavljenih podatkih mednarodne raziskave (Cross border reproductive care in six European countries, Hum.Reprod 2010) o zdravljenju neplodnih parov v šestih državah EU, se je v letu 2008 zdravilo v tujini tudi 130 parov iz Slovenije. To pomeni, da se v tujini zdravi enkrat več parov kot jih obravnava DKOBMP.

Kljub doseganju evropskih standardov glede uspešnosti postopka v vseh treh slovenskih centrih, pa je cenovna učinkovitost zdravljenja (strošek za enega rojenega otroka) med centri pomembno različna.

Vsi centri dosegajo mednarodne standarde kakovosti. Dva centra (Ljubljana in Postojna) sta že pridobila certifikat ISO 2001, center v Mariboru pa je v postopku ISO certificiranja v sklopu celotnega UKC.

Noben izmed slovenskih centrov nima mednarodne akreditacije za OBMP.

Izobraževanje

V Sloveniji ni programa (subspecializacije) usmerjenega v pridobivanje znanja na področju reproduktivne medicine, andrologije ali klinične embriologije.

Izobraževanje s področja reproduktivne medicine slovenskih specializantov ginekologije in porodništva poteka po evropskih standardih (EBCOG) v dveh slovenskih klinikah (Ljubljana in Maribor). Obe kliniki imata certifikat za opravljanje edukacije (UMES / EBCOG)

Slovenija nima lastnega programa subspecializacije iz reproduktivne medicine, kar je letos (z začudenjem) ugotovila tudi komisija za certificiranje evropskih centrov na tem področju. Zato se je oddelek za reproduktivno medicino v Mariboru odločil za postopek pridobivanja certifikata za izvajanje subspecializacije iz reproduktivne medicine po evropskih standardih (UEMS / ESHRE / EBCOG). Postopek je bil opravljen leta 2010 in oddelek čaka na uradno razglasitev komisije v Bruslju.

Dnevnik usposabljanja in števila posegov za pridobitev subspecializacije iz reproduktivne medicine je na spletni strani www.eshre.eu. Usposabljanje se zaključuje z izpitom pred (mednarodno) komisijo.

V vseh treh centrih imajo embriologe s certifikatom ESHRE o usposobljenosti (»senior clinical embryologist«). Niti eden izmed centrov kot pogoj za opravljanje dela embriologa ne predvideva tudi mednarodnega certifikata o usposobljenosti za delo na tem področju. Izpit lahko opravljajo enkrat letno na letni skupščini ESHRE, v angleškem jeziku (www.eshre.eu).

2. Dosedanje aktivnosti na področju reorganizacije vsebine dela

V primerjavi s pomenom, ki jo reproduktivni medicini dajejo v tujih strokovnih ginekoloških združenjih, je prav neverjetno, kako malo je doma upoštevan ta del stroke pri (re)organizaciji celotne ginekološko-porodniške stroke. V preteklih letih praktično nobena obravnava perečih problemov slovenske reproduktivne medicine ni dala rezultatov, ki bi vključevali kakšen obvezujoči dokument. Že vrsto let ugotavljamo pomanjkljivosti, ki bi jih bilo potrebno odpraviti in na ta način ginekološko stroko približati evropskim standardom.

Pomanjkljivosti:

Nimamo lastnih nacionalnih smernic (»guidelines«) za zdravljenje neplodnosti

Slovensko združenje za reproduktivno medicino nima enake vloge kot jo imajo druga nacionalna združenja pri ustvarjanju doktrine na področju reproduktivne medicine. Njegova sedanja organizacija in delovanje ne dosega evropskih standardov (ni združenje s statutom oz. pravilnikom, ki bi naj zagotavljal demokratično, transparentno in učinkovito delovanje društva).

Ni nacionalnega programa za subspecializacijo iz reproduktivne medicine.

Ni nacionalnega programa certificiranja znanja ginekologov in njihovih sodelavcev (embriologov), ki delajo na področju reproduktivne medicine.

Ni nacionalnega programa izobraževanja za subspecialiste androloge.

Ni nadzora (strokovnosti in upoštevanja kakovosti dela) vseh laboratorijev, v katerih analizirajo semenski izliv (Standard SZO 2010).

Zaradi odsotnosti nacionalnih smernic zdravljenja neplodnosti in neorganizirane subspecializacije iz reproduktivne medicine je težko slediti in ovrednotiti obseg dela in kakovost zdravljenja na slovenskih ginekoloških oddelkih.

Nimamo slovenskega »on-line« registra za OBMP, kar otežuje nadzor nad kakovostjo dela in ceno učinkovitostjo zdravljenja.

3. Predlogi za spremembe

Izdelava nacionalnih smernic (»guidelines«) ali sprejem enih izmed mednarodno uveljavljenih navodil za zdravljenje neplodnosti. (npr. BCOG) potrjen na RSK za ginekologijo.

Vključevanje ginekologov na primarni ravni v postopek diagnostike in terapije tistih oblik neplodnosti, za katere to predvidevajo strokovne smernice tujih strokovnih združenj.

Subspecializacija iz reproduktivne medicine mora biti predpisan pogoj za vodenje specializiranih centrov ali oddelkov za reproduktivno medicino.

Organizacija subspecializacije iz andrologije v Sloveniji

Certificiranje dela androloških laboratorijev po standardih SZO.

Aktivno vključevanje Slovenskega združenja za reproduktivno medicino v delo RSK za ginekologijo pri obravnavi problematike s področja reproduktivne medicine.

Organizacija programa diagnostike in zdravljenja neplodnosti po principu » one day clinic«.

Certificiranje usposobljenosti zdravnikov in certificiranje in/ali akreditacija oddelkov/klinik po mednarodnih standardih za področje reproduktivne medicine.

Prenos dela aktivnosti (ultrazvok, inseminacije) na sodelavce (medicinske sestre-babice) po zgledu centrov v tujini (Belgija, Nizozemska, Danska, Anglija ipd).

Določevanje in zagotavljanje pogojev za organizacijo starih in odpiranje novih samostojnih centrov za zdravljenje neplodnosti po standardih, ki veljajo v evropskem prostoru.

Zaključek

Nujno je potrebno uveljaviti strokovne standarde Evropskega združenja za humano reprodukcijo in embriologijo (ESHRE), ki zagotavljajo strokovno delo na področju reproduktivne medicine. (priloga 2)

Nacionalno strokovno združenje mora biti pobudnik razvoja reproduktivne medicine v Sloveniji.

Omogočiti je treba takšen razvoj reproduktivne medicine v Sloveniji, ki bo zagotavljal specializirano strokovno oskrbo na najvišji ravni za vse prebivalce Slovenije. To lahko dosežemo le z reorganizacijo obsega dela na obstoječih ginekoloških oddelkih (»one stop« ali one day« clinic) ali/in z organizacijo samostojnih centrov za zdravljenje neplodnosti.

Subspecializacija iz reproduktivne medicine mora biti pogoj za opravljanje dejavnosti.

V izvajanje nekaterih diagnostičnih (sonografija) in nekaterih terapevtskih posegov (inseminacije) bi bilo smotno vključiti tudi usposobljene medicinske sestre oz. tehnike.

Priloga 1. Hospitalizacije na ginekologiji zaradi operacij z neplodnostjo kot eno izmed diagnoz (N97)

Število histerosalpingografij (HSG)

59712-00 (hosp poseg)

32710 (ZK amb) - na IVZ ne spremljajo podakov po »Zeleni knjigi« (ZK)

Število postopkov 59712-00, kjer je ena izmed diagnoz N97

Vrsta bol obravnave	število postopkov
Dnevna obravnava	112
Obravnava z nočitvijo - hospitalizacija	28
Skupaj	140

Število diagnostičnih endoskopskih preiskav male medenice : 30390-00

Število postopkov 30390-00, kjer je ena izmed diagnoz N97

Vrsta bol obravnave	število postopkov
Dnevna obravnava	1
Obravnava z nočitvijo - hospitalizacija	177
Skupaj	178

Število diagnostičnih histeroskopskih preiskav : 35630-00

Število postopkov 35630-00, kjer je ena izmed diagnoz N97

Vrsta bol obravnave	število postopkov
Dnevna obravnava	6
Obravnava z nočitvijo - hospitalizacija	77
Skupaj	83

Število operacij na jajčnikih zaradi tubarnega vzroka neplodnosti (N97) to je blok 1248 do 1255 (izključene operacije zaradi GEU - O 00)

Število postopkov - blok 1248 - 1255, kjer je ena izmed diagnoz N97,

izključene so diagnoze O 00

Vrsta bol obravnave	število postopkov
Obravnava z nočitvijo - hospitalizacija	199

Število operacij na maternici (»Ekskizija lezije maternice«) Blok 1266

Število postopkov - blok 1266, kjer je ena izmed diagnoz N97

Vrsta bol obravnave	število postopkov
Obravnava z nočitvijo - hospitalizacija	30

Število operacij na maternici (»Incizijski poseg na maternici«) Blok 1262

Število postopkov - blok 1262, kjer je ena izmed diagnoz N97

Vrsta bol obravnave	število postopkov
Dnevna obravnava	3
Obravnava z nočitvijo - hospitalizacija	149
Skupaj	152

Število resekcij maternične pregrade: 35 623-01

Število postopkov 35623-01, kjer je ena izmed diagnoz N97

Vrsta bol obravnave	število postopkov
Dnevna obravnava	1
Obravnava z nočitvijo - hospitalizacija	143
Skupaj	144

Število operacij na jajčniku Blok 1240 do 1247 in število primerov vrtnja (»drilling«) jajčnikov 35637-08 in 35713-03 (Blok 1241)

Število postopkov - blok 1240 - 1247, kjer je ena izmed diagnoz N97

Vrsta bol obravnave	število postopkov
---------------------	-------------------

Dolgotrajna dnevna obravnava	8
Obravnava z nočitvijo - hospitalizacija	147
Skupaj	155

Število postopkov 35637-08 in 35713-03, kjer je ena izmed diagnoz N97

Vrsta bol obravnave	število postopkov
Obravnava z nočitvijo - hospitalizacija	59

Blok 986 Št. laparoskopskih razrešitev zarastlin v trebuhu (30393-00)

Število postopkov 30393-00, kjer je ena izmed diagnoz N97

Vrsta bol obravnave	število postopkov
Obravnava z nočitvijo - hospitalizacija	43

Zapleti z OBMP N98 (vsi)

Število hospitaliziranih zaradi težje stopnje sindroma ovarijske hiperstimulacije

N98.1

- vsi podatki

Glavna diagnoza	število primerov
N981 Hiperstimulacija jajčnikov	78

Dodatna diagnoza	število primerov
N981 Hiperstimulacija jajčnikov	40

Vir podatkov: Evidenca bolezni, ki zahteva zdravljenje v bolnišnici, IVZ 8.

Komentar : Glede na dostopne podatke o opravljenih posegih v dveh največjih ginekoloških oddelkih (Ljubljana in Maribor) je očitno, da podatki, ki jih lahko posreduje statistična pisarna IVZ, ne odražajo realne situacije. Npr. samo na oddelku v Mariboru so naredili v letu 2009 455 endoskop-

skih posegov. Na GK v Ljubljani so naredili 1946 endoskopskih posegov. Najverjetneje šifriranje storitev ni dovolj natančno in zato ne moremo dobiti števila opravljenih operativnih posegov v povezavi z diagnostiko in zdravljenjem neplodnosti.

Priloga 2. Smeri razvoja reproduktivne medicine v Evropi

Več kot štiri in pol milijone otrok je rojenih s pomočjo OBMP; danes so med njimi nekateri, ki so že sami starši. Letno se rodi 300.000 otrok spočetih z OBMP, od teh jih je več kot 60 odstotkov rojenih v Evropi. Zato v razvitih državah evropske skupnosti (Danska) pomeni delež tako spočetih otrok med vsemi otroci, ki so rojeni v državi, tudi pomemben demografski premik v številu novorojenih, še posebej na Danskem, kjer je bil po zadnjem poročilu evropskega registra postopkov OBMP (IUM) delež tako spočetih otrok 4,2%. V istem letu (leta 2008) je bilo v Sloveniji tako spočetih 3,4% otrok.

[/www.eshre.com/ESHRE/English/Data-collection-Consortia/European-IVF-Monitoring-EIM-/page.aspx/281](http://www.eshre.com/ESHRE/English/Data-collection-Consortia/European-IVF-Monitoring-EIM-/page.aspx/281).

Čeprav ni velikih demografskih študij, se zdi da problem neplodnosti pridobiva na pomenu tudi v mnogih nacionalnih zdravstvenih politikah. V naslednjem obdobju je realno pričakovati večje število neplodnih parov. K temu ne pripomore le pogostejši pojav vzrokov za neplodnost, kot so spolno prenosljive bolezni ali prekomerna telesna teža pri ženskah, ampak imajo velik vpliv tudi negativni vplivi okolja na plodnost, še posebej pri moških.

Čeprav je splošni vtis, da je prispevek metod oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP) na rodnost minimalen, pa je vendar po današnjih poznanjih vendar primerljiv z drugimi merami populacijske politike. To je razlog, da se metode OBMP ne smejo zanemariti in izključiti iz paketa ukrepov za reševanje tega problema.

v evropskem registru za metode OBMP, imajo tudi dobro organizirane centre za OBMP, ki sledijo predpisanim minimalnim standardom za klinični in laboratorijski del OBMP ter dobro definirane in nadzorovane mehanizme kontrole kakovosti in varnosti dela s celicami in zarodki v postopku OBMP. To področje je v Evropi urejeno s posebnimi direktivami (EU Tissue Directives), katerim je junija 2008 sledila tudi slovenska zakonodaja (Uradni list RS 70/2008). Ekonomski izračun pokaže, da se en evro vložen v postopke OBMP, kasneje družbi povrne s šestdesetimi evri.

V poročilih, ki jih je v preteklih petih letih objavil Evropski register za IVF (EIM) je Slovenija zasedala eno od petih mest po dostopnosti in uspešnosti OBMP (deležu otrok spočetih po OBMP med vsemi rojenimi) v družbi štirih skandinavskih držav. V letu 2008 je bila objavljena novica, da bo v naslednjem poročilu evropskega registra (za leto 2005), ki bo natisnjeno čez nekaj tednov, Slovenija postala evropska država, v kateri se rodi največji delež otrok spočetih z OBMP med vsemi rojenimi in bo letos na prvem mestu zamenjala Dansko. To sicer ne more obrniti negativnih demografskih trendov v pozitivno smer, vendar jih pomembno (za več kot polovico) zmanjša.

V februarju 2008 je parlament Evropske skupnosti (EU) sprejel dokument »Demographic future of Europe« v katerem je kazal na problem neplodnosti in potrebo po večji dostopnosti vseh oblik zdravljenja neplodnosti vključno z OBMP.

(<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P6-TA-2008-0066&language=EN&ring=A6-2008-0024>)

Za nas ginekologe sta pomembni predvsem dve točki tega dokumenta. Točka 25 in 26 v katerih se navaja tudi visoka pogostost neplodnosti v Evropi, zavoljo katere naj bi trpelo 15% parov. Zaradi tega v dokumentu pozivajo vse države članice, da omogočijo pravico do zdravljenja in dobro dostopnost do vseh metod zdravljenja ne glede na zakonski status para. To je bil motiv za odziv Evropskega združenja za humano reprodukcijo in embriologijo (European Society of Human Reproduction and Embryology – ESHRE), ki je junija 2008 izdelalo dokument (ESHRE position paper) »Good Clinical treatment in Assisted reproduction«, ki odraža stališča te največje evropske strokovne organizacije na področju reproduktivne medicine o problemu OBMP in minimalnih

standardih zdravljenja neplodnosti, ki bi jim bilo potrebno slediti v evropskih državah. Isti dokument so objavili v septembrski številki The Parliament magazine in z njim seznanili vse člane Evropskega parlamenta. Strokovni javnosti je verzija dokumenta dostopna tudi na spletni strani ESHRE.

<http://www.eshre.com/ESHRE/English/Legal-Matters-and-Guidelines/Guidelines/Good-clinical-treatment-position-paper/page.aspx/255>

Tudi z OBMP je tako kot vedno, kadar gre za problematiko vezano na reproduktivno medicino, želja po otroku najmočnejše človeško čustvo. Zato ni neobičajno, da pacienti pomoč pogosto iščejo tudi v tujini. Do sedaj ta pojav ni bil nikoli pravilno raziskan. Rezultate prve raziskave (v globalnem smislu) je letos objavil ESHRE (Cross border reproductive care study). V raziskavi je sodelovala tudi naša država, rezultati se nanašajo na leto 2008.

V Evropi je pomoč zaradi zdravljenja v tujini iskalo 30.000 parov. Iz Slovenije jih je bilo 130.

Iz naše države pomoč v tujini običajno iščejo pari, ki zaradi dolgih čakalnih dob za programe OBMP z darovanimi celicami poiščejo enostavnejšo rešitev v kateri od sosednjih držav, najpogosteje na Češkem. Tudi v našo državo prihaja veliko parov iz tujine. Podatki kažejo, da eno petino vseh postopkov OBMP v Sloveniji opravimo pri tujcih. V več kot 98 % odgovorov je najpogostejši motiv tujcev, ki poiščejo pomoč v Sloveniji, pričakovana boljša kakovost storitve

Organizacija ustanov za zdravljenje neplodnosti

Glede na podatke zbrane v Evropi z anketo Evropskega združenja za humano reprodukcijo in embriologijo (ESHRE), ESHRE Task force Management in infertility iz leta 2010, je organizacija centrov heterogena: javni zavodi (public hospitals and university hospitals) ali privatni zavodi ter (najpogosteje) specializirani centri, pogosto kot samostojni centri (outstanding centers).

V Evropi je število centrov za OBMP na število prebivalcev je v veliki večini držav v EU med 1center / 200.000 -500.000 prebivalcev. V državah kjer je število prebivalcev na center večje (npr. Nizozemska) je delo centrov organizirano po satelitskem sistemu (enemu centru z IVF laboratorijem gravitira 5 v centrov v razdalji do 50 km kjer opravljajo monitoring in punkcije foliklov).

Po podatkih ESHRE se letno rodi 300.000 otrok spočetih z OBMP. Število centrov se je v petih letih povečalo za 50%.

Izobraževanje (subspecializacijo s področja reproduktivne medicine) urejajo nacionalne zakonodaje. V evropskem prostoru je European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG) /ESHRE reproduktivno medicino prepoznal kot subspecializacijo, ki jo lahko opravijo ginekologi s specialističnim izpitom v dveh ali treh letih.

Praktična vrednost opravljenega izpita je možnost zaposlitve v centrih (oddelkih) za zdravljenje neplodnosti (večina članic EU) in je pogoj za vodenje specializiranih ustanov (centrov).

Nadzor

Zdravljenje neplodnosti uravnavajo navodila strokovnih nacionalnih združenj (Velika Britanija, Nemčija, Francija, Belgija, Češka, Španija ipd). Ta podrobno urejajo potek stopenjske diagnostike in terapije na podlagi s podatki podprte medicine (EBM).

Zdravljenje neplodnosti je v večini držav EU nadzorovano tudi s podatki, ki jih zberejo specializirani registri. To poteka praktično v vseh državah EU, je obvezno ter le izjemoma ni organizirano (Avstrija). Na ta način je zagotovljen nadzor nad uspešnostjo zdravljenja in njegova cenovna učinkovitost. Neoporečne podatke imajo le države kjer je organizirano »on-line« zbiranje podatkov v nacionalni register (Belgija, Nemčija, Velika Britanija, Švedska). Pogosto je le-ta povezan z drugimi bazami podatkov (perinatalni izid, zdravstveno zavarovanje ...), kot je to urejeno npr. na Švedskem, Danskem...

Za strokovni nadzor nad izvajanjem diagnostike in zdravljenja neplodnosti skrbijo nacionalna strokovna združenja. Ta pogosto niso le združenja zdravnikov ampak so zaradi izrazite interdisciplinarne narave reproduktivne medicine to strokovna združenja, ki združujejo ginekologe, androloge, embriologe, psihologe, pravnike, socialne delavce, medicinske sestre ipd. Strokovna združenja so tudi pobudniki za izdelavo strokovnih smernic za diagnostiko in zdravljenje.

ESHRE (www.eshre.eu) - največja strokovna organizacija, ki združuje strokovnjake na področju reproduktivne medicine v Evropi - je po svoji organizacijski shemi »nacionalno« združenje. Poleg strokovnih usmeritev na področju reproduktivne medicine s svojim izobraževalnim programom skrbi za edukacijo in certificiranje usposobljenosti embriologov in centrov oz. ustanov, v katerih je mogoče opraviti subspecializacijo iz reproduktivne medicine po evropskih standardih.

Je aktiven sogovornik EU pri kreiranju zdravstvene politike na tem področju. Na konferenci European Health Forum Gestein (ETGH) oktobra 2010; najbolj pomembni konferenci o zdravstvenem sistemu EU, je ESHRE predstavil poglede na razvoj medicinsko asistirane reprodukcije (medically assisted reproduction-MAR), ki je postal uraden naziv SZO za postopke zdravljenja z oploditvijo z biomedicinsko pomočjo (OBMP) v državah EU. Število centrov za MPO se je od leta 2006 do leta 2010 v Evropi povečalo z 482 na 1016, število ciklusov MPO v istem obdobju pa od 203.893 na 494.599.

Po uveljavitvi problematike neplodnosti v dokumentih Evropskega parlamenta je metoda zdravljenja neplodnosti z zunajtelesno oploditvijo doživela 4.10.2010 tudi priznanje znanstvene javnosti s podelitvijo Nobelove nagrade za medicino enemu od utemeljiteljev zdravljenja neplodnosti z IVF prof. Robertu Edwardsu.

7. Predlogi za reorganizacijo ginekološko-porodniške službe v Sloveniji – ambulantna služba

Damir Franič, Marija Ilijaš Koželj, Danilo Maurič

1. Opis sedanjega stanja

Delo na področju ginekologije in porodništva v Sloveniji je organizirano tako, da po zaključeni specializaciji ne omogoča ginekologom in porodničarjem, ki nadaljujejo svoje delo na primarni ravni (ambulantno delo), da bi se enakovredno vključili v nadaljno hospitalno obravnavno svojih pacientk.

Z visoko usposobljenimi izvajalci na primarni ravni in z dobro opremo ambulant smo v zadnjih 20-tih letih bistveno vplivali na izboljšanje kazalcev kakovosti reproduktivnega zdravja žensk v Sloveniji.

Nepripravljenost vodstev nekaterih ginekološko- porodniških oddelkov v Sloveniji, neurejena delovno-pravna zakonodaja, „nezavarovanje” v primeru strokovne napake, „neizpolnjevanje”, obveznega programa v ambulantah na primarni ravni, nasprotovanje direktorjev zdravstvenih domov- to so razlogi, ki niso dovoljevali ginekologom in porodničarjem s primarne ravni vključitev v hospitalno delo.

Po opravljenem specialističnem izpitu iz ginekologije in porodništva pa je „uspelo” le peščici „ambulantnih ginekologov”, da so se dogovorili za sodelovanje na sekundarni oziroma terciarni ravni (v večini primerov le dežurna služba).

Z uvedbo glavarinsko- količniškega sistema plačevanja storitev se je z leti izkazalo, da je delo ginekologov in porodničarjev na primarni ravni podcenjeno, večina zahtevnih posegov, ki jih opravljamo na primarni ravni pa je slabo ovrednotena.

Vrednotenje dela na ambulantni ravni je povsem zgrešeno, zastarelo, pavšalno – skratka neustrezno. Zaradi omejitev plačevanja storitev, nam je onemogočeno, da bi naše delo v ambulantah nadgradili z obravnavo neplodnosti, spolno prenosljivih okužb, prezgodnjo menopavzo, ...

Zaradi tega nam je onemogočeno, da bi lahko opravljali storitve, kot jih lahko opravljajo ginekologi in porodničarji po razvitih evropskih državah in po svetu, kjer se nekatere dejavnosti (diagnostične metode, manjši operativni posegi) zaradi racionalnosti in zniževanja stroškov umikajo iz bolnišnic v ambulante.

Glavarinski sistem je naravnan tako, da se ambulantni ginekolog utaplja v nerazumno visoki glavarini in je prisiljen v hitenje in nizanje sramotno nizko plačanih storitev.

Glavarinsko količniški sistem plačevanja dela ginekologa na primarni ravni:

Ginekološki dispanzerji pridobivajo prihodek na dva načina:

- z “glavarino”,
- s storitvami.

“Glavarina” predstavlja polovico prihodka. Na osnovi števila opredeljenih zavarovanih žensk se na enak način kot v splošnih ambulantah izračunajo količniki za glavarino. Ker si vse ženske še niso izbrale osebnega ginekologa, se količniki iz glavarine pri vsakem nosilcu popravijo navzgor, tako da so razporejeni vsi možni količniki. Cena količnika za glavarino je po vsej Sloveniji enaka. Starostni razredi zavarovanih žensk za izračun glavarine so prikazani v tabeli 3. Na glavarino vplivajo tudi

nosečnice, ki na količnik starostnega razreda prinesejo še dodatna 2,2 količnika. Količniki iz glavarine še neopredeljenih žensk se razdelijo med ginekologe v odstotku količnikov iz dejansko opredeljenih žensk.

Število količnikov iz glavarine glede na starostno strukturo opredeljenih zavarovanih žensk v ginekoloških dispanzerjih: za starost od 13 do 19 let je število količnikov 0,20, od 20 do 39 let je število količnikov 0,55, od 40 do 64 let je število količnikov 0,26. 65 in več let je število količnikov 0,17, dodatni količnik za nosečnice je 2,20.

Glavarinski količniki, ki temeljijo na starostni strukturi, niso enaki za vse izvajalce (družinski zdravniki, pediatri, šolski zdravniki, ginekologi). Najmanj ugodno je vrednotenje glavarinskih količnikov za ginekologijo na primarni ravni.

Število količnikov iz glavarine glede na starostno strukturo opredeljenih zavarovanih oseb v otroških in šolskih dispanzerjih ter v splošni medicini: starost v letih pod 1 je število količnikov 3,00, od 1 do 6 let, število količnikov 1,90, od 7 do 18 let, število količnikov 0,88, od 19 do 49 let, število količnikov 0,84, od 50 do 64 let, število količnikov 1,40, od 65 do 74 let, število količnikov 2,20, od 75 let in več, število količnikov 3,00.

Dodatni količniki glede na zahtevnost obravnave pri pregledu zavarovanih oseb v otroških in šolskih dispanzerjih ter v splošni medicini: populacijska skupina pod 1 leto, dodatni količnik 1,00, 1 do 3 let, dodatni količnik 0,75, 4 do 18 let, dodatni količnik 0,50, od 65 do 74 let, dodatni količnik 1,00, 75 in več let, invalidi z 70 % in večjo prizadetostjo, dodatni količnik 2,00.

Primarna naloga vseh ginekologov in porodničarjev v Sloveniji je, da ponovno ovrednotimo naše delo in ga vsaj deloma približamo državam iz EU, s katerimi se primerjamo (skandinavske države, Avstrija - priloga 1).

2. Dosedanje aktivnosti na področju reproduktivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni

Ustanovitev Združenje za ambulantno ginekologijo- SZD (ZAG-SZD). Na pobudo ZAG je Razširjen strokovni kolegij za ginekologijo in porodništvo sprejel sklep: "da je 4000 opredeljenih žensk na ginekologa strokovno utemeljen in zagotavlja kakovostno izvajanje zdravstvenega varstva žensk na primarni ravni na osnovi postopkov, ki so dokazani z medicinsko znanostjo".

Pri tem sta nas uradno podprla tudi Zdravniška zbornica Slovenije in Slovensko zdravniško društvo.

V letu 2009 je ZAG-SZD pripravil časovne normative za vrste pregledov in storitev v ginekološki ambulanti na primarni ravni. Časovne normative sta potrdila RSK za ginekologijo in porodništvo ter Slovensko zdravniško društvo.

Oba sklepa sta bila posredovana Ministrstvu za zdravje.

V letu 2009 je ZAG-SZD pripravil Predlog temeljnega strokovnega izračuna normativa za specialista ginekologije in porodništva na primarni ravni. Predlog smo posredovali Ministrstvu za zdravje, Zdravniški zbornici Slovenije in Fidesu.

Nekaj pomembnih sklepov skupščin ZAG-SZD:

Sklep Skupščine Združenja za ambulantno ginekologijo –SZD o vključevanju ginekologov v delo na sekundarni oz. terciarni ravni je :« Dokler bo tako sodelovanje prostovoljno ter organizacijsko, administrativno in finančno urejeno, ga je potrebno omogočiti vsem, ki to želijo, so zanj usposobljeni in nanj pripravljeni.

Sklep Skupščine Združenja za ambulantno ginekologijo –SZD o prenosu nekaterih del na diplomirane babice oziroma diplomirane medicinske sestre: V primeru opravljanja nekaterih storitev (jemanje PAP brisov, vodenje nosečnosti) morajo diplomirane medicinske sestre oziroma babice skleniti koncesijske pogodbe, delo izvajati samostojno in za to prevzeti tudi odgovornost.*

Sklep Skupščine Združenja za ambulantno ginekologijo –SZD: Kakršna koli sprememba, pristop k delu in zaposlenih, prenos odgovornosti znotraj ambulant, mora biti sprejeta in potrjena s strani nosilcev ambulantne dejavnosti v ginekologiji. Le ti so strokovno, moralno, materialno in kazensko odgovorni za delo v ambulanti

3. Uveljavljanje navodil za izvajanje preventivnih programov za varovanje reproduktivnega zdravja na primarni ravni (2001)

Navodila (Pravilnik) za izvajanje preventivnih programov reproduktivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni so opredeljena (UL 2001, 2002):

- načrtovanje družine, svetovanje KC, SPO, neplodnost
- predporodno varstvo v nosečnosti
- aktivno presejanje raka materničnega vratu (ZORA)
- zgodnje odkrivanje raka dojk
- obravnave žensk v peri- in postmenopavzi

Dosledno upoštevanje navodil na primarni ravni, je izboljšalo kazalce kakovosti reproduktivnega zdravja:

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| • 1. obiski v posvetovalnicah | 99,7 % |
| • rojevanje v porodnišnicah | 99,0 % |
| • perinatalna umrljivost | 3,9 |
| • neonatalna umrljivost | 2,8 |
| • maternalna umrljivost | 15,1 |
| • zmanjšanje splavnosti | 5,8 |
| • zmanjšanje incidence RMV | 12,6 (RMV=rak materničnega vratu) |
| • stopnja napotitve v bolnišnico | 2,3 % |

Vir podatkov: IVZ Zdravstveni statistični letopis 2007, Register raka DP ZORA

Po podatkih Zdravniške zbornice Slovenije opravlja dejavnost reproduktivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni 111 specialistk oz specialistov ginekologije in porodništva.

Starostna struktura ginekologov na primarni ravni je zelo neugodna. Polovica ginekologov je starejših od 50 let, mlajših od 35 let je le 2 (dva) odstotka.

Skrb zbujajoča sta podatka, da se bo do leta 2014 upokojilo 27, 03 % ginekologov ter premajhno število novih specializacij.

4. Zaključek in predlogi

Pooenotenje vseh ravni ginekologije in porodništva v Sloveniji in ne več delitev na primarno, sekundarno in terciarno raven.

Omogočiti ginekologu, da bo lahko opravljal manjše diagnostične, operativne in terapevtske postopke, ki jih zna, je zanj usposobljen in ima za to ustrezno opremo, v sorazmernem deležu po pogodbi sklenjeno z Zavodom za zdravstveno varstvo.

Ambulantni ginekologi naj se enakopravno vključijo v delo na vseh treh ravneh.

Nekatere preventivne dejavnosti (vodenje nosečnic in ZORA program) se prenese na diplomirane medicinske sestre oziroma diplomirane babice, ki samostojno z licenco in koncesijo opravljajo dela v »dnevni centrih za načrtovanje družine« in odgovarjajo za izvedbo in rezultate svojega dela.

Sklepanje individualnih pogodb za vse slovenske ginekologe in porodničarje glede na obseg in vsebino dela, ki ga posamezni ginekolog opravlja.

Ponovno se ovrednoti delo ambulantnega ginekologa, ki bo enako za vse ambulantne preglede ne glede, kje se izvajajo. Plačilo mora biti po opravljenem delu in ne v pavšalu.

Sodobna (nova) organizacijska shema bo omogočila prihranek v zdravstveni blagajni, ker bi ob istem številu slovenskih ginekologov bilo opravljeno več kakovostnega dela.

Predlogi za reorganizacijo ginekološko-porodniške službe v Sloveniji – ambulantna služba - Priloga 1:

Za primerjavo-

razširjen ginekološki pregled, ki ga ZZZS prizna ginekologu v Sloveniji znaša 8,43€ (pregled v spekulih, bimanualni pregled in odvzem PAPA brisa).

PAP test ZZZS plača še dodatnih 7,97€ kot LZM.

Ta isti pregled brez PAPA brisa stane na Finskem 60-100€ (nekdo ki ima doktorat znanosti ima drugače ovrednoten pregled kot specialist začetnik) + 35-40€ za PAP test, vaginalni UZ je nadaljnih 90€ (v Sloveniji pa 9,76€). Torej toliko pacientka plača ko pride zdravniku na pregled. Zdravnik ji izstavi račun in ji finska zdravstvena zavarovalnica vrne 40%.

Kolposkopija je v Sloveniji plačana 8,98 € + ciljana biopsija 8,98€, + 16,74 točk za HP (41,51€)= skupaj 59,47€.

Na Finskem ta poseg skupaj z HP pride 300€.*

Drugače je pa za presejalne nacionalne programe, kot so recimo naši (ZORA, DORA, SVIT), ki so za bolnika povsem brezplačni, vendar država za to odobri dodaten denar in je zdravnik za to posebej plačan. Ne pa, kot v Sloveniji, kjer se ambulantnim ginekologom in medicinskim sestram naloži ZORA program kot dodatno delo, ki ga sicer država posebej plača, ambulantni ginekolog pa ima „čast“ to izvajati v okvirju svojega programa kot novo zadolžitev, za katero ne dobi nič več denarja. Ali pa novi „triažni HPV test“ ! Vsi bodo dobili denar; laboratoriji, dobavitelji, ZZZS, ginekologom pa to naložimo kot novo delo, ki je „že zajeto v neki kurativi“. Še srečni smo lahko, da nam pokrijejo LZM, čeprav je tudi ta skrit med množico ostalih stvari, ki jih itak posamezni ginekolog ne more ustrezno kontrolirati.

*Podatke je posredoval prof. dr. Pekka Nieminen dr. med. iz Helsinkija

V Avstriji državna zdravstvena zavarovalnica plača ženski ki ima osnovno zavarovanje od 38-40€ za ginekološki pregled (ženska plača direktno ginekologu, zavarovalnica ji povrne stroške ob predložitvi računa). Pacientka se lahko odloči za pregled tudi pri ginekologu zasebniku brez koncesije kjer je pregled nekoliko dražji, vendar ji zavarovalnica povrne toliko denarja kolikor bi plačala v koncesijski ambulanti.

UZ pregled (ginekološki in porodniški) je plačan 20 €, morfologija ploda je povsem samoplačniška, biopsija porcije + minimalna abrazija CK=100 € .PAPA bris je 18 € in ga poravna zavarovalnica direktno citološkem laboratoriju.

Skratka, naš sistem plačila je povsem neprimerljiv z sistemom, ki je v ostalih državah EU. Cene so pa tako sramotno nizke, da argumentirano odražajo sedanje stanje v zdravstvu in kažejo, kakšen odnos ima naša država do zdravniškega dela in še posebej do dela ambulantnega ginekologa oz. ginekološkega tima na primarni ravni. Ob nalaganju vedno novih zadolžitev, ob neskončnem trendu dvigovanja glavarine in nabiranju količnikov, pojasnitveni dolžnosti, zdravstveno-prosvetnem delu, enormnem administrativnem delu; ob hkratnih zahtevah po kratkih čakalnih dobah, elektronskem naročanju in dosegljivosti po telefonu ves čas dela ambulante, so odločevalci zdravstvene politike, brez vsake razprave in argumentov, črtali pol diplomirane medicinske sestre iz tima ambulantne ginekologije.

Le kaj neki bi porekle prebivalke Slovenije, če bi izvedele, da je njihovo reproduktivno zdravje pri nas vredno celo od 5-10 krat manj, kot je vredno reproduktivno zdravje žensk v drugih državah EU?

8. Ugotovitve in predlogi

Ugotovitve stanja na področju ambulantnega in hospitalnega dela in organizacije dežurne službe

1. Povprečen strošek specializacije iz ginekologije in porodništva za enega specializanta vključeno s specialističnim izpitom je 236.438,50 EUR
2. Po številu ginekologov na 100.000 prebivalcev (16) smo v Sloveniji v evropskem povprečju.
3. Po številu specializantov (60=18%) sodimo v Sloveniji med prve tri države v Evropi.
4. Po sedanji organizaciji dela je ob upoštevanju veljavne zakonodaje organizacija dežurne službe na področju ginekologije in porodništva izjemno težko izvedljiva.
5. Vključevanje ginekologov primarne ravni v hospitalno delo ovira neurejena delovno-pravna zakonodaja, nepripravljenost vodstev ginekološko porodniških oddelkov in neurejeno zavarovanje izvajalcev dejavnosti.
6. Vrednotenje ambulantnega dela je podcenjeno, glavarinski količniki za ginekologijo primarne ravni so najnižje vrednoteni v primerjavi z delom drugih specialistov.
7. Statistična analiza podatkov o opravljenih posegih, ki jih je izdelal IBMI po naročilu MZ in ZZZS je po strokovni oceni nezanesljiva in ne kaže realnega stanja. Podatki zbrani iz Nacionalnega perinatalnega informacijskega sistema kažejo na velike razlike v številu opravljenih posegov na zdravnika med posameznimi porodničnicami.

Predlogi za spremembe na področju ambulantnega in hospitalnega dela in organizacije dežurne službe

1. Realizacija reorganizacije ginekološko porodniške službe v RS Slovenija bo možna le, če bo financiranje in organizacijo dela vseh ravni prevzelo MZ.
2. Vzpostavitev regijskih triažnih centrov, v katerih bi dežurali vsi specialisti določene regije po razporedu. Opravljali bi osnove diagnostično- terapevtske ukrepe in usmerjali varovanke. Bolnišnični zdravnik ginekolog bi bil v pripravljenosti.
3. Opustitev delitve ginekologov in porodničarjev v ambulantne in hospitalne
4. Plačilo po opravljenem delu
5. Potrebna je ponovna, natančna analiza ocene opravljenih posegov na zdravnika v bolnišnicah
6. Upoštevati je treba predlog o minimalnem številu kirurških posegov v bolnišnici, kar omogoča varno delo in možnost učenja.

Ugotovitve stanja na področju porodništva

1. Število porodov v 14 slovenskih porodničnicah zelo varira, kadrovske, prostorske potrebe in oprema pa morajo biti zagotovljene tudi za tiste porodniške oddelke, ki imajo manj kot dva poroda na dan.
2. Porodnišnice na sekundarni ravni naj bi imele najmanj 1000 porodov letno, optimalno 1500-1700 porodov letno (>3/dan). Ob tej frekvenci porodov je omogočena zadostna raznolikost poteka

poroda, kar zagotavlja strokovnost, izkušnost, s tem pa tudi varnost porodnic in možnosti za učenje.

Predlogi za spremembe na področju porodništva

1. Organizacija in koordinacija združevanja ginekološko - porodniških oddelkov in prestrukturiranje vsebine dela naj poteka na sekundarni ravni.
2. Mesto poroda naj ostanejo porodniški oddelki bolnišnic, v katerih je mogoče uvesti samostojno babiško enoto.

Ugotovitve stanja babištva v Sloveniji

1. V registru izvajalcev babiške nege je v Zbornici registrirano 690 babic, od tega 200 diplomiranih babic. Poteka podeljevanje licence za opravljanje dejavnosti.

Babice v Sloveniji so le redko zaposlene v dispanzerjih za ženske, kjer bi opravljale svetovanje in skrbele za nosečnice. Opazen je očiten razkorak med kompetencami babic v Sloveniji in drugih državah EU.

2. Navodila o spremembah in dopolnitvah, navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur. l. 33/2003) določajo, da pet (od desetih) sistematičnih preventivnih pregledov v nosečnosti opravi diplomirana babica ali pa za samostojno delo izobražena diplomirana medicinska sestra. ZZZS od sprejema teh navodil naprej pet sistematičnih pregledov v nosečnosti finančno vrednoti kot delo babice (količnik 1,1) (Navodila iz leta 2003 niso v skladu z Zakonom o zdravniški službi).

RSK za ginekologijo in porodništvo je svoje stališče v zvezi s to problematiko ponovno obravnaval na zahtevo MZ 10.2.2004 in ponovno sprejel stališče, da se del preventivnega programa zdravstvenega varstva žensk prenese na babice. Pobuda ni bila realizirana zaradi nezainteresiranosti izvršnih organov oblasti. RSK za ginekologijo in porodništvo je 6.11.2009 v zvezi s to problematiko ponovno obravnaval zahtevo MZ in sprejel stališče, da "RSK ocenjuje, da v sedanji organizaciji dela ginekološko porodniške službe ni mogoče, da nekatere manj zahtevne delovne naloge zdravnika specialista ginekologije in porodništva opravljajo diplomirane babice ali diplomirane medicinske sestre oziroma diplomirani zdravstveniki. Zato je treba pripraviti natančna izhodišča za delo".

Predlogi za spremembe stanja babištva v Sloveniji

1. Predlagamo uvedbo priporočil NICE (postnatal care) in izvajanje evropske direktive 2005/36//EG, ki opredeljuje prenos določenih kompetenc iz zdravnika na babico.

Ugotovitev stanja reproduktivne medicine

1. Na področju reproduktivne medicine ni nacionalnih smernic za diagnostiko in zdravljenje neplodnosti, ni certificiranja znanja in ni programa subspecializacije iz reproduktivne medicine.

Predlogi za spremembe reproduktivne medicine

1. Ginekologi primarne ravni se aktivneje vključujejo v diagnostiko in terapijo neplodnosti po nacionalnih smernicah, za kar je nujna nova finančna shema plačevanja storitev na primarni ravni.
2. Dejavnost zdravljenja neplodnosti na ginekoloških oddelkih sekundarne ravni se organizira po principu enodnevnih klinik (one stop clinic), kjer se celotna diagnostična obravnava neplodnega para (vključno z endoskopsko diagnostiko) opravi v enem dnevu.
3. Centri za OBMP so samostojne organizacijske enote v sestavi univerzitetnih ustanov, splošnih bolnišnic ali pa so samostojni javni zavod.
4. Analiza cenovne učinkovitosti OBMP v slovenskih centrih naj bo osnova za pripravo sprememb financiranja OBMP in varčevalnih ukrepov na tem področju.

Dodatni predlog

V oceno predloga reorganizacije ginekološko - porodniške dejavnosti v Sloveniji naj se vključijo tudi predstavniki civilne družbe.