

Pregledni članek / Review article

KAJ POGOJUJE VISOKO STOPNJO HOSPITALIZACIJ OTROK V SLOVENIJI IN UKREPI, S KATERIMI BI JO LAHKO ZNIŽALI - IZSLEDKI KOMISIJE MINISTRSTVA ZA ZDRAVJE REPUBLIKE SLOVENIJE

FACTORS CONTRIBUTING TO THE HIGH RATE OF HOSPITALISATION OF CHILDREN IN SLOVENIA AND MEASURES TO LOWER IT – RESULTS OF THE COMMITTEE OF THE MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF SLOVENIA

P. Kornhauser¹, M. Seher Zupančič^{2,3}*(1) Zveza prijateljev mladine Slovenije, Ljubljana, Slovenija**(2) Dispanzer za predšolske otroke, Zdravstveni dom Velenje, Velenje, Slovenija**(3) Združenje za pediatrijo SZD, Ljubljana, Slovenija*

IZVLEČEK

Kazalniki bolnišničnega zdravljenja otrok zadnjih 40 let v Sloveniji so zelo ugodni. Vendar pa so bili podatki v poročilu Svetovne zdravstvene organizacije o stopnji hospitalizacij otrok v Sloveniji za nas pravo presenečenje, saj naj bi bila stopnja hospitalizacij otrok pri nas v primerjavi z drugimi evropskimi državami visoka, delež dnevnih obravnav med vsemi bolnišničnimi obravnavami pri otrocih pa zelo majhen. Delovna skupina za strategijo znižanja stopnje hospitalizacij otrok v Sloveniji, ki jo je imenoval Minister za zdravje, si je zadala nalogo, da razišče vzroke in predlaga ukrepe za izboljšanje omenjenega stanja. V prispevku prikazujemo povzetke odgovorov predstojnikov otroških oddelkov v splošnih bolnišnicah na vprašalnik o postopkih sprejema otrok na zdravljenje na njihove oddelke in o vzročnih dejavnikih. Podajamo tudi razmišljanje primarnega pediatra o dejavnikih, ki vplivajo na napotitev otroka na zdravljenje v bolnišnico. Ugotavljamo, da podatki o hospitalizacijah otrok zaradi različne metodologije zajemanja podatkov niso primerljivi z drugimi državami, se pa strinjamo, da bi bilo potrebno stopnjo hospitalizacij otrok v Sloveniji zmanjšati. Predlagamo ukrepe, ki bi pomagali zmanjšati stopnjo hospitalizacij otrok in povečati število obravnav v »dnevni bolnišnici«.

Ključne besede: hospitalizacija, otroci.

ABSTRACT

Indicators of hospital treatment of children have been very favourable in the last four decades in Slovenia, though the report of the World Health Organisation showed a high hospitalisation rate and a low proportion of day cases in children in comparison to other European countries. The working group for the strategy on hospital care of children was appointed by the Minister of Health to investigate the situation and prepare recommendations for improvement.

The working group conducted a survey among paediatricians, which included the heads of paediatric departments in university and regional hospitals and in primary care paediatricians. In this paper, the analysis of information on procedures for hospital admissions, as well as factors that affect referrals to hospital are presented. The working group recommended measures for lowering the rate of hospitalisation of children and increasing day only hospital admissions. The committee found that the data were not comparable to those of other countries due to differences in data collection methodology.

Key words: hospitalisation, children.

UVOD

Kazalniki bolnišničnega zdravljenja otrok zadnjih 40 let v Sloveniji so zelo ugodni: število hospitaliziranih otrok se je bistveno zmanjšalo, še bolj se je zmanjšalo število dni hospitalizacij oziroma povprečno trajanje zdravljenja v bolnišnici, prav tako število postelj na otroških oddelkih (Tabela 1).

Ko je eden od avtorjev prispevka (P.K.) pripravljal uvodno predavanje za 5. slovenski pediatrični kongres v Radencih septembra 2010,

ga je presenetilo poročilo Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), da je stopnja hospitalizacij otrok v Sloveniji zelo visoka, da je Slovenija ob Litvi na predzadnjem mestu v Evropi (ni bistvenih razlik med letoma 2007 in 2008, Slika 1). Obenem nas je zanimalo, kako (ne)uspešni smo pri uvajanju »dnevne bolnišnice«: pri teh ukrepih je bila v statistiki SZO Slovenija na zadnjem mestu (Slika 2). Zastavlja se vprašanje, ali omenjeni podatki zaradi različne metodologije zajemanja podatkov za statistično obdelavo v evropskih državah odražajo dejansko stanje bolnišničnega zdravljenja otrok v Sloveniji.

Tabela 1: Število hospitalizacij, povprečna ležalna doba in stopnja hospitalizacij zaradi bolezni otrok v starosti 0–14 let ter število postelj v specialnosti pediatrija v Sloveniji.

Table 1. Number of hospitalisations, average hospital stay and hospitalisation rate in children aged 0–14 years and the number of paediatric beds in Slovenia.

Leto	1972	1992	2009
Število otrok 0–14 let	425.913	390.223	285.509
Število hospitalizacij	47.497	45.445	37.429
Število dni hospitalizacij	681.271	368.041	170.446
Povprečno trajanje hospitalizacije v dnevih	14,34	8,10	4,55
Stopnja hospitalizacij (na 1000 otrok v starosti 0–14 let)	111,52	116,46	131,10
Število bolniških postelj v specialnosti pediatrija	1.114	864	539

Viri podatkov o hospitalizacijah

za leto 1972: Statistično gradivo o hospitalizaciji v bolnišnicah SR Slovenije v letih od 1964 do 1972. Zdrav. Varstvo. Letnik 13.

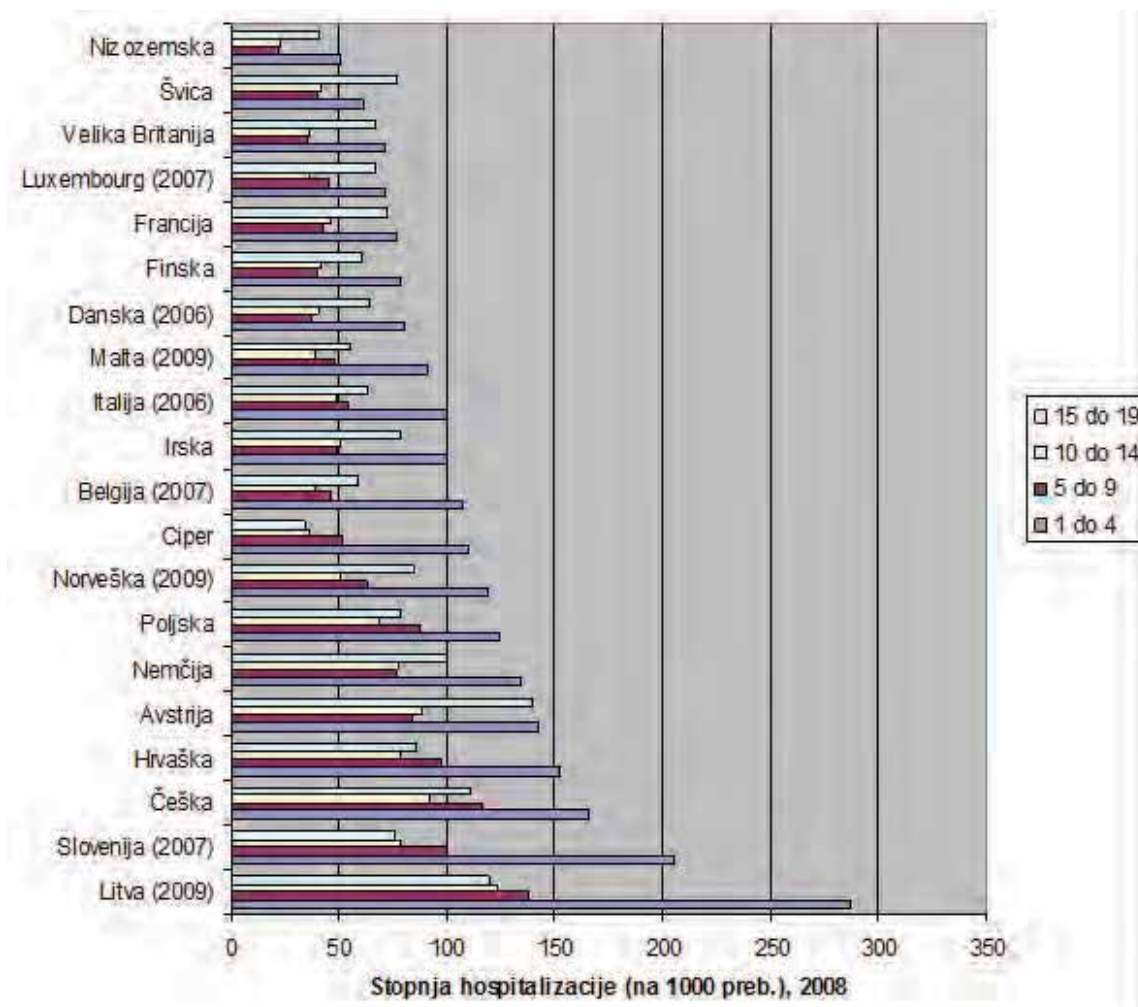
Suppl. 3. Posebna publikacija št. 3/74. Ljubljana, maj 1974

za leto 1992: Bolniškostatistični list

za leto 2009: Zbirka bolnišničnih obravnav (hospitalizacij) zaradi bolezni

Vir podatkov za število bolniških postelj

Poročilo o delu stacionarnega zavoda



Slika 1: Stopnja hospitalizacij pri otrocih v starosti 1–19 let, 2008 (na 1000 prebivalcev).

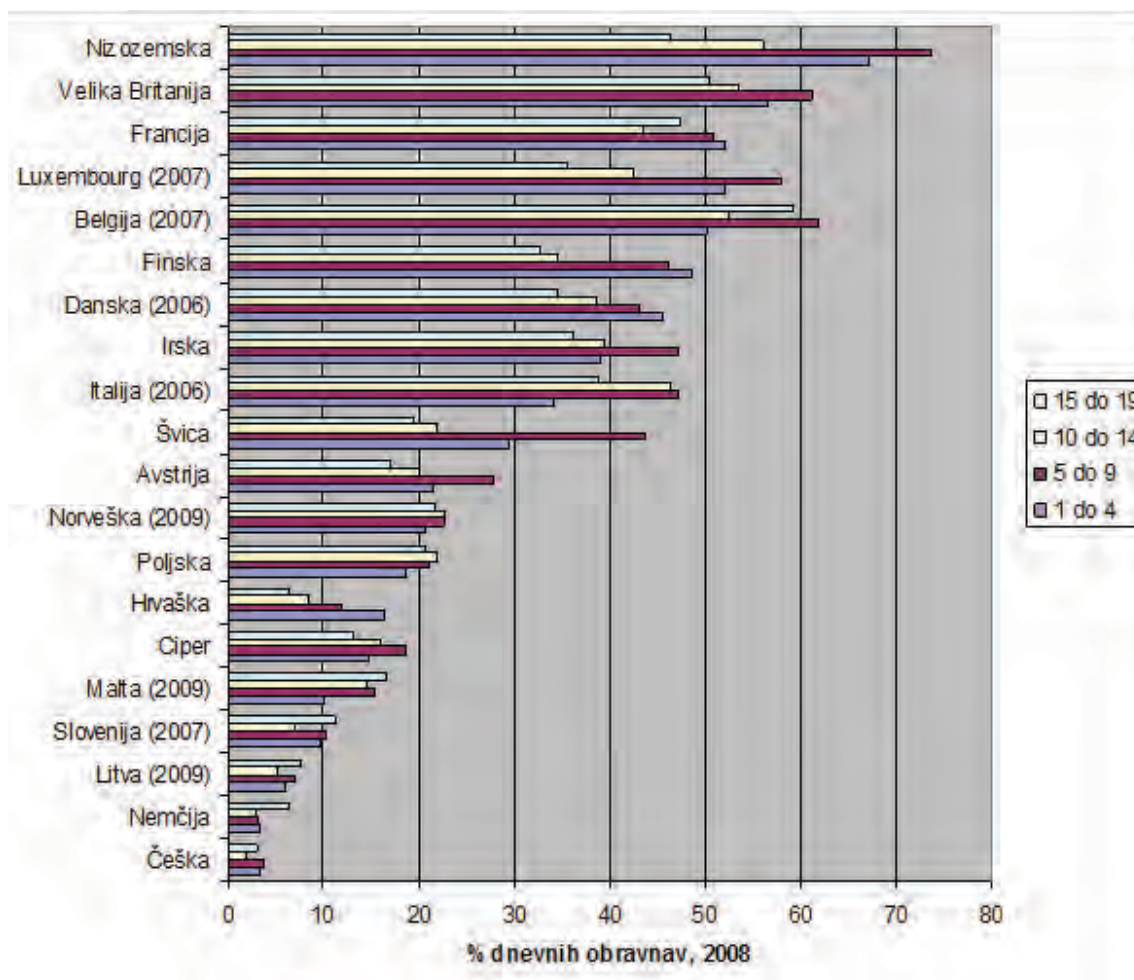
Figure 1. Hospitalisation rate (per 1000 inhabitants of children aged 1 to 19 years, 2008.

Vir: WHO Hospital Morbidity Database (<http://data.euro.who.int/hmdb/index.php>)

Nekdanji minister za zdravje dr. Dorijan Marušič je podatkom prisluhnil in februarja 2011 imenoval Komisijo (delovno skupino), da razišče vzroke za nezadostno učinkovitost skrbi za bolne otroke pri nas in izdela »strategijo znižanja stopnje hospitalizacij otrok v Republiki Sloveniji«. V komisijo (projektno skupino) je imenoval: prof. dr. Pavla Kornhauserja za predsednika, na njegov predlog za člane dr. Margareto Seher Zupančič, pediatrično iz ZD Velenje, dr. Tita Albrehta z Inštituta za varovanje zdravja RS, asist. dr. Boruta

Brataniča s Pediatrične klinike Ljubljana in dr. Ireno Lovšin Cetin, pediatrično iz Splošne bolnišnice Izola. Dr. Samo Fakin, generalni direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje RS (ZZZS), je predlagal, naj s pričujočo delovno skupino sodeluje tudi pediatrična dr. Alenka Posega (ZZZS).

Predsednik delovne skupine si je desetletja prizadeval za ustrezno organizacijo bolnišnične službe za otroke v Sloveniji, zlasti za zmanjšanje števila bolniških postelj v regionalnih bolnišnicah in na klinikah, ter za



Slika 2. Delež dnevniških obravnav med vsemi bolnišničnimi obravnavami pri otrocih v starosti 1–19 let, 2008.

Figure 2. Ratio of all daily hospitalisations to all hospitalisations in children aged 1–19 years, 2008.

Vir: WHO Hospital Morbidity Database (<http://data.euro.who.int/hmdb/index.php>)

skrajševanje ležalne dobe, ki je pogojena predvsem z racionalnim diagnosticiranjem in zdravljenjem, pa tudi z dobro organizacijo na otroških oddelkih in s spremembo miselnosti vodilnih zdravnikov. Vsak dan nepotrebne hospitalizacije povečuje možnost bolnišničnih okužb ter je predvsem neprijeten za otroke in njihove družine, hkrati pa po nepotrebem obremenjuje zdravstveno blagajno. O tem je objavil več prispevkov v našem strokovnem tisku in v javnih glasilih.

Dolga leta je preveliko zasedbo bolnišničnih postelj pogojeval delno tudi način obračunavanja

»oskrbnih dni«, ki je upošteval število »zasedenih« postelj. Do bolnikov zelo »nepošteno«, za finančno poslovanje bolnišnic pa smotno. S spremembo obračunavanja »po načelu določanja diagnoz« za oceno trajanja zdravljenja v bolnišnici je glavni vzrok za medicinsko neracionalno dolgo trajanje hospitalizacije odpadel. Ostala pa sta seveda neustrezna organizacija bolnišnične službe in nezadostno prizadevanje odgovornih zdravnikov, da bi skrajšali ležalno dobo otrok v bolnišnici na raven, ki je optimalna medicinsko, in ob upoštevanju socialnih razmer, v katerih otrok živi. Predstavnica

ZZZS je zavrnila, da financiranje bolnišničnega zdravljenja otrok danes ne pogojuje daljše ali večje hospitalizacije. V delovni skupini Ministrstva je kot namestnik dr. Tita Albrehta sodeloval tudi dr. Rade Pribaković. Med predlaganimi ukrepi za skrajšanje ležalne dobe v bolnišnici je bila uvedba »dnevne bolnišnice«, kar pomeni, da zdravnik – če dvomi, ali je potrebna hospitalizacija – otroka sprejme na »dnevni oddelek«, kjer glede na možnosti opravi potrebne preiskave in bolnika opazuje ter se nato še isti dan odloči, da gre bolnik lahko domov, če je to možno. V poizvedbi se je pokazalo, da ima v Sloveniji tako organiziran »opazovalni oddelek« samo ljubljanska Pediatrična klinika.

Ugotovili smo, da v Sloveniji še vedno niso zaživel regionalni centri za urgentno pediatrijo, čeprav so bili predlagani že pred več kot petnajstimi leti. Ti naj bi bili v zdravstvenih domovih ali v sami bolnišnici, kjer bi bil pediater na voljo dan in noč. Praviloma bi tak »dežurni pediater« lahko bolj ustrezno »triažiral« bolnike z indikacijo sprejema na bolnišnično zdravljenje kot splošni zdravnik oziroma zdravnik družinske medicine. Pred časom je minister za zdravje imenoval profesorja dr. Cirila Kržišnika za vodjo komisije, ki naj pospeši oblikovanje Dežurnih centrov za otroke in mladostnike.

Člani delovne skupine Ministrstva za racionalizacijo hospitalizacije otrok se nismo pogosto sestajali, raje smo v neformalnih pogovorih poskušali pridobiti ustrezne informacije. Hkrati smo ugotovili, da naša zdravstvena statistika ne zajema ustrezno bolnih novorojencev, ki se zdravijo v porodnišnicah, zlasti na porodnih oddelkih klinik v Ljubljani in Mariboru.

MNENJA PRESTOJNIKOV OTROŠKIH ODELKOV BOLNIŠNIC

Da bi ugotovili stališča bolnišničnih pediatrov do sprejema otrok v bolnišnico in do skrajšanja ležalne dobe, smo na vse predstojnike otroških oddelkov

splošnih bolnišnic in klinik v Sloveniji naslovili dopis oziroma poizvedbo, ki jo predstavljamo v nadaljevanju.

1. Kako je urejena sprejemna služba na vašem oddelku oziroma kliniki: kdo je sprejemni zdravnik, ali je to lahko specializant, ali je določeno, da je sprejemni zdravnik, ki odloča o sprejemu le izkušen pediater; ali se na kliniki, kjer so ožje specializirani oddelki, dežurni zdravnik posvetuje s pristojnim specialistom, ali je sprejem potreben.
2. Če je sprejemni zdravnik v dvomih, da je potrebna hospitalizacija, ali ima možnost napotitve v »dnevno bolnišnico«? Kako je organizirana ta »enota«, kje se nahaja, ali ima svoje bolniške sobe tudi za spremstvo staršev, ali ima svoje osebje – medicinske sestre, zdravnike? Kdo nadzoruje zdravnika? Kako je urejeno plačevanje storitev v »dnevni bolnišnici«, ali so s sedanjim obračunom kriti stroški, ali ZZZS finančno spodbuja takšno organizacijo otroškega oddelka? Za »programirane« sprejeme, zlasti ponovne, naj pristojni zdravnik obvezno uredi še pred sprejemom termine za konziliarne preglede in diagnostične preglede in ne šele takrat, ko je bolnik sprejet. Kdo je odgovoren, da se to navodilo upošteva, saj bistveno vpliva na trajanje hospitalizacije?
3. Ali je možno na osnovi napotnic (za določeno obdobje) ugotoviti število otrok, ki so bili napoteni v bolnišnico za hospitalizacijo; da jih je napotil pediater; ali gre za zdravnika splošne medicine, ali je glede indikacij med njima razlika?
4. Kaj pričakujete od oblikovanja centrov za urgentno pediatrijo v vaši regiji, kje naj bi se nahajali, ali jih podpirate, ali menite, da bodo zmanjšali število nepotrebnih hospitalizacij otrok?
5. Kakšna je »klima« v vaši bolnišnici glede otroškega oddelka, ali naj bi »nadrejeni« imeli priporočila, da je na oddelku (pre)malo bolnikov?
6. Ali menite, da je nezadostno finančno vrednotenje ambulantnega pregleda razlog za sprejem otroka v bolnišnico?

Na naša vprašanja so odgovorili so vsi predstojniki. Za izčrpna mnenja in predloge se jim iskreno zahvaljujemo. V nadaljevanju povzemamo njihove odgovore na zastavljena vprašanja.

Ad 1. Na vseh otoških oddelkih je sprejemni zdravnik praviloma pediater. Če je v sprejemni ambulantni specializant, je pod nadzorom izkušenega pediatra, ki odloča o sprejemu otroka na oddelek.

Ad 2. »Dnevna bolnišnica« kot specialni oddelek urgentne pediatrije je organizirana le na Pediatrični kliniki v Ljubljani. V drugih bolnišnicah zaradi majhnega števila bolnikov, ki potrebujejo obravnavo v »dnevni bolnišnici«, zaradi neracionalnosti nimajo v ta namen organizirane posebne enote (prostor, dodatno osebje). Če po opravljenem pogovoru in kliničnem pregledu ni jasno, ali je potrebna hospitalizacija, se večinoma odločijo za nekajurno ambulantno opazovanje otroka in manjše diagnostične in/ali terapevtske postopke (npr. rehidracijo) ali pa otroka sprejmejo čez noč na oddelek. Dnevne obravnave otrok sicer obstajajo, vendar z uvedbo plačevanja oskrbe po sistemu SPP (skupine primerljivih primerov) posebne rubrike »dnevna bolnišnica« več ne beležijo. Tako se obravnave, ki so po vsebini »dnevna bolnišnica«, v statistiki skrivajo med ambulantnimi obravnavami in hospitalizacijami. ZZZS do sedaj ni finančno spodbujal otroških oddelkov za obravnavo v dnevni bolnišnici. Ugotavljajo, da obravnava otrok v specialistični ambulantni in »dnevni bolnišnici« ni ustrezno ovrednotena, s sedanjim obračunom pa ne morejo pokrivati stroškov obravnave, kar nekoliko vpliva tudi na število sprejemov v bolnišnico.

Pri programiranih sprejemih se praviloma dogovorijo za konziliarne preglede, diagnostične preiskave in terapevtske postopke, ki jih bo bolnik potreboval. V primeru, da zaradi zunanjih vzrokov ni mogoče uskladiti vseh preiskav in pregledov, rok hospitalizacije prestavijo.

Ad 3. Natančnih analiz o napotitvah otrok v bolnišnico ni, vendar opažajo, da se splošni zdravniki predvsem v popoldanskem in nočnem času hitreje

odločajo za napotitev v bolnišnico, tudi zaradi diagnoz, ki jih sicer pediatri ustrezno obravnavajo na primarni ravni. Ugotavljajo, da je s strani nepediatrov bistveno več nepotrebnih napotitev, predhodno neobdelanih, včasih pa tudi prepozno napotenih otrok po neustrezni predhodni obravnavi. Zlasti v koroški regiji ni redko, da otroka sploh ne pregledajo in ga z napotnico pošljejo takoj naprej v bolnišnico k pediatru. Ob odsotnosti dežurnega zdravnika v ambulantni pa medicinska sestra po zdravnikovem naročilu izda napotnico za otroški oddelek. Starši bolnega otroka pogosto brez napotnice pripeljejo naravnost na oddelek mimo primarne dežurne službe, ker ne želijo čakati, ker ne zaupajo dežurnemu zdravniku ali ker želijo, da otroka obravnava pediater.

Ad 4. Podpirajo ustanovitev centrov za urgentno pediatrijo, ki naj bi delovali v sklopu bolnišnice, hkrati pa opozarjajo, da je glede organizacije takšnih centrov problematično predvsem pomanjkanje pediatrov, ki bi v urgentnih centrih lahko dežurali. Vsi menijo, da bi se po ustanovitvi urgentnih pediatričnih centrov z možnostjo podaljšane ambulantne obravnave število hospitalizacij zmanjšalo, še posebej na področjih, kjer je na primarni ravni premalo pediatrov ali jih sploh ni.

Ad 5. Mnenje vodstev posameznih bolnišnic do položaja otroškega oddelka v njihovi bolnišnici se razlikuje, vendar predstojniki vseh otroških oddelkov zagotavljajo, da to ne vpliva na stopnjo hospitalizacij otrok. Trudijo se, da bi bila obravnava bolnikov čim krajša, čim manj boleča in vedno strokovno optimalna.

Ad 6. Nezaostno vrednotenje ambulantnega dela in posegov ponekod delno vpliva na stopnjo hospitalizacije.

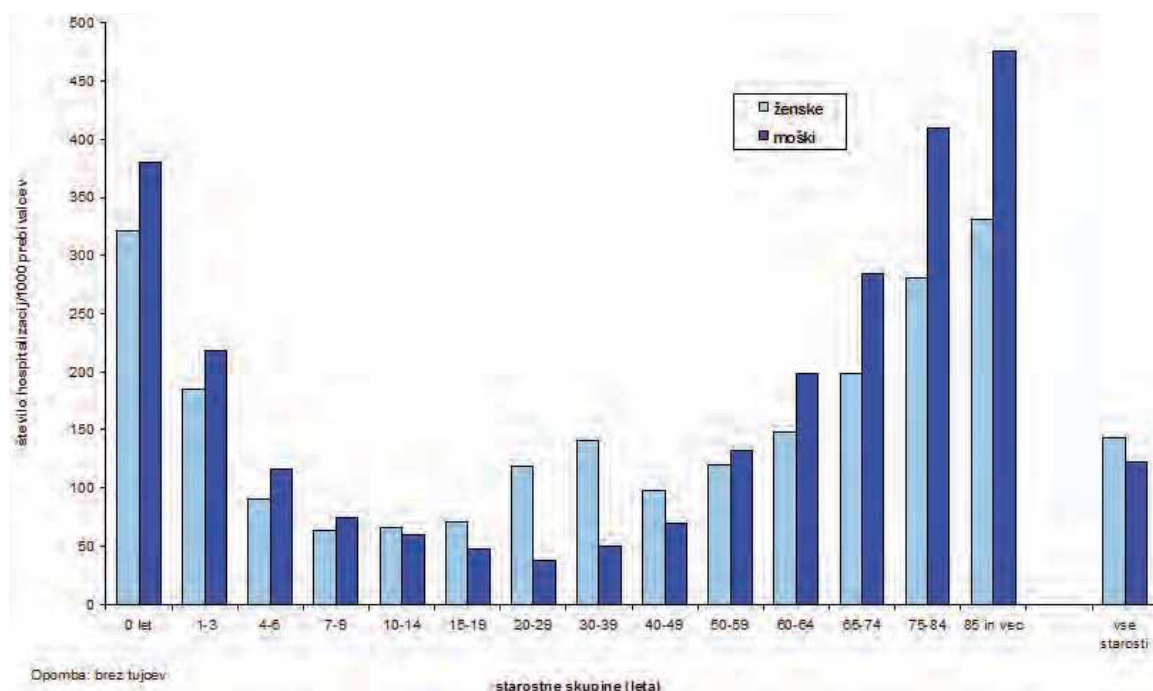
Ob odgovorih na zastavljena vprašanja predstojniki otroški oddelkov opozarjajo še na druge dejavnike, ki vplivajo na hospitalizacijo otrok. Ti so: slaba organiziranost primarne pediatrične službe v določenih regijah, nenadomeščanje odhodov

pediatrov v pokoj, pomanjkanje pediatrov na primarni in sekundarni ravni v regijah zunaj Ljubljane s posledičnima slabo preventivno dejavnostjo in izobraževanjem staršev, premalo izkušenj in znanja s področja pediatrije s strani družinskih zdravnikov in neurejenost dežurne pediatrične dežurne službe na primarni ravni. Na drugi strani se soočamo z vedno večjimi zahtevami staršev (tudi grožnje s tožbami) in nenazadnje tudi z agresivnostjo medijev in naših ustanov (vključno z ministrstvom) v primeru neugodnega razpleta bolezni.

V nekaterih regijah se pogosto soočajo tudi s pomembnimi socialno-ekonomskimi problemi, ki so včasih dodaten razlog za hospitalizacijo otroka. Na oddelkih se srečujejo s problemom zdravstveno neizobraženih staršev, ki so popolnoma nepripravljeni, da bi ustrezno skrbeli za bolnega

otroka, tudi če je nega enostavna (nižanje telesne temperature, ustrezna hidracija), in ne želijo prevzeti odgovornosti zanj. Starši so tudi sami pogosto v stiski, zato je »umiritev in podpora« v varnem strokovnem okolju največkrat nujna.

Presenečajo jih podatki o stopnji hospitalizacije otrok v Sloveniji in priporočajo, da preverimo, ali so merila enaka za vse države. Najmlajša starostna skupina je morda le administrativna, saj je znano, da v zadnjih letih v Sloveniji vse bolne novorojenčke obravnavamo kot ponovni sprejem, v ostalih starostnih skupinah pa smo popolnoma na stopnji primerljivih sosednjih držav (Avstrija, Nemčija) ali celo boljši (Tabela 2 in Slika 3). Seveda pa bi morali primerjati tudi številne druge kazalnike, ki so parametri zdravja, npr. denar, in upoštevati dejstvo, da so morda zaradi slabe oskrbe v zgodnjem obdobju pogostejše in resnejše bolni starejši otroci.



Slika 3: Stopnja hospitalizacij zaradi bolezni (na 1000 prebivalcev) po spolu in starostnih skupinah, Slovenija, 2010.

Figure 3. Hospitalisation rate due to illnesses (per 1000 inhabitants) in Slovenia according to age groups and gender, 2010.

Vir podatkov: Zbirka bolnišničnih obravnav (hospitalizacij) zaradi bolezni

Tabela 2. Število in stopnja hospitalizacij zaradi bolezni (na 1000 prebivalcev) po starostnih skupinah in spolu, Slovenija, 2010.

Table 2. Number and rate of hospitalisations due to illnesses (per 1000 inhabitants) in Slovenia according to age groups and gender, 2010.

Starost (leta)	Število	Stopnja (na 1000 prebivalcev)
0	7.784	351,8
1–3	12.844	202,2
4–6	5.767	104,1
7–9	3.759	69,2
10–14	5.855	62,5
15–19	6.149	59,0

Vir podatkov: Zbirka bolnišničnih obravnav (hospitalizacij) zaradi bolezni, IVZ

POGLED PEDIATRA NA PRIMARNI RAVNI

Zelo podoben dopis smo naslovili tudi na pediatre v osnovni zdravstveni službi, a ga žal zaradi tehničnih razlogov večina ni prejela, tako da njihovi odgovori niso statistično uporabni. Kljub temu pa podajamo svoje razmišljanje po neformalnih pogovorih s kolegicami in kolegi, ki delajo na primarni ravni.

Na stopnjo hospitalizacij otrok vplivajo:

1. obolevnost otrok;
2. življenjski pogoji družine;
3. organizacija zdravstvenega varstva;
4. splošne družbene razmere.

Ad 1. Obolevnost otrok.

- Zaradi napredka medicine danes preživijo tudi otroci z zelo nizko porodno težo in otroci z različnimi težkimi prirojenimi boleznimi. Prav najhuje bolni otroci pogosto potrebujejo bolnišnično zdravljenje.
- Spremembe v življenjskem slogu družin (npr. neustrezna prehrana, premalo gibanja, neupoštevanje osnovnih načel higiene in preprečevanja širjenja okužb) so vzrok vse večje obolevnosti otrok (tudi v času epidemij bronhilitisa in gripe starši že z novorojenčki »romajo« v trgovske centre (!) ali z bolnimi otroki obiskujejo prijatelje ipd.).
- Problem varstva otrok. V Sloveniji se kljub

naraščajoči brezposelnosti povečuje delež predšolskih otrok, ki so vključeni v kolektivno varstvo. V letu 2010/2011 je obiskovalo vrtec 75 % vseh otrok, in sicer 54,6 % otrok v prvem starostnem obdobju (od prvega do tretjega leta starosti) in 89,1 % otrok v drugem starostnem obdobju (od tretjega leta starosti do vstopa v šolo). Večina otrok praviloma ostane v vrtcu tudi takrat, ko je mati na porodniškem dopustu po rojstvu mlajšega otroka, pogosto pa starši vpišejo otroka v vrtec prav z namenom, da bi bila mati v času porodniškega dopusta doma samo z dojenčkom, kar je slovenska posebnost.

Obolevnost otrok, ki so v vrtcu, je večja, ti otroci pa okužbo pogosto занesejo tudi v družino, kar je nevarno zlasti za dojenčke. Večina dojenčkov, ki so hospitalizirani zaradi bronhilitisa in gripe, je okužbo »dobila« od starejših sorojencev, ki obiskujejo vrtec! Bolan otrok nikakor ne bi smel v vrtec, vendar tega nekateri starši iz različnih razlogov ne upoštevajo in otroka v vrtec pripeljejo kljub bolezni. Na to vsekakor vplivajo zaostrene gospodarske razmere in naraščajoča brezposelnost, vendar tudi predpisi o plačevanju staršev za varstvo otroka v vrtcu. Starši, ki prejema denarno socialno pomoč po predpisih o socialnem varstvu, so plačila oproščeni. Če je v vrtec vključen več kot en otrok iz družine, starši za starejšega otroka plačujejo za en razred nižjo ceno, za mlajše otroke pa so plačila oproščeni. Starše, ki pripeljejo v vrtec bolnega otroka, bi glede na razlog, zakaj so to naredili, lahko razvrstili v več skupin:

- starši, ki upajo, da se otrok le malo slabše počuti in da ne bo resno zbolel;
- starši, ki si v zaostrenih gospodarskih razmerah ne upajo ostati doma, da ne bi izgubili službe;
- starši, ki ob majhnem družinskem proračunu (majhni osebni dohodki, nadomestilo za čas brezposelnosti), s katerim morajo preživeti družino, ocenijo, da je ceneje, če je otrok v vrtcu, kot če kuhajo doma;
- žal obstaja tudi manjša skupina staršev, ki jim je otrok v breme in ga tudi med boleznijo pripeljejo v vrtec; po navedbah staršev to počno tudi starši, ki so v bolniškem staležu za nego otroka. Tudi v šolah se dogaja podobno. Starši pošiljajo v šolo akutno bolne otroke, da pišejo kontrolno nalogo

ali test, in tudi učitelji oziroma profesorji prihajajo bolni v šolo. Na ta način je ob epidemijah akutnih okužb dihal bistveno več obolelih in tako tudi več hospitalizacij zaradi zapletov bolezni.

Ad 2. Pogoji v družini.

- Številni starši kljub natančnim navodilom ne znajo opazovati otroka. Zato se ne moremo zanesti, da bodo ob morebitnem poslabšanju bolezni pravilno ocenili otrokovo stanje in ustrezno ukrepali. Prisotna je »razvajenost« staršev, da ne sprejemajo odgovornosti za svoje naloge in za otroka sicer močno skrbijo, a malo od tistega, kar jim naročimo, tudi naredijo. Na tem področju se stanje kljub številnim informacijam, ki jih prejmejo starši, iz leta v leto poslabšuje.
- Pretirano zaskrbljeni starši so kar naprej v ambulantni in neprenehoma navajajo stalne hude težave otrok (največkrat kašelj ipd.), ob pregledu v ambulantni in s preiskavami, ki jih imamo na razpolago, pa ne odkrijemo patologije. V takšnem primeru se dogovorimo za krajšo hospitalizacijo zaradi objektiviziranja otrokovega stanja.
- Neustrezni bivalni prostori (več oseb v majhnem stanovanju, kadalci).
- Oddaljenost od zdravstvenega doma, ki je problematična zlasti ob neugodnih vremenskih razmerah (sneg).

Ad 3. Organizacija zdravstvene službe.

V Sloveniji imajo otroci in mladostniki zakonsko opredeljeno pravico do obravnave pri pediatru ali šolskem zdravniku, vendar je ta pravica zaradi pomanjkanja pediatrov na primarni ravni vedno bolj pogosto kršena.

Na primarni ravni je zaposlenih 223 pediatrov v zdravstvenih domovih (mnogi od njih za polovični delovni čas) in 56 v zasebnih ambulantah. V večjih zdravstvenih domovih je ob delovnikih zagotovljeno zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov od 7. ure do 19. oziroma 20. ure, v manjših le v eni izmeni ali samo 4 ure (invalidske ocene ali podjemne pogodbe). Ponoči, ob praznikih in ob koncu tedna

se pediatri vključujejo v splošno dežurno službo (za otroke in odrasle). Izjema je Ljubljana, kjer je organizirana pediatrična dežurna služba 24 ur na dan, v nekaterih zdravstvenih domovih pa imajo ob koncu tedna organizirano dnevno dežurno službo za otroke (Novo mesto, Maribor, Izola (urgentni center)).

Obstajajo obširna območja, kjer pediatrov ni (Koroška, Zgornja Savinjska dolina, Bela Krajina), pediatri, ki še delajo na primarni ravni, pa so praviloma preobremenjeni (presejajo glavarino za 50–100 % ali še več).

Pomanjkanje pediatrov povzroča, da:

- na območjih, kjer ni pediatra, starši pogosto bolnega otroka pripeljejo v bolnišnico brez napotnice;
- ob velikem številu bolnih otrok v ambulantni (50 ali več otrok/dan), ni mogoče izvajati ustreznega spremljanja med boleznijo, zato se prej odločimo za hospitalizacijo.

Problematika dežurnih služb:

- ponoči in ob koncu tedna je praviloma na voljo skupna dežurna služba, največkrat brez pediatra, laboratorija in rentgena (takrat je največ hospitalizacij);
- zvečer in ob koncu tedna se prej odločimo za hospitalizacijo, ker ni možnosti ustreznega spremljanja;
- dežurni zdravniki v zdravstvenih domovih so zaradi zlorabe dežurne službe preobremenjeni (velika večina bolnikov, ki pride v dežurno ambulanto, bi lahko počakala na pregled pri osebnem zdravniku);
- ponekod dežurni zdravniki otroka brez pregleda napotijo v bolnišnico;
- zaradi krajšanja hospitalizacij otroka pogosto prehitro odpustimo v domačo oskrbo,
- zato so pogosto potrebne ponovne hospitalizacije;
- plačilo dnevne bolnišnice ni ustrezno urejeno; v specialističnih ambulantah se srečujemo z dolgimi čakalnimi dobami (alergologija, gastroenterologija), zato se že zaradi hitrejši diagnostične obdelave dogovorimo za krajšo hospitalizacijo.

Ad 4. Splošne družbene razmere.

- Splošna negativna nastrojenost proti zdravstvu, iskanje afer in napak tudi tam, kjer jih ni (vloga medijev!).
- Agresivnost in izsiljevanje staršev (ne sprejemajo možnosti nepredvidenih zapletov in grozijo z mediji; kaj pa, če bo kaj narobe...).
- Uradne ustanove ne podprejo zdravnika, ko ravna prav, a se bolnik kljub temu pritoži (vodstvo zdravstvenega doma, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zdravniška zbornica Slovenije, Ministrstvo za zdravje RS, Slovensko zdravniško društvo); tako ob medijskem linču zdravnik praviloma ostane sam, kar sproža »obrambno« obnašanje v medicini in posledično tudi večjo stopnjo hospitalizacije otrok.

Predlogi za izboljšanje stanja**Razpis zadostnega števila specializacij iz pediatrije za potrebe zdravstvenega varstva otrok in mladine na primarni ravni – mreža izvajalcev zdravstvenega varstva!**

Stalna strokovna skupina za dispanzersko zdravstveno varstvo predšolskih otrok in šolarjev pri Razširjenem strokovnem kolegiju za pediatrijo je pripravila Predlog akcijskega plana razvoja pediatrije na primarni ravni od leta 2004 do leta 2013, vendar ga oblikovalci zdravstvene politike žal niso upoštevali. Zaradi alarmantnega stanja

na področju zagotavljanja zdravstvenega varstva otrok in mladine pripravljamo nov posnetek mreže izvajalcev zdravstvenega varstva otrok in mladine na primarni ravni ter predloge za izboljšanje stanja.

Ustanovitev Dežurnih centrov za otroke in mladostnike

Projekt, ki je bil pripravljen že pred več kot 10 leti in bil potrjen na RSK za pediatrijo in na Zdravstvenem svetu, skuša povezati primarno in sekundarno raven zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov. Tako bi zagotovili cenejšo in bolj varno obravnavo otroške populacije, strokovno usmerjenost v delo, ki ga obvlada pediater (ni niti smiselno niti varno, da v splošni dežurni službi pediater gleda starostnika, splošni zdravnik pa otroka), omogočili ambulantno obravnavo z možnostjo 24-urnega opazovanja, kar je ceneje in bolj humano za otroke kot hospitalizacija (Tabela 3).

Ustrezno financiranje dejavnosti na sekundarni ravni

Poudarek naj bo na specialistični ambulantni dejavnosti in dnevni bolnišnici.

Šola za starše po rojstvu otroka, vključitev zdravstvenovzgojnih vsebin v šolske programe

Sistematična vzgoja za zdrav življenjski slog družin s poudarkom na ukrepih za preprečevanje okužb in poškodb.

Tabela 3. Število in stopnja hospitalizacij otrok in mladine v starosti 0–19 let, Slovenija, 2010.

Table 3. Number and rate of hospitalisations of children and adolescents aged 0 to 19 years, 2010.

Regija/država stalnega bivališča	Število hospitalizacij*	Število prebivalcev, starih 0–19 let	Število hospitalizacij/ 1000 prebiv. 0–19 let
osrednjeslovenska regija	9.253	105.143	88,0
ostale regije	37.291	288.199	129,4
Slovenija	46.544	393.342	118,3

Opomba: *brez hospitalizacij tujcev

Viri

1. podatkov o hospitalizacijah: Zbirka bolnišničnih obravnav (hospitalizacij) zaradi bolezni, poškodb in zastrupitev
2. podatkov o številu prebivalcev: Statistični urad Republike Slovenije, Ministrstvo za notranje zadeve - Centralni register prebivalstva, Ministrstvo za notranje zadeve - Urad za upravne notranje zadeve

Ukinitve subvencij za varstvo otroka v vrtcu v času, ko je eden od staršev na porodniškem dopustu

Otrok bi moral imeti po koncu porodniškega dopusta zagotovljeno mesto v vrtcu (te možnosti sedaj ni in nekateri starši si ne upajo izpisati otroka iz vrtca, ker vedo, da po končanem porodniškem dopustu za starejšega otroka ne bodo dobili varstva).

Dopolnitev zakonodaje o vrtcih in šolah

Potrebujemo jasna pravila (pravilnik), ki bodo osebju v vrtcih in šolah omogočala, da akutno bolnemu otroku ali otroku, ki na drugačen način ogroža vrstnike (npr. uši), odkloni vstop v vrtec oziroma v šolo.

SKLEP

Ugotavljamo, da podatki, objavljeni na spletni strani Svetovne zdravstvene organizacije, zaradi različne metodologije zajemanja podatkov ne odražajo dejanskega stanja glede stopnje hospitalizacij otrok v Sloveniji oziroma niso primerljivi s podatki drugih držav. Hkrati pa se strinjamo, da bi morali stopnjo hospitalizacij otrok pri nas znižati. Predlagamo ponovno uvedbo obveznega beleženja krajših obravnav v sklopu »dnevne bolnišnice« in da tovrstne obravnave tudi ustrezno ovrednotimo. Za izvajanje teh sklepov naj prevzame odgovornost in nadzor Ministrstvo za zdravje RS. Menimo, da bi bilo ustrezno, da bi Ministrstvo za zdravje RS pooblastilo Združenje za pediatrijo ter Republiški strokovni kolegij za pediatrijo, da nadaljujeta dejavnosti, ki bi vodile k uresničitvi predlaganih sklepov.

Predlagamo, da Ministrstvo za zdravje čim prej ustvari pogoje za postopno uvedbo Dežurnih centrov za otroke in mladostnike, na področjih, kjer je kadrovska zasedba ustrezna, pa takoj.

Menimo, da ni prav, da otroka najprej pregleda specializant, specialist pa šele po daljšem čakanju. Sprejemni zdravnik mora biti obvezno pediater specialist in ne specializant. Zaradi strokovnega izpopolnjevanja je prav, da sta v ordinaciji skupaj.

Zavedamo se, da delovna skupina Ministrstva ni iznašla »čarobne palice«, s katero bi nemudoma dosegli, da bi hospitalizirali manj otrok. Z anketo pa smo nedvomno »senzibilizirali« bolnišnične pediatre, da bodo ob odločanju o (nenujnem) sprejemu otroka v bolnišnico, malce bolj kritični. Raje naj ga opazujejo nekaj ur in se šele nato odločijo, kako ukrepati. Prav tako smo pediatre v osnovni zdravstveni službi opozorili, da v dvomljivih primerih – če je mogoče – raje pokličejo otroka na ponovni pregled in se šele nato odločijo o napotitvi na hospitalizacijo. Oblikovanje regionalnih »urgentnih dežurnih pediatričnih centrov« za otroke in mladino bi omogočilo, da se starši lahko obrnejo na pediatra tudi zunaj uradnih ur v otroškem dispanzerju oziroma pri pediatru »koncesionarju«. Menimo, da »dnevna bolnišnica« kot posebni organizacijski oddelek pride v poštev le na otroških klinikah v Ljubljani in v Mariboru. In ne nazadnje naj velja geslo, da je **»vsak po nepotrebnem prebit dan v bolnišnici krivičen do otroka«** oziroma **»da je tudi najboljša bolnišnica za otroke slaba«**.

LITERATURA

1. Kornhauser P, Obersnel-Kveder D, Marinič-Fišer N, Rudolf A. Nekateri kazalci hospitalizacij otrok v Sloveniji. Supl. Zbornika predavanj VIII. Srečanja pediatrov v Mariboru, 1992.
2. Analiza bolnišničnega zdravljenja otrok in mladostnikov (0–19 let) v Sloveniji. Zdravstveno varstvo, 37, 9/10, 1998
3. Kornhauser P. Humanizacija hospitalizacije otroka – pomemben prispevek k razvoju sodobne pediatrije. Slov Pediatr 2010; 17 (Supl 1), 36–47
4. Kornhauser P s sod. Sklepno poročilo Delovne (projektne) skupine »Strategija zmanjševanja hospitalizacije otrok pri nas«. Ministrstvo za zdravje RS, marec 2010.
5. Seher Zupančič M. Family and kindergartens – influence of the environment on the infectious diseases spreading. II Symposium of social and

preventive paediatrics – zbornik predavanj.
Maribor: Kongresni center Habakuk 2009:
82–87.

Kontaktna oseba / Contact person:

Margareta Seher Zupančič, dr. med.
Dispanzer za predšolske otroke
Zdravstveni dom Velenje
Velenje
Slovenija
E-pošta: m.seher-zupancic@zd-velenje.si

Prispelo / Received: 30.5.2013

Sprejeto / Accepted: 2.10.2013