

8. Wilson A, Parker H, Wynn A, et al. Randomised controlled trial of effectiveness of Leicester hospital at home scheme compared with hospital care. *BMJ* 1999; 319: 1542–6.
9. Fortin M, Bravo G, Hudon C, et al. Multimorbidity Among Adults Seen in Family practice. *Annals of Family Medicine* 2005; 3: 223–8.
10. Demografska statistika. Dostopno na URL: <http://www.stat.si>.
11. Kersnik J. Oskrba na domu. In: Premik M, ed. Zbornik strokovnega posveta. Oskrba na domu. Ljubljana: Inštitut za socialno medicino Medicinske fakultete 1997: 7–15.
12. Vodopivec-Jamšek V. Sporazumevanje med zdravnikom in družino na hišnem obisku. In: Kersnik J, ed. Zdravnikovo delo izven ambulate. 18. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2001: 33–42.
13. Klemen P, Štefek G. Meritve na terenu. In: Kersnik J, ed. Zdravnikovo delo izven ambulate. 18. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2001: 103–7.

VIZIJE PEDIATRA NA PRIMARNI RAVNI ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Martin Bigec, Vesna Plevnik-Vodušek

Uvod

Ker je predvidena reforma zdravstvenega sistema primarnega zdravstvenega varstva naravnana predvsem v najbolj občutljivo točko sistema: lastništvo oziroma status javnih podjetij lahko pričakujemo, da se bo s spremembo njihovega statusa ob nepripravljenih vsebinskih, kadrovskih in strokovnih rešitvah zamajal trenutni sistem vrednot in s tem kazalci zdravstvenega stanja otroške in mladinske populacije. Z nepremišljenimi koraki in ukrepi se lahko poruši sistem, ki se je 80 let izgrajeval in v tem času dosegel rezultate, ki v marsičem presegajo evropske.

Model družinskega zdravnika ni edini model primarnega stika v Evropi oziroma po svetu. Sistema se po našem mnenju ne da kopirati ali prenesti iz enega okolja v drugega, lahko se le postopno izgradi z upoštevanjem vseh posebnosti in navad nekega naroda oziroma družbe.

Kratka zgodovina razvoja otroškega zdravstvenega sistema v Sloveniji

Odločilno vlogo za razvoj pediatrije v Sloveniji ima prvi slovenski pediater profesor Bogdan Derč, ki se je leta 1906 vrnil iz Gradca v Ljubljano. Prvo plačano službeno mesto je dobil pri Okrajni bolniški blagajni v Št. Vidu nad Ljubljano, kjer je osnoval prvi Slovenski ambulatorij za otroke. Tak ambulatorij je osnoval tudi v ljubljanskem Mestnem domu; ta je posloval le eno uro dnevno v prostorih ordinacije za mestne reveže. V tistih časih ni bilo zdravstvenega zavarovanja za družinske člane delavcev, zato so Derčevo ordinacijo obiskovale predvsem revne matere, ki so namesto plenice za dojenčke uporabljale strgane cunje iz svojih spodnjih kril (1).

Andrija Štampar, načelnik Higienškega oddelka pri ministrstvu za zdravje v Beogradu, je leta 1922 poslal v Ljubljano dr. Matijo Ambrožiča. Ta je z odločbo Ministrstva za narodovo zdravje 1923. leta postal predstojnik novo ustanovljenega Zavoda za socialno-higiensko zaščito dece v Ljubljani, ki so ga leta 1928 preimenovali v Zavod za zdravstveno zaščito mater in otrok. Ambrožič je v okviru zavoda najprej organiziral otroški dispanzer, ki je začel delovati 9. julija 1923. Do konca istega leta je v njem obravnaval 522 otrok v starosti do 14 let in je pri njih opravil 1434 zdravniških pregledov. Kot pododdelek tega dispanzerja pa je osnoval posvetovalnico za matere dojenčkov in majhnih otrok.

Naenkrat o vprašanju dispanzerjev govori toliko različnih ljudi, da je prav čudno, zakaj nenadoma toliko vetra, prej pa so

desetletja ustvarjali, delali, gradili in strokovno izpopolnjevali, ne da bi se kdor koli zanimal za to področje. Republiške strokovne institucije so marsikdaj zviška gledale na »dispanzerce« kot na rutinerje, uradnike za pisanje napotnic ali celo kot na strokovno kompromitirane profile, češ, za bolnišnico nisi dovolj dober, si pač v dispanzerju. Da ne govorimo o normativih, ki so za doseganje strokovnega dela na specialistični ravni dobesedno nerazumni ali celo nečloveški.

Koliko različnih teorij smo že slišali o dispanzerjih v prihodnosti, da nam je kar nerodno pogledati v zgodovino, s kakšno ljubeznijo so nastajali in s kakšno požrtvovalnostjo so bili grajeni. Skoraj vse so zgradili ljudje sami s samoprispevki. Po drugi strani nam ob srečanjih s tujimi eminentnimi strokovnjaki vedno postane nerodno zaradi naše skromnosti. Tega, kar nam drugi čestitajo za izreden dosežek na področju socialne pediatrije in zunaj bolnišničnega zdravstvenega varstva otrok, nas je včasih, ko se peljemo v našo prestolnico, že skoraj malo sram. Prvič, niso nam še pri dnevni svetlobi predstavili nasprotnikov sedanjega sistema dispanzerske dejavnosti v Sloveniji, drugič, nismo še konkretno slišali, kaj v tem sedanjem sistemu ni dobro, in tretjič, nismo se še na nobeni ravni soočili s predlogi za novo organizacijo, strokovno doktrino ali metodo dela na primarni zdravstveni ravni.

Evropska stališča o organizaciji primarnega zdravstvenega varstva otrok

Nacionalna pediatrična združenja in druge organizacije na področju otroškega in mladostniškega zdravstvenega varstva morajo nenehno opozarjati in svariti zdravstveno administracijo, odgovorna ministrstva, zdravstvene odbore v skupščini in vlado, da je dolžnost države in pravica njenih državljanov do takšnega zdravstvenega varstva otrok in mladine, ki zagotavlja pediatri/pediatrinjo na vseh treh ravneh. Še zlasti pomembno je zagotavljanje pediatri na primarni ravni, kajti izkušnje iz preteklosti v nekaterih evropskih državah, kjer ni bilo zagotovljenega primarnega varstva otrok in mladine s strani pediatrične službe, pač pa splošne ali družinske medicine (npr. Velika Britanija, Nizozemska, kjer pa so se stvari v zadnjih letih precej izboljšale), ali pa v tistih državah, kjer so začeli opuščati primarno pediatrično zdravstveno varstvo (npr. Poljska, Slovaška, Estonija, Francija), so pokazale katastrofalne rezultate. Takšna zdravstvena politika je izrazito kratkoročna in prinaša morda trenutne možnosti za prihranek denarja v zdravstvu in morda napolnitev državne blagajne, dolgoročne negativne posledice takšnega vodenja zdravstvenega varstva pa so obsežne in nepopravljive. Podrejo se osnovni temelji javnega zdravja otrok in mladine, zmanjša se precepljenost, osnovna načela zdravljenja se zanemarjajo, struktura usmerjanja in napotitev otrok in mladine se povsem podre in v terciarno obdelavo se pošiljajo bolniki, ki tega sploh ne potrebujejo, oziroma se krati pravica tistim, ki bi jo nujno morali biti deležni, poveča se število pritožb v medijih, ministrstvu in varuhu človekovih pravic in končno se pojavijo (najprej posamični, potem pa vedno pogostejši) primeri hudih napak in zmot, zgolj zaradi nepoznavanja opozorilnih simptomov in znakov. Ministrstvo za zdravje in odgovorne službe moramo zato javno opozoriti, da s takšno nespametno zdravstveno politiko prevzemajo odgovornost za vse morebitne prej opisane posledice na svoja pleča.

Pediatrija namreč pomeni zdravstveno varstvo otrok in mladine, in to nikakor ni interna medicina za otroke, temveč vključuje tudi prepoznavanje in poznavanje osnovnih načel vseh možnih kirurških stanj (ne pa tudi obvladovanja kirurških tehnik), duševnega zdravja otrok in mladine, dermatoloških stanj, bolezni s področja ORL, ortopedskih težav in predvsem javnega zdravja. Vedno je nujni sestavni del pediatrije tudi zdravstveno varstvo mladostnikov in mladostnic. Po-

udarek je tako na zdravstvenem varstvu dolgotrajnih in kroničnih stanj in motenj, kot tudi na akutnih, in takoj ter zlahka (pediatričnemu očesu) prepoznavnih stanj, na preventivi in kurativi, poznavanju epidemiologije, statističnih načel in osnovnih načel dobre klinične prakse, preizkušanja zdravil in etike na področju perinatologije, pediatrije in mladostniške medicine.

Iz tega sledi, da mora pouk temeljiti na dobro pripravljenem *skupnem debli* za primarno, sekundarno in terciarno raven skupaj, ki naj traja od dveh do treh let in naj bo usklajen z nacionalnimi posebnostmi specializacij (ne more pa biti krajši od tega časa ali prilagojen drugim profilom, ki bi želeli pridobiti delno znanje na področju pediatrije). V teh zgodnjih letih specializacije mora biti poudarek predvsem na splošnih pediatričnih zdravstvenih problemih in manj na hospitalni obravnavi.

V vseh evropskih državah je zato treba stremeti k temu, da se v primarno zdravstveno varstvo otrok in mladine vključujejo zgolj pediatri in pediatriinje, lahko pa se združujeta primarna in sekundarna raven v centre, kjer bi to pomenilo bolj smotno finančno učinkovitost ali je premalo osebja za zagotavljanje učinkovitega zdravstvenega varstva otrok in mladine na eni ali drugi ravni. CESP pozdravlja ustanavljanje tovrstnih centrov, ponovno pa svari pred reševanjem težav na kateri koli drug način, ki ne bi zagotavljal pediatrične oskrbe na primarni ravni zdravstvenega varstva otrok in mladine (2).

Srečanje ambulantnih pediatrov v Milanu je namenjeno aktualnim vprašanjem pediatrov v Evropi, zlasti kako specialistično zdravstveno varstvo čim bolj približati otroku. Namen srečanja je nasloviti na vse vlade evropskih držav, da prilagodijo in reorganizirajo zdravstvene sisteme tako, da bodo otroci lahko imeli neposredni dostop do pediatra (3).

Še širše in globlje so potrebo otrok in mladostnic ter mladostnikov izrazili pediatri Evrope in tudi od drugih delov sveta na letnem srečanju Evropskega združenja za socialno pediatrijo (ESSOP 2005, Šibenik, Hrvaška).

Regionalna strategija za zdravje otrok in adolescentov Svetovne zdravstvene organizacije – Evropska regija. V Evropski uniji ne obstaja enoten model zdravstvenega sistema. Upoštevajo se posebnosti vsake države, njene politične ureditve, ekonomsko-socialne zmožnosti ter kulturne in druge posebnosti. Obstajajo sicer enotna priporočila oziroma izhodišča in eno od teh je, da naj bi otroci in mladostniki uživali najboljše možno obliko in stopnjo zdravstvenih pravic, kar jih premore posamezna država. Skupni cilj mora biti, da mladi dosežejo najvišjo možno raven zdravja v luči sedanjega znanja in možnih sredstev. Namen je spodbuditi zdravo rast in razvoj in zmanjšati obolevnost in smrtnost ne samo med otroki in adolescenti, ampak tudi med odraslimi v kasnejših obdobjih življenja. Današnje vlaganje v zdrav razvoj mladih bo zanesljivo prispevalo k boljšemu gospodarjenju jutri.

Svetovna zdravstvena organizacija – Štiri temeljna strateška izhodišča:

Pristop k zdravju glede na življenjsko obdobje. V pristopih in programih morajo biti poudarjeni vidiki zdravja v posameznih življenjskih obdobjih od prenatalnega življenja do adolescence.

Pravičnost. Pri ocenjevanju zdravstvenega stanja in oblikovanju pristopa in načrtovanju ukrepov moramo eksplicitno upoštevati potrebe tistih, ki so v najbolj neugodnem položaju.

Medinstitucijska dejavnost. Vse institucije v sklopu javnega zdravja morajo sprejeti iste programe in izhodišča pri oblikovanju pristopov in programov za izboljšanje zdravja otrok in adolescentov.

Soudeležba. Javnost in mladi ljudje naj bi bili vključeni v planiranje, nastajanje aktov in spremljanje izvajanja dejavnosti.

Svetovna zdravstvena organizacija – Sedem prednostnih področij delovanja v Evropi

Matere in novorojenčki. Zdravje in razvoj otroka so povezani z zdravjem matere, prehranjenostjo in dostopnostjo zdravstvene oskrbe za njeno reproduktivno zdravje (antenatalna skrb, rojevanje in prvi tedni po porodu) so bistvenega pomena za optimalni razvoj in zdravje od rojstva do adolescence in odrasle dobe. Čeprav matere in dojenčki uživajo visok standard družbene skrbi v nekaj evropskih deželah, veliko pa je še potrebno narediti za zagotavljanje optimalne zdravstvene skrbi mater in dojenčkov v najrevnejših državah evropske regije, a tudi za najbolj ranljive skupine v bogatejših deželah.

Prehrana. Dobra prehrana je osnova za zdrav otrokov razvoj. Pomanjkljiva in nezadostna prehrana pripelje do t. i. *bolnega – zdravja* (Ill Health), kar povzroči poslabšanje prehranskega statusa. Čeprav so učinki podhranjenosti omejeni na dojenčke in male otroke najrevnejših dežel, je zaradi nezdrave prehrane povečana skrb tudi v vseh evropskih deželah, ker vodi do debelosti v šolski dobi otrok in povišanega tveganja za srčno-žilne in druge sistemske bolezni kasneje v življenju. Problem čezmerne teže in debelost med otroki je v naglem porastu v mnogih delih evropske regije.

Prenosljive bolezni. Povzročitelje smrti, kot so akutne respiratorne infekcije (ARI), driska in TB, lahko preprečimo v večini primerov in ozdravimo. Kljub temu še vedno predstavljajo pomembne vzroke mortalitete v nekaterih državah evropske regije. Bolezni, ki jih preprečujemo s cepljenjem, so v glavnem dobro nadzorovane razen nekaterih, kot so na primer ošpice, ki so še nezadostno cepljene v številnih državah, vključno z zahodno Evropo. Spolno prenosljive infekcije so v porastu v mnogih državah članicah. HIV/AIDS je resna urgentna grožnja na vzhodu evropske regije.

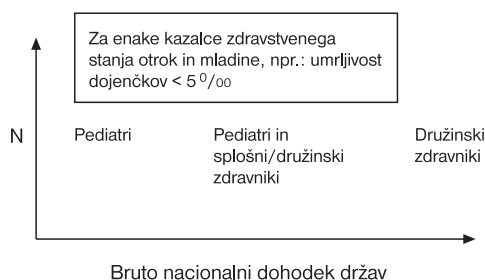
Poškodbe in nasilje. Pogosto so v ranljivih skupinah poškodbe in nasilje resno breme za otrokovo in adolescentovo zdravje v gotovo vseh deželah regije. Poškodbe v otroštvu in adolescentnem obdobju imajo visoko tveganje dolgoročnih telesnih posledic in psihosocialne škode. Breme uličnih poškodb in domačega nasilja so še posebej visoki, kljub vsemu se še vedno premalo ukrepa in napravi v smislu organiziranega preprečevanja in rehabilitacije.

Fizično okolje. Otroci so posebej dovzetni za pomanjkanje zadostnega vira vode, higiene in sanitarij. Bivalno okolje in okoliš, kjer otroci prebivajo, je še posebej pomembno v prenatalnem obdobju in v zgodnjem otroškem obdobju, ko so otroci še posebno ranljivi. Ženske v reproduktivnem obdobju so posebno izpostavljene. Članice Unije so nedavno ustanovile Komisijo za posebne dejavnosti na tem področju s sprejemom Plana zaščite okolja in zdravja otrok za Evropo, ki ga je sedaj potrebno izvajati.

Zdravje adolescence. Za obdobje adolescencije je značilno raziskovanje, včasih tvegano vedenje. V času tega razvojnega obdobja se oblikuje življenjski slog, ki lahko vpliva na celotno življenje. Zelo majhno število dežel je sprejelo strategije, ki se ukvarjajo s splošnim zdravjem adolescence in nudijo adolescentu prijazno zdravstveno oskrbo. Na adolescente se še vedno gleda kot na problem. Bilo bi potrebno na njih gledati kot na resurse reševanja problema in prispevati njihovem lastnemu zdravju. Ravnajoč tako, oni bodo tudi prispevali zdravju bodočih generacij.

Psihosocialni razvoj in mentalno zdravje. Pozornost zdravju se je tradicionalno usmerila na telesno zdravje, kljub jasnim znakom, da se je povečalo breme bolezni, ki izhajajo iz psihosocialnih in mentalnih zdravstvenih problemov. Število mladih s problemi obnašanja in mentalnega zdravja je naraščajoč problem po vsej Evropi. Vse življenje čutimo korist od vlaganja v razvoj otroka in adolescenta, ampak se na tem področju

naredi premalo, razen nekaj pionirskih programov za podporo staršem pri pridobivanju vzgojnih veščin in metod za izboljšanje psihološkega razvoja mladih generacij (4). Katz je največji poznavalec zdravstvenih sistemov za otroke in mladino v Evropi. Podatke za svoje prispevke je pridobil z anketami in intervjuji v posameznih državah s pomočjo predsednikov pediatričnih združenj in predstavnikov vlad. V Evropi obstajajo velike razlike v načinu izobraževanja pediatrov, ki variirajo od države do države (5).



Profesor Aidan McFarlane govori o perspektivah socialne in preventivne pediatrije v Evropi. Izhaja iz definicije socialne pediatrije in vloge ter mesta pediatrije v zdravstvenem sistemu nasploh. Še posebej poudarja pomen preventivnega zdravstvenega varstva. Po njegovem so trenutne glavne zdravstvene težave: revščina, socialna in geografska razslojenost (begunci, azilanti, potniki), poškodbe in smrti, bolezni prehrane, vključno z debelostjo, mentalno zdravje, tveganja iz okolja. Poudarja pa potrebo po informacijskem sistemu in sprotne spremljanju kazalcev (indikatorjev) zdravstvenega stanja otrok. Podaja strateške smernice za ukrepanje za izboljšanje zdravstvenega stanja otrok in mladine (6).



Köhler je v svojem delu Indikatorji otrokovega zdravja v Evropi predstavil povzetek izjemne študije EU z imenom CHILD (Child Health Indicators of Live and Development) in švedske študije Save the Children (Child Health Indicators in Sweden – a Contribution to a Municipality Index). CHILD project je tretji del obsežnega projekta Evropske skupnosti Health Monitoring Program (HMP). Poseben poudarek v tej študiji so kazalci zdravja otrok in mladine, ki morajo biti enotni za vso regijo in postati temelji za enotne informacijske sisteme. Samo z enotnimi kazalci zdravja lahko spremljamo kakovost izvajalcev zdravstvenih sistemov, stroškov in tudi napak, ki se v posameznih sistemih dogajajo. Kazalci so razvrščeni v štiri skupine: A. Demografski in socialno-ekonomski, B. Zdravstveni status in dobrobit za otroka in mladostnika, C. Pokazatelji zdravja (dejavniki tveganja in dejavniki zaščite), D. Zdravstveni sistem in politika. Včasih smo kakovost nekega sistema spremljali samo s pomočjo podatkov o mortaliteti, morbiditeti in podobno. Sedaj se vključuje

jo mnogo subtilnejši kazalci, kot so: trajanje izključnega dojenja, precepljenost, pričetek in intenzivnost kajenja, izpostavljenost kajenju, debelost, telesna dejavnost, t. i. TV & chips syndrome, metabolni sindrom, uživanje alkohola, drog, splavnost med adolescentkami in podobno. Izredno pomembni so tudi podatki o strukturi družine, obiskovanja vrtcev, dolžine zaključenega izobraževanja in podobno. Iz zbranih podatkov se izračunavajo indeksi, ki so temelji za izkazovanje kvalitete zdravja, učinkovitosti zdravstvene službe, kadra in stroškov, ki so za to potrebni. Ker se bo informatizacija sistema še izpopolnjevala, lahko z optimizmom pričakujemo, da bomo v bližnji prihodnosti lahko sprotne spremljali dogodke in posledične učinke in na osnovi njih sprejemali tudi strokovne ter učinkovite ukrepe (7).

Pred nami so novi izzivi, nove bolezni otroške in mladostniške populacije: nasilje in zanemarjanje med otroki in mladostniki v okolju, šoli in družini, bolezni nepravilne prehrane, kavč sindrom, bolezni odvisnosti, spolno prenosljive bolezni zaradi tveganega spolnega vedenja in tako dalje. V tem pogledu bi morali dodatno izobraziti pediatre, šolske zdravnike in ginekologe in nameniti nova sredstva za spreminjanje in posodabljanje metod dela.

Nimamo ustreznega informacijskega sistema primarnega zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladostnikov za spremljanje dela in epidemiološko prikazovanje učinkov. Brez tega si ne moremo več predstavljati ustrezno načrtovanje kadra, izobraževanja in stroškov.

V zadnjih letih opazimo zmanjševanja števila kadra na področju patронаžnega varstva, predvsem njene preventivne dejavnosti, kar se bo v prihodnosti negativno poznalo pri kakovosti preventivnega zdravstvenega varstva otrok. Istočasno opazujemo povečano število obiskov odraslih v ambulantah specialistov splošne medicine oziroma družinske medicine. Zaskrbljujoč je tudi podatek o napotitvah na sekundarno raven, kjer je ta trend nasploh bolj opazen pri odrasli populaciji.

Upam, da se razumni strategiji zdravstvene politike, predvsem pa razumni državljani, ki niso pod vplivom trenutnih modnih strokovnih hitov – prenesenih od drugod (in nikjer preizkušenih) – ne bodo pustili vplivati in bodo raje verjeli v verodostojnost zdravstveno statističnih in epidemioloških podatkov. V mnogih državah Evrope ugotavljajo pozitivne premike v otroškem zdravstvenem varstvu, predvsem tam, kjer je pediater na primarni ravni. Predvsem pa nas strašijo hude posledice v državah bivšega socialističnega sistema, ki so zaradi sprememb v zdravstvenih sistemih povzročile katastrofalne posledice na zdravju prebivalstva. Naši kazalci zdravstvenega stanja otrok so na evropski ravni. Še več, mnoge države EU nimajo tako ugodnih vitalnostističnih podatkov za otroke, kot jih imamo v Sloveniji. Pomembno je tudi to, da je lahko to zdravstveno stanje še boljše ob razumnem nadgrajevanju in posodabljanju obstoječega sistema, ne pa v njegovem spreminjanju ali ukinjanju (8).

Zaključki

Otroka in mladostnika naj tudi v prihodnje obravnava in zdravi pediater oziroma specialist šolske medicine. Zdravstveno varstvo žensk naj ostane na primarni zdravstveni ravni in naj ga izvaja specialist ginekolog.

Kjer zaradi geografskih in drugih razlogov temu pogoju ni mogoče zadostiti, naj ženske, otroke in mladostnike obravnava ustrezno usposobljen družinski zdravnik ali specialist splošne medicine z ustreznim znanjem. Izdelati je potrebno strokovna merila (znanje), ki bodo določila, kdo je dovolj usposobljen, da lahko odgovorno prevzame delo za določeno populacijo prebivalstva.

Družinski zdravnik oziroma specialist splošne medicine si mora pridobiti licenco za delo z ženskami, otroki in mladostniki.

Obseg znanja in storitve, katere bi želel opravljati, bi morali uskladiti v okviru specializacije iz družinske medicine (vsaj eno leto). Podiplomski tečaji ne morejo zadostiti tem pogojem.

Družinski zdravnik z licenco za obravnavo žensk, otrok in mladostnikov bi moral ob svojem delu imeti dogovorjen obseg dela z najbližje geografsko ležečim specialistom ginekologom, pediatrom in specialistom šolske medicine.

Preventivni programi in projekti, kot so CINDI in drugi, ki jih izvaja nacionalna zdravstvena politika, se morajo ustrezno vključiti tudi v področje pediatrije in šolske medicine in ne zgolj in izključno za odraslo populacijo.

Vzpodbujati, posodabljanje in krepiti je potrebno stroke na primarni ravni zdravstvenega sistema enakopravno in enakovredno. Nedopustno je že v zasnovi reforme protežirati eno stroko in zanemarjati ali celo ukinjati druge, ki so neposredno odgovorne za izvajanje zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladostnikov.

Od stanovskih organizacij, predvsem od Zdravniške zbornice Slovenije in Slovenskega zdravniškega društva, pričakujemo, da bo enakovredno in enakopravno zastopala vse stroke na primarni zdravstveni ravni, kot so socialna pediatrija, šolska medicina, dispanzerska ginekologija, medicina dela, pedopsihiatrija, ortodontija in tako dalje v luči zgodovinskega razvoja strok, njihovih strokovnih podlag in specifičnosti dela in rezultatov.

Od civilne družbe pričakujemo podporo in razumevanje. Krično se naj izrazi o zadovoljstvu in pričakovanjih, o obstoječem primarnem zdravstvenem sistemu žensk, otrok in mladostnikov. Starši in občani naj bodo seznanjeni z ukrepi in nameni zdravstvene politike v luči reforme, ki jim ukinja neposredni dostop do specialistov pediatrov in šolske medicine in ženskam neposredno možnost do ginekologa.

Nujno v Sloveniji potrebujemo Nacionalni inštitut za zdravje matere in otroka. Naloga Inštituta mora biti spremljanje kazalcev (indikatorjev) zdravja otrok in voditi nacionalni informacijski sistem za Otrokovo zdravje. Izvajati bi moral raziskovalno dejavnost s področja otrokovega zdravja in določati skupne normative in protokole dejavnosti.

Socialna in preventivna pediatrija v Sloveniji potrebuje Katedro za socialno in preventivno pediatrijo. Nujno potrebujemo ustrezen učbenik socialne pediatrije, ki bo zvest strokovni posnetek naše dispanzerske in preventivne dejavnosti, učni pripomoček za prihodnje strokovnjake na primarni ravni in temelj strokovne rasti.

Naše poslanstvo ni samo ambulantna obravnava zunajbolnišničnega zdravljenja otrok, ampak je daleč več od tega. Samo z ustreznim strokovnim, informacijskim in organizacijskim razvojem bomo kos tudi potrebam, ki jih otroci, mladostniki in mladostniki v današnjem svetu tudi imajo.

Viri

1. Jeras J. Začetki pediatrične dispanzerske dejavnosti in šolske medicine na Slovenskem. Med Razgl 1983; Suppl 1: XIV.
2. Neubauer D. Povzetki zasedanja z letne skupščine CESP (Confederation of European Specialists in Pediatrics, Specialist Subsection of UEMS), Amsterdam, maj 2002 in Rhodes, maj 2003. Vsi dokumenti CESP, uporabljeni v tem prispevku, so na voljo pri Združenju za pediatrijo Slovenskega zdravniškega društva.
3. Truden-Dobrin P, Bracar P. New trends in paediatric primary care organization National Institute of Public Health, Ljubljana, Slovenia. 14. Congress of the European Society for Ambulatory Pediatrics, Milano 2003.
4. Ostergren M. A strategy for children and adolescent health in the European region. ESSOP 2005. In: Grgurić J, Jovančević M, eds. Child health care during the period of transition - ESSOP 2005; 2005 Jun 22-25, Šibenik, Croatia. Šibenik: European society for social pediatrics; 2005.
5. Katz M, et al. Primary Care Paediatrics (PCP) in Europe. Demography of Care and Forecast for the Profession. Pediatrics Vol 109 No 5, May 2002.
6. Macfarlan A. A perspective of social and preventive paediatric care in Europe in 2005. In: Grgurić J, Jovančević M, eds. Child health care during the period of transition - ESSOP 2005; 2005 Jun 22-25, Šibenik, Croatia. Šibenik: European society for social pediatrics; 2005.

7. Köhler L. Indicators for children's health in Europe. In: Grgurić J, Jovančević M, eds. Child health care during the period of transition - ESSOP 2005; 2005 Jun 22-25, Šibenik, Croatia. Šibenik: European society for social pediatrics; 2005.
8. Rigby M, Köhler L. European Union Community Health Monitoring Programme. Child health Indicators of Life and development (CHILD). Report to the European Commission. European Commission Directorate-Generale for Health and Consumer Protection, September 2002.

PREDLOG NACIONALNE STRATEGIJE RAZVOJA PRIMARNE PEDIATRIJE V SLOVENIJI*

Vesna Plevnik-Vodušek

Članek predstavi predlog nacionalne strategije razvoja primarne pediatrije v Sloveniji. Nacionalna strategija je predstavljena iz štirih vidikov: financiranje, sodelovanje med posameznimi ravni, zagotavljanje kakovosti in vodenje v osnovnem zdravstvu.

Izhodišče za dobro dolgoročno strategijo splošne/družinske medicine in primarne pediatrije mora biti konsenz, ki smo ga v Odboru za osnovno zdravstvo pri Zdravniški zbornici Slovenije dosegli februarja 2004 s sklepom: Zdravniki splošne/družinske medicine, pediatri in specialisti šolske medicine naj se na primarni ravni v novo opredeljeni mreži razporedijo tako, da bodo lahko ustrezno oskrbeli tiste starostne skupine, za katere so se specializirali.

Cilj vsakega zdravstvenega varstva je zagotoviti in vzdrževati zdravje čim večjemu številu prebivalstva glede na razpoložljiva finančna sredstva, ki jih država ima oziroma jih je pripravljena nameniti za zdravstvo. Čim bolj je država socialno usmerjena, tem več posluha ima za dobrobit vseh svojih državljanov, zato toliko več denarja namenja tudi zdravstvu. Koliko ga dejansko lahko nameni, je seveda odvisno od njenega bogastva (bruto družbenega proizvoda posamezne države).

Za razliko od ostalih evropskih držav so se v Sloveniji zaradi večje zahtevnosti obravnave in dosežkov medicine v osnovnem zdravstvu splošnim zdravnikom že v 50. letih prejšnjega stoletja pridružili pediatri, specialisti šolske medicine in ginekologi. To se je zgodilo zahvaljujoč posluhu zdravstvenih politikov za argumente stroke, da posebne skupine prebivalstva potrebujejo dodatno zdravstveno varstvo.

Pediatri in specialisti šolske medicine v osnovnem zdravstvu v Sloveniji že od samega začetka svojega delovanja otroka celostno obravnavamo v bolezni in zdravju, izvajamo preventivno zdravstveno varstvo po aktivni metodi dela in svoje varovanje obravnavamo v družini, šoli in vrtcu po načelih javnega zdravja. Iz tega sledi, da že desetletja tradicionalno delujemo kot »družinski zdravniki« za otroke in mladostnike.

Zahvaljujoč dobri strokovni obravnavi naših otrok pediatri na svetovni zdravstveni sceni glede trenutno priznanih kazalcev zdravja že vrsto let dosegamo izvrstne rezultate.

Umrljivost dojenčkov na 1000 živorojenih leta 2002.

R Slovenija	3,83
Nizozemska	5,13
Velika Britanija	5,2

* Predlog nacionalne strategije primarne pediatrije je maja 2005 v imenu RSK za pediatrijo predstavila njegova predsednica Vesna Plevnik-Vodušek, dr. med., na konferenci »Strategija razvoja primarnega zdravstvenega varstva v Sloveniji«. Konferenco je organiziralo Ministrstvo za zdravje v sodelovanju z Evropskim uradom Svetovne zdravstvene organizacije, Evropskim observatorijem za spremljanje zdravstvenih sistemov in Katedro za družinsko medicino.