

Z D R A V S T V E N O

VARSTVO

ZDRAV VAR 2008 • LETNIK 47 • ŠTEVILKA 3

NEKROLOG

Saška Roškar

In memoriam: izr. prof. dr. Andrej Marušič (1965-2008) (101)

UVODNIK

Jan De Maeseneer

Kakšen naj bo odgovor evropskih sistemov kakovostnega primarnega zdravstvenega varstva na izzive 21. stoletja? (104)

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANKI

Samo Pavlin, Igor Švab, Helena Kovačič

Ugotavljanje in razvijanje ključnih področij usposobljenosti (kompetenc) zdravnikov kot izhodišče za modernizacijo izobraževalnega programa (106)

Marija Petek Šter

Cepljenje proti gripi in pnevmokoku pri starostnikih v domovih starejših občanov (117)

Helena Jeriček, Vesna Pucelj

Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju - primerjava med letoma 2002 in 2006 (126)

PREGLEDNA ZNANSTVENA ČLANKA

Arijana Turčin, Blanka Kores Plesničar

Sprejem in zdravljenje brez privolitve na oddelku za psihiatrijo UKC Maribor (137)

Maša Serec

Depresivnost pri bolnikih po doživetem miokardnem infarktu (143)

PISMI UREDNIŠTVU

Franc Strle, Janez Sketelj

Odpornost mikroorganizmov proti antibiotikom ogroža dosežke medicine (149)

Lijana Zaletel-Kragelj

Petnajst let revije »Croatian Medical Journal« in njen pomen za Slovenijo (151)

POROČILO (156)



Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
Institute of Public Health of the Republic of Slovenia

Glavni urednik/Editor-in-Chief:
Igor Švab

Odgovorna urednica/Responsible Editor:
Marija Seljak

Tehnična urednica/Technical Editor:
Petruša Miholič

Izdajatelj/Publisher:
Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

Uredniški odbor/Editorial Board:
Tit Albreht, Marjan Bilban, Ivan Eržen, Janko Kersnik, Vesna Kerstin Petrič, Niek Klazinga, Mitja Kos, Alenka Kraigher, Boris Kramberger, Richard Madeley, Jan de Maeseneer, Rado Pišot, Helena Ribič, Eva Stergar, Mirjana Ule, Lijana Zatelet-Kragelj

Lektor za slovenščino/Reader for Slovenian:
Jože Faganel

Lektor za angleščino/Reader for English:
Maja Dolanc

UDK gesla in ključne besede/UDC and Key words:
Petruša Miholič

Naslov uredništva/Address of the Editorial Office:
Zdravstveno varstvo - Slovenian Journal of Public Health, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, p.p. 260,
tel.: + 386 1 2441 518, faks: + 386 1 244 15 17

Elektronski naslov uredništva/E-mail Address:
Zdrav.Var@ivz-rs.si

Domača stran na internetu/Internet Home Page:
<http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=1093>

Transakcijski račun/Current Account:
01100-6030926242, UJP

Zdravstveno varstvo izhaja praviloma štirikrat letno v nakladi 500 izvodov. Naročnino zaračunavamo z računom za predplačilo v začetku leta. Upoštevamo le pisne odpovedi do 1. decembra za naslednje leto. Vsako spremembo naslova sporočite uredništvu pravočasno.

Revija Zdravstveno varstvo je pri Ministrstvu za kulturo RS vpisana v razvid medijev pod zaporedno številko 608.

Naročnina z DDV/Subscription Rates with taxes included:
delovne organizacije/institutions: 37,56 EUR
študenti/students: 18,78 EUR
tujina/for abroad: 50 EUR

Gradivo navaja predvsem poglede avtorjev za katere ni nujno, da se ujemajo z načelnimi stališči stroke oziroma uredniškega odbora.

Naklada: 500
Likovna oprema ovitka: Jurij Kocbek
Tisk: Tiskarna knjigoveznica Radovljica

Revijo Zdravstveno varstvo je na podlagi javnega razpisa finančno podprla Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije.

In memoriam izr. prof. dr. Andrej Marušič (1965-2008)



Dragi Andrej, večkrat si mi rekel, da je Nikola Tesla, ki je pred časom dejal »Ako budem imao sreče da ostvarim barem neke od svojih ideja, to će biti dobročinstvo za celo čovečanstvo« (Nikola Tesla, 1982), zate doslej največji mislec.

Sprašujem se, ali je naključje ali usoda, da je ravno tvoj najljubši mislec povedal to,

kar velja tudi zate. Imel si namreč to srečo, da si ustvaril vsaj nekatere od svojih idej. Idej, ki si jih imel na področju javnega (duševnega) zdravja, psihiatrije, psihologije, glasbe in še česa. Idej, ki so tako ali drugače za vedno zaznamovale slovensko in mednarodno javnost.

Bil si vir porajanja novega: nepopustljiv, inovativen, trmast, vztrajen in pogumen pri zasledovanju in doseganju svojih ciljev. Jasno in brez ovinkarjenja si svoje zamisli delil z nami, tudi takrat, ko si naletel na dvignjene obrvi. A to te ni ustavilo. Vedel si, da bomo čez čas potrkali na tvoja vrata, zadovoljni, ker se nam je končno posvetilo, kaj si nam hotel povedati, ti pa nas boš sprejel s tvojim »No vidiš, sem ti rekel« nasmeškom.

Poslušam glasbo zdaj, ko tole pišem, veš. CD od Mika. Spomnim se, kako sva se na enem od najinih prvih srečanj sproščeno pogovarjala o glasbi. Bil si presenečen, da poznam Stereo MC's. Ko bi ti vedel, kako presenečena sem bila šele jaz, da lahko s svojim

bodočim šefom in mentorjem takole klepetam o glasbi. »Tega sem se naučil v Angliji. Tam imajo mentorji in študenti veliko bolj sproščen odnos kot tukaj«, si dejal. Bilo je sproščeno med nami, a verjetno se boš strinjal, da ravno zaradi tega včasih tudi malce napeto. Toda najlepše je bilo to, da je vsak zase vedel, da kljub občasnim trenjem lahko računa drug na drugega. Vedel si, kaj nam omogočaš in nudiš, saj si nam to tudi sam večkrat povedal. In, Andrej, zagotavljam ti, da smo to vedeli in izredno cenili tudi mi, čeprav včasih ni bilo videti tako. Kako si nas predstavljal svojim tujim kolegom po kongresih! Kako si nas vpletal v svoje projekte in načrte! Nas učil kliničnega dela! Kako te je zanimalo, kaj in kako razmišljamo mi, tvoji študentje! Kako zelo si verjel v nas, ko še sami nismo verjeli vase. Zares si bil drugačen od ostalih mentorjev.

Se spomniš, kako smo pred sedmimi leti dneve in noči pisali prijavo za 5. evropski okvirni raziskovalni program? Se smejali, na trenutke jokali, a delali in se pomikali proti cilju. Končali smo ob 6h zjutraj. Vzel si zvezane verzije projekta in ključ nesel do vratarja Miloša, ki te je pozdravil: »Dobro jutro, vi ste že tukaj?«. Verjetno se še spomniš, kako si se mu začel smejati in si mu odvrnil: »Ne ŽE, ampak ŠE VEDNO«. Kmalu po tistem si nam poslal mail, v katerem si med drugim zapisal: »Zahvaljujem se vam za vse, kar ste naredile. Vikend, ki mi bo ostal v spominu celo življenje in še po njem«. Zaupam ti, da ti res ostaja v spominu.

Bil si pravi vizionar in vedno si nas prehiteval. Z mislimi, besedami in dejanji. In nam ni bilo vedno jasno, kam ciljaš. In tudi tokrat si nas prehitel. Pravzaprav si prehitel samega sebe. In nam spet ni jasno, zakaj in kako. Verjamem pa, da tebi je. Kjerkoli že si ...

dr. Saška Roškar

HOW CAN EUROPEAN QUALITY PRIMARY HEALTH CARE SYSTEMS ADDRESS THE CHALLENGES OF THE 21ST CENTURY?

Jan De Maeseneer¹

Introduction

The changing society in the 21st century, will confront health systems with important challenges. First of all there are the demographic and epidemiological developments. The percentage of older people in the population will continue to increase in all EU-member states in the period up to 2020 by 3 to 6 percentage points in most cases (1). At the same time, the percentage young people in the overall population will gradually decline. In 2003, the percentage of the population accounted for by children up to the age of 14 ranges from 14 or 15% in Italy, Spain, Greece, Slovenia and Germany, to 21% in Ireland and on Cyprus (2). In almost all EU-countries, this figure will fall by a further one to 4 percentage points between now and 2020. This demographic change will be accompanied by an epidemiological transition with increasing chronic illnesses, mental disorders, ... Moreover, the socio-cultural developments will lead to individualisation and rising expectations of the public towards the health care system. Ethnic and cultural diversity will increase in Europe over the decades ahead. This will have implications for health problems presented to the health system. Within the European countries there are major social-economic inequalities in the likelihood of suffering illness and premature mortality: on average, people of high socio-economic status remain in good health 12 years longer than people of low socio-economic status (3). Scientific and technological developments will raise expectations (e.g. in the field of genomics) and home care technology will create new opportunities for community based ambulatory care. Finally, both political decision-makers and the public are increasingly concerned about the prevention of or the appropriate response to disease outbreaks and disasters. This will require "preparedness" of the health system (4).

Health systems that want to be responsive to these challenges will have to take into account the following principles: relevance, equity (including accessibility), quality and efficiency.

Quality of care

In order to demonstrate their social accountability, health systems have to make clear how they strive for and achieve quality.

Quality of care has 3 components: structure, process and outcome (5). Structure consists of 3 interrelated components: society, the individual and the health care system. For the health care system, organisational aspects (accessibility, continuity, comprehensiveness) and characteristics of health care providers (competence, empathy) affect quality of care. Process refers to all interventions and interactions between patients and providers. Process quality largely depends on adequate communication, medical decision making, and management of care. Guidelines, protocols and algorithms that underpin process are increasingly based on scientific evidence (6). Outcome is defined by how patient and doctor perceive health and disease, and this perception has shifted from problem-orientation to goal orientation (7). As a result - e.g. for a patient with chronic pulmonary disease - the patients' ability to participate in social life is more important than their change in long-function test.

This consideration results in a range of relevant outcome indicators that can be measured, from signs and symptoms, physical functioning, quality of life, patient satisfaction and social equity.

Improving quality will require, interventions at different levels of structure and process, and will need medical, contextual and policy evidence (6).

How can European quality primary health care systems address the challenges?

There is growing evidence that comprehensive primary health care systems are able to provide relevant, equitable, quality, cost-effective health care (8). Starfield at all find a rationale for the benefits for primary health care in greater access to needed services, better quality of care, a greater focus on prevention, early management of health problems and the role of

¹Chairman European Forum for Primary Care [www.euprimarycare.org], Department of General Practice, and Primary Health Care, UZ - 1K3 - De Pintelaan 185, B-9000 Gent, Belgium
Correspondence to: e-mail: jan.demaeseneer@ugent.be

primary care in reducing unnecessary and potentially harmful specialist care. Primary health care should act as the first point of contact for the population, and is able to deal with more than 90% of all the presented problems, acting as a filter and helping patients to navigate in a cost-effective and high-quality way through the health care system. The primary health care team has an interdisciplinary composition, including family physicians, nurses, health promotion-workers, social workers, nutritionists, ... and addresses the physical, psychological and social needs of patients, their families and the communities they live in. Through intersectoral cooperation, they may contribute to a "community diagnosis", illustrating the underlying structural problems that contribute to ill health. The role of primary health care in the process of clarifying the importance of social structures and in understanding the social determinants of health, may contribute to the transformation of the social quality of the lives of individuals and communities (9). There is a need for integration between public health and primary health care, because primary health care integrates in a comprehensive way the messages and interventions from the public health approach. Health systems should be organised in an intersectoral network, with crosslinks to environment, economy, work and education at the different institutional levels (national, province, district, ...). For primary health care, the full participation of the local community in the designing of services is of utmost importance, which requires a bottom-up approach. Such a primary health care system could contribute to eradication of diseases and, through its effect on social cohesion and empowerment, decrease the vulnerability of populations and strengthen communities in addressing the social determinants of health.

Today the question arises how primary health care and family medicine can be best organised in the health care system? The debate is whether it should be in the private sector, or in the public sector. Certainly in Eastern Europe, there is an increasing tendency to establish private primary health care practices, with family physicians functioning in a fee-for-service system. Certainly, when out-of-the-pocket-payments by the patients at the point of service delivery are high, this model may affect negatively accessibility of the health care system. Advocates of private practice as the organisational model, emphasize the high degree of flexibility and patient orientation of this kind of service. Those who defend primary health care as a public service, stress the importance of a comprehensive interdisciplinary team-based approach, and the need

for integration of preventive activities, having a focus not only at the health of the individual, but also at the population health. The evolution in Eastern Europe towards more private practices in family medicine is opposite to the fact in Western Europe, the family physician has switched from a private entrepreneur, towards a comprehensive health care provider, working in team and being socially accountable for a defined population or patient list at the level of e.g. continuity of care, quality of care, cost-effectiveness. For a public primary health care system to be performant, sufficient funding is needed, in order to attract skilled family physicians, nurses, and to assure their retention in the primary health care system. The European Forum for Primary Care (10) may offer the Platform to integrate experiences in designing Primary Health Care Systems in different European countries.

Finally, addressing the challenges of the 21st century will require an empowered citizen and patient, enabled to take adequate decisions in relation to his or her health, underpinned by evidence based information. To integrate health promotion and patient empowerment in primary health care is therefore a very important topic, and I want to congratulate the organisers of the international conference "Quality of primary health care, the perspective of patients" (Ljubljana - 28-29.03.2008) for having chosen this theme.

References

1. Social and cultural Planning Office. The Netherlands in Europe. The Hague: Social and Cultural Planning Office, 2000.
2. Eurostat. People by age classes. Available 26.8.2004 on: <http://europa.eu.int/comm/eurostat/newcronos>.
3. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenof F, Geurts JJ. Socioeconomic inequalities in Health. *Lancet* 1997; 349: 1655-959.
4. Health Council of the Netherlands. European primary care. Publication n°. 2004/20E. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2004.
5. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed. *JAMA* 1988; 260: 1743-8.
6. De Maeseneer JM, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet* 2003; 362: 1314-9.
7. Mold J, Blake G, Becker L. Goal-oriented medical care. *Fam Med* 1991; 23: 46-51.
8. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to health systems and health. *The Millbank Quarterly* 2005; 83(3): 457-502.
9. De Maeseneer J, Willems S, De Sutter A, Van de Geuchte I, Billings M. Primary Health Care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health systems Knowledge Network. Available on 26.3.2008: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_2007_en.pdf.
10. Available 26.3.2008 on: <http://www.euprimarycare.org>.

KAKŠEN NAJ BO ODGOVOR EVROPSKIH SISTEMOV KAKOVOSTNEGA PRIMARNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA NA IZZIVE 21. STOLETJA?

Jan De Maeseneer¹

Uvodnik

Uvod

Družba sprememb 21. stoletja postavlja zdravstveno varstvo pred vrsto pomembnih izzivov. Najprej gre za demografske in epidemiološke spremembe. Delež starejšega prebivalstva bo do leta 2020 v vseh državah članicah EU večinoma narasel za 3 do 6 odstotne točke (1) ob postopnem zmanjševanju deleža mladih. Leta 2003 se je gibal delež otrok, mlajših od 14 let med 14 in 15 % v Italiji, Španiji, Grčiji, Sloveniji in Nemčiji in 21 na Irskem in na Cipru (2). V skoraj vseh državah članicah EU se bo to število zmanjšalo do leta 2020 še za 4 odstotne točke. Te demografske spremembe bodo prinesle s seboj tudi drugačno epidemiološko situacijo s povečanim deležem kroničnih bolezni, duševnih obolenj itd. Poleg tega vodijo družbeno-kulturne spremembe v individualizacijo in večja pričakovanja javnosti v zvezi z zdravstvenim varstvom. V prihodnjih desetletjih se bo povečala etnična in kulturna raznolikost Evrope, kar bo prineslo s seboj tudi vrsto zdravstvenih problemov, s katerimi se bo srečeval sistem zdravstvenega varstva. Zaradi bistveno različnega družbeno-ekonomskega položaja so med posameznimi evropskimi državami velike razlike v stopnji obolevnosti in prezgodnje umrljivosti: tako posamezniki visoko na družbeno-ekonomski lestvici ostanejo zdravi kar 12 let dlje, kot tisti z nižjim družbenoekonomskim statusom (3). Z napredkom znanosti in tehnologije se bodo povečevala pričakovanja uporabnikov (npr. na področju genomike), tehnološki dosežki na področju oskrbe na domu pa bodo prinesli nove možnosti zdravstvene obravnave bolnikov zunaj zdravstvenih ustanov. Odločujoči v politiki in širša javnost se vedno bolj zavedajo, kako pomembno je preprečevanje bolezni oziroma pravilno ukrepanje ob izbruhih bolezni in nesrečah. Zato je nujna stalna pripravljenost sistema zdravstvenega varstva (4). Vsak zdravstveni sistem, ki se želi ustrezno odzivati na te izzive, mora upoštevati načela relevantnosti, enakosti (v dostopnosti), kakovosti in učinkovitosti.

Kakovost zdravstvenega varstva

Svojo družbeno odgovornost lahko zdravstveni sis-

temi dokažejo s prikazom prizadevanj za kakovost in načina, kako kakovost dosežejo. Kakovost zdravstvene nege sestavljajo struktura, proces in izid (5). Struktura je sestavljena iz treh, med seboj povezanih, elementov; to so: družba, posameznik in zdravstveni sistem. Na kakovost nege vplivajo organizacijski vidiki (dostopnost, trajnost, celovitost) in značilnosti izvajalcev zdravstvene nege (usposobljenost, empatija). Proces obsega vse postopke in interakcijo med bolniki in izvajalci. Kakovost procesa je v veliki meri odvisna od ustrezne komunikacije, zdravnikovih odločitev in vodenja zdravstvene oskrbe. Smernice, protokoli in algoritmi, na katerih sloni proces, se v vedno večji meri oblikujejo na osnovi znanstvenih dokazov (6). Izid določa način bolnikovega in zdravnikovega zaznavanja zdravja in bolezni, to razumevanje pa je vse manj usmerjeno k problemu in vse bolj k cilju (7). Tako je npr. pri kroničnem pljučnem bolniku njegova zmožnost delovanja v družbenem življenju bolj pomembna kot izvidi testov pljučnih funkcij. Iz tega pristopa izhaja vrsta pomembnih izmerljivih kazalcev izida, od znakov in simptomov, telesne funkcije, kakovosti življenja, zadovoljstva bolnika do družbene enakosti. Kakovost lahko izboljšamo z ukrepi na različnih ravneh strukture in procesa, podani pa morajo biti tudi medicinski, kontekstualni in politični dokazi. (6)

Kako se lahko evropski sistemi primarnega zdravstvenega varstva odzovejo na izzive?

Vedno več je dokazov, da celoviti sistemi primarnega zdravstvenega varstva lahko ponudijo ustrezno, pravično, kakovostno in stroškovno učinkovito zdravstveno nego (8). Starfield in sod. ugotavljajo, da morajo biti prednosti primarnega zdravstvenega varstva: lažja dostopnost do potrebnih storitev, boljša kakovost storitev, večji poudarek na preprečevanju bolezni, zgodnje zdravljenje in vloga primarnega zdravstvenega varstva v zmanjševanju števila nepotrebnih in potencialno škodljivih specialističnih storitev. Storitve primarnega zdravstvenega varstva predstavljajo prvi stik prebivalstva z zdravstveno os-

¹Predsednik European Forum for Primary Care [www.euprimarycare.org], Department of General Practice, and Primary Health Care, UZ - 1K3 - De Pintelaan 185, B-9000 Gent, Belgium
Kontaktne naslov: e-pošta: jan.demaeseneer@ugent.be

krbo. Predstavljajo rešitev za kar 90 % zdravstvenih problemov, imajo zato vlogo filtra in bolnike na kakovosten in stroškovno učinkovit način usmerjajo skozi zdravstveni sistem. Zdravstveni tim sestavljajo strokovnjaki različnih področij: družinski zdravniki, medicinske sestre, strokovnjaki za krepitev zdravja, socialni delavci, strokovnjaki za prehrano. Vsi ti skupaj rešujejo telesne, duševne in socialne probleme bolnika, njegove družine in skupnosti, v kateri živi. Medsektorsko sodelovanje pomembno prispeva k t. i. »skupnostni diagnozi« in opredeli strukturne vzroke obolevnosti. Vloga, ki jo ima primarno zdravstveno varstvo pri opozarjanju na pomen družbenih struktur in razumevanja družbenih determinant zdravja lahko prispeva k preobrazbi socialne kakovosti življenja posameznika in skupnosti (9). Nujno je povezovati javno zdravje in primarno zdravstveno varstvo in s tem integrirati vse javnozdravstvene ukrepe in napotke v primarno zdravstveno varstvo. Zdravstveni sistemi morajo biti organizirani v medsektorski mreži in povezani z okoljskim gospodarstvom, delom in izobraževanjem na različnih ravneh (pokrajine, okraji itd). Pri načrtovanju storitev primarnega zdravstvenega varstva je bistvenega pomena polno sodelovanje lokalne skupnosti, in sicer po načelu od spodaj navzgor. Takšen sistem primarnega zdravstvenega varstva lahko prispeva k izkoreninjanju bolezni, s tem, da prispeva k povezanosti in krepitvi moči v družbi, pa zmanjšuje ogroženost prebivalstva in pomaga skupnostim pri reševanju družbenih vprašanj zdravja.

Danes se sprašujemo, kako najbolje organizirati primarno zdravstveno varstvo in družinsko medicino v zdravstvenem sistemu: v okviru zasebnega ali v okviru javnega sektorja? Vzhodnoevropske države težijo k ustanavljanju zasebne zdravstvene službe s plačljivimi storitvami družinskih zdravnikov. Jasno je, da bi visoke cene, ki jih bi morali za storitve plačevati bolniki sami, negativno vplivale na dostopnost zdravstvenega varstva. Zagovorniki zasebne prakse kot organizacijskega modela v zdravstvu poudarjajo visoko stopnjo fleksibilnosti takšnih storitev in njihovo usmerjenost k bolniku. Tisti, ki zagovarjajo javno primarno zdravstveno varstvo, pa se sklicujejo na pomen celostnega interdisciplinarnega timskega pristopa in povezovanja preventivnih dejavnosti, ki niso usmerjene le k zdravju posameznika, temveč k zdravju vsega prebivalstva. Razvoj v smeri zasebnega zdravstvenega varstva, ki smo mu priča v vzhodni Evropi, je v nasprotju s položajem v zahodnoevropskih državah. Družinski

zdravnik se je iz podjetnika-zasebnika preobrazil v izvajalca celostnega zdravstvenega varstva, v člana tima, ki je družbeno odgovoren za določeno populacijo oz. skupino bolnikov, ob upoštevanju stalnosti, kakovosti in stroškovne učinkovitosti zdravstvenih storitev. Za uspešno delovanje javnega primarnega zdravstvenega varstva so potrebna zadostna denarna sredstva, s katerimi je moč pritegniti k delu sposobne družinske zdravnike in medicinske sestre in jih zadržati v sistemu primarnega zdravstvenega varstva. Evropski forum za primarno zdravstveno varstvo (European Forum for Primary Care) (10) lahko ponudi platformo za povezovanje izkušenj pri oblikovanju sistemov primarnega zdravstvenega varstva v različnih evropskih državah.

Ob zaključku bi poudaril, da bo naloge, ki jih prinaša 21. stoletje, mogoče reševati le s krepitvijo vloge prebivalstva, ki bo znalo na osnovi informacij, temelječih na znanstvenih dokazih, sprejemati prave odločitve v zvezi s svojim zdravjem. Povezovanje krepitve zdravja in krepitve vloge prebivalstva v primarnem zdravstvenem varstvu je zato zelo pomembna naloga in rad bi čestital organizatorjem mednarodne konference »Kakovost primarnega zdravstvenega varstva, perspektiva bolnika«, (Ljubljana, 28. – 29. marec 2008), da so za srečanje izbrali prav to temo.

Literatura

1. Social and cultural Planning Office. The Netherlands in Europe. The Hague: Social and Cultural Planning Office, 2000.
2. Eurostat. People by age classes. Pridobljeno 26.8.2004 s spletne strani: <http://europa.eu.int/comm/eurostat/newcronos>.
3. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhouf F, Geurts JJ. Socioeconomic inequalities in Health. *Lancet* 1997; 349: 1655-959.
4. Health Council of the Netherlands. European primary care. Publication n°. 2004/20E. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2004.
5. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed. *JAMA* 1988; 260: 1743-8.
6. De Maeseneer JM, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet* 2003; 362: 1314-9.
7. Mold J, Blake G, Becker L. Goal-oriented medical care. *Fam Med* 1991; 23: 46-51.
8. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to health systems and health. *The Millbank Quarterly* 2005; 83(3): 457-502.
9. De Maeseneer J, Willems S, De Sutter A, Van de Geuchte I, Billings M. Primary Health Care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health systems Knowledge Network. Available on 26.3.2008: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_2007_en.pdf.
10. Pridobljeno 26.3.2008 s spletne strani: <http://www.euprimary-care.org>.

UGOTAVLJANJE IN RAZVIJANJE KLJUČNIH PODROČIJ USPOSOBLJENOSTI (KOMPETENC) ZDRAVNIKOV KOT IZHODIŠČE ZA MODERNIZACIJO IZOBRAŽEVALNEGA PROGRAMA

IDENTIFICATION AND DEVELOPMENT OF KEY COMPETENCES OF DOCTORS AS A STARTING POINT FOR MODERNIZING THE EDUCATIONAL PROGRAMME

Samo Pavlin¹, Igor Švab², Helena Kovačič¹

Prispelo: 26. 11. 2007 – Sprejeto: 27. 5. 2008

Izvirni znanstveni članek
UDK 614.25:377.1

Izvleček

Namen: Ugotoviti, v kolikšni meri študijski program splošne medicine v Sloveniji (Medicinska fakulteta, Ljubljana) vpliva na razvoj ključnih področij usposobljenosti (kompetenc) bodočih zdravnikov.

Metode: Analiza relevantne literature; izvedensko vodena delavnica s skupino 'odličnih študentov' (N=9) zadnjih dveh letnikov splošne medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

Rezultati: Študijski program splošne medicine v Ljubljani na podlagi rezultatov analize odgovorov anketiranih študentov, študentov ne pripravi v zadostni meri za: motiviranje in vodenje bolnikov, sposobnost empatije (vživljanja) z ustrezno čustveno distanco, obvladovanje timskega dela, ne vpliva pa dovolj na razvoj komunikacijske usposobljenosti.

Zaključek: Študij splošne medicine v Ljubljani bi moral posvečati več pozornosti razvoju od situacije odvisne usposobljenosti in socializiranju študentov v to obliko učenja. To bi bilo mogoče tako z uvedbo posebnih učnih predmetov kot z organiziranjem posebnih modulov v okviru izvajanja obstoječe študijske prakse.

Ključne besede: študijski programi, splošna medicina, usposobljenost, kompetence, Slovenija

Original scientific article
UDC 614.25:377

Abstract

Objective: To determine to what extent the general medicine training programme at the Faculty of Medicine, University of Ljubljana, Slovenia, impacts the development of key competences of future medical doctors.

Methods: Analysis of relevant literature on key competences; expert workshop with the focus group of 'the best students' (N=9) in the last two years at the Faculty of Medicine in Ljubljana.

Results: The survey results showed that training in general medicine at the Ljubljana Faculty of Medicine does not prepare students adequately for providing motivation and guidance to their patients, to feel empathy with some preservation of emotional distance, to manage team work and to master communication skills.

Conclusions: General medicine training programme offered at the Ljubljana Faculty of Medicine should place greater focus on the development of situation-related competences and socialization of students. This goal can be achieved by enriching the present curriculum with new specialized subjects and by integrating new teaching modules into current teaching practices.

Key words: study programmes, general medicine, competencies, Slovenia

¹ Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, Kardeljeva ploščad 5, 1000 Ljubljana

² Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
Kontakti naslov: e-pošta: samo.pavlin@fdv.uni-lj.si

1 Uvod

V sodobni družbi pri delu strokovnjakov ni več pomembno samo, kaj znajo, temveč tudi, kakšne značilnosti morajo imeti, da svoje delo lahko dobro opravljajo. V tem prispevku argumentacijo gradimo na predpostavki, da ima teoretično znanje medicine svoj smisel šele takrat, ko ga zdravniki uspejo nadgraditi s komunikativnostjo, z obvladovanjem stresa, motiviranjem drugih in ostalimi ključnimi področji usposobljenosti (kompetence), kar je značilno tudi za mnoge druge poklice. V tem kontekstu nas zanima, kdo nosi glavno odgovornost za razvoj omenjenih področij usposobljenosti (kompetenc): univerzitetni izobraževalni program ali pa skrbniki dodatnih izobraževanj ob delu, mentorji, lastna pobuda bodočih zdravnikov ali njihovi nadrejeni. Ne glede na razmerje, ki ga pri razvoju področij usposobljenosti (kompetenc) bodočih zdravnikov nosijo omenjeni akterji, smernice Bolonjske deklaracije (1) jasno opozarjajo, da profesionalno zdravniško znanje kot rezultat informacijsko-procesnega učenja ni edina naloga dodiplomskega študija splošne medicine.

V nadaljevanju predstavljamo dva teoretska sklopa, kamor bomo umestili empirično raziskavo. Prvi teoretski sklop so sociološke teorije, ki se kritično sprašujejo, ali je temeljna vloga izobraževalnega sistema predvsem pravilno certificiranje, ali pa bolj priprava diplomantov na opravljanje dela. Drugi teoretski sklop pa so avtorji s področja analize usposobljenosti v sferi izobraževanja in dela. Razlagalna narava tega članka je osnova za vpogled v institucionalne mehanizme razvijanja usposobljenosti zdravnikov splošne medicine.

1.1 Pogled relevantnih socioloških teorij

Funkcionalistična paradigma sociologije profesij (2, 3) in teorija človeškega kapitala (4, 5) ugotavljata, da igra formalni sistem izobraževanja pri usposabljanju bodočih strokovnjakov ključno vlogo, še zlasti zaradi zgodnje socializacije bodočih diplomantov v poklic. Doktrina pozitivne funkcije izobraževalnega sistema je doživela ostre kritike že kmalu po tem, ko se je pojavila. Številni avtorji (6-8) so namreč opozorili, da se začne stroka, ki ima podporni izobraževalni sistem, ukvarjati sama s seboj v trenutku, ko doseže dovolj visoko stopnjo institucionalnega zaledja. Temu pritrjujeta certifikatna teorija (9) in teorija omrežij (10). Prva poskuša dokazati, da opravlja izobraževalni sistem predvsem funkcijo kontrole dostopa do trga dela, druga pa izobraževalne sisteme omeji na funkcijo generatorjev socialnih vezi.

Danes večina avtorjev soglaša, da izobraževalni sistemi pozitivno vplivajo na razvoj področij usposobljenosti

(kompetenc) posameznika in na njegovo pripravo za vstop v svet dela. Vendar pa ostaja vprašanje dometa tega vpliva še vedno zelo odprto. Na razvoj usposobljenosti poleg izobraževalnega sistema močno vplivajo tudi individualne značilnosti posameznika, še zlasti osebna stališča in predstave posameznikov o možnosti lastnega vplivanja na svojo usodo in kariero, tj. (samo)iniciativnost, (samo)motiviranost ter dovzetnost za iskanje izzivov (11).

Zato lahko posamezniki iščejo razloge za kakovost zdravstvenih storitev pri dveh različnih in ne nujno povezanih virih. Prvi se nanaša na urejenost zdravstvenega sistema in organizacijske pogoje dela medicinskega osebja, drugi pa na zagotavljanje usposobljenosti zdravniškega osebja. V nadaljevanju bomo izhajali predvsem iz druge komponente in vloge, ki naj bi jo pri tem imel formalni izobraževalni sistem, ter se pri tem osredotočili na kompetenčni pristop (12).

1.2 Opredelitev področij usposobljenosti (kompetenc)

Usposobljenost (kompetenca) lahko opredelimo kot vidike znanja, motivov, samopodobe in vrednot posameznika, ki vplivajo na to, kako bo ta posameznik deloval v konkretni delovni situaciji (13). Ta definicija se še posebej dobro dotakne koncepta temeljnega oziroma ključnih področij usposobljenosti (kompetenc), ki vpliva na delovanje ostalih. Skupne so večjemu številu posameznikov, družbenih in poklicnih skupin. Iz te definicije izhaja Eurydicov (14) nabor ključnih usposobljenosti (komunikacija, delo z drugimi, reševanje problemov, računska pismenost, uporaba informacijske in komunikacijske tehnologije, učiti se učiti in druge) in nabor ključnih področij usposobljenosti (kompetenc) Evropske komisije (15) (sporazumevanje v maternem jeziku, sporazumevanje v tujem jeziku, matematična pismenost, znanost in tehnologija, digitalna usposobljenost, učenje učenja, medosebna, medkulturna, družbena in državljanska usposobljenost, podjetnost in kultura). Sporazumevanje je torej na vrhu lestvic področij usposobljenosti (kompetenc), ki jih navajajo številne evropske institucije. Sporazumevanje je poleg poslovanja ambulate in obvladovanja kliničnih veščin tudi temeljna veščina zdravnikov družinske medicine (16) in je prisotna predvsem med bolnikom in zdravnikom.

S področja razvoja usposobljenosti v terciarnem izobraževanju predstavlja ključno raziskovalno dejavnost v evropskem raziskovalnem prostoru Reflexova³ raziskava (17). Celoten nabor te lestvice prikazujemo v Tabeli 1.

³Akronim izhaja iz naslova projekta: Research into Employment and professional FLEXibility.

Tabela 1. *Razširjeni nabor ključnih usposobljenosti (kompetenc), ki ga je v 6. okvirnem programu EU opredelil raziskovalni konzorcij Reflex.*

Table 1. *Broadened set of key competences defined by the REFLEX project within the EU 6th Framework Program.*

a. Strokovnost in praksa na svojem področju <i>Professional competence and skills in own field</i> b. Znanje na drugih področjih (kar ni neposredno povezano z mojim delom) <i>Knowledge of other disciplines (not directly connected with one's work)</i> c. Zaznavanje razumevanja problema <i>Ability to identify and understand the problem</i> č. Sposobnost hitrega osvajanja novega znanja <i>Fast acquisition of new knowledge</i> d. Sposobnost učinkovitega pogajanja <i>Effective negotiating skills</i> e. Sposobnost dela pod stresom <i>Ability to work under stress</i> f. Pripravljenost zagrabit priložnost <i>Readiness to grasp an opportunity</i> g. Sposobnost koordiniranja dejavnosti <i>Skills to coordinate activities</i> h. Sposobnost učinkovite uporabe časa <i>Effective use of time</i> i. Sposobnost produktivnega sodelovanja z drugimi (timsko delo) <i>Productive cooperative work skill(team work)</i> j. Sposobnost motiviranja drugih <i>Ability to motivate others</i> k. Sposobnost jasnega izražanja <i>Ability to express oneself clearly</i> l. Sposobnost vzpostavljanja lastne avtoritete pri drugih (postaviti se zase) <i>Ability to assert one's authority (to stand up for one's rights)</i>	m. Sposobnost dela z računalnikom in internetom <i>Computer and internet skills</i> n. Sposobnost iskanja novih idej in rešitev <i>Ability to search for new ideas and solutions</i> o. Pripravljenost »premljevanja« lastnih idej in idej drugih <i>Willingness to reflect on own and others' ideas</i> p. Sposobnost predstavljanja produktov, idej ali poročil drugim <i>Ability to present products, ideas or reports to others</i> r. Sposobnost pisanja poročil, zabeležk in dokumentov <i>Skills in report, notes and document writing</i> s. Sposobnost pisanja in branja v tujem jeziku <i>Reading and writing skills in a foreign language</i> š. Sposobnost samostojnega in odgovornega dela <i>Ability to independently perform responsible work</i> t. Sposobnost navezovanja in vzdrževanja družbenih stikov <i>Ability to initiate and maintain social contacts</i> u. Sposobnost učinkovitega odločanja v težavnih situacijah <i>Ability to make effective decisions in difficult situations</i>
--	---

Vir: Van der Velden in drugi, 2003; glej vir 17.

Če raziskovalna in politična skupnost še zna ugotoviti ključna področja usposobljenosti (kompetence) bodočih strokovnjakov, pa je manj znanega o načinu, kako jih razvijati. Oblikujejo se namreč v delovni in socialni situaciji skozi prakso v daljšem obdobju in na različne načine. Mnoga od osebno pogojenih področij usposobljenosti se namreč začno pridobivati že v zgodnji mladosti v družini in v šoli, pri opravljanju poklica pa jih je možno razvijati večinoma glede na naravo delovnih nalog, zato je njihovo pridobivanje z razrednimi učnimi metodami lahko vprašljivo. Nekateri avtorji namreč opozarjajo (18), da je za

razvijanje primerno predvsem situacijsko učenje oziroma primerno sodelovanje v praksi, vendar pa najbolj pogosto citirani modeli s področja nastajajoče teorije upravljanja znanja (19, 20) dokazujejo, da do najboljših učnih dosežkov in delovnih rezultatov vodi kombinacija informacijsko-procesnega kot tudi situacijskega učenja.

1.3 Vpetost usposobljenosti (kompetenc) splošnega zdravnika v slovenskem sistemu usposabljanja

Po Standardni klasifikaciji poklicev (21) so temeljne

naloge širše poklicne skupine zdravnikov naslednje: raziskovanje nepravilnosti in bolezni človeškega organizma, opravljanje pregledov in postavljanje diagnoz, predpisovanje in ugotavljanje zdravljenja, specialistično in kirurško zdravljenje bolezni, svetovanje in uporaba preventivnih medicinskih metod, priprava znanstvenih razprav in nadzorovanje drugih delavcev.

Drugi opisi so v slovenskem okolju redki. Ugotovimo lahko, da področja usposobljenosti (kompetence) zdravnikov po končanem fakultetnem izobraževanju niso resno opredeljena niti v zakonodaji, razen v učnih načrtih fakultet. Tu je v zadnjih desetletjih prišlo do premika: namesto izključnega osredotočanja na znanje prihajajo v ospredje tudi veščine in stališča. Tako Medicinska fakulteta v Ljubljani v svojem gradivu prenovljenega študija zapiše, da je cilj pouka medicine izobraziti diplomanta, da se bo sposoben vključiti v nadaljnji proces samostojnega in vodenega izobraževanja na področju medicine v kateri koli od medicinskih dejavnosti, temeljna znanja pa mu omogočajo nadgradnjo v znanstvenoraziskovalnem delu. V tem času je potrebno osvojiti tako naravoslovno znanje za razumevanje delovanja človeškega organizma in nastanka bolezni ter za razlago učinkov zdravljenja kot tudi znanje za spoznavanje in zdravljenje bolezni (22). Ob tem naj bi bodoči diplomanti poleg poznavanja naravoslovnih ved pridobili tudi komunikacijsko in ostalo ključno usposobljenost.

V opisanem kontekstu je malo znanega, kako je ključna zdravniška usposobljenost (kompetenca) sorodna z ostalimi strokami in v kolikšni meri naj k njihovem razvoju prispeva izobraževalni sistem. Opisana vprašanja so temeljno raziskovalno vprašanje tega prispevka. V nadaljevanju predstavljamo metodologijo, s pomočjo katere smo ključna področja usposobljenosti (kompetence) zdravnikov prepoznali in opisali v programu splošne medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

2 Metodologija

Na osnovi predstavljenih teoretskih izhodišč nas zanima, v kolikšni meri učni program splošne medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani razvija tista področja usposobljenosti (kompetence), ki so za opravljanje zdravniškega poklica najbolj pomembna. Glavna metoda, s katero v tem prispevku iščemo odgovor na zastavljeno vprašanje, je eksperimentalno vodena delavnica z 9 'odličnimi'⁴ študenti

Medicinske fakultete v Ljubljani. Metodo fokusne skupine, ki temelji na skupinskih intervjujih znotraj majhne skupine študentov, smo uporabili zato, da bi prišli do poglobljenega vpogleda v vlogo, ki jo ima izobraževalni sistem pri razvijanju področij usposobljenosti (kompetenc) pri študentih za opravljanje zdravniške stroke.

2.1 Metodološka omejitve

Glavna šibkost metodološkega pristopa v opisanem primeru izhaja iz omejene izkušnje študentov pri vsakodnevni praksi zdravnikov. Kljub temu, da je pogled študentov na delo v zdravstvu vezan na študijski program, je tak vzorec za raziskovanje legitim in na določen način še posebej zanimiv. Študentje so se večinoma osredotočili na tista področja usposobljenosti (kompetence), ki so povezana z delom zdravnikov in niso pod neposrednim vplivom delovnih razmer v delodajalski organizaciji (stres, pomanjkanje časa, delo z administracijo ipd).

2.2 Potek fokusnih intervjujev

Na delavnici smo uporabili kombinacijo polstrukturiranih in poglobljenih intervjujev, ki jih je na ravni skupine vodil moderator/strokovnjak s Fakultete za družbene vede. Rezultati tega pristopa temeljijo na principu »pristopa od spodaj navzgor«, ki je običajno vezan na manjšo skupino, v kateri je še mogoče voditi pogovor. Rezultate je v naslednji fazi po principu triangulacije (23) smiselno preveriti še s pomočjo anketnega vprašalnika na večjem vzorcu, kar bo predmet prihodnjega raziskovanja. Devet študentov zadnjih dveh letnikov, vključenih v raziskavo, aktivno sodeluje v poklicnem študentskem društvu. Poleg tega se v okviru študijskih dejavnosti vsi izbrani študentje pogosto srečujejo z zdravniško prakso. Zato lahko sklepamo, da so bili v času poteka intervjujev sposobni razmišljati o svojem izobraževalnem programu tudi s strani trga dela. Delavnica je bila razdeljena na naslednje korake, ki smo jih v uvodnem delu udeležencem tudi predstavili:

- a) določitev ključnih delovnih nalog;
- b) opis ključnih delovnih nalog;
- c) določitev zahtevanih področij usposobljenosti (kompetenc);
- č) opis zahtevanih področij usposobljenosti (kompetenc);
- d) analiza razhajanj med možnim in dejanskim stanjem razvijanja usposobljenosti (kompetenc) s pomočjo anketnega vprašalnika.

⁴Izbor študentov za fokusno skupino 'odličnih študentov' je opravil diplomant medicinske fakultete ob upoštevanju dveh meril: aktivno sodelovanje študentov v študentskem poklicnem društvu in njihov nadpovprečen študijski uspeh.

Navedene korake, razen analize razhajanj med možnim in dejanskim stanjem razvijanja usposobljenosti (kompetenc), smo izvajali s pomočjo informacijske tehnologije, ki je s projiciranjem gradiva na platno udeležencem omogočila sprotno spremljanje napredka, izvajalcem pa olajšala izvedbo in omogočila sprotno zapisovanje. Posamezni koraki so potekali v naslednjem vrstnem redu:

a, b) Določitev in opis ključnih delovnih nalog zdravnika splošne medicine

V prvem koraku delavnice so udeleženci delavnice z individualnim poročanjem oblikovali nabor ključnih delovnih nalog zdravnika splošne medicine, kot so jih razumeli na podlagi študijskega programa, praktičnih izkušenj ter neformalnih stikov. Ključne delovne naloge smo opredelili kot tiste, ki predstavljajo jedro zdravniškega dela ter imajo jasen začetek in konec. S procesnim razumevanjem nalog, ki izhajajo iz korenoma več delovnih opravil, smo se izognili pretirani drobitvi, ki ne ponuja dobre podlage za razmislek o ključnih področjih usposobljenosti (kompetencah). Na koncu smo ponovno pregledali nabor nalog ter, kjer je to bilo mogoče, posamezne naloge združili.

Poznavanje in razumevanje temeljnih nalog je nujen korak pri analizi področij usposobljenosti (kompetenc). To velja tako za metodološke korake pri analizi dela kot tudi za interpretacijo rezultatov.

c, č) Določitev zahtevanih področij usposobljenosti (kompetenc)

Po opredelitvi ključnih nalog smo se lotili oblikovanja nabora in generiranja opisa zahtevanih področij usposobljenosti (kompetence). Najprej smo udeležencem ponovno predstavili pojem usposobljenosti (kompetence) in jih prosili, da v skupini razmislijo in zapišejo, katera področja usposobljenosti (kompetence) so po njihovem mnenju potrebna za opravljanje nalog. Po 15 minutah smo udeležence delavnice prosili, da v 'smeri urinega kazalca' individualno poročajo, katera področja usposobljenosti (kompetence) so identificirali. Pri tem smo sproti odpravljali morebitne nejasnosti v smislu pravilnega razumevanja samega pojma področij usposobljenosti (kompetenc), iskali skupni imenovalac v primeru ponavljanja istih področij usposobljenosti (kompetenc) pod različnimi imeni ter usklajevali različna poimenovanja. V nadaljevanju so udeleženci delavnice na predstavljen način opisali identificirana področja usposobljenosti (kompetence), pri čemer smo preko panelnega

prikazovanja rezultatov iskali konsenz udeležencev o posameznem opisu.

V naslednjem koraku smo pregledali in izostrili vse zapise delavnic: popravili slovnične napake, dopolnili opise v skladu z opombami, izdelanimi na delavnicah, odstranili morebitna prekrivanja v zapisih. Ključni korak v tej fazi je bilo predvsem smiselno sintetiziranje rezultatov.

d) Analiza razhajanj med želenim in dejanskim (realnim) stanjem razvijanja področij usposobljenosti (kompetenc) v programu medicine

Udeleženci delavnice so na list papirja z vnaprej pripravljeno prazno tabelo najprej iz projiciranega panela v prvi stolpec prepisali skupinsko ugotovljena področja usposobljenosti (kompetence). V naslednjem koraku pa so s pomočjo vprašalnika z ocenami od 1 do 5 ocenjevali razhajanja med želenim in dejanskim (realnim) stanjem razvoja v univerzitetnem programu medicine. Pri tem je evalvacija razvoja vedno temeljila na dveh vrednostih: oceni obstoječega (dejanskega) pridobivanja usposobljenosti ter oceni potrebnega (želenega) načina pridobivanja usposobljenosti. Vprašanje, povezano s stvarnim stanjem, se je torej glasilo: »V kakšni meri MF v Ljubljani pri študentih razvije izbrano usposobljenost?« Vprašanje, povezano z želenim stanjem, pa: »V kakšni meri bi po vašem mnenju morala MF v Ljubljani razviti izbrano usposobljenost?«

Po koncu tega dela delavnice je sledil vnos podatkov, elementarna analiza podatkov (izračun razhajanj) ter priprava sinteznih grafov.

3 Rezultati

Ključne naloge zdravnika splošne medicine

Na podlagi delavnice z odličnimi študenti smo prišli do podobnih ugotovitev o tem, katere so temeljne naloge zdravnika, kot jih navaja Standardna klasifikacija poklicev. Študentje so na delavnici ugotovili naslednje ključne naloge: komunikacija z bolnikom, prepoznavanje bolezni, predpisovanje in izvajanje terapije, napotitev k specialistom, upravljanje zdravstvene ekipe, izobraževanje sebe in drugih ter izvajanje preventivne dejavnosti.

Identifikacija in opis ključnih področij usposobljenosti (kompetenc) splošnega zdravnika

V Tabeli 2 prikazujemo rezultate prve faze delavnice, ki se osredotočajo na identifikacijo in opis ključnih področij usposobljenosti (kompetenc) splošnega zdravnika.

Tabela 2. *Identificirana področja usposobljenosti (kompetence) ter kompetenčni opisi.*Table 2. *Identified competences and competence descriptions.*

Usposobljenost (kompetenca) <i>Competence</i>	Opis <i>Description</i>
Sposobnost nadgrajevanja in povezovanja teorije s prakso <i>Ability to upgrade one's skills and integrate theory and practice</i>	Imeti dober pregled nad teorijo in jo poznati. Spremljati nova spoznanja in razvoj ter prenašanje tega v prakso. <i>Broad understanding of theory . Being kept informed about the latest advances and developments, and able to apply this knowledge to practice.</i>
Vzpostavljanje profesionalnega partnerskega odnosa z bolnikom (in sodelavci) <i>Building good partnership with patients (and colleagues)</i>	Sposobnost predstaviti bolezen in možnosti zdravljenja, razumevanje bolnikovih težav in pričakovanj ter vzdrževanje enakovrednega odnosa na človeški ravni. Pri tem ni diskriminacije. Poznati svojo vlogo tudi zunaj ambulate v vseh situacijah. <i>Ability to present the disease and treatment modalities, to understand the patient's problems and expectations, to maintain the health professional/ patient relationship based on the principles of human equality, without discrimination. Knowing one's role in all situations outside a health facility.</i>
Sposobnost empatije z ustrezno čustveno distanco <i>Ability to empathize yet with some preservation of emotional distance</i>	Pokazati bolniku, da razumemo njegove težave, a ne pustiti, da nas čustveno obremeni. Objektivno mu moramo nuditi pomoč v vseh okoliščinah. Znati ga razumeti in mu razložiti probleme. <i>Displaying empathy for the patient, yet with some preservation of emotional distance. Being ready to help the patient under any circumstances; being able to understand the patient and explain his/her problems</i>
Motiviranje in vodenje bolnika (in zdravstvenega osebja) <i>Motivating and guiding patients (and health care staff)</i>	Pokazati bolniku pot do tistega, kar je za njegovo zdravje najboljše. Spodbuditi bolnika k odločitvi za to pot. <i>Advising the patient on how to make the best choices for his/her health. Encouraging and motivating them to follow the advice given.</i>
Komunikativnost <i>Communicativeness</i>	Poslušanje, jasno izražanje, prijaznost in ustvarjanje dobrega počutja bolnika. <i>Listening actively to the patient, maintaining honest and clear communication with him/her and making him/her feel comfortable and at ease.</i>
Dobronamerno altruistično razmišljanje <i>Positive and altruistic disposition</i>	V vsakem trenutku ravnati tako, kot je najboljše za bolnika; skladno z etičnimi normami. <i>Being committed to always do what is best for the patient by adhering to ethical standards of the profession.</i>

Obvladovanje timskega dela <i>Team work managing skills</i>	Koordinacija, vodenje, sodelovanje, sposobnost učenja drugih. <i>Coordination, leadership, cooperatio and teaching skills.</i>
Prenašanje doktrine <i>Dissemination and transfer of professional knowledge and policy</i>	Učenje drugih kolegov. <i>Teaching colleagues.</i>
Ustvarjanje novega znanja <i>Acquiring new knowledges</i>	Pripravljenost sodelovanja pri napredku medicine, pri zbiranju podatkov, raziskavah, študijah. <i>Willingness to participate in the development activities, data collection and research.</i>

Ugotovljena področja usposobljenosti (kompetence) so v veliki meri skladne z naborom, ki so ga pri analizi zdravstvenih sistemov omenili tudi drugi raziskovalci v mednarodnem prostoru (24).

Razhajanja pri razvijanju ključnih področij usposobljenosti (kompetenc) v študijskem programu splošna medicina

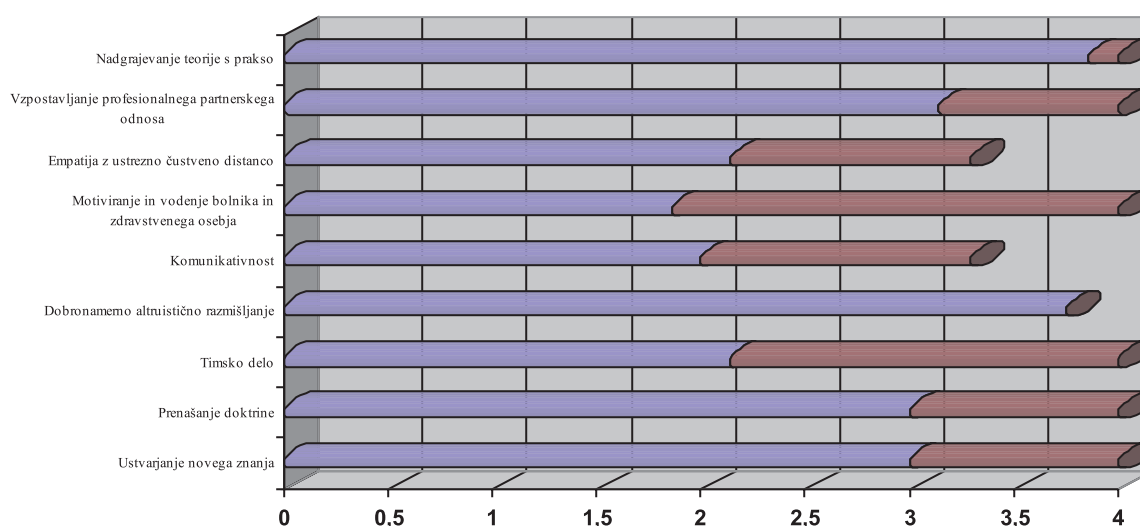
V prvih dveh korakih delavnice na MF v Ljubljani smo identificirali ključna področja usposobljenosti (kompetence) zdravnikov, kot jih vidijo odlični študentje, ter nato pripravili njihove sintezne opise. V tretjem koraku pa smo udeležence delavnice s pomočjo anketnega vprašalnika prosili, da na lestvici ocen 1 (nezadostno),

2 (zadostno), 3 (dobro), 4 (prav dobro) in 5 (odlično), ocenijo:

- »V kolikšni meri Medicinska fakulteta v Ljubljani pri študentih razvije izbrano usposobljenost (kompetenco)?« ter
- »V kolikšni meri bi po vašem mnenju morala Medicinska fakulteta v Ljubljani razviti izbrano usposobljenost (kompetenco)?«

Na ta način je namreč možno ugotoviti razliko med dejanskim in želenim načinom razvijanja usposobljenosti. Rezultate prikazujemo na Sliki 1.

Iz rezultatov na Sliki 1 lahko razberemo, da program splošna medicina MF v Ljubljani študente zelo dobro usposobi za: nadgrajevanje in povezovanje teorije



Slika 1. Razhajanja med dejanskim in želenim stanjem razvijanja kompetenc v programu medicina.

Figure 1. Discrepancies between actual and desired development of competences in the medical training programme.

Tabela 3. Primerjava ugotovljenih področij usposobljenosti (kompetenc) pri študiju splošne medicine (MF v Ljubljani) s projektom Reflex (17).

Table 3. Comparison of competences provided by the general medicine training programme at the Ljubljana Faculty of Medicine and key competences of the REFLEX project.

Identificirano na MF v Ljubljani <i>Identified competences of medical undergraduates at the Ljubljana Faculty of Medicine</i>	Reflexov nabor <i>Set of key competences proposed by the REFLEX project</i>
Sposobnost nadgrajevanja in povezovanja teorije s prakso <i>Ability to upgrade one's skills and to integrate theory and practice</i>	Strokovnost in praksa na svojem področju <i>Professional competence and skills in own discipline</i> Sposobnost hitrega osvajanja novega znanja <i>Ability of fast knowledge acquisition</i>
Vzpostavljanje profesionalnega partnerskega odnosa z bolnikom (in sodelavci) <i>Building good partnership with patients (and colleagues)</i>	Sposobnost samostojnega in odgovornega dela <i>Ability to independently perform responsible work</i> Sposobnost navezovanja in vzdrževanja družbenih stikov <i>Ability to initiate and maintain social contacts</i>
Sposobnost empatije z ustrezno čustveno distanco <i>Feeling empathy with some preservation of emotional distance</i>	–
Motiviranje in vodenje bolnika (in zdravstvenega osebja) <i>Motivation and guidance of patients (and health care staff)</i>	Sposobnost motiviranja drugih <i>Ability to motivate other people</i>
Komunikativnost <i>Communicativeness</i>	Sposobnost jasnega izražanja <i>Ability to express oneself clearly</i> Sposobnost pisanja in branja v tujem jeziku <i>Reading and writing skills in a foreign language</i>
Dobronamerno altruistično razmišljanje <i>Positive altruistic disposition</i>	–
Obvladovanje timskega dela <i>Team work management</i>	Sposobnost tvornega sodelovanja z drugimi (timsko delo) <i>Productive cooperative work skill(team work)</i>
Prenašanje doktrine <i>Dissemination of professional knowledge and practice</i>	Pripravljenost »premljevanja« lastnih idej in idej drugih <i>Willingness to reflect on own and others' ideas</i> Sposobnost predstavljanja produktov, idej ali poročil drugim <i>Ability to present products, ideas or reports to others</i>
Ustvarjanje novega znanja <i>Generating new knowledge</i>	Sposobnost iskanja novih idej in rešitev <i>Ability to search for new ideas and solutions</i> Sposobnost pisanja poročil, zabelezk in dokumentov <i>Skills in report, notes and document writing</i>

s prakso (3,86), dobronamerno altruistično vedenje (3,75) ter vzpostavljanje profesionalnega partnerskega odnosa z bolnikom in sodelavci (dejanska 3,14). MF najslabše usposobi svoje študente za motiviranje in vodenje bolnika (1,86), komunikativnost (2,00) ter sposobnost empatije z ustrezno čustveno distanco in za obvladovanje timskega dela (2,14). Največje razhajanje med dejanskim in pričakovanim stanjem se pojavi pri motiviranju in vodenju bolnika (2,57), timskega delu (2,0) ter vzpostavljanju profesionalnega partnerskega odnosa med zdravnikom in bolnikom ter komunikativnostjo (1,29).

4 Razpravljanje

Ugotovimo lahko, da se identificirana področja usposobljenosti (kompetence) ujemajo tako z opisi zdravnika v mednarodnem prostoru kot tudi s ključno usposobljenostjo univerzitetnih diplomantov oziroma strokovnjakov v širšem pomenu besede (24). Ti opisi poleg poznavanja zdravstvene teorije omenjajo tudi elemente, kot so čustvovanje, upoštevanje socialnih dejavnikov in ozadja bolnika, obravnavanje bolezni z različnih perspektiv, holistično povezovanje telesa in duha, spoštovanje in podobno. Zato je nabor, ki smo ga dobili na MF, v osnovi smiselno primerjati z univerzalnim Reflexovim naborom področij usposobljenosti (kompetenc) (17) vseh visokošolskih diplomantov (glej Tabelo 1), saj lahko na ta način odpravimo morebitne šibkosti v predstavljenem profilu.

V Tabeli 3 lahko opazimo, da se 9 področij usposobljenosti (kompetenc), ki smo jih identificirali pri študiju medicine MF v Ljubljani, ujema z 12, ki jih opisuje projektni konzorcij REFLEX. Pri tem naj omenimo, da REFLEX v svoj nabor ne vključuje 'dobronamernega altruističnega razmišljanja' ter 'sposobnosti empatije z ustrezno čustveno distanco'. Očitno gre za izrazito sektorsko pogojeni prvini, ki sta pomembni predvsem pri odnosu zdravnikov do bolnikov in pri medicinskem osebju (25).

Če primerjavo obrnemo in opazujemo REFLEXOV nabor z naborom delavnice na MF, ugotovimo, da nismo odkrili 10 splošnih področij usposobljenosti (kompetenc), ki pa jih omenjeni konzorcij vključuje. Med njimi gre za: 'opaziti in razumeti problem', ki bi se delno skladal s sposobnostjo nadgrajevanja in povezovanja teorije s prakso ter komunikativnostjo. Poleg tega na delavnici nismo identificirali 'sposobnosti dela z računalnikom in internetom', za katero sicer lahko sklepamo, da je študentom samoumevna. Še bolj zanimivo pa je iskanje vzrokov za 'REFLEXOVA'

področja usposobljenosti (kompetence), ki bi jih lahko opredelili kot tista, ki se tipično navezujejo na administrativni oziroma tržni (deležniško) 'prirastek' zdravniškega poklica in jih v delavnici nismo prepoznali. Gre za:

- strokovnost in praksa na svojem področju;
- sposobnost učinkovitega pogajanja;
- sposobnost dela pod stresom;
- pripravljenost zagrabit priložnost;
- sposobnost koordinacije dejavnosti;
- sposobnost učinkovite uporabe časa;
- sposobnost vzpostavljanja lastne avtoritete pri drugih (postaviti se zase);
- sposobnost učinkovitega odločanja v težavnih situacijah.

Glede na dobljeni rezultat lahko sklepamo, da obstoječi program splošne medicine tega ne razvija v taki meri, da bi jih njihovi diplomanti zaznali kot primerne. Razpravo o tem, ali bi razvoj le-teh moral soditi v domeno izobraževalnega programa, glede na to, da potrebe po njih v organizaciji obstajajo (kot opozarjajo mednarodne raziskave), bomo pustili za kako drugo priložnost.

Dobljeni rezultati kažejo na to, da je program splošne medicine preko procesno-informacijskega učenja in memoriranja strokovne literature usmerjen predvsem v pridobivanje ozko specializiranega znanja, premalo pa na sposobnost, kako ga uporabiti. Izmed opisanih področij usposobljenosti (kompetenc) je še posebno zaskrbljujoče razhajanje, ki se pojavlja pri komunikaciji, saj se v sodobni družbi vloga zdravnika vedno bolj spreminja v vlogo svetovalca. Na to so opozorili mnogi avtorji (26, 27), ki ugotavljajo, da sodobna razosebljenost medicina pogosto potiska to nalogo na obrobje svoje dejavnosti, in sicer k drugemu medicinskemu osebju (ki ima – paradoksalno – pri interpretaciji bolezni omejene pristojnosti) ali k psihologom.

Taki rezultati opozarjajo na potrebo po nadaljnji analizi opisane tematike. V primeru, da bodo tudi nadaljnje raziskave potrdile opisano ugotovitev, to kliče po nujni dopolnitvi izobraževalnega sistema bodočih zdravnikov. V nasprotnem primeru se namreč v zdravstvu utrjuje tista logika usposobljenosti, ki sovпада z neučinkovitim zdravstvenim sistemom. Tak sistem pozablja na svojo osnovno funkcijo in še poglablja spiralo zanemarjanja temeljnega zdravniškega poslanstva. To naj bi gradilo na zaupanju med zdravnikom in bolnikom (28) ter v tej luči postavilo zdravnika v funkcijo mentorja.

5 Sklep

S prispevkom smo na podlagi empirične raziskave pokazali, da obstoječi program študija splošne medicine ne posveča dovolj pozornosti osebnostno in kulturno pogojenim usposobljenostim (kompetencam), ki so ključne za doseganje temeljnega zdravniškega poslanstva: vodenje bolnika, timsko delo, vzpostavljanje strokovnega in partnerskega odnosa med zdravnikom in bolnikom ter komunikativnost. To lahko razumemo tudi kot posledico evropske (kartezijanske) paradigme znanja, za katero sklepamo, da je značilna za velik del visokošolskih izobraževalnih ustanov v evropskem prostoru.

Eno ključnih vprašanj za reševanje opisane problematike kaže usmeriti v vzpostavitev ustreznega razmerja in povezovanja med informacijsko-procesnim učenjem, ki se odvija predvsem v učilnicah, ter situacijskim učenjem, ki je povezano predvsem z uporabo praktičnega znanja. Informacijsko-procesno učenje je namreč zelo uporabno v stabilnih okoljih, kjer je interakcija s posamezniki omejena ali je sploh ni. V tem procesu učenja namreč uspešno ali manj uspešno prihaja do kodiranja zunanjih informacij ter njihovega shranjevanja in priklica iz spomina (29).

Zdravniki pa se pri svojem delu pogosto znajdejo v razmerah, ko ni jasne povezave med vzrokom in posledico ali pa posledica sploh ni vidna. Učenje v teh kontekstih uspešneje pojasnjujejo teorije socialnega učenja. Pri tej vrsti učenja je ključno vprašanje, na kakšen način ljudje vzpostavljajo vzročne zveze v novih situacijah prek izkušenj in splošnih pravil. Teorija socialnega učenja za razliko od klasičnega in instrumentalnega pogojevanja temelji na učenju prek opazovanja (30). Poznavanje intenzivnosti ene ali druge oblike učenja ter njunega povezovanja v izobraževalnem sistemu torej odpira naslednja vprašanja, ki so za razvoj izobraževalnega programa zelo pomembna:

- Kako naj izobraževalni program sploh razume strokovno delo zdravnika splošne prakse?
- Ali naj razločuje med strokovno usposobljenostjo in drugo usposobljenostjo, ki jih od zdravnika pričakuje delodajalec?
- Kako naj v tem kontekstu vzpostavlja merila šolske uspešnosti?
- Kakšna metodološka orodja naj pri tem uporablja?
- Na osnovi česa naj rekrutira kandidate v svoje izobraževalne programe?
- Koliko naj se posveti temu pri razvijanju njihove kariere?
- Koliko časa naj posveti ukvarjanju z lastnimi obstoječimi rutinami in koliko uvajanju novih?

Sklepamo lahko, da bo iskanje rešitev in odgovorov na zastavljena vprašanja mogoče predvsem na podlagi uvajanja različnih oblik situacijskega učenja v programe, kar v tradicionalno tog izobraževalni sistem prinaša novo logiko. Ta bo zadovoljivo integrirala situacijsko učenje v visokošolske učne programe in to obliko učenja ustrezno vrednotila. Študij splošne medicine sicer že danes temelji na institucionalnem združevanju razrednega pouka z delodajalskimi organizacijami in državo, zato se zdi, da je težava predvsem v povezovanju med omenjenimi prvinami.

Zahvala

Avtorji se zahvaljujejo Blažu Vrhnjaku, ki je poskrbel za organizacijo delavnice in interpretacijo rezultatov na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

Literatura

1. Bologna Declaration of 19 June 1999. Pridobljeno dne 8.5.2008 s spletne strani: http://www.bologna-bergen2005.no/Docs/00-Main_doc/990719BOLOGNA_DECLARATION.PDF.
2. Durkheim E. Professional Ethic and Civil Morals. New York: The Free Press, 1957.
3. Parsons T. Professions and the Social Structure. V publikaciji Glencoe: Essays in Sociological Theory. Free Press, 1954.
4. Schultz TW. Investment in Human Capital. Am Econ Rev 1961; 51(1): 1-17.
5. Becker GS. Investment in Human Capital: a theoretical analysis. J Polit Econ 1962; 70(S5): 9-49.
6. Freidson E. Professions and their prospects. New York: Sage, 1973.
7. Illich I. Medicinska Nemezis. Beograd: Biblioteka Zodiak, 1975.
8. Larson MS. The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis. Berkeley: University of California Press, 1977.
9. Collins R. The Credential Society: An Historical Sociology of Education and Stratification. New York: Academic Press, 1979.
10. Lin N. International Sunbelt Social Network Conference. Charleston: South Carolina 1999.
11. Semejin J et al. Graduates' personality characteristics and labor market entry – an empirical study among Dutch economics graduates. Econ Educ Rev 2004; 24: 67-83.
12. Pezdirc MS (ur). Kompetence v kadrovske praksi. Ljubljana: GV izobraževanje; 2005.
13. Spencer LM, Spencer MS. Competence at work: models for superior performance. New York: Wiley, 1993.
14. Eurydice Key Competencies. Bruselj: European Unit 2002.
15. Jelenc Z in dr. Strategija vseživljenjskega učenja v Sloveniji. Ljubljana: Javna verzija. Program Evropske Unije Izobraževanje in usposabljanje 2010, 2006.
16. Švab I (ur). Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995.
17. Van der Velden R et al. The Flexible Professional in the Knowledge Society – New Demand on Higher Education in Europe. STREP proposal. Maastricht: ROA, 2003.
18. Wenger E, McDermott RA, Snyder W. Cultivating communities

- of practice: a guide to managing knowledge. Boston: Harvard Business School Press, 2002.
19. Nonaka I, Takeuchi H. The Knowledge—Creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation. Oxford: Oxford University Press, 1995.
 20. Boisot M. The Creation and Sharing of Knowledge. V knjigi: Choo CW, Bontis N. The Strategic Management of Intellectual Capital and Organisational Knowledge. Oxford: Oxford University Press, 2002.
 21. SURS. Standardna klasifikacija poklicev. 2007. Pridobljeno dne 20.5.2008 s spletne strani: <http://www.stat.si/klasje/klasje.asp>.
 22. Pavlin S et al. Vodnik po poklicih, višjih šolah in fakultetah. Ljubljana: Delo; 2006.
 23. Denzin NK. The Research Act. 3th ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1978/1989.
 24. Kligler B et al. Core Competencies in Integrative Medicine for Medical School Curricula: A Proposal. Acad Med 2004; 79 (6): 521–31.
 25. Rubin RW. Developing cultural competence and social responsibility in preclinical dental students. J Dent Educ 2004; 68: 460–7.
 26. Beckman H, Frankel R. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Inter Med 1984; 101: 692–6.
 27. Roter DL, Hall JA. Doctors talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits. Westport, CT: Auburn House, 1993.
 28. Stroman C. Explaining illness to African Americans: Employing cultural concerns with strategies. V Whaley B (ur.). Explaining illness: Research, theory, and strategies. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum 2000: 299–316.
 29. Anderson JR. Cognitive Psychology and Its Applications. 3rd ed. New York: Freeman, 1990.
 30. Bandura A. Principles of Behavior Modification. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969.

CEPLJENJE PROTI GRIPI IN PNEVMOKOKU PRI STAROSTNIKIH V DOMOVIH STAREJŠIH OBČANOV INFLUENZA AND PNEUMOCOCCAL VACCINATION OF ELDERLY NURSING HOME RESIDENTS

Marija Petek Šter¹

Prispelo: 12. 12. 2007 – Sprejeto: 20. 2. 2008

Izvirni znanstveni članek
UDK 616.921.5

Izvleček

Izhodišča: Cepljenje je eden najpomembnejših javnozdravstvenih ukrepov za preprečevanje in obvladovanje nalezljivih bolezni. Cepljenje proti gripi je priporočeno za vse oskrbovance domov za dolgotrajno nego, cepljenje proti pnevmokoku pa za vse, ki so stari 65 let in več. Podatkov o deležu proti gripi in pnevmokoku cepljenih starostnikov, živečih v domovih starejših občanov (DSO), v Sloveniji nimamo.

Namen: Namen raziskave je bil ugotoviti delež proti gripi in pnevmokoku cepljenih starostnikov, živečih v DSO, in prepoznati dejavnike, od katerih je cepljenje odvisno.

Preiskovanci in metode: V presečni in retrospektivni raziskavi so analizirali podatke za 2040 starostnikov iz 12 DSO v Sloveniji. Kot vir podatkov smo uporabili zdravstveni karton splošne medicine in dokumentacijo zdravstvene nege.

Rezultati: V raziskavi je sodelovalo 1605 žensk (78,7 %) in 435 moških (21,3 %), ki so bili stari od 65 do 104 leta, v povprečju 82,3 let (SD 7,8 let). Povsem samostojnih je bilo 452 (22,2 %), delno odvisnih od tuje pomoči 383 (18,8 %) ter povsem odvisnih od tuje pomoči ali 24-urnega nadzora 1205 (59,0 %) starostnikov. Proti gripi je bilo cepljenih 69,1 %, proti pnevmokoku pa 4,3 % starostnikov v DSO. Nobena od značilnosti starostnikov ni nakazovala večje verjetnosti za cepljenje proti gripi, verjetnost, da je bil starostnik cepljen proti gripi, pa je bila odvisna od organizacije cepljenja v domu upokojencev, kjer starostnik biva ($\chi^2 = 59,432$, $p < 0,001$).

Sklepi: Delež proti gripi cepljenih starostnikov se je med DSO močno razlikoval. Visok delež cepljenih proti gripi v nekaterih domovih kaže, da je mogoče proti gripi v DSO cepiti večino starostnikov. Cepljenje proti pnevmokoku pri najbolj ogroženih skupinah je potrebno spodbuditi s širše zastavljeno akcijo, kamor bi sodilo tudi brezplačno cepivo za vse, ki so stari 65 let in več.

Ključne besede: starostniki, domovi starejših občanov, cepljenje, gripa, pnevmokok

Original scientific article
UDC 616.921.5

Abstract

Background: Vaccination is one of the most important public health measures for the prevention and control of infectious diseases. Influenza vaccination is recommended for all nursing home residents, and pneumococcal vaccination for people over 65 years of age. In Slovenia, data on the influenza and pneumococcal vaccination rates in elderly nursing home residents are not available.

Objectives: To determine influenza and pneumococcal vaccine coverage in elderly nursing home residents and identify factors influencing the rate of immunization.

¹Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
Kontakti naslov: e-pošta: marija.petek-ster@mf.uni-lj.si

Patients and methods: In a cross-sectional retrospective study, data for 2,040 elderly nursing home residents from 12 nursing homes in Slovenia were analysed. The source of data were paper patient records and nursing documentation.

Results: There were 1,605 female (78.7%) and 435 male (21.3%) nursing home residents, aged 65 to 104 years. The average age was 82.3 (SD 7.8 years). As many as 452 (22.2%) of them were completely independent in their activities of daily living (ADL), 383 (18.8%) were partially dependent, and 1,205 (59.0%) were either completely dependent or in need of 24-hour supervision. The rate of vaccination against influenza and against pneumococci in elderly nursing home residents was 69.1% and 4.3%, respectively. The influenza vaccination rate was dependent on the organisation of vaccination in nursing homes ($\chi^2 = 59.432$, $p < 0.001$), but was not influenced by the characteristics of the study population.

Conclusions: The influenza vaccination rate varied largely among the nursing homes. The high vaccination rate established in some nursing homes suggested that immunisation is possible in the majority of elderly nursing home residents. Promotion activities for pneumococcal vaccination should be intensified and should involve provision of free vaccine for all people over 65 of age.

Key words: elderly people, nursing homes, vaccination, influenza, pneumococci

1 Uvod

Za oskrbovance domov upokojencev je značilna visoka starost, slabo funkcionalno stanje ter prisotnost spremljajočih bolezni (1). Vsi naštetí dejavniki povečujejo tveganje za pojav infekcijskih bolezni, med katerimi so okužbe dihal eden najpogostejših vzrokov za obolevnost in smrtnost (2). Med starostniki sprejetimi v Bolnišnico Golnik, oskrbovanci domov starejših občanov (DSO), je bila smrtnost zaradi pljučnice 30 %, kar je pomenilo statistično pomembno višjo smrtnost kot v primerjalni skupini, ki so jo sestavljali starostniki, živeči v domačem okolju. V primerjalni skupini je umrlo 16.7 % starostnikov (3).

Cepljenje je eden izmed najpomembnejših javnozdravstvenih ukrepov za preprečevanje in obvladovanje nalezljivih bolezni. Po programu imunoprofilakse in kemoprofilakse za leto 2007 je cepljenje proti gripi priporočeno za vse oskrbovance domov za dolgotrajno nego, cepljenje proti pnevmokoku pa je priporočeno za vse osebe, stare 65 let in več (4). Podobna priporočila o cepljenju proti gripi in pnevmokoku so veljala že v prejšnjih letih. Cepljenje proti gripi je bilo v programu imunoprofilakse in kemoprofilakse do leta 2003 priporočeno za vse, starejše od 60 let s kroničnimi boleznimi obtočil, dihal, sečil, mišično-skeletnega sistema in vezivnega sistema, nekaterimi neoplazmami, sladkorno boleznijo, nekaterimi boleznimi krvi in organov ter boleznimi, ki slabijo imunski sistem (5,6,7), po letu 2004 pa se je priporočena starostna meja pri prej omenjeni skupini bolnikov dvignila na tiste, ki so stari več 65 let (4,8,9,10). V letu 2006 je bilo prvič podano priporočilo, da je cepljenje priporočeno tudi za vse oskrbovance domov za kronično nego (10).

Cepljenje proti pnevmokoku pa je bilo v programu imunoprofilakse in kemoprofilakse v predhodnih letih (od leta 2001 do 2006) priporočeno za vse, starejše od 65 let (5-10).

Sistematičen pregled literature kaže, da je s cepljenjem proti gripi pri oskrbovancih v domovih za dolgotrajno nego mogoče zmanjšati pogostost gripi podobne bolezni za 23 %, pogostost pljučnic kot zapletov gripe za 46 %, delež hospitalizacij za 45 %, smrtnost zaradi gripe in pljučnice za 42 % ter celokupno smrtnost za 60 %. Učinek cepljenja proti gripi pri starostnikih, ki živijo v domačem okolju, je bil bistveno manjši in se ni izkazal za statistično pomembnega pri preprečevanju gripi podobne bolezni, pri pogostosti hospitalizacij in pljučnic, je pa zmanjšal pogostost hospitalizacij zaradi gripe in pljučnice ter zmanjšal celokupno umrljivost (11,12).

Obstajajo trdni dokazi, da je cepljenje proti pnevmokoku koristno tudi pri starostnikih. Ugotovili so, da je mogoče s 23-valentnim polisaharidnim cepivom preprečiti pnevmokokno pljučnico (z bakteriemijo ali brez), zmanjšati pogostost pljučnice in smrtnost zaradi pljučnice pri starostnikih (13). Pnevmonokokno cepivo se je za najbolj učinkovito izkazala pri preprečevanju invazivne pnevmokokne okužbe z bakteriemijo (14). V nedavno objavljeni raziskavi, v kateri so ugotavljali stroškovno učinkovitost cepljenja proti pnevmokoku v desetih zahodno-evropskih državah, so v vseh desetih državah potrdili izjemno stroškovno učinkovitost cepljenja pri preprečevanju invazivne pnevmokokne okužbe (15). Do podobnih ugotovitev so prišli tudi v ZDA (16) in na Japonskem. V raziskavi, izvedeni na Japonskem, so primerjali stroškovno učinkovitost cepljenja proti gripi in sočasnega cepljenja proti gripi in pnevmokoku. Ugotovili so, da je že ce-

pljenje proti gripi stroškovno učinkovito, vendar pa je stroškovna učinkovitost sočasnega cepljenja proti gripi in pneumokoku še bistveno večja (17). Sočasno cepljenje z obema cepivoma se je ob minimalnih stranskih učinkih izkazalo za varno in priporočljivo za vse skupine starostnikov (18). V raziskavi, izvedeni v Sloveniji, so potrdili varnost sočasnega cepljenja proti gripi in pneumokoku, pogostnost stranskih učinkov ni bila večja kot ob cepljenju samo s pneumokoknim cepivom, starejši bolniki pa so redkeje kot mlajši poročali o stranskih učinkih cepljenja (19).

Za Slovenijo so znani podatki o deležu proti gripi in pneumokoku cepljenih starostnikov, ki jih zbira Inštitut za varovanje zdravja. V sezoni 2005/06 je bilo proti gripi cepljenih 34,1 %, v sezoni 2006/07 pa 27,9 % oseb, starih 65 let ali več, proti pneumokoku pa je bilo v letu 2006 v Sloveniji, upoštevajoč prvo cepljenje in revakcinacijo, cepljenih 809 oseb, starih 65 let ali več (20). Podatkov o deležu proti gripi in pneumokoku cepljenih starostnikov, oskrbovancev DSO, ki jih še posebej ogrožajo zapleti gripe in pneumokokne okužbe, do sedaj nismo poznali.

Namen raziskave je bil ugotoviti delež proti gripi in pneumokoku cepljenih starostnikov v DSO, ugotoviti, ali obstajajo razlike v deležu cepljenih starostnikov med DSO, ter prepoznati dejavnike, ki napovedujejo cepljenje proti gripi.

2 Materiali in metode

Preiskovanci

V Sloveniji deluje 54 javnih in 18 zasebnih domov starejših občanov, kjer je nastanjenih približno 15000 oskrbovancev, večina je starih 65 let ali več (starostniki). Starostniki v DSO predstavljajo približno 5 % celotne populacije starostnikov. Za zdravstveno varstvo oskrbovancev DSO na primarni ravni skrbijo zdravniki družinske medicine (21).

Leta 2004 je bila ustanovljena delovna skupina za oskrbo starostnikov pri Združenju zdravnikov družinske medicine, ki šteje 27 članov. K sodelovanju smo povabili 15 članov, ki delajo v DSO, 13 (86,7 %), se jih je odzvalo vabilu. V raziskavi je sodelovalo 13 zdravnikov družinske medicine, ki delajo v 12 DSO v različnih delih Slovenije.

Zdravniki so v raziskavo vključili vse oskrbovance v DSO, ki so bili stari 65 let ali več (starostniki), in so dali pisni pristanek k sodelovanju v raziskavi. V primeru, da starostnik zaradi svojega psihofizičnega stanja ni bil sposoben podati pristanka k raziskavi, smo za privolitev prosili svojce oz. skrbnike.

V sodelujočih DSO je bilo skupno 2222 oskrbovancev. 151 oskrbovancev (6,8 %) je bilo mlajših od 65 let in jih zato nismo vključili v vzorec. Sodelovanje v raziskavi so odklonili 3 starostniki, za 18 starostnikov zaradi slabega psihofizičnega stanja in nedosegljivosti svojcev ali skrbnikov nismo mogli pridobiti privolitve k sodelovanju. Po izključitvi 10 bolnikov, za katere so bili osnovni podatki tako pomanjkljivi, da smo jih morali izključiti iz analize, smo analizirali podatke za 2040 starostnikov, kar je približno 14 % celotne populacije oskrbovancev v DSO v Sloveniji.

Metodologija

Raziskava je bila narejena po metodologiji presečne in retrospektivne študije. Potekala je v obdobju med 25.9. in 30.11.2006. Sodelujoči zdravniki so za vsakega sodelujočega starostnika izpolnili vprašalnik, ki je poleg osnovnih podatkov o preiskovancu, podatkov o funkcionalnem stanju, prisotnosti sindroma demence in kronične obstruktivne pljučne bolezni, vseboval tudi podatke o cepljenju proti gripi v zadnji sezoni (sezona 2005/06) ter podatke o cepljenju proti pneumokoku v zadnjih petih letih. Kot vir podatkov je služil zdravstveni karton splošne medicine ter dokumentacija zdravstvene nege.

Pri oceni funkcionalnega stanja smo upoštevali stopnjo potrebe po pomoči pri dnevni dejavnosti ter potrebo po nadzoru nad psihičnim stanjem. Starostnike smo glede na funkcionalno stanje razdelili na tri skupine. Pri razvrščanju smo se opirali na pravila Zavoda za zdravstveno zavarovanje o razvrščanju oskrbovancev DSO v kategorije zdravstvene nege (21).

Statistična analiza podatkov

Zbrane podatke smo analizirali z računalniškim paketom SPSS, verzija 14. Prikazali smo povprečne vrednosti spremenljivk in standardne odklone (SD).

V univariatni analizi smo uporabili:

- Studentov t-test za primerjavo med neodvisnimi vzorci, če so bile spremenljivke porazdeljene normalno, oz. neparametrični Mann-Whitneyev test, če niso bile porazdeljene normalno.
- Test χ^2 za ugotavljanje kvalitativnih razlik med vzorcema. Uporabili smo Yatesov popravek v primeru, ko je bila vsaj ena frekvenca manjša od 5, oziroma so bili podatki le za eno samo stopnjo prostosti.

Kot mejo statistične značilnosti smo uporabili vrednost $p < 0,05$.

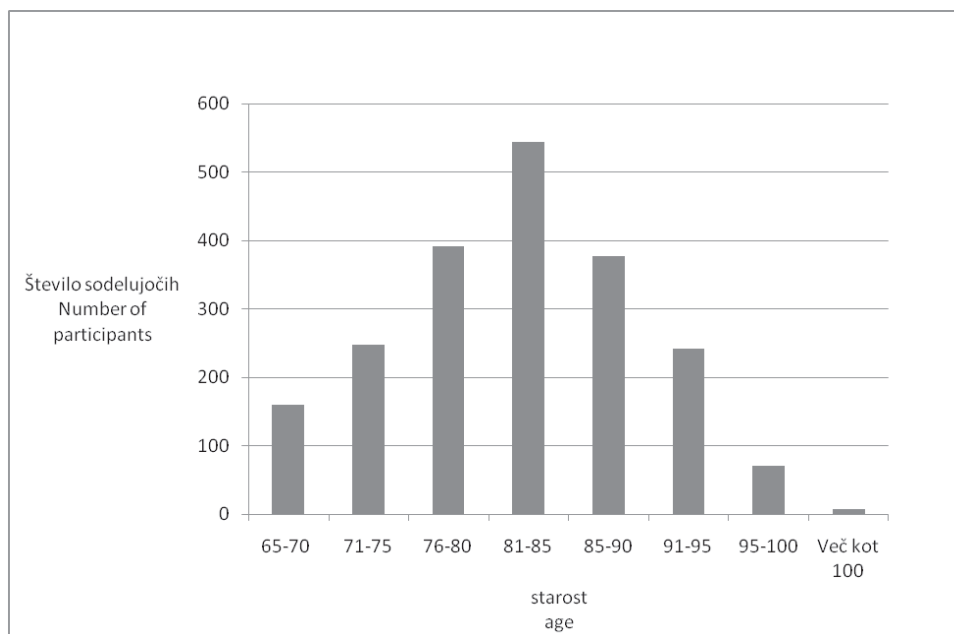
Raziskavo je odobrila Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko pod številko 57/08/ 06 z dne 29. 8. 2006.

3 Rezultati

Analizirali smo podatke za 2040 starostnikov v DSO. V raziskavi je sodelovalo 1605 žensk (78,7 %) in 435 moških (21,3 %), ki so bili stari od 65 do 104 leta, v povprečju 82,3 let (SD 7,8 let). 1241 (60,8 %) preiskovancev je bilo starih več kot 80 let. Starostno strukturo sodelujočih po petletnih obdobjih prikazuje Slika 1.

Med sodelujočimi je bilo več kot polovica takih starostnikov, ki so bili zaradi telesnega stanja povsem odvisni od tuje pomoči, ali pa so potrebovali stalen 24-urni nadzor nad psihičnim stanjem. Podatke o funkcionalnem stanju prikazuje Tabela 1.

Po podatkih iz zdravstvenega kartona je imelo kronično obstruktivno pljučno bolezen 176 (8,6 %) starostnikov, sindrom demence pa 970 (47,5 %) starostnikov.



Slika 1. Starostna struktura sodelujočih.

Figure 1. Age structure of the participants.

Tabela 1. Podatki o funkcionalnem stanju starostnikov v DSO.

Table 1. Data on the functional status of elderly nursing home residents.

Funkcionalno stanje Functional status	Število (delež) starostnikov Number (proportion) of the elderly
Povsem samostojen (ne potrebuje pomoči pri dnevni dejavnosti ali 24-urnega nadzora nad psihičnim stanjem) Fully independent (needs no help)	452 (22,2 %)
Potrebuje pomoč pri večini dnevnih dejavnosti, ne potrebuje pa 24-urnega nadzora nad psihičnim stanjem Needs help in with most ADL, but does not need to be looked after for 24 hours a day because of their psychical state	383 (18,8 %)
Povsem odvisen od tuje pomoči ali zaradi psihičnega stanja potrebuje 24-urni nadzor Fully dependent on others, or needs to be looked after 24 hours a day because of their psychical state	1205 (59,0 %)

Podatki o cepljenju proti gripi in pnevmokoku so bili na razpolago za 1950 starostnikov, za 90 starostnikov pa podatkov o cepljenjih ni bilo mogoče pridobiti. Podatke o cepljenju proti gripi in pnevmokoku prikazuje Tabela 2.

Delež proti pnevmokoku cepljenih starostnikov po DSO se je gibal od 0 % do 14,5 %, v povprečju je bil 4,3 %. Delež proti gripi cepljenih starostnikov se je po DSO prav tako močno razlikoval. V devetih DSO je delež proti gripi cepljenih starostnikov presegal 50 %, v štirih DSO je bil delež proti gripi cepljenih večji od 75 %. Podatke o cepljenju proti gripi po posameznih domovih DSO prikazuje Slika 2.

V Tabeli 3 je prikazano, da nobena od značilnosti starostnikov ne nakazuje večje verjetnosti za cepljenje proti gripi. Verjetnost za cepljenje proti gripi je bila odvisna od DSO, kjer starostnik biva.

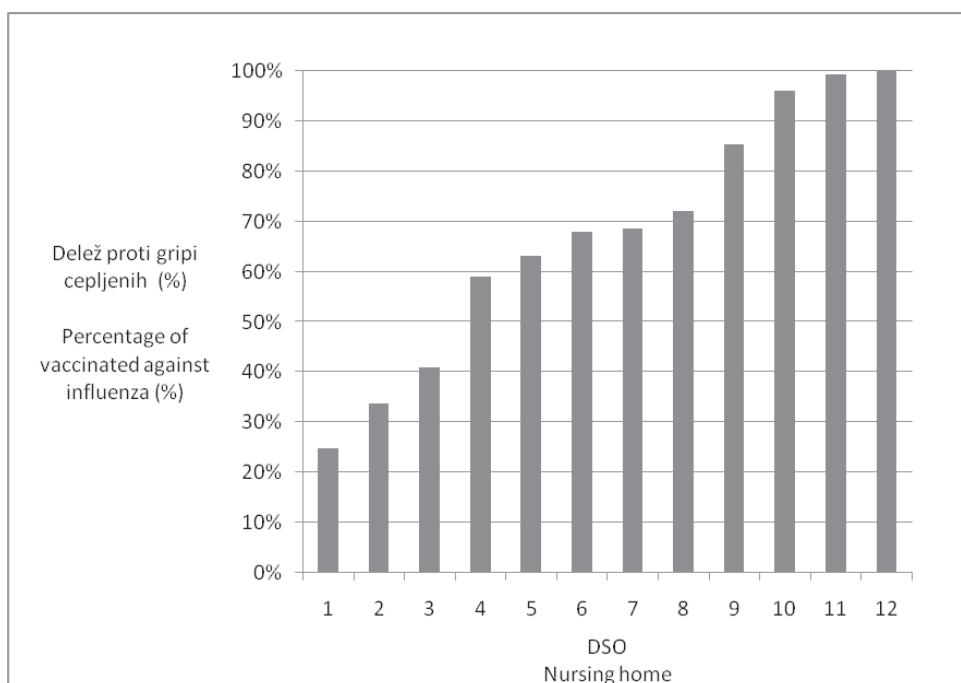
4 Razpravljanje

Starostniki v DSO zaradi visoke starosti, slabega zdravstvenega stanja in življenja v ustanovi za dolgotrajno nego predstavljajo za okužbe zelo ogroženo skupino prebivalstva. Cepljenje je eden najpomembnejših javnozdravstvenih ukrepov za

Tabela 2. Cepljenju proti gripi in pnevmokoku.

Table 2. Influenza and pneumococci vaccination rate.

Vrsta cepljenja (N=1950) Vaccination type	Število (delež) cepljenih Number (proportion) of vaccinated
Cepljenje proti gripi Vaccination against flu	1348 (69,1 %)
Cepljenje proti pnevmokoku Vaccination against pneumococci	83 (4,3 %)



Slika 2. Delež proti gripi cepljenih starostnikov po DSO.

Figure 2. Influenza vaccine uptake in nursing homes.

Tabela 3. Povezava med cepljenjem proti gripi in značilnostmi starostnikov ter DSO, v katerem starostnik biva.

Table 3. Connection between influenza vaccination and characteristics of elderly and nursing homes.

Spremenljivka Variable	t-vrednost ali vrednost χ^2 t-value or χ^2 value	p-vrednost p-value
Spol Sex	1,617	0,203 (NS)
Starost Age	-1,096	0,273 (NS)
Ne potrebuje pomoči pri dnevnih dejavnostih Does not need help in ADL	0,307	0,579 (NS)
Delna pomoč pri dnevnih dejavnostih Needs partial help in ADL	2,422	0,120 (NS)
Popolna odvisnost od tuje pomoči ali potreba po 24-urnem nadzoru Fully dependent on others, or needs to be looked after 24 hours a day	1,273	0,259 (NS)
Sindrom demence Dementia	2,998	0,083(NS)
Kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB) Chronic obstructive pulmonary disease	2,637	0,104(NS)
DSO, v katerem starostnik biva Nursing home	59,432	<0.001

NS - neznačilno, NS - non-significant

preprečevanje in obvladovanje nalezljivih bolezni. Cepljenji proti gripi in pnevmokoku pri starostnikih, oskrbovancih domov za dolgotrajno nego, sta učinkoviti v preprečevanju obolevnosti in smrtnosti ter sta v Sloveniji priporočeni po programu imunoprofilakse in kemoprofilakse. Do sedaj v Sloveniji nismo imeli podatkov o deležu proti gripi in pnevmokoku cepljenih starostnikov v DSO.

Raziskava je zajela velik in reprezentativen vzorec starostnikov v DSO, kar omogoča zanesljivo oceno stanja na področju cepljenja proti gripi in pnevmokoku pri posebni skupini starostnikov, ki živijo v DSO. V analizi, ki jo pripravlja Inštitut za varovanje zdravja, starostniki v DSO niso bili obravnavani kot posebna skupina (20), tako da so naši podatki prispevali k bolj natančni analizi cepljenja proti gripi in pnevmokoku. Delež cepljenih proti gripi in pnevmokoku smo ugotavljali na osnovi obstoječe medicinske dokumentacije.

Uporaba podatkov iz medicinske dokumentacije je običajen način zbiranja podatkov o kakovosti dela v ambulantah splošne medicine (22). Uporaba podatkov iz medicinske dokumentacije je imela nekaj prednosti (dostopnost podatkov, omogočena je bila retrospektivna metodologija raziskave, raziskava je bila cenovno sprejemljiva, omogočena je bila vključitev velikega števila različnih bolnikov, ki jih zdravijo različni zdravniki v zdravstvenih organizacijah z različno organizacijo dela, raziskava z etičnega stališča ni bila sporna), slabost omenjene metodologije pa vidim predvsem v neenotni kakovosti podatkov, ki je posledica pomanjkljivega beleženja podatkov (23,24), kar je imelo v naši raziskavi za posledico, da za 90 starostnikov nismo poznali cepilnega statusa.

Ugotavljali smo cepljenje proti pnevmokoku v zadnjih petih letih, s čimer smo lahko ocenili delež s cepljenjem proti pnevmokoku ustrezno zaščitene starostnikov. Po

priporočilih za cepljenje in revakcinacijo s pnevmokoknim polisaharidnim cepivom velja, da je ponovno cepljenje potrebno le pri osebah, ki so bile ob prvem cepljenju stare 65 let ali manj in je od cepljenja minilo vsaj 5 let, za ostale starostnike pa ni potrebno in pri njih zadošča enkratni odmerek (25).

Za starostnike v DSO je bila značilna visoka starost ter velik delež žensk. Ugotavljali smo, da le manjši delež starostnikov v DSO ne potrebuje pomoči pri dnevnih dejavnostih, saj se večina starostnikov odloči za odhod v DSO zaradi slabega zdravstvenega stanja in funkcionalne oviranosti oziroma je povod za sprejem v DSO spremenjeno psihično stanje, najpogostejše sindrom demence, ki bolniku preprečuje, da bi brez nadzora varno bival v domačem okolju (26).

Ugotavljali smo, da je bil sindrom demence prisoten kar pri polovici starostnikov v DSO, kar lahko razložimo z visoko starostjo oskrbovancev DSO, ki je glavni dejavnik tveganja za sindrom demence (27), ter z dejstvom, da je sindrom demence eden glavnih razlogov za sprejem v domsko oskrbo (26).

Delež proti gripi cepljenih starostnikov v naši raziskavi, ki je povzela podatke o cepljenju v sezoni 2005/06 po zdravstveni dokumentaciji, je bil v primerjavi z deležem cepljenih starostnikov v Sloveniji enkrat višji in je dosegel ciljni delež proti gripi cepljenih starostnikov, ki je bil za leto 2006 po priporočilih Svetovne zdravstvene organizacije vsaj 50 % cepljenih starostnikov (20). Kljub doseganju trenutnega cilja Svetovne zdravstvene organizacije pa se moramo zavedati, da so starostniki v DSO posebej ogrožena skupina starostnikov, pri katerih bi si želeli, da je delež proti gripi cepljenih višji; v raziskavi, izvedeni na Nizozemskem, poročajo, da je bilo v 81,9 % DSO proti gripi cepljenih vsaj 80 % oskrbovancev, v polovici domov pa je bil delež cepljenih oskrbovancev višji od 90 % (28). Z našo raziskavo smo s primeri nekaterih DSO potrdili, da je mogoče tudi v DSO v Sloveniji doseči zelo visok delež cepljenih proti gripi, vendar pa v povprečju zaostajamo za Nizozemsko, ki je znana po kakovostnem primarnem zdravstvenem varstvu.

Razlike v deležu cepljenih proti gripi med DSO so bile izjemno velike - do 400 %, kar je ena od pomembnih ugotovitev naše raziskave. Velike razlike v deležu cepljenih proti gripi po DSO so z vidika zagotavljanja kakovostnega zdravstvenega varstva nesprejemljive in terjajo izdelavo načrta cepljenja proti gripi, kjer so lahko v pomoč izkušnje iz DSO, kjer jim je uspelo cepiti večino oskrbovancev. Po določenem času je potrebno preveriti, ali so izvedeni ukrepi res pripeljali do izboljšanja stanja (29).

Med vzroki, ki jih v eni od raziskav navajajo za

pomembne za razlike v deležu cepljenih proti gripi med DSO, so razlike v organizaciji cepljenja, ki je bilo pogojeno z velikostjo DSO ter usposobljenostjo osebja (30). Glede na ugotovitev omenjene raziskave iz tujine lahko sklepamo, da velik del odgovornosti za nezadosten delež proti gripi cepljenih starostnikov v DSO v Sloveniji (ob za večino oskrbovancev v DSO brezplačnem cepivu proti gripi) nosijo zdravnik, osebje in vodstvo DSO, ki niso vzpostavili ustrezne organizacije cepljenja proti gripi. Med možnimi vzroki za slabo organizacijo cepljenja v DSO je nepoznavanje zakonskih podlag, ki priporočajo cepljenje pri oskrbovancih DSO, pomanjkanje osebja, ki bi sodelovalo pri spodbujanju in izvedbi cepljenja ter ob velikem deležu dementnih oskrbovancev težave pri pridobitvi privolitve k cepljenju.

Poleg dviga deleža proti gripi cepljenih oskrbovancev DSO je potrebno poskrbeti tudi za cepljenje osebja, zaposlenega v DSO. Ugotovili so, da je mogoče posredno, s cepljenjem osebja proti gripi, zmanjšati smrtnost, hospitalizacije in gripi podobno bolezen pri oskrbovancih DSO (31). Podatkov o cepljenju proti gripi pri osebju DSO v Sloveniji nimamo.

Med dejavniki, ki so napovedovali cepljenje proti gripi, nismo ugotovili, da bi bile katere od značilnosti starostnikov povezane z večjo verjetnostjo za cepljenje, čeprav smo pričakovali, da bodo starostniki s sindromom demence (32) in KOPB pogostejše cepljeni. Organizacija cepljenja v DSO, kjer starostnik biva, je eden od pomembnih dejavnikov, ki napoveduje cepljenje proti gripi. Na delež proti gripi cepljenih starostnikov verjetno vplivajo tudi drugi dejavniki, kot so stališča vodstva, zdravnika in osebja do cepljenja, prosvetljenost bolnikov in njihovih svojcev o pomenu cepljenja, okolje, iz katerega izhajajo starostniki, in stališča starostnikov do cepljenja (33), ki pa jih nismo proučevali.

Delež proti pneumokoku cepljenih starostnikov v DSO je bil v vseh DSO nizek; v povprečju je bilo le 4,3 % starostnikov cepljenih proti pneumokoku. Delež cepljenih je bil bistveno manjši, kot bi glede na priporočilo o cepljenju proti pneumokoku pri starostnikih ter podatke iz literature pričakovali. Pri oskrbovancih domov za dolgotrajno nego v ZDA so ugotovili, da se delež proti pneumokoku cepljenih oskrbovancev v zadnjih letih dviguje in je v letu 1999 znašal 37,4 %; v domovih s pisnim protokolom o cepljenju pa je bilo cepljeno 88,9 % oskrbovancev (34).

Med ukrepi, ki jih v literaturi navajajo kot uspešne za dvig deleža cepljenih, so: svetovalni obisk pri teamu zdravnik-sestra o pomenu cepljenja proti gripi in pneumokoku (35), pisni protokol o cepljenjih, pisna dokumentacija o zavrnitvi cepljenja, beleženje po-

datkov o cepljenjih v zdravstveni karton in poenostavljen postopek pridobivanja soglasja k cepljenju, ki zahteva zgolj minimalno ustno soglasje (28,36). Z brezplačnim cepivom proti pnevmokoku za vse, stare 65 let in več, se je delež proti pnevmokoku cepljenih starostnikov skokovito povečal, delež cepljenih po dveh letih od uvedbe cepljenja pa je bil stabilen in je še počasi naraščal (37).

V Veliki Britaniji so ugotovili, da je mogoče z organizirano akcijo, ki je potekala na ravni ambulant družinske medicine, povečati delež proti pnevmokoku cepljenih oseb, ki pripadajo skupinam s tveganjem za zapletni potek okužbe. Delež zdravnikov, ki so začeli cepiti proti pnevmokoku, je po ukrepu narasel s 17 % na 89 %, delež cepljenih bolnikov v skupini za zapletni potek okužbe pa je narasel iz 4 % na 33 % (38).

5 Zaključek

Delež proti gripi cepljenih starostnikov se je med DSO močno razlikoval, kar kaže na odgovornost posameznega zdravnika. Visok delež cepljenih proti gripi v nekaterih domovih kaže, da je mogoče z ustrezno organizacijo cepljenja proti gripi v DSO cepiti večino starostnikov. Poleg dviga deleža proti gripi cepljenih oskrbovancev DSO je potrebno poskrbeti tudi za cepljenje osebja, zaposlenega v DSO. Cepljenje proti pnevmokoku pri najbolj ogroženih skupinah je potrebno spodbuditi s širše zastavljeno akcijo, ki bi vključevala dejavnosti za povečanje motivacije bolnikov in njihovih svojcev za cepljenje. Za uspeh akcije, katere cilj bi bil povečanje deleža proti pnevmokoku cepljenih starostnikov, pa bi bilo ključno zagotoviti ustrezno organizacijo cepljenja na ravni zdravnikov družinske medicine ter preko zdravstvene zavarovalnice doseči, da bi bilo cepivo proti pnevmokoku za vse osebe, stare 65 let in več, brezplačno.

Zahvala

Za sodelovanje se zahvaljujem vsem bolnikom, ki so sodelovali v raziskavi, ter njihovim zdravnikom. V raziskavi so sodelovali naslednji zdravniki: Eva Cedilnik Gorup, Vincenc Logar, Zvezdana Jablanov, Goran Šiljeg, Tanja Petkovič, Janja Demšar, Darinka Klančar, Nada Prešern, Primož Štular, Andreja Krajnik Smukavec, Maja Vučkovič Vrančič, Alenka Prelec in Marija Petek Šter.

Zahvaljujem se medicinskim sestram in ostalemu osebju, ki je v sodelujočih DSO pomagalo pri izvedbi

raziskave. V raziskavi so sodelovali naslednji DSO: Trebnje, Mengeš, Ljubljana-Kolezija, Bokalce, Šentjur, Kamnik, Cerknica, Medvode, Ljubljana-Tabor, Predvor, Krško in Izola.

Zahvaljujem se prof. dr. Igorju Švabu, dr. med., za kritično branje prispevka in koristne napotke pri oblikovanju dokončnega besedila.

Raziskavo je finančno podprl Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Literatura

1. Gresc I. Značilnosti populacije Doma starejših občanov Bežigrad od 1977-1987. Zdrav Var 1991; 30: 75-8.
2. Furman DC, Rayner AV. Pneumonia in older residents of long-term care facilities. Am Fam Physic 2004; 70(8): 1495-500.
3. Eržen R, Tomič V, Košnik M, Mušič E. Pljučnice pri bolnikih v domu za ostarele. Zdrav Vestn 2002; 71: 635-8.
4. Anon. Program imunoprofilakse in kemoprofilakse za leto 2007. Uradni list RS 2007; 22: 2732.
5. Anon. Program imunoprofilakse in kemoprofilakse za leto 2001. Uradni list RS 2001; 18:1776.
6. Anon. Program imunoprofilakse in kemoprofilakse za leto 2002. Uradni list RS 2002; 28: 2302.
7. Anon. Program imunoprofilakse in kemoprofilakse za leto 2003. Uradni list RS 2003; 37:4345.
8. Anon. Program imunoprofilakse in kemoprofilakse za leto 2004. Uradni list RS 2004; 24: 2745.
9. Anon. Program imunoprofilakse in kemoprofilakse za leto 2005. Uradni list RS 2005; 20: 1607.
10. Anon. Program imunoprofilakse in kemoprofilakse za leto 2006. Uradni list RS 2006; 30: 3152.
11. Jefferson T, Rivetti D, Rudin M, Di Pietrantonj C, Demicheli V. Efficacy and effectiveness of influenza vaccines in elderly people: a systematic review. Lancet 2005; 366: 1165-74.
12. Rivetti D, Jefferson T, Thomson R, Rudin M, Rivetti A, Di Pietrantonj C et al. Vaccines for preventing influenza in the elderly. Cochrane Database Syst Rev 2006; 3: CD 004876.
13. Vila-Corcoles A, Ochoa-Gonder O, Hospital I, Ansa X, Vilanova A, Rodriguez T et al. Protective effect of the 23-valent pneumococcal vaccine in the elderly population. The EVAN-65 study. Clin Inf Dis 2006; 43(7): 860-8.
14. Jacson LA, Neuzil KM, Yu O, Benson P, Barlow WE, Adams AJ et al. Effectiveness of pneumococcal polysaccharide vaccine in older adults. N Engl J Med 2003; 348(18): 1747-55.
15. Evans SM, Ament AJ, Colombo GL, Kondadsen HB, Reinert RR, Sauerland D et al. Cost-effectiveness of pneumococcal vaccination for prevention of invasive pneumococcal disease in the elderly: an update for 10 Western European Countries. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2007; 26 (8): 531-40.
16. Sisk JE, Moskowitz AJ, Whang W, Lin JD, Fedson DS, McBean AM et al. Cost-effectiveness of vaccination against pneumococcal bacteremia among elderly people. JAMA 1997; 278: 1333-9.
17. Cai L, Uchuyama H, Yanagisawa S, Kamae I. Cost-effectiveness Analysis of influenza and pneumococcal vaccinations among elderly people in Japan. Kobe J Med Sci; 52 (4): 97-109.
18. Honkanen PO, Keistinen T, Kivela SL. Reactions following administration of influenza vaccine alone or with pneumococcal vaccine in the elderly. Arch Intern Med 1996; 156(2): 205-8.
19. Sočan M, Frelj T, Janet E, Petraš T, Peternej B. Primerjava neželenih učinkov po cepljenju proti pneumokoku in gripi ali samo po cepljenju s pneumokoknim cepivom. Zdrav Var 2003;

- 42: 138-44.
20. Kraiger A, Grgič Vitek M, Učakar V, Sevljak Jurjevec M. Analiza izvajanja imunizacijskega programa v Sloveniji v letu 2006. Pridobljeno 29.11.2007 s spletne strani: http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/1409/Analiza_izvajanja_imunizacijskega_programa_v_Sloveniji_2006.pdf.
21. Zorman I, Posega A, Remškar J, Valčič Ž. Zdravstvena nega v socialnovarstvenih zavodih. Učna delavnica. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije; Ljubljana 31.3.2004.
22. Švab I, Petek Šter M, Kersnik J, Živčec Kalan G, Car J. Presečna študija o delu zdravnikov splošne medicine v Sloveniji. *Zdrav Var* 2005; 44(4): 183-92.
23. Hamilton WT, Round AP, Sharp D, Peters TJ. The quality of record keeping in primary care: a comparison of electronic, paper and hybrid system. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 929-33.
24. Powell AE, Davies HTO, Thomson RG. Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 122-8.
25. Anon. Priporočila za cepljenje in revakcinacijo s pneumokoknim polisaharidnim cepivom. Pridobljeno 29.11.2007 s spletne strani: http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/1286-Cepljenjejencin-revakcinacija_pnevmokok.pdf.
26. Petek Šter M. Obravnava starostnikov v domu starejših občanov. In: Kersnik J, Iljaž R, editors. *Sočasne bolezni in stanja: monografija (Zbirka PiP)*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2005: 225-31.
27. Daly MP. Dementia. In: Adelman AM, Daly MP, Weiss BD, editors. *20 common problems in Geriatrics*. New York: McGraw Hill, 2001: 237-60.
28. Verwei MF, van den Hoven MA. Influenza vaccination in Dutch nursing home: is tacit consent morally justified?. *Med Health Care Philos* 2005; 8(1): 89-95.
29. Kersnik J. Podatkovno podprto izboljševanje kakovosti. *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD 1995: 137-42.
30. Barnes GJ, Qungley C. Flu Vaccination in nursing home: a survey of nursing-home managers. *J Public Health* 2006; 28(1): 56-60.
31. Hayward AC, Harling R, Wetten S, Johnson AM, Munro S, Smedley J et al. Effectiveness of an influenza vaccine programme for care home staff to prevent death, morbidity, and health service use among residents: cluster randomized controlled trial. *BMJ* 2006; 333: 1241-6.
32. Bardenheier BH, Shefer A, McKibben L, Roberts H, Bratzler D. Characteristics of long-term care facility residents associated with receipt of influenza and pneumococcal vaccinations. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2004; 25(11): 946-54.
33. Kopčavar Guček N, Beović B. Vpliv cepljenja proti gripi na obolevnost dihal v splošni ambulanti. *Zdrav Vestn* 2001; 70: 129-32.
34. Bardenheier B, Shefer A, Tigglar R, Marsteller J, Remsburg RE. Nursing home residents and facility characteristics associated with pneumococcal vaccination: national nursing home survey, 1995-1999. *Am J Geriatr Soc* 2005; 53(9): 1543-51.
35. Siriwardena AN, Rashid A, Johnson MRD, Dewey ME. Cluster randomised controlled trial of an educational outreach visit to improve influenza and pneumococcal immunisation rates in primary care. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 735-40.
36. Bardenheier BH, Shefer A, McKibben L, Roberts H, Rhew D, Bratzler D. Factors predictive of increased influenza and pneumococcal vaccination coverage in long-term care facilities: the CMS-CDC standing orders program Project. *J Am Med Dir Assoc* 2005; 6 (5): 291-9.
37. Vila-Corcoles A, Ochoa-Gonder O, Ester F, Sarra N, Ansa X, Saun N et al. Evolution of vaccination rates after the implementation of the free systematic pneumococcal vaccination in Catalan adults: 4 years follow up. *BMC Public Health* 2006; 6: 231-6.
38. McDonald P, Friedman EH, Banks A, Anderson R, Carman V. Pneumococcal vaccine campaign in general practice. *BMJ* 1997; 314: 1094-8.

Z ZDRAVJEM POVEZANO VEDENJE V ŠOLSKEM OBDOBJU - PRIMERJAVA MED LETOMA 2002 IN 2006

HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN – COMPARISON BETWEEN YEARS 2002 AND 2006

Helena Jeriček¹, Vesna Pucelj¹

Prispelo: 27. 12. 2007 – Sprejeto: 26. 6. 2008

Izvirni znanstveni članek
UDK 613.955

Izvleček

Ozadje: Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju je mednarodna študija, ki poteka v 41 državah in vsebuje poleg demografskih podatkov tudi podatkov o prehranskih navadah, oralnem vedenju, telesni dejavnosti, kajenju, pitju alkoholnih pijač, uporabi kanabisa, zadovoljstvu v življenju, samooceni zdravja in drugih vedenjih, ki kažejo na življenjski slog otrok in mladih.

Metode: V raziskavi smo uporabili kvantitativno metodologijo, in sicer standardni mednarodni anketni vprašalnik, slučajno stratificirano vzorčenje; vključenih je bilo 5130 11-, 13- in 15-letnikov, od tega polovica fantov.

Rezultati: Podatki kažejo, da se je v letu 2006 v primerjavi z letom 2002 povečal delež otrok, ki redno zajtrkujejo (za več kot 2 %), zmanjšal se je odstotek vsakodnevnih kadilcev (za skoraj 3 %) in uporabnikov marihuane (odstotek tistih, ki še niso kadili marihuane se je povečal za več kot 11 %) ter povečal delež vprašanih, ki si večkrat dnevno čistijo zobe. Na področju duševnega zdravja, diet, podpore staršev v primeru težav, številu prijateljev in prijateljic ter opijanja je situacija leta 2006 podobna kot leta 2002. Zaskrbljeni pa smo lahko zaradi manjšanja uživanja sadja in zelenjave (za približno 2 % večkrat dnevno), manjše telesne dejavnosti vprašanih, težjega komuniciranja z mamo in očetom, bolj redkega druženja s prijatelji v prostem času in povečanega nasilnega vedenja (pretepanja in trpinčenja) v letu 2006.

Sklepi: Poleg usmerjenih preventivnih in promocijskih dejavnosti za mlade so v prihodnosti potrebne tudi celostne, interdisciplinarne dejavnosti za odraslo populacijo in družbene spremembe, ki bodo omogočile bolj zdrave izbire in možnosti ter bodo zdravje postavile kot prednostno nalogo v vse politike.

Ključne besede: zdravje otrok in mladih, indikatorji zdravja, prehrana, gibanje, tvegana vedenja, nasilje, doživljanje zdravja

Original scientific article
UDC 613.955

Abstract

Background: »Health Behaviour in School-Aged Children« is an international survey conducted in 41 European countries. It encompasses demographic data, eating habits, oral health, physical activity, smoking, alcohol consumption, marijuana use, life satisfaction, self-assessment of health and other conducts showing the lifestyle of children and youth.

Methods: This quantitative study uses an international standard questionnaire, which was given to 5,130 children aged 11, 13 and 15 years, of whom one-half were boys.

Results: A comparison between years 2002 and 2006 shows that the proportion of children who regularly ate breakfast and of those who brushed their teeth more than once a day increased by more than 2 %, and that the proportion of regular cigarette smokers and marijuana users decreased by nearly 3 % ; yet the proportion

¹Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana
Kontaktni naslov: e-pošta: helena.jericek@ivz-rs.si

of those who never smoked marijuana increased by more than 11 %. However, the situation in 2006 remained similar to that in 2002 as concerns mental health, dieting, parental support in problem solving, binge drinking and the number of male and female friends. We need to be concerned about the reported decrease of approx.2% in the consumption of fruits and vegetables more than once a day, as well as by a considerable decline in physical activity, poorer communication with parents, less time devoted to socializing with friends in spare time, and increased frequency of violent behaviour (fighting and bullying) in 2006 compared to 2002.

Conclusion: *In addition to prevention and promotion strategies for young people, we need interdisciplinary activities targeted at the adult population. There is also a need for a social change that would encourage healthier choices and lifestyles and make health a top priority in all national policies.*

Key words: children and youth health, health indicators, nutrition, physical activity, risk behaviours, violence, experiencing health

1 Uvod

Leta 1948 je Svetovna zdravstvena organizacija objavila danes najbolj pogosto citirano in široko sprejeto definicijo zdravja, ki zdravje pojmuje širše in ne le kot odsotnost bolezenskih simptomov. Zdravje po tej definiciji zajema tako telesno, socialno kot duševno dobro počutje in razvitost ter izkoriščenost vseh posameznikovih potencialov. Namesto odsotnosti bolezni se poudarjajo pozitivne lastnosti posameznika, njegovo zadovoljstvo, uspešnost pri spoprijemanju z vsakdanjimi problemi, vpetost v socialne mreže, kar omogoča kakovostno življenje. Zdravje je po tej definiciji kompleksen, večplasten (procesni) koncept, ki ga težko natančno in enoznačno merimo ter razmejimo (1).

Posebej težko merimo zdravje otrok in mladih, saj so praviloma zdravi in tudi običajni kazalci zdravja za splošno populacijo – smrtnost in obolevnost – imajo za to obdobje omejen pomen. Najpogostejši pristopi k spremljanju zdravja otrok, ki so integrirani tudi v omenjeno mednarodno študijo, so: socialno-psihološki pristop, pristop javnega zdravja oziroma epidemiološki pristop in makrosociološki oziroma večnivojski pristop (2).

Se pa pri otrocih in mladostnikih pojavljajo zdravstveni problemi, ki so povezani z razvojem družbe in njenim vplivom na rast in razvoj ter z individualnim življenjskim slogom. Problemi, bolezni in stanja, s katerimi se srečujejo današnji otroci in mladostniki, so drugačni, kot so bili problemi in bolezni njihovih staršev, in kot so problemi današnjih odraslih. Odstopanja od zdravja se kažejo z drugačnimi znaki, imajo drugačne posledice za zdravje in jih je potrebno meriti z drugačnimi kazalci. Da bi lahko prepoznavali tveganja za zdravje otrok in odrasčajoče mladine, moramo dobro poznati njihove navade, vedenje, socialno mrežo, način doživljanja zdravja in druge značilnosti v soodvisnosti z opredeljenimi družbenimi spremembami, kar različne raziskave pri nas (3) in v tujini tudi upoštevajo.

V članku nameravamo predstaviti glavne spremembe na področju nekaterih vrst vedenja, povezanih z zdravjem, od leta 2002 do 2006 med šolanimi slovenskimi otroki in mladostniki. Gre za podatke, zbrane z mednarodno študijo z naslovom Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC), kar smo prevedli v Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju (2). Študija poteka zdaj že v 41 državah. Inštitut za varovanje zdravja se je raziskavi priključil leta 2001/02, ko smo jo opravili prvič; spomladi leta 2006 pa drugič.

Namen raziskave HBSC je vzpostaviti boljše razumevanje zdravja otrok in mladostnikov v najširšem smislu. Gre za poizkus spremljanja vedenja in navad, povezanih z zdravjem, pa tudi oddaljenih opredeljenj zdravja, kot so družina, šola, vrstniki, socialno-ekonomski status. Na tak način dobimo podatke, ki nam omogočijo tudi ugotavljanje časovnih trendov v posamezni državi ter primerjave med državami (za raziskavo iz leta 2006 bo to mogoče leta 2008). Poleg tega so to izhodišča za pridobitev kakovostnih usmeritev za pripravo programov za krepitev zdravja in vzgoje za zdravje mladine v šolah in drugih okoljih, s katerimi lahko vplivamo na izboljšanje zdravja otrok in mladine.

2 Metode

HBSC je raziskava, ki poteka vsaka štiri leta med šolajočo se mladino. Temelji na podatkih, zbranih z anketnim vprašalnikom, ki ga učenci/dijaki izpolnjujejo v učilnicah. Starost ciljnih skupin je 11,5, 13,5 in 15,5 let. Vzorec mora glede na mednarodne zahteve zajeti najmanj 1.500 predstavnikov vsake starostne skupine v vseh sodelujočih državah. Vendar pa smo zaradi sprememb šolskega sistema v Sloveniji leta 2006 nad vzorčili in v vzorec zajeli 2000 predstavnikov vsake starostne skupine.

Raziskava uporablja kvantitativno metodologijo, in sicer standardni mednarodni vprašalnik, ki temelji na vprašanjih iz prejšnjih izvedb, vsaka izvedba pa doživi tudi nekaj sprememb. Mednarodni vprašalnik obsega niz obveznih vprašanj o demografskih, vedenjskih in psihosocialnih vidikih zdravja, poleg tega pa lahko države dodajo še omejeno število neobveznih vprašanj (so tudi vnaprej določena), ki poglobljajo določena področja.

Obvezni del vprašalnika vsebuje demografske podatke (spol, starost, razred), prehranske navade in odnos do njih, skrb za oralno zdravje, telesno dejavnost, kajenje, pitje alkoholnih pijač, uporabo kanabisa (samo za 15-letnike), zadovoljstvo in obremenjenost s šolo, samooceno zdravja, zadovoljstvo z življenjem, psihosomatske težave, spolno življenje (samo za 15-letnike), nasilje med vrstniki, poškodbe, družinsko strukturo in komunikacijo v družini, prijateljske vezi, prostčasne dejavnosti – gledanje televizije, uporaba računalnika. V raziskavo leta 2006 je bilo v Sloveniji vključenih 5130 11-, 13- in 15-letnikov, od tega približno polovica fantov. Šlo je za stratificirani slučajni vzorec. S pomočjo podatkov na spletni strani Ministrstva za šolstvo in šport o vpisovanju v osemletko, devetletko in srednje šole, smo ugotovili, da 11,5-letniki obiskujejo 5. razred osemletke ali 6. razred devetletke, 13,5-letniki 8. razred devetletke in 15,5-letniki 1. letnik srednje šole. Da bi dobili natančne sezname in število učencev oz.

dijakov v posameznih razredih, smo s pomočjo šol in Ministrstva za šolstvo in šport zbrali podatke o vseh osnovnih (448) in srednjih šolah (84 gimnazij, 118 šol srednjega poklicnega izobraževanja šol, 40 šol nižjega poklicnega izobraževanja in 118 šol s srednjetehtniškim ali drugim strokovnim izobraževanjem) ter iskanih razredih. S seznama vseh 2898 razredov, kjer je bila vpisana večina 11-, 13- in 15-letnikov – skupaj 64094 učencev oz. dijakov, smo naključno izžrebali 280 razredov, v katere je bilo vpisanih 6193 učencev, od tega 3139 fantov (glej Tabelo 1, Tabelo 2 in Tabelo 3). Vprašalnik sta prevedla dva neodvisna prevajalca in po mednarodni odobritvi smo izvedli pilotsko testiranje. Anketiranje so izvedli svetovalni delavci februarja 2006 po šolah; bilo je anonimno ter prostovoljno. Povprečni čas izpolnjevanja anket je bil 42 minut. Po vnosu podatkov v program Access smo bazo pripravili po mednarodnih zahtevah in jo poslali v Bergen na Norveško. Prečiščene podatke smo začeli obdelovati s programom SPSS. Uporabili smo podprogram Crosstabs, s pomočjo katerega smo izračunali tabele dvo- in večrazsežne frekvenčne porazdelitve ter statistike, ki omogočajo sklepanje o povezanosti spremenljivk. Za sklepanje o povezanosti smo uporabili hi-kvadrat test (χ^2), o tesnosti zveze pa smo sklepali na podlagi kontingenčnega koeficienta (C), za raven značilnosti pa smo vzeli stopnjo značilnosti oziroma $p \leq 0,05$.

Tabela 1. *Populacija 11-, 13-, 15-letnikov v šolskem letu 2005/2006.*

Table 1. *Population of 11-, 13-, 15-year-olds in school year 2005/2006.*

Razred/Letnik/Class	Število oddelkov/ no. of school classes	Število učencev/ dijakov/ no. of students	Število fantov/ no. of boys
5. r OŠ (8L) in 6. r OŠ (9L)/5th y. PS (8yrs) and 6th y. PS (9yrs)	959	19088	9736
8. r OŠ (9L)/8th y. PS (9yrs)	957	19465	10009
1. letnik gimnazije/1st y. grammar school	331	9756	3999
1. letnik srednjetehtniške in strokovne šole/1st y. secondary technical and vocational school	339	9128	5002
1. letnik srednje poklicne šole/1st y. secondary vocational school	256	6045	3994
1. letnik nižje poklicne šole/1st y. 3- year vocational school	56	612	439
Skupaj/Total	2898	64094	33179

Tabela 2. V vzorec izbrani razredi v šolskem letu 2005/2006.

Table 2. Classes included in the sample in school year 2005/2006.

Razred/Letnik/Class	Število oddelkov/ no. of school classes	Število učencev/dijakov/ no. of students	Število fantov/ no. of boys
5. r OŠ (8L) in 6. r OŠ (9L)/5th y. PS (8yrs) and 6th y. PS (9yrs)	101	2042	1013
8. r OŠ (9L)/8th y. PS (9yrs)	99	2080	1051
1. letnik gimnazije/1st y. grammar school	26	770	266
1. letnik srednjetehtniške in strokovne šole/1st y. secondary technical and vocational school	27	719	398
1. letnik srednje poklicne šole/1st y. secondary vocational school	20	494	328
1. letnik nižje poklicne šole/1st y. 3-year vocational school	7	88	83
Skupaj/Total	280	6193	3139

Opomba: 5. r OŠ (8L) in 6. r OŠ (9L) pomeni 5. razred osnovne šole, in sicer osemletke, in 6. razred OŠ, in sicer devetletke.

Tabela 3. Končna struktura prečiščene baze po spolu in starosti (HBSC 2006, n=5119).

Table 3. Finalized database structure, by sex and age (HBSC 2006, n=5119).

Starost/Age	Fantje/boys (n)	Dekleta/girls (n)	Skupaj/Total(n)
11	847	869	1716
13	922	920	1842
15	780	781	1561
Skupaj/Total (n)	2549	2570	5119

3 Rezultati

Prikazali bomo le nekatere vrste izbranega vedenja in nekatere (oddaljene) determinante zdravja, kot so – prehrana, gibanje, pozitivno duševno zdravje, tvegano vedenje, oralno zdravje, vrstniki, družina, nasilje, in sicer nas bodo zanimala primerjave in glavne razlike med letoma 2002 in 2006 (Več o raziskavi in podatkih lahko najdete na www.ivz-rs.si).

Doživljanje zdravja

V tem sklopu bomo prikazali odgovore na vprašanja o tem, kakšno se vprašanim zdi njihovo zdravje, kako

pogosto so v zadnjih šestih mesecih pri sebi opazili osem psihosomatskih simptomov (glavobol, bolečine v želodcu, hrbtu, občutke, da so na tleh, slabo voljo ali razdražljivost, nervozo, nespečnost in omotičnost) ter kako na 10-stopenjski Cantrillovi lestvici ocenjujejo svoje trenutno zadovoljstvo z življenjem. Pri čemer smo nato tiste, ki so na Cantrillovi lestvici označili 6 ali več, uvrstili v kategorijo zadovoljni z življenjem, tiste, ki so označili manj kot 6, pa kot nezadovoljni.

Pri vseh omenjenih vprašanjih med letoma 2002 in 2006 ni bilo zaznati statističnih razlik, razen pri pogostosti doživljanja (vsaj enkrat tedensko) razdražljivosti ($\chi^2=185,652$; $p<0,=0001$; $C=0,14$), potlačenosti ($\chi^2=23,457$; $p<0,=0001$, $C=0,05$) in nervoze ($\chi^2=87,708$;

$p < 0,0001$, $C = 0,10$), vendar pa vrednost koeficienta kontingence kaže na šibko zvezo, kar pomeni, da je statistična značilnost pogojena tudi z velikostjo vzorca (se bo pokazalo tudi pri nekaterih drugih spremenljivkah).

To pomeni, da leta 2006 še vedno velika večina – 87,8 % otrok in mladostnikov doživlja svoje zdravje kot dobro ali odlično in večina 85,8 % je zadovoljnih s svojim življenjem. Podobno je tudi doživljanje psihosomatskih simptomov, katerih pogostost leta 2006 ostaja podobna kot leta 2002. Zanimivo je, da so pri vseh omenjenih vprašanih leta 2006 statistične razlike med spoloma. Tako so dekleta bolj kritična do svojega zdravja in se ocenjujejo kot manj zdrava ($\chi^2 = 110,849$; $p < 0,0001$; $C = 0,15$) in so manj zadovoljne s svojim življenjem ($\chi^2 = 20,747$; $p < 0,0001$; $C = 0,06$), poleg tega pogosteje zaznavajo vse naštetе psihosomatske simptome vsaj enkrat tedensko kot fantje, razen bolečine v križu, kjer med spoloma ni razlik. Največje razlike so pri občutkih potlačenosti oz. da si na tleh ($\chi^2 = 181,503$; $p < 0,0001$; $C = 0,18$), kar doživlja vsaj enkrat tedensko 22,7 % deklet in le 11,2 % fantov. Kot že omenjeno, so dekleta v primerjavi s fanti statistično značilno manj zadovoljna z življenjem, zanimivo pa je, da se razlike med letoma 2002 in 2006 po spolu glede zadovoljstva zmanjšujejo (čeprav med letoma ni statistično značilnih razlik), saj so dekleta malo bolj zadovoljna v primerjavi z letom

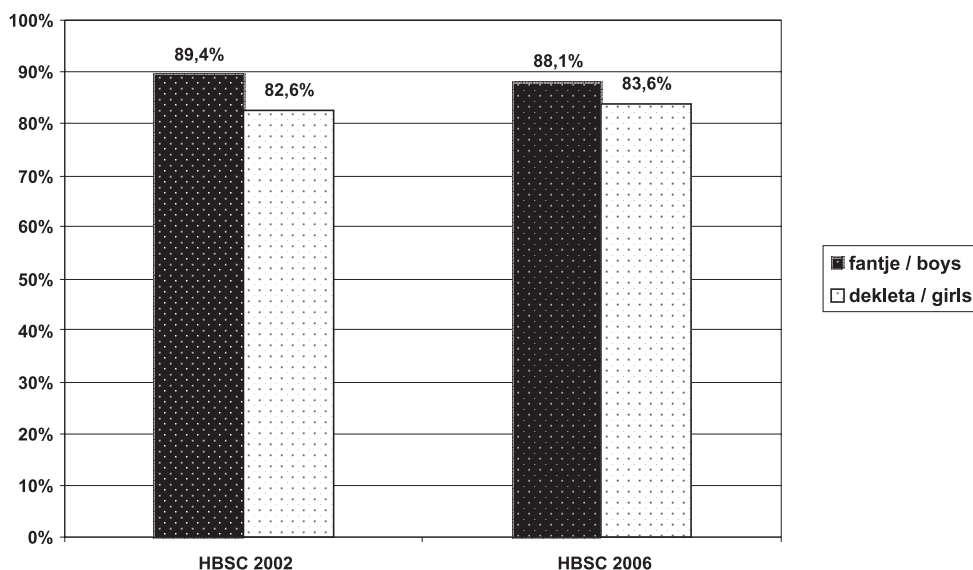
2002 in fantje malo manj (Slika 1). Gre za zanimiv trend, ki se kaže tudi v tem, da so leta 2006 dekleta tudi malo bolj zadovoljna s svojim telesom oz. svojo težo, kot so bila leta 2002 (Slika 2).

Prehrana

Iz tega sklopa se bomo omejili le na vprašanja o zajtrku, uživanju sadja in zelenjave ter dietah. Otroke in mladostnike smo vprašali, kako pogosto zajtrkujejo med tednom in med vikendom, kako pogosto ponavadi jedo sadje in zelenjavo ter ali so trenutno na dieti oz. počno kar koli, da bi shujšali (telovadijo, se potijo, si zmanjšajo obroke, pijejo več vode).

Med letoma 2002 in 2006 v vseh navedenih vprašanih opazimo statistično značilne razlike, razen pri vprašanju o dietah, vendar pa je koeficient kontingence pri vseh vprašanih pod 0,1, kar pomeni, da je statistična značilnost odvisna tudi od velikosti vzorca. Zato lahko zapišemo, da te razlike niso nujno vsebinske narave. Razlike v pogostosti uživanja zajtrka opazimo tako med tednom ($\chi^2 = 47,184$; $p < 0,0001$; $C = 0,07$) kot tudi med vikendom ($\chi^2 = 12,344$; $p < 0,002$; $C = 0,04$). V letu 2006 se je povečal delež otrok, ki med tednom (leta 2002, 39,4 % in leta 2006, 42,6 %) in tudi med vikendom redno zajtrkujejo (leta 2002, 80,3 %, leta 2006, 82,9 %) v primerjavi z letom 2002.

Tako leta 2002 (med tednom: $\chi^2 = 28,808$; $p < 0,001$;

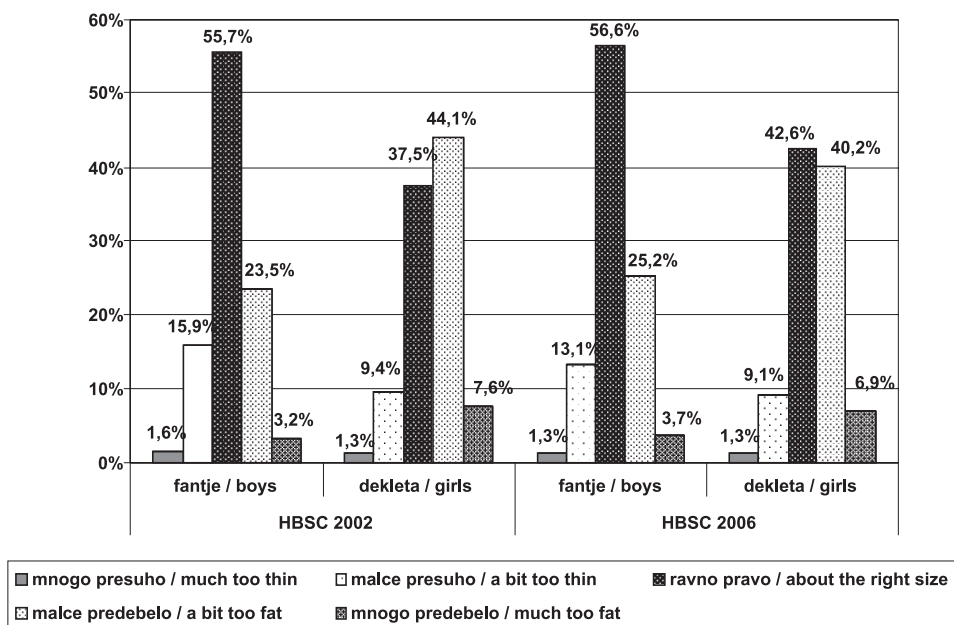


Slika 1. Zadovoljstvo z življenjem v letu 2002 in 2006 po spolu (HBSC 2002, $n = 3861$, $p < 0,0001$; HBSC 2006, $n = 5025$, $p < 0,0001$).

Figure 1. Life satisfaction in 2002 and 2006, by sex.

Slika 2. Mnenje o svojem telesu, primerjava med 2002 in 2006 po spolu (HBSC 2002, $n=3943$, $p<0,=0001$; HBSC 2006, $n=4940$, $p>0,=0001$).

Figure 2. Body image, a comparison of the 2002 and 2006 HBSC, by sex.



$C=0,09$; med vikendom: $\chi^2=38,424$; $p<0,=0001$; $C=0,10$) kot leta 2006 (med tednom: $\chi^2=88,478$; $p<0,=0001$; $C=0,13$; med vikendom: $\chi^2=67,616$; $p<0,=0001$; $C=0,11$) so statistično značilno najpogostejše redno zajtrkovali 11-letniki.

Med letoma 2002 in 2006 opazimo statistično značilne razlike v pogostosti uživanja sadja ($\chi^2=30,528$; $p<0,=0001$; $C=0,06$), in sicer se je v letu 2006 delež otrok, ki uživajo sadje večkrat dnevno, zmanjšal, z 22,3 % na 20,2 %, povečal pa odstotek tistih, ki jedo sadje enkrat dnevno s 16,7 % na 20,6 % (Tabela 4).

Prav tako pa opazimo statistično značilne razlike med letoma 2002 in 2006 v pogostosti uživanja zelenjave (

$\chi^2=16,902$; $p<0,01$; $C=0,04$), in sicer se je v letu 2006 delež otrok, ki uživajo zelenjavo, zmanjšal z 9,5 % na 7,8 % večkrat dnevno ter s 16,2 % na 15,9 % enkrat dnevno, povečal pa odstotek tistih, ki jedo zelenjavo 5-do 6-krat tedensko, s 16,8 % na 18,4 % (Tabela 5). Izkazalo se je, da med letoma 2002 in 2006 ni statistično značilnih razlik glede dietnega vedenja, čeprav je bilo v letu 2006 v času ankete na taki ali drugačni dieti manj vprašanih (13,2 %) kot v letu 2002 (14,0 %), pri čemer so pogostejše na dieti dekleta kot fantje. Poleg tega je malo višji delež otrok, ki so s svojo telesno težo zadovoljni (leta 2006, 53,8 %, leta 2002 pa 52,1 %).

Tabela 4. Pogostost uživanja sadja (HBSC 2002, $n=3945$, $p<0,=0001$; HBSC 2006, $n=5096$; $p<0,=0001$).
Table 4. Fruit consumption frequency.

Kako pogosto ješ sadje / How often do you eat fruits	2002	2006
Nikoli / Never	1,5%	1,7%
Manj kot 1-krat na teden / Less than once a week	3,4%	3,1%
1-krat na teden / Once a week	10,1%	9,8%
2-do 4-krat na teden / 2-4 days a week	32,6%	30,0%
5-do 6-krat na teden / 5-6 days a week	13,4%	14,6%
1-krat na dan, vsak dan / Once daily	16,7%	20,6%
Vsak dan, večkrat na dan / More than once daily	22,3%	20,2%

Tabela 5. Pogostost uživanja zelenjave (HBSC 2002, $n=3946$, $p<0,01$; HBSC 2006, $n=5096$, $p<0,01$).
Table 5. Vegetable consumption frequency.

Kako pogosto ješ zelenjavo / How often do you eat vegetables	2002	2006
Nikoli / Never	6,6%	5,6%
Manj kot 1-krat na teden / Less than once a week	6,8%	7,0%
1-krat na teden / Once a week	13,9%	13,9%
2-do 4-krat na teden / 2-4 days a week	30,1%	31,5%
5-do 6-krat na teden / 5-6 days a week	16,8%	18,4%
1-krat na dan, vsak dan / Once daily	16,2%	15,9%
Vsak dan, večkrat na dan / More than once daily	9,5%	7,8%

Gibanje

V raziskavo HBSC 2005/2006 so bila vključena tri vprašanja, ki merijo, kako pogosto so vprašani telesno dejavni, vendar pa je primerjava z letom 2002 možna le z enim vprašanjem.

Otroke in mladostnike smo spraševali, koliko dni v tednu pred izvedbo raziskave so bili vsaj zmerno telesno dejavni najmanj 60 minut skupaj.

Med letoma 2002 in 2006 so se pokazale statistično značilne razlike ($\chi^2=44,994$; $p<0,0001$; $C=0,07$), vendar pa je tudi tu vrednost koeficienta kontingence pod 0,1, kar nas navaja na previdnost pri interpretaciji. Mladostniki so bili leta 2006 v tednu pred anketiranjem manj telesno dejavni v primerjavi z letom 2002. Leta 2006 je v primerjavi z letom 2002 več fantov in deklet, ki v tednu pred anketiranjem sploh niso bili telesno dejavni (leta 2006 fantje 3,2 %, dekleta 5 %; leta 2002 fantje 2,9 %, dekleta 3,8 %), manj pa je tistih, ki so telesno dejavni vsak dan najmanj po eno uro vse dni na teden (leta 2006 fantje 21,9 %, dekleta 13,3 %; leta 2002 fantje 29 %, dekleta 16,4 %). Povprečno število dni, ko so bili fantje telesno dejavni, je bilo leta 2002 4,6 dni in leta 2006 4,3 dni, pri dekletih pa leta 2002 3,8 in leta 2006 3,6 dni. Najmanj telesno dejavni so 15-letniki, najbolj pa 11-letniki.

Družina

Zanimalo nas je tudi, v kakšnih družinah živijo anketiranci. Ugotovili smo, da je leta 2006 statistično značilno manj (leta 2006 84,3 %, leta 2002 86,9 %) anketiranih živel z obema staršema v t.i. klasični družini ($\chi^2=5,649$; $p<0,017$; $C=0,02$), statistično značilno več (leta 2006 10,2 %, leta 2002 8,7 %) pa jih je živel le z mamo ali očetom v t.i. enostarševskih družinah ($\chi^2=5,868$; $p<0,015$; $C=0,02$), (materinskih enostarševskih je bilo 11,9 % v primerjavi s celotnim vzorcem in 86 % v

primerjavi z očetovskimi enostarševskimi družinami). Tudi tu podobno kot pri komuniciranju ugotavljamo, da je statistična značilnost pogojena tudi z velikostjo vzorca (saj je vrednost koeficienta kontingence pod 0,1).

Pri komuniciranju v družinah smo ugotovili statistično značilne razlike med letoma 2002 in 2006 tako pri komuniciranju z mamo ($\chi^2=28,261$; $p<0,0001$; $C=0,06$), kot tudi pri komuniciranju z očetom ($\chi^2=21,777$; $p<0,0001$; $C=0,05$). Leta 2006 je statistično značilno manj anketirancev odgovorilo, da se z mamo (leta 2002 92,1 %; leta 2006 90,2 %) in očetom (leta 2002 79,9 %; leta 2006 77,3 %) lahko pogovarjajo o stvareh, ki jih resnično zanimajo.

Tako leta 2002 (z očetom: $\chi^2=236,833$; $p<0,001$; $C=0,24$; z mamo: $\chi^2=165,368$; $p<0,0001$; $C=0,20$) kot leta 2006 (z očetom: $\chi^2=269,315$; $p<0,0001$; $C=0,23$; z mamo: $\chi^2=248,282$; $p<0,0001$; $C=0,22$) je bilo statistično značilno največ 11-letnikov ter najmanj 15-letnikov, ki so se z mamo oz. očetom lahko pogovarjali.

Primerjava vprašanj o podpori staršev otrokom v šoli in zanimanju staršev za šolo kaže, da je leta 2006 podpora staršev zelo visoka in vsaj tako visoka, v nekaterih primerih pa celo višja, kot je bila leta 2002. To lahko pomeni po eni strani podporo staršev svojim otrokom in varovalni dejavnik, po drugi strani pa tudi obremenjenost staršev z učno uspešnostjo in posledično visoka pričakovanja, ki lahko delujejo obremenjujoče in stresno na otroke in mladostnike.

Vrstniki

Odnosi z vrstniki so pomemben vidik otrokovega in mladostniškega razvoja in osamosvajanja, saj prispevajo k oblikovanju njihove identitete, samopodobe, uravnavanju čustev in vedenja, socialnih stikov itd. Otroke in mladostnike smo spraševali o velikosti vrstniške skupine – o številu dobrih prijateljev in

prijateljic, o pogostosti druženja s prijatelji po šoli in komuniciranja z njimi po telefonu, preko sms-ov in z elektronskimi sporočili.

Podatki o številu prijateljev in prijateljic kažejo, da med letoma 2002 in 2006 ni statistično značilnih razlik. Kljub temu je odstotek vprašanih, ki nima nobenega prijatelja ali prijateljice, leta 2006 nekoliko višji kot leta 2002. Statistično značilne razlike pa so se pokazale med fanti in dekleti znotraj posameznega leta, in sicer imajo dekleta v primerjavi s fanti tako leta 2002 kot leta 2006 statistično značilno manj prijateljev (leta 2002 $\chi^2 = 520,565$; $p < 0,0001$; $C = 0,34$; leta 2006 $\chi^2 = 784,136$; $p < 0,0001$; $C = 0,37$), fantje pa manj prijateljic (leta 2002 $\chi^2 = 138,289$; $p < 0,0001$; $C = 0,18$; leta 2006 $\chi^2 = 192,948$; $p < 0,0001$; $C = 0,2$), (Tabela 6).

Glede preživljanja prostega časa s prijatelji so opazne statistično značilne razlike med letoma 2002 in 2006 ($\chi^2 = 129,487$; $p < 0,0001$; $C = 0,12$) glede druženja s prijatelji v prostem času (Slika 3). V primerjavi z letom 2002 se je leta 2006 povečal delež mladostnikov (za približno 7 %), ki se nikoli ne družijo s prijatelji v prostem času. Za skoraj 5 % se je zmanjšal delež tistih, ki se družijo s prijatelji več kot 4 dni. 15-letniki pogosteje preživljajo čas s prijatelji 4 ali več večerov na teden (14,9 %) kot 13-letniki (11,7 %) in 11-letniki (10,8 %).

Tobak, alkohol, marihuana

Tvegano vedenje je v obdobju mladostništva razmeroma pogost in običajen način preizkušanja različnih možnosti za individualno oblikovanje lastnega sveta in življenja (4). Uporaba tobaka, alkohola in psihoaktivnih snovi, ki nas je zanimala v raziskavi, je samo ena od oblik tvegane vedenja, preko katerih mladostnik išče razumevanje in odobravanje predvsem v družbi lastne generacije.

Podatki kažejo, da je leta 2006 redno kadilo statistično značilno manj mladostnikov ($\chi^2 = 46,828$; $p < 0,0001$;

$C = 0,07$) kot leta 2002. Tako je bilo leta 2002 vsakodnevni kadilcev med fanti 7,9 % in med dekleti 6,9 %, leta 2006 pa med fanti 5 % in med dekleti 4,1 %. Vendar pa je zveza šibka in je statistična značilnost odvisna tudi od velikosti vzorca. Ravno tako se je statistično značilno zmanjšala uporaba marihuane ($\chi^2 = 72,894$; $p < 0,0001$; $C = 0,17$), tako je bilo leta 2002 takih, ki so kadili marihuano 40-krat ali večkrat, 4,2 %, leta 2006 pa le 1,3 % (vprašanje o marihuani smo zastavili le 15-letnikom). Pri pogostosti opijanja med letoma 2002 in 2006 ni bilo statistično značilnih razlik.

Nasilje

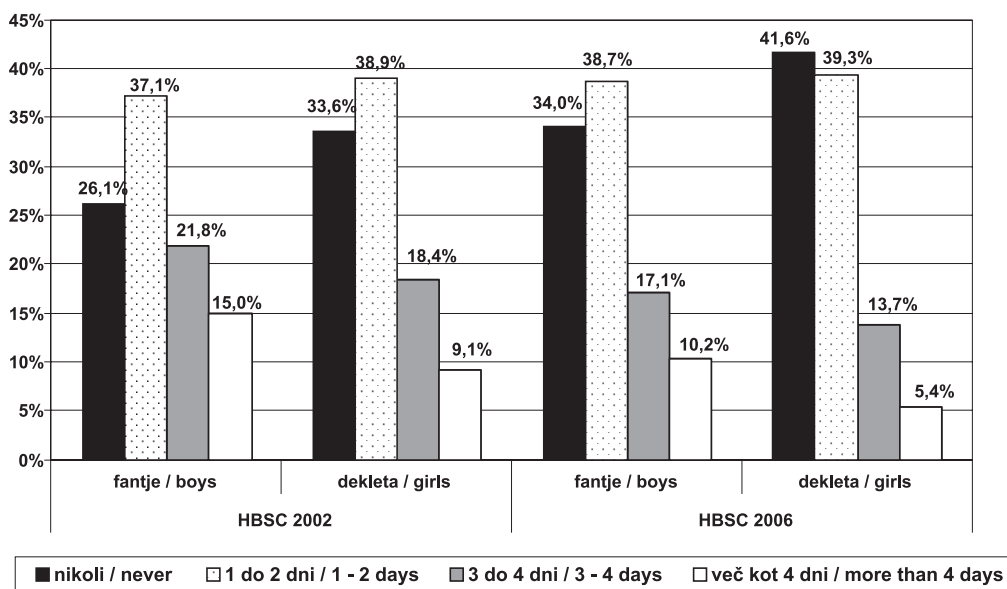
V raziskavi nas je zanimalo tudi medvrstniško nasilje, in sicer, kako pogosto se mladi pretepajo, kako pogosto trpinčijo (bullying) druge in so sami žrtev trpinčenja. Pri tem smo trpinčenje opredelili kot nasilje, ki je lahko verbalno (zbadanje, zmerjanje), psihično (ustrahanje, grozjenje, izključitev iz družbe vrstnikov oz. zavračanje), fizično (brcanje, boksanje, mlatenje) in vključuje neravnovesje moči med žrtvijo in napadalcem.

Rezultati kažejo porast nasilja v vseh merjenih kategorijah. Tako se je delež otrok in mladostnikov, ki so se v zadnjih 12 mesecih pretepali, statistično značilno povečal z 41,4 % v letu 2002 na 45,4 % v letu 2006 ($\chi^2 = 30,241$; $p < 0,001$; $C = 0,06$), in sicer tako pri fantih kot dekletih, pri katerih opazamo večji porast kot pri fantih. Zanimivo je, da so se najpogosteje pretepali 13-letniki (51,2 %), sledijo 11-letniki (50,2 %) in 15-letniki (33,4 %). Statistično značilne razlike med letoma 2002 in 2006 je zaznali tudi pri vprašanih o trpinčenju. Statistično značilno povečal se je delež otrok in mladostnikov, ki so odgovorili, da so bili v zadnjih mesecih trpinčeni, in sicer z 22,4 % leta 2002 na 24,8 % v letu 2006 ($\chi^2 = 16,472$; $p < 0,002$; $C = 0,04$), pri čemer je v porastu delež fantov, ki so bili žrtve trpinčenja. Najmanjkrat so bili žrtve trpinčenja 15-letniki. Prav tako pa se je

Brez prijateljev / Without close male friends	2002	2006
Fantje / Boys	1,5%	1,7%
Dekleta / Girls	15,8%	17,2%
Brez prijateljic / Without close female friends		
Fantje / Boys	11,3%	12,5%
Dekleta / Girls	2,1%	2,4%

Tabela 6. Odstotek vprašanih brez prijateljev in prijateljic (HBSC 2002, $n = 3927$, $p < 0,0001$; HBSC 2006, $n = 5068$, $p < 0,0001$).

Table 6. Proportion of respondents who had no male or female friends.



Slika 3. Delež mladostnikov, ki se družijo s prijatelji v prostem času, primerjava med 2002 in 2006 po spolu (HBSC 2002, $n=3950$, $p<0,0001$; HBSC 2006, $n=5064$, $p<0,0001$).

Figure 3. Peer contact frequency (in spare time); comparison of results of the 2002 and 2006 HBSC studies, by sex.

statistično značilno povečal delež otrok in mladostnikov, ki so sodelovali pri trpinčenju drugih 2006 ($\chi^2=31,858$; $p<0,0001$; $C=0,06$) (Slika 4). V letu 2002 je bilo takih 21,5 %, leta 2006 pa 27,5 %. Najpogosteje so pri trpinčenju sodelovali 13-letniki. Vendar pa je pri vseh treh merjenih kategorijah vrednost koeficienta kontingence pod 0,1, kar kaže na to, da je statistična značilnost odvisna tudi od velikosti vzorca.

Oralno zdravje

Zanimalo nas je tudi oralno zdravje otrok in mladostnikov, zato smo jih spraševali o pogostosti umivanja zob. Podatki kažejo ugoden trend, saj se je v primerjavi z letom 2002 v letu 2006 statistično značilno povečal delež tistih, ki si zobe čistijo več kot enkrat na dan ($\chi^2=12,474$; $p<0,014$; $C=0,04$), in sicer za 2,9 % (iz 57,8 % na 60,7 % leta 2006), pri čemer si dekleta zobe umivajo pogosteje kot fantje. Najpogosteje si zobe umivajo 11-letniki, najredkeje pa 13-letniki. Vendar pa vrednost koeficienta kontingence kaže na to, da je statistična značilnost pogojena tudi z velikostjo vzorca.

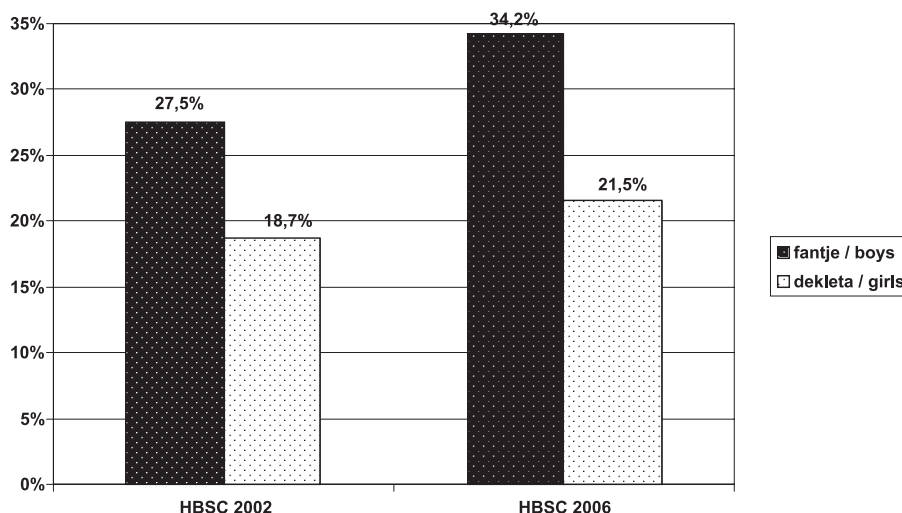
4 Razpravljanje

χ^2 -testi so na prikazanih področjih statistično značilni, vendar pa je potrebna previdnost, saj vrednost koeficienta kontingence kaže na šibko zvezo, kar pomeni,

da je statistična značilnost odvisna tudi od velikosti vzorca. Zato ne moremo govoriti o pomembnih premikih v vedenju, navadah in življenjskem slogu otrok in mladih v Sloveniji od leta 2002 do 2006. Kljub temu pa drobni premiki in stanje na posameznih področjih, ki so daleč od priporočenega oz. zaželenega stanja, zahtevajo ukrepanje odraslih, strokovnjakov in raziskovalcev.

Lahko smo zadovoljni, da se je malo povečal delež otrok, ki redno zajtrkujejo, malo se je zmanjšal odstotek vsakodnevnih kadičev in uporabnikov marihuane (tudi glede na druge raziskave) (5). Na področju duševnega zdravja, diet, podpore staršev v primeru težav, številu prijateljev in prijateljic, opijanja je situacija leta 2006 podobna kot leta 2002. To pomeni, da je približno 14 % vprašanih nezadovoljnih s svojim življenjem in približno enak odstotek na dieti in da je približno 15 % otrok brez prijatelja ali prijateljice in da je več kot 30 % vprašanih že bilo opitih. Malo se je zmanjšalo redno uživanje sadja in zelenjave, otroci so manj telesno dejavni, težje komunicirajo z mamo in očetom, bolj redko se družijo s prijatelji v prostem času, povečalo se je nasilno vedenje v letu 2006.

Premajhen vnos sadja in zelenjave na eni strani, porast motenj hranjenja (6, 7) in mladih s čezmerno telesno težo na drugi strani (8, 9) kaže tudi na spremembe v družbi, družini in individualnih vrednotah. Otroci in mladostniki so vse bolj izpostavljeni pritiskom prehranske industrije, medijskih podob idealnega vitkega in



Slika 4. Delež mladostnikov, ki so trpinčili druge, primerjava med 2002 in 2006 po spolu (HBSC 2002, $n=3914$, $p<0,=0001$; HBSC 2006, $n=5037$, $p<0,=0001$).

Figure 4. Proportion of young people who bullied others; comparison of results of the 2002 and 2006 HBSC study, by sex.

popolnega telesa, vrstnikov in širšega okolja, vse daljši odsotnosti staršev in otrok od doma, kar prinaša s sabo tudi neurejeno prehranjevanje itd. (10). Mladi vse več sedijo. (11) Tako se sedečemu času v šoli, pridružuje še sedenje doma – pred televizorjem in računalnikom (teh podatkov sicer nismo prikazali v tem članku). Pomanjkanje gibanja ima za posledico tudi vse več deformacij hrbtenice in motenj vida pri šolajoči se mladini, pri 15- do 19-letnikih pa bolečine mišično – skeletnega sistema (12). Verjetno ima omenjeni sedeči način življenja in komuniciranje z vrstniki preko svetovnega spleta (13) in mobilnih telefonov za posledico tudi to, da se otroci vse manj družijo neposredno in vse več virtualno. Tem vrstam druženja in komuniciranja je bilo namenjenih nekaj raziskav, čeprav raziskovalcem še ni jasno, kakšne vse posledice prinaša takšen način druženja in delovanja ne samo na zdravstvenem, ampak tudi na drugih področjih.

To, da vprašani težko komunicirajo z mamo in očetom, lahko pripišemo tudi spremenjenemu družinskemu in delovnemu ritmu, saj so starši vse dlje v službah, ki so vse bolj naporne in obremenjujoče. Vse pogostejše delajo za službo tudi doma, v prostem času pa potrebujejo trenutke zase in za to, da »predelajo« vse dogodke. To pomeni, da so vse manj časa na razpolago otrokom za pogovore. Nekatere raziskave kažejo (14), da je ravno pomanjkanje toplote in pozornosti v družini povezano s povečanim tveganjem za razvoj nasilnih dejanj.

Dejstvo je, da nasilje nad mladimi in med njimi narašča. Tako narašča število prijavljenih kaznivih dejanj nad mladoletnimi osebami, število spolnih zlorab, zanamiranja in surovega ravnanja pri nas (15). Po mnenju strokovnjakov naj bi bila to posledica večje občutljivosti družbe za nasilje in ne povečanje samega nasilja (12). Podatki drugih, starejših študij (16, 17, 18) kažejo, da je bilo nasilja med vrstniki pred leti manj - tako naj bi bilo med osnovnošolci približno 20 % in med srednješolci 8 % žrtev trpinčenja, medtem ko naj bi bilo v trpinčenje vključenih 12 % osnovnošolcev in 6 % srednješolcev (leta 2006 je bilo trpinčenih 25 % vprašanih in 28 % je sodelovalo pri trpinčenju drugih).

Iz podatkov se kažejo tudi razlike med spoloma in med starostnimi skupinami (pri čemer v članku temu nismo dali večjega poudarka). Razlike med spoloma in po starosti nekateri utemeljujejo z biološkimi dejavniki. Dekleta začnejo prej odrasčati kot fantje, poleg tega se starost začetka menstruacije vse bolj znižuje, kar pomeni, da se pri dekletih prej začnejo telesne, čustvene in druge spremembe, ki povzročajo večje razlike med spoloma v isti starostni skupini. Drugi dejavnik, povezan z razlikami, naj bi bilo dejstvo, da dekleta čutijo močnejše pritiske glede zunanjega videza (19), odnosov in šole. Ena od razlag je tudi, da se dekleta v primerjavi s fanti med socializacijo naučijo bolje zavedati in bolj zgodaj izražati svoje telesno ter čustveno stanje.

5 Zaključek

Rezultati omenjene raziskave kažejo nekatere manjše spremembe v vedenju otrok in mladih od leta 2002 do leta 2006 in pa področja, kjer bo potrebno ukrepati oz. nadaljevati s prizadevanji za bolj zdravo izbiranje. Eno od izpostavljenih področij je preredko uživanje sadja in zelenjave ob naraščajočem pojavu debelosti in motenj hranjenja. Čeprav je bilo v zadnjih letih kar nekaj programov in dejavnosti, namenjenih temu področju, pa bo treba očitno še spodbujati uživanje sadja in zelenjave. Ob tem pa ne gre zanemariti spodbujanja telesne dejavnosti, saj so tudi glede na druge raziskave mladostniki vse manj in premalo telesno dejavni. Mlade ni dovolj informirati ali jim celo zapovedati, kako naj se vedejo, koliko naj se gibljejo, saj to rodi le odpor, preziranje ali celo ravno nasprotno vedenje, ampak jih lahko prepričamo z lastnim zgledom, argumenti in jasnimi koristmi, ki jih bodo imeli od določenega vedenja. V to smer gre prenovljena vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike v različnih okoljih (zdravstvene ustanove, šole, lokalne skupnosti ...), za katero bi morali zagotoviti enake standarde po vsej državi. Drugi korak k temu so prizadevanja za vključitev zdravja v učni program, bodisi kot samostojni predmet ali kot medpredmetna vsebina, k čemur nas zavezujejo tudi mednarodni dokumenti (npr. Evropska socialna listina). Drugi pomemben sklop sprememb pa je povezan z oddaljeno spremenljivo zdravja, in sicer z ožjo in s širšo socialno mrežo in z odnosi v njej. Tako lahko opazimo težje komuniciranje s starši, redkejšo druženje s prijatelji in nasilne odnose z vrstniki. Iz tega lahko sklepamo na krizo odnosov. Po drugi strani pa je socialna mreža pomemben varovalni dejavnik zdravja, na katerega moramo biti še posebej pozorni. Kar nekaj je bilo že narejenega na tem področju, vendar se bo treba še bolj usmeriti na področje komuniciranja, izražanja čustev in nenasilnega reševanja konfliktov. Življenjski slog in vedenje otrok in mladih sta povezana z vsakokratnimi družbenimi, kulturnimi in socialnimi značilnostmi in pogoji, v katerih živijo, poleg tega pa v veliki meri kažeta družinske vzorce, vzorce vedenja in delovanja odraslih. Odrasli, kasneje pa tudi vrstniki s svojim zgledom in načinom delovanja usmerjajo vedenje mlajših generacij. Zato so poleg usmerjenih preventivnih in promocijskih dejavnosti na področju prehrane, gibanja, učenja izražanja čustev in misli, krepitve samopodobe, dejavnega preživljanja prostega časa potrebne tudi celostne, interdisciplinarne dejavnosti za odraslo populacijo in družbene spremembe, ki bodo omogočile bolj zdravo izbiranje in možnosti ter bodo zdravje postavile kot prednostno nalogo v vse politike.

Zahvala

Avtorici prispevka se zahvaljujeva Nini Scagneti, Maji Bajt, Mateji Gorenc, Darji Lavtar in Mojci Gabrijelčič, ki so sodelovale pri izvedbi raziskave leta 2006, ter Brigiti Bočkaj, ki je pomagala pri pripravi podatkov. Zahvala Evi Stergar, ki je bila nosilka prve izvedbe raziskave v letu 2002.

Literatura

1. Jeriček H. Epistemologija zdravja. Časopis za kritiko znanosti 2005; 221: 222-33.
2. Stergar E, Scagnetti N, Pucelj V. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2006.
3. Tomori M, Stergar E, Pinter B, Rus Makovec M, Stinkovič S. Dejavniki tveganja pri slovenskih srednješolcih. Ljubljana: Ministrstvo za znanost in tehnologijo in Ministrstvo za zdravstvo RS, 1998.
4. Ule M. Mladina v devetdesetih: analiza stanja v Sloveniji. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, 1996.
5. Stergar E, Scagnetti N, Pucelj V. ESPAD: Evropska raziskava o alkoholu in preostalih drogah med šolsko mladino, Slovenija 2003. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Urad za droge, 2005.
6. Sernec K. Motnje hranjenja – bolezen današnjega časa. Odvisnosti 2004; 5 Suppl 2: 11-14.
7. Hafner A. Motnje hranjenja. In: Zdrav življenjski slog srednješolcev: priročnik za učitelje. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2005.
8. Battelino T, Kržišnik C, Brčar P, Hribar SN, Seher ZM, Kotnik P, et al. Prevalence čezmerne prehranjenosti in debelosti med pet let starimi otroci in 15-16 let starimi mladostnicami in mladostniki v Sloveniji. Zdrav Vest 2005; 74: 753-59.
9. Reilly JJ. Descriptive epidemiology and health consequences of childhood obesity. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2005; 19(3): 327-41.
10. Kelly C, Ricciardelli L, Clarke JD. Problem eating attitudes and behaviours in young children. Int J Eat Disord 1999; 25: 281-6.
11. Jurak G, Kovač M, Strel J. Sports activities of Slovenian children and young people during their summer holidays. Ljubljana: Faculty of sport, 2003.
12. Brčar P. Zdravje otrok, mladostnic in mladostnikov. In: Nacionalni posvet o zdravju otrok, mladine in mladostnikov »Z in za otroke in mladostnike«. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2007: 1-13.
13. De Bell M, Chapman C. Computer and Internet use by Children and Adolescents in 2001. Pridobljeno 9.12.2007 s spletne strani: http://nces.ed.gov/programs/quarterly/vol_5/5_4/2_1.asp.
14. Olweus D. Trpinčenje med učenci: kaj vemo in kaj lahko naredimo. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo in šport, 1995.
15. Filipčič K. Obravnavanje zanemarjanja, zlorab in nasilja nad otroki in mladino. In: Černak MA, editor. Otroci in mladina v prehodni družbi: analiza položaja v Sloveniji. Ljubljana: Ministrstvo za šolo in šport, Urad Republike Slovenije za mladino; Maribor: Aristej, 2005: 239-60.
16. Dekleva B. Nasilje med vrstniki v zvezi s šolo – obseg pojava. Rev krim kriminol 1996; (47) 4: 355-65.
17. Pušnik M. Projekt - Trpinčenje med otroki in mladostniki: delovno gradivo. Ljubljana: Zavod republike Slovenije za šolstvo, 1996.
18. Pušnik M. Nasilje med mladimi. Šols svetov delo 1996; 1: 42-3.
19. Kuhar M. V imenu lepote: družbena konstrukcija telesne samopodobe. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Center za socialno psihologijo, 2004.

SPREJEM IN ZDRAVLJENJE BREZ PRIVOLITVE NA ODDELKU ZA PSIHIATRIJO UKC MARIBOR

ADMISSION AND TREATMENT WITHOUT CONSENT AT THE MARIBOR DEPARTMENT OF PSYCHIATRY

Arijana Turčin¹, Blanka Kores Plesničar¹

Prispelo: 9. 1. 2008 – Prejeto: 21. 5. 2008

Pregledni znanstveni članek
UDK 616.89

Izvleček

Države Evropske skupnosti skušajo doseči večjo harmonizacijo na celotnem področju duševnega zdravja. V Sloveniji je tik pred sprejetjem novi Zakon o duševnem zdravju, ki upošteva omenjena priporočila ter priporočila Svetovne zdravstvene organizacije. Pogoji za sprejem in zdravljenje brez privolitve oz. za hospitalizacijo proti volji, kot se je včasih imenovala, morajo namreč biti zaradi visoke nevarnosti zlorabe natančno z zakonom opredeljeni.

Na Oddelku za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor je bilo ob pregledu dokumentacije za petletno obdobje od 01.01.2001 do 31.12.2005 ugotovljeno, da je bilo sprejetih in zdravljenih brez privolitve 127 bolnikov, kar znaša 2 % vseh hospitalizacij v tem obdobju. Najpogostejši razlog so bile psihotične motnje in avto- ali heteroagresivnost. Število sprejemov in zdravljenj brez privolitve bi se morda lahko zmanjšalo z dobro zunajbolnišnično mrežo pomoči osebam z duševnimi motnjami.

Ključne besede: duševna motnja, sprejem brez privolitve, zdravljenje brez privolitve, hospitalizacija proti volji, zakonodaja

Review article
UDC 616.89

Abstract

European countries are striving for increased harmonisation in the field of mental health. In Slovenia, a new Mental Health Act based on the WHO guidelines is pending. The conditions for admission and treatment without the patient's consent (former coercion hospitalisation) must be minutely legislatively defined because of a high potential for abuse.

At the Department of Psychiatry of the Maribor University Clinical Centre, a review of records for a 5-year period (1 Jan.2001 – 31 Dec.2005) revealed 127 hospital admissions without the patient's consent, i.e. 2 % of all hospitalisations during the period studied. The main reasons for admission included psychotic disorders, and autoaggressive and heteroaggressive behavior. In order to further reduce the rate of admissions and treatments without the person's consent, well-functioning community psychiatric services will be needed.

Key words: mental disorder, admission without consent, treatment without consent, hospitalisation without consent, legislation

1 Uvod

Vsakdo, ki se srečuje z urgentnimi stanji v psihiatriji, iz lastnih izkušenj pozna situacije, v katerih se mora odločiti

glede sprejema in zdravljenja bolnika brez njegove privolitve. To so tako »delavci na terenu« (zdravniki družinske medicine, ambulantni psihiatri, policisti in ostali), kot zdravniki v sprejemni psihiatrični ambulanti, nenazadnje pa tudi bolnikovi svojci ali skrbniki.

¹Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za psihiatrijo, Ob železnici 30, 2000 Maribor
Kontakti naslov: e-pošta: arijana7@yahoo.com

Sprejem in zdravljenje brez privolitve lahko opredelimo kot »ukrepe, ki se izpeljejo po zakonskih določbah ali predpisih zakona o duševnem zdravju in s katerimi se lahko pacienta zadrži v psihiatrični ustanovi proti njegovi volji, brez pisnega pristanka in kljub njegovemu ugovarjanju« (1).

Sprejeti in zdraviti bolnika proti njegovi volji največkrat ni enostavna odločitev. Vendar je potrebno v urgentnih situacijah brez omahovanja ukrepati v dobrobit pogosto nekritičnega bolnika, velikokrat tudi proti njegovi volji ter tako korenito posegati v njegove temeljne pravice in svoboščine. Pri tem je nujno izpeljati ukrepe, sorazmerne ogrožanju, ki ga bolnik povzroča. To pomeni, da morajo biti ti ukrepi v dani situaciji najblažji možni in trajati čim krajši čas, pri tem pa je nujno treba ravnati v skladu z moralno-etičnimi načeli in varovati dostojanstvo bolnika (2,3).

2 Opredelitev sprejema in zdravljenja brez privolitve

Francija je bila prva država na svetu, ki je v okviru zakona poznala tudi določbe, vezane na duševno zdravje (leta 1838). Od takrat so te določbe kakor tudi zakonodaje o duševnem zdravju v nekaterih evropskih državah doživele kar nekaj popravkov in revizij. Najstarejše določbe med evropskimi državami imajo na Irskem (veljajo še iz leta 1945), medtem ko so v ostalih državah zadnje revizije pravkar v teku, oziroma so bile nazadnje izpeljane leta 1999/2000 (4). Kljub precej različnim zakonodajam o duševnem zdravju v Evropi trenutno potekajo procesi, ki naj bi pripeljali do večje promocije, preventive, zdravljenja, skrbi in rehabilitacije za osebe s problemi v duševnem zdravju, kot je navedeno v helsinški deklaraciji o duševnem zdravju v Evropi iz leta 2005 (5).

Ustavno sodišče Republike Slovenije je z odločbo št. U-I-60/03-20 (Uradni list RS, št. 131/2003) z dne 4. 12. 2003 ugotovilo, da so določbe od 70. do 81. člena Zakona o nepravdnem postopku v neskladju z ustavo. Novi Zakon o duševnem zdravju, ki je v postopku sprejemanja, upošteva zahteve ustavnega sodišča, z njegovo uveljavitvijo pa bodo te določbe tudi formalno prenehale veljati (2).

Predlog novega Zakona o duševnem zdravju Republike Slovenije natančneje in v skladu z ustavnimi določili opredeljuje postopke sprejema bolnika na zdravljenje na oddelek pod posebnim nadzorom. Zdravljenje na oddelku pod posebnim nadzorom je možno s privolitvijo bolnika ali brez njegove privolitve,

pod pogoji, ki jih določa ta zakon. V vsakdanji klinični praksi je v ospredju pozornosti nujni sprejem na zdravljenje brez privolitve bolnika. Postopek takšne obravnave bolnika je vedno povezan s sodelovanjem pristojnega sodišča oz. je določen z zakonom.

Zdravljenje bolnika na oddelku pod posebnim nadzorom brez njegove privolitve je v predlogu novega Zakona o duševnem zdravju možno v naslednjih okoliščinah in pogojih:

- če bolnik ogroža svoje življenje ali življenje drugih ljudi, ali če huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih, ali povzroča hudo škodo sebi ali drugim;
- če je ogrožanje iz prejšnje alineje posledica duševne motnje, zaradi katere ima bolnik hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje;
- če navedenih vzrokov in ogrožanja iz prve in druge alineje tega odstavka ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči (z zdravljenjem v psihiatrični bolnišnici zunaj oddelka pod posebnim nadzorom, z ambulantnim zdravljenjem zunaj psihiatrične bolnišnice ali z nadzorovano obravnavo).
- V 48 urah po sprejemu bolnika, ki ni dal soglasja k zdravljenju, mora direktor psihiatrične bolnišnice o tem obvestiti pristojno sodišče, najbližjo osebo, zagovornika in koordinatorske storitev, če ju bolnik ima (2).

3 Retrospektivna analiza sprejemov in zdravljenj brez privolitve na Oddelku za psihiatrijo UKC Maribor

Na Oddelku za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor je bila narejena retrospektivna analiza vseh sprejemov in zdravljenj brez privolitve v zadnjih petih letih, saj so podatki o številu bolnikov, ki so v Sloveniji sprejeti brez svoje privolitve na zdravljenje v varovane oddelke psihiatričnih bolnišnic, različni.

3.1 Bolniki in metode

Na mariborskem Oddelku za psihiatrijo je na voljo 150 postelj, od tega po 18 postelj na treh varovanih enotah. Bolniki so na oddelek sprejeti bodisi iz sprejemne ambulante, ki je hkrati tudi urgentna ambulanta, bodisi iz rednih ambulant v okviru oddelka. Ob sprejemu vsi bolniki po opravljenem pojasnilu, ki ga opravi zdravnik, prejmejo v podpis obrazec

za privolitev za sprejem in zdravljenje. Bolniki z absolutno indikacijo za sprejem in zdravljenje na varovanem oddelku so sprejeti tudi brez podpisa oz. svoje privolitve, ob tem pa steče z zakonom predpisani postopek prijave sprejetega bolnika brez privolitve sodišču.

V retrospektivni pregled smo vključili vse bolnike, ki so bili sprejeti in zdravljeni na Oddelku za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor v obdobju od 01.01.2001 do 31.12.2005. Izmed njih smo poiskali tiste bolnike, ki ob samem sprejemu oz. v 48 urah po sprejemu niso podpisali obrazca privolitve in so tako izrazili svoje nestrinjanje za sprejem in zdravljenje na varovani psihiatrični oddelku. Zato je bilo potrebno posredovati prijavo sodišču ter pričeti celoten uradni postopek sprejema in zdravljenja na varovanih enotah brez privolitve. Prav tako so bili vključeni bolniki, ki so se sicer ob sprejemu v bolnišnico strinjali z zdravljenjem in podpisali obrazec za privolitev, vendar so si kasneje v času zdravljenja premislili, indikacija za nadaljevanje zdravljenja na varovani enoti pa je bila še vedno prisotna. Vključili pa nismo bolnikov, ki so bili hospitalizirani z ukrepom varovanja in zdravljenja, ki ga je izdalo sodišče v okviru Kazenskega zakonika R Slovenije.

Opravljen je bil deskriptivna statistična obdelava podatkov glede na spol, starost, razlog pridržanja (poslabšanje bolezni oz. psihoza, avtoagresivnost, heteroagresivnost), odpustno diagnozo, trajanje hos-

pitalizacije, krajevno in regionalno pripadnost ter način privedbe v bolnišnico.

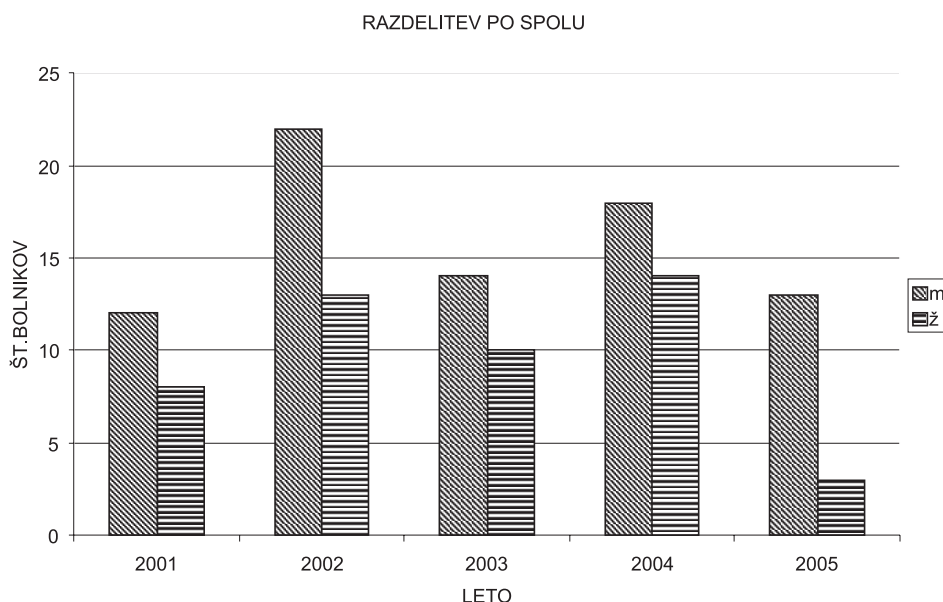
3.2 Rezultati

Na Oddelku za psihiatrijo UKC Maribor je bilo v petletnem obdobju 2001-2005 izpeljanih skupno 6852 hospitalizacij oz. povprečno 1370 hospitalizacij letno, povprečna ležalna doba je bila 37,5 dni.

V 5 letih je na Oddelku za psihiatrijo Splošne bolnišnice Maribor bilo sodišču prijavljenih 127 bolnikov zaradi sprožitve postopka sprejema in zdravljenja brez privolitve, od tega 79 (62 %) moških in 48 (38 %) žensk. Glede na celotno število hospitalizacij znaša delež hospitalizacij brez privolitve v tem obdobju 1,9 % (Graf 1).

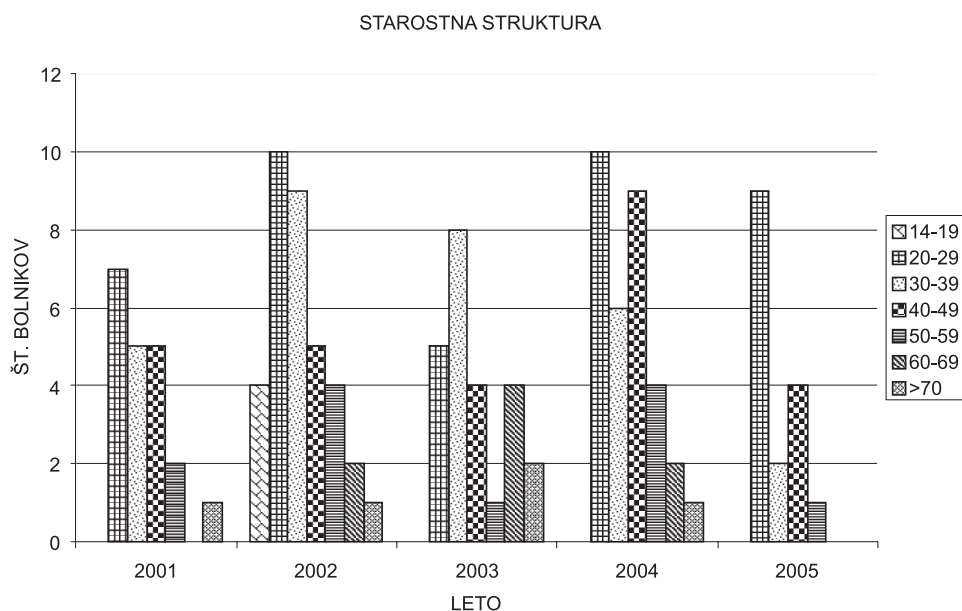
Največ bolnikov je bilo iz skupine mladih odraslih, starih od 20 do 29 let, najmlajši bolnik je bil star 18 let, najstarejši pa 78 let (Graf 2).

Vse psihotične motnje iz Mednarodne klasifikacije bolezni – 10 (F 20 – F 25: paranoidna shizofrenija, blodnjave motnje, akutne in prehodne psihotične motnje ter shizoafektivne motnje) so bile zastopane v daleč največjem številu (88 bolnikov, kar zanaša 69 % vseh primerov). Odpustna diagnoza pri bolnikih, ki so bili sprejeti in zdravljeni brez privolitve, je bila največkrat paranoidna shizofrenija (44 bolnikov), čemur je sledila akutna in prehodna psihotična motnja (30 bolnikov) (Graf 3).



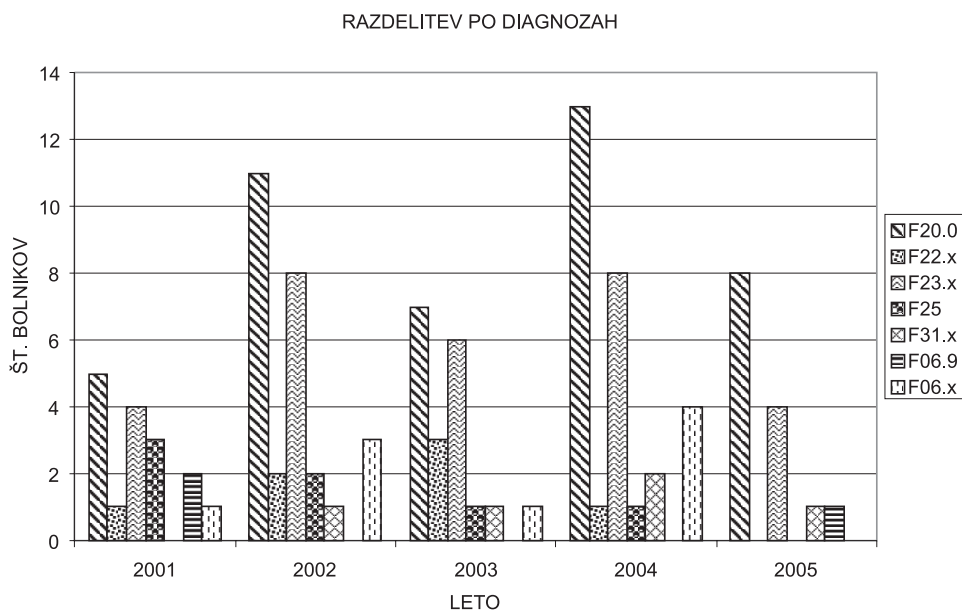
Graf 1. Razdelitev po spolu.

Graph 1. Gender distribution.



Graf 2. Starostna struktura.

Graph 2. Age distribution.



(Legenda: F20.0 Paranoidna shizofrenija, F22.x Blodnjave motnje, F23.x Akutne psihotične motnje, F25 Shizoafektivne motnje, F31.x Bipolarne motnje, F06.9 Psihoorganski sindrom, F06.x Ostale organsko pogojene psihične motnje)

(Legend: F20.0 Paranoid schizophrenia, F22.x Delusional disorders, F23.x Acute psychotic disorders, F25 Schizoaffective disorders, F31.x Bipolar disorders, F06.9 Psychoorganic syndrome, F06.x Other mental disorders due to brain damage, dysfunction, and physical disease)

Graf 3. Razdelitev po diagnozah.

Graph 3. Distribution by diagnosis.

Bolniki so bili največkrat pripeljani v bolnišnico z rešilnim avtomobilom (s svojci ali brez), ali pa so jih pripeljali svojci (skupaj 81 primerov). V rešilnem avtomobilu in s spremstvom policije je bilo pripeljanih 28 bolnikov. Največ jih je bilo iz Maribora (52 bolnikov) ali mariborske okolice (50 bolnikov), nato pa iz koroške regije (19 bolnikov), iz Prekmurja pa 5 bolnikov. Hospitalizacije oz. zdravljenje bolnikov, ki so bili sprejeti brez privolitve, so v povprečju trajale 71,7 dni, kar je dvakrat dlje kot ostale hospitalizacije. Razlika v povprečni vrednosti je 34,2 dni.

4 Razpravljanje

Veljajo ocene, da je v slovenskih psihiatričnih bolnišnicah okoli 10 % vseh hospitalizacij proti volji bolnikov. Žmitek je v letu 1993 poročal o 4,34-odstotnem deležu neprostovoljnih hospitalizacij na moškem oddelku Psihiatrične bolnišnice Begunje, Groleger pa poroča o 7 % sprejemov proti volji na Psihiatrični kliniki Ljubljana (7,8). Delež sprejemov in zdravljenj brez privolitve na Oddelku za psihiatrijo UKC Maribor, ki predstavlja 2 % vseh hospitalizacij, je torej nizek. Morda je razlog tega nesorazmerja različna interpretacija zahteve po prijavi bolnikovega nestrinjanja z zdravljenjem in bivanjem na varovanem oddelku sodišča. V nekaterih slovenskih psihiatričnih bolnišnicah imajo za odklonitev sprejema in zdravljenja že verbalno nestrinjanje bolnika, medtem ko na Oddelku za psihiatrijo velja za nestrinjanje dejstvo, kadar kljub ponovni zdravnikovi razlagi bolnik v 24 do 48 urah ne podpiše informiranega pristanka k sprejemu in zdravljenju. Samo verbalno nestrinjanje je ohlapnejša definicija, ki lahko delež bolnikov, ki se ne strinjajo s sprejemom in zdravljenjem, poveča. Za primerljivost podatkov v Sloveniji bi morali poenotiti praktične pristope ob sprejemu bolnikov, kot je npr. enotni obrazec za pisni pristanek. V svojem poročilu iz leta 2001 je UEMS med ostalim podal kot evropsko povprečje 11 % hospitalizacij proti volji oz. zdravljenj brez privolitve (4). Od držav članic UEMS imajo najmanj takšnih zdravljenj v Estoniji (2,3 %), največ pa v Grčiji (80 %) (4). Tudi to kaže na različne interpretacije zakonskih, tehničnih ali tudi strokovnih razlag, kaj je sprejem in zdravljenje proti volji bolnika.

Vsako leto je bilo sprejetih in zdravljenih brez privolitve več moških kot žensk. O razlogih za to lahko sklepamo le posredno (več simptomov agresije pri moških, različne socialne vloge moških in žensk, manj podpore in prepričevanja družine ipd.). Vsakdo z duševno motnjo je lahko sprejet in zdravljen brez

privolitve, če za to obstajajo strokovni razlogi (»noben ni izključen«), vendar pa hkrati pomeni tudi to, da ne moremo *a priori* sklepati, kdo bo to. So sicer bolniki, ki so večkrat obravnavani brez privolitve, in v takšnih primerih lahko z večjo gotovostjo pričakujemo, da bo ob relapsu bolezni ponovno potrebna hospitalizacija proti volji, kar pa ni nujno, saj je bolnikovo psihično stanje med ostalim določeno tudi s fazo bolezni oziroma s spremembo njegovega sodelovanja pri zdravljenju (lahko gre le za blažje poslabšanje bolezni). Sprejem in zdravljenje brez privolitve sta zato nepredvidljivi kategoriji. V danem vzorcu so ponavljajoči se bolniki, ki niso dali privolitve v zdravljenje, bili prej izjema kot pravilo (vmes si pridobijo izkušnje, oziroma hospitalizacije ne doživljajo več tako negativno, če so bile pridobljene izkušnje ugodne). Morda so pozitivne izkušnje ob sprejemu ali pa tudi negativne izkušnje, kot sta že sama prijava posameznika sodišču, pogovor s sodnikom ali odvetniki, tudi razlog, da je bilo največ bolnikov, ki se s sprejemom in zdravljenjem niso strinjali, starih med 20 in 29 let, torej tistih, ki so bili šele na začetku nabiranja izkušenj z bolnišničnim psihiatričnim zdravljenjem. Da so izkušnje ob sprejemu v psihiatrično bolnišnico pomemben element nadaljnega doživljanja potrebe po bolnišničnem zdravljenju hudih duševnih motenj, so pokazale tri študije, ki so ocenjevale subjektivno doživljanje prisilnih ukrepov ob hospitalizacijah v psihiatrični bolnišnici (Virginia State Hospital, Pennsylvania Community Hospital) s strani bolnikov, s strani njihovih svojcev ter s strani sprejemnih zdravnikov (6). Rezultati so pokazali, da je bila stopnja doživljanja prisile s strani bolnikov močno povezana z bolnikovim vtisom o pravičnosti dogajanja med sprejemom v bolnišnico. Če so imeli bolniki vtis, da je zdravstveno osebje ukrepalo zaradi resnične zaskrbljenosti zanje in če jih je spoštljivo ter dobronamerno obravnavalo, jih pri tem spodbujalo k izpovedi svojih vtisov, je bilo to povezano tudi z nižjo stopnjo občutka prisile tako pri prostovoljnih kot pri neprostovoljnih hospitalizacijah (6).

Bolniki, ki so bili sprejeti in zdravljeni brez privolitve, so v povprečju bivali na oddelku dvakrat dlje kot ostali bolniki. To je deloma posledica izpeljave samega postopka zdravljenja proti volji, ki traja določen čas, ti bolniki pa, kot so pokazali naši rezultati, praviloma sodijo v skupino bolnikov s hudimi duševnimi motnjami, predvsem iz kroga shizofrenij, ko je rehabilitacija težja in traja dlje, ne glede na ukrep zdravljenja brez privolitve. Eden od glavnih simptomov psihičnih motenj je tudi nekritičnost bolnikov do težav v svojem psihičnem stanju, torej tudi do potrebe po zdravljenju v bolnišnici. To potrebo so v našem vzorcu večinoma

opazili bližnji svojci, prijatelji in izbrani zdravniki, ki so se na hude duševne težave tudi odzvali s privedbo bolnika v bolnišnico. Delež bolnikov, ki so sami prišli v bolnišnico in bili vanjo sprejeti brez svoje privolitve, je zanemarljiv.

Po poročilu Psihiatrične sekcije UEMS je drugod po Evropi povprečno trajanje hospitalizacije proti volji od 1 dneva v Nemčiji do 73 dni na Finskem, medtem ko je razpon maksimalne hospitalizacije znašal med 90 in 730 dni (4).

Podrobnejša statistična obdelava podatkov je bila zaradi nizkega števila tako obravnavanih bolnikov otežena, saj ni bilo mogoče pretirano drobljenje sicer reprezentativnega petletnega vzorca. Bolj reprezentativen vzorec, katerega analiza bi opredelila pomembne dejavnike ob sprejemu in zdravljenju proti volji, bi moral vključevati vse slovenske psihiatrične bolnišnice.

5 Zaključek

Sprejem in zdravljenje bolnikov s hudimi psihotičnimi motnjami je vedno hud stres tako za posameznika kot za njegovo bližnjo okolico. Včasih je pri tem zaradi strokovnih razlogov potrebno omejeno in za čim krajši čas prekršiti osnovne človeške pravice do svobodne volje in gibanja. S tem lahko zavarujemo življenje tako bolnika, kot drugih, ob tem pa moramo ravnati humano in strokovno.

Literatura

1. Involuntary commitment. Pridobljeno 25.10.2007 s spletne strani: http://www.absoluteastronomy.com/encyclopedia/I/In/Involuntary_commitment.
2. Predlog Zakona o duševnem zdravju Republike Slovenije, 2008.
3. Involuntary treatment: The role of involuntary commitment. Pridobljeno 10.9.2007 s spletne strani: <http://www.nmha.org/position/ps36.cfm>.
4. Report of the UEMS Section for Psychiatry: Psychiatric legislation in Europe 1998. Prague: UEMS Section, 2001.
5. Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. EUR/04/5047810/6. Helsinki; 2005.
6. MacArthur Research Network on mental health and the law. The MacArthur Coercion study. Pridobljeno 3.9.2007 s spletne strani: <http://www.macarthur.virginia.edu/coercion>.
7. Žmitek A. Pregled neprostovoljnih hospitalizacij na moškem oddelku Psihiatrične bolnišnice Begunje v letu 1993. Pridobljeno 3.4.2008 s spletne strani: <http://www.pb-begunje.si>.
8. Groleger U. Strah pred psihiatrijo že od vedno. Pridobljeno 3.4.2008 s spletne strani: <http://www.viva.si>.

DEPRESIVNOST PRI BOLNIKIHI PO DOŽIVETEM MIOKARDNEM INFARKTU

DEPRESSION IN POST-MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS

Maša Serec¹

Prispelo: 12. 3. 2008 – Sprejeto: 2. 6. 2008

Pregledni članek
UDK 616.89:616.1

Izvleček

Ishemična bolezen srca, ena od oblik je tudi miokardni infarkt, je v Sloveniji velik javnozdravstveni problem in je med prebivalci najpogostejši vzrok obolevnosti in umrljivosti. Poleg bioloških dejavnikov tveganja, kot so motnje v presnovi maščob, povišan krvni tlak in kajenje, so v zadnjih desetletjih avtorji v tujini odkrili tudi psihosocialne dejavnike tveganja z depresijo na čelu. Cilj pričujoče študije je ugotoviti, ali obstajajo med skupino bolnikov po infarktu in kontrolno skupino razlike v stopnji depresivnosti. Vzorca 52 bolnikov in 52 po starosti in spolu primerljivih kontrolnih posameznikov smo primerjali na podlagi dosežkov na samoocenjevalni lestvici depresivnosti CES-D. Rezultati so pokazali, da je stopnja depresivne simptomatike v skupini bolnikov po infarktu statistično pomembno višja v primerjavi s kontrolno skupino. V skupini teh bolnikov je bila skoraj polovica bolnikov obremenjena z depresivnimi simptomi, v kontrolni skupini pa le desetina udeležencev. Največ bolnikov s povišano stopnjo depresivne simptomatike je bilo v obdobju pet let ali manj od infarkta. V luči tujih raziskav, v katerih so ugotovili, da je depresija najpomembnejši napovedni dejavnik smrtnosti bolnikov 6 mesecev po doživetem srčnem infarktu, so rezultati naše študije pomemben kazalec potrebe po odkrivanju in zdravljenju depresije med slovenskimi bolniki po miokardnem infarktu.

Ključne besede: ishemična bolezen srca, miokardni infarkt, psihosocialni dejavniki tveganja, depresivnost

Review article
UDC 616.89:616.1

Abstract

Ischemic heart disease, with myocardial infarction as one of its forms, is a major public health issue and the leading cause of morbidity and mortality in Slovenia. In addition to biological risk factors, such as lipid metabolism abnormalities, hypertension and cigarette smoking, research conducted in the last few decades has stressed the role of some psychosocial risk factors for ischemic heart disease, depression being the most important one among them. The aim of the study is to establish differences in the rate of depressive symptoms between the group of postinfarction patients and the corresponding control group. We analyzed self-reported scores of 52 postinfarction patients and 52 corresponding controls on the depression scale CES-D. The results indicate a significantly higher rate of depression symptoms among postinfarction patients. While nearly one half of postinfarction patients suffered from depression symptoms, the depression prevalence in the control group was only ten percent. The vast majority of patients exhibiting major depressive symptoms belonged to the group of individuals who had sustained myocardial infarction five or less than five years previously. In the light of other studies, which implicate that depression is an important independent predictor of mortality within six months of myocardial infarction, the results of the present study stress the need for early identification and treatment of depression among Slovene postinfarction patients.

Key words: ischemic heart disease, myocardial infarction, psychosocial risk factors, depression

¹Peričeva 2, 1000 Ljubljana
Kontakti naslov: e-pošta: masa.serec@gmail.com

1 Uvod

Ishemična bolezen srca je vodilni vzrok umrljivosti v Sloveniji. Leta 2002 je povzročila 15 % vseh smrti (1). Framinghamska študija in druge sodobnejše študije kot najpomembnejše dejavnike tveganja za ishemično bolezen srca navajajo motnje v presnovi maščob, povišan krvni tlak v arterijah in kajenje (2). Z ukrepi za zmanjšanje tveganega vedenja na teh treh področjih (z bolj zdravim prehranjevanjem, uravnavanjem krvnega tlaka in s prenehanjem kajenja) raziskovalci niso prišli do zadovoljivega znižanja tveganja za koronarno bolezen (3). Tako se zdi, da imajo pomembno vlogo pri njenem razvoju tudi drugi biološki in psihosocialni dejavniki tveganja (4).

Med slednjimi raziskovalci največ pozornosti posvečajo depresiji. Po epidemioloških študijah se pogostost vsaj blage depresije med hospitaliziranimi koronarnimi bolniki ocenjuje na 30 % (5), med bolniki po infarktu je depresiven vsak peti (6). Tako visoka prevalenca še posebej zaskrbljuje, če upoštevamo, da imajo bolniki s težjo obliko depresije kar petkrat večjo verjetnost, da umrejo v 6 mesecih po miokardnem infarktu (6). Tudi blažje oblike depresije, ki ne zadostujejo merilom klinične diagnoze, prispevajo k večjemu tveganju smrtnega izida 18 mesecev po doživetem srčnem infarktu. Zgodnje odkrivanje depresije in takojšen pričetek njenega zdravljenja pri teh bolnikih sta torej bistvenega pomena za zmanjševanje tveganja umrljivosti in ponovnih srčnih zapletov.

Strokovnjaki si o vzročnem odnosu depresije in srčnih bolezni še vedno niso edini. Avtorji ugotavljajo, da so depresivni ljudje v primerjavi z nedeprativnimi zaradi kvarnih vplivov depresije na funkcije srca v življenju veliko bolj podvrženi obolevnosti ali celo umrljivosti za ishemično boleznijo srca (7). Po drugi strani je lahko večja izraženost depresivnih simptomov zgolj posledica doživetega srčnega infarkta. Bolniki so ob spoznanju, da so doživeli infarkt, prizadeti, saj se bojijo, da jim bo njihovo stanje preprečilo socialno in delovno udejstvovanje, poleg tega so povečini tudi izrazito črnogledi glede prihodnosti (8). Postavljeni so pred nove življenjske zahteve, ki terjajo obsežne prilagoditve – od spremembe prehranjevalnih navad, uvajanja telesne dejavnosti v svoje življenje, pa tudi do zmanjševanja stresa v svojem okolju. Depresija je torej zelo verjeten odziv na takšne spremembe in omejitve. Poleg tega lahko depresijo sprožijo tudi postopki zdravljenja koronarne bolezni z nekaterimi zdravili in večje operacije srca, ki lahko povzročijo funkcionalne poškodbe v možganih (9). Tretja možnost

je, da obstaja nek tretji dejavnik, ki botruje sopojujnosti ishemične bolezni srca in depresije (npr. čezmerno pitje alkohola) (4). Raziskovanje vzročnih povezav vpliva na načrtovanje preventivne dejavnosti. Še prej pa je potrebno ugotoviti, ali depresivnost bremeni tudi slovenske srčne bolnike.

Da bi opozorili na soudeleženo psihosocialnih dejavnikov pri ishemični bolezni srca in prispevali k učinkovitejšemu ukrepanju zoper smrtnost postinfarktnih bolnikov, smo v naši raziskavi iskali razlike v stopnji depresivne simptomatike med bolniki po infarktu in posamezniki brez koronarne bolezni. Na podlagi omenjene tuje literature smo predvidevali, da je med temi bolniki stopnja depresivne simptomatike bistveno višja kot med posamezniki iz kontrolne skupine.

2 Metode

2.1 Udeleženci

V raziskavi je sodelovalo 52 bolnikov po infarktu (od tega 46 moških in 6 žensk) s povprečno starostjo 59,69 let ($SD=8,57$). Glede na spol vzorec ustrezno predstavlja populacijo bolnikov po infarktu, saj ženske pred menopavzo (zaradi varovalnega učinka estrogenov) redkeje obolevajo za ishemično boleznijo srca kot moški, za nameček pa je umrljivost žensk zaradi miokardnega infarkta večja kot pri moških (10). V povprečju je od zadnjega srčnega infarkta pri bolnikih minilo 5,33 let ($SD=4,79$). Kontrolno skupino je sestavljalo 52 posameznikov (46 moških in 6 žensk), ki niso imeli srčne bolezni in so bili brez tveganja za koronarno bolezen ali pa je bilo to tveganje zelo majhno. Njihova povprečna starost je bila 59,71 let ($SD=8,58$).

Tveganje za koronarno bolezen pri kontrolni skupini smo ocenjevali na podlagi kratkega vprašalnika o najpomembnejših dejavnikih tveganja. Posamezniki, za katere se je izkazalo, da imajo povišano tveganje za razvoj koronarne bolezni, v raziskavo niso bili vključeni (takšni so bili le štirje). Pri njih namreč obstaja večja verjetnost, da so oboleli za ishemično boleznijo srca in tega ne vedo (bolezen napreduje počasi, lahko tudi desetletja, preden bolniki občutijo simptome), ali da so že doživeli miokardni infarkt, ki pa je bil nem, torej ga niso zaznali.

Bolnike smo izbrali v Društvu koronarnih bolnikov Gornja Radgona, od koder se jih je odzvalo 14 (približno četrtina), ostale bolnike (38) smo v vzorec vključili preko poznanstev. Statistična analiza je

pokazala, da med bolniki, včlanjenimi v društvo, in bolniki, ki smo jih v raziskavo vključili preko poznanstev, ni pomembnih razlik glede starosti, spola, izobrazbe in časa, ki je pretekel od infarkta. Preko poznanstev smo nato izbirali tudi po starosti in spolu primerljivo kontrolno skupino. Zavedamo se, da tak način vzorčenja ni najbolj ustrezen in da je vzorec nagnjen k pristranosti.

Udeležencem smo po pošti ali osebno dostavili anonimni vprašalnik s priloženo pisemsko kuverto in znamko ter jih prosili, da rešene vrnejo po pošti. V skladu z etičnimi načeli smo udeležence ustrezno seznanili z namenom in potekom raziskave. K vprašalniku je bilo priloženo spremno pismo z jasno opredeljenimi cilji raziskave in zagotovilom glede anonimnosti podatkov. Kot obveščeni pristanek na sodelovanje v raziskavi je štel vrnjen izpolnjen vprašalnik.

2.2 Pripomočki

Lestvica depresivnosti CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) je kratka, samoocenjevalna lestvica, namenjena ocenjevanju trenutne stopnje depresivne simptomatike v splošni populaciji (11). Izpeljana je bila iz seznama validiranih lestvic depresivnosti, in sicer Beckove lestvice depresivnosti (12), Zungove lestvice depresije (13), Minnesotskega multifazičnega vprašalnika osebnosti (14), Raskinove lestvice (15) in Gardnerjeve čekliste simptomov (16). Glavne razsežnosti depresivne simptomatike, ki jih lestvica vključuje, so bile identificirane na osnovi klinične literature in faktorske analize. Eden od primarnih namenov uporabe CES-D je ocenjevanje prevalence depresije v velikih epidemioloških vzorcih. Uporabljajo pa jo tudi kot presejalni test za depresivne bolezni v medicinskem okolju.

Sestavljena je iz 20 postavk, ki merijo poglobitve komponente depresivne simptomatike, kot so depresivno razpoloženje, občutki krivde in brezvrednosti, občutki nemoči in brezupa, psihomotorična upočasnenost, izguba teka in motnje spanja. Posameznik s pomočjo štiristopenjske ocenjevalne lestvice določi, kako pogosto so se posamezni simptomi pri njem pojavljali v preteklem tednu. Rezultat je seštevek posameznih ocen in se lahko giblje med 0 in 60 točkami. Če posameznik doseže 16 točk ali več, lahko zaključimo, da se je pri njem pomembno pogosto pojavljala depresivna simptomatika (11).

Vprašalnik tveganja za razvoj koronarne bolezni (17) vsebuje vprašanja o družinski preteklosti srčnih bolezni, krvnem tlaku, holesterolu, kajenju, indeksu telesne mase, sladkorni bolezni in telesni vadbi. Vsako vprašanje se vrednoti s točkami po različnih merilih. Seštevek točk pokaže stopnjo ogroženosti za razvoj koronarne bolezni.

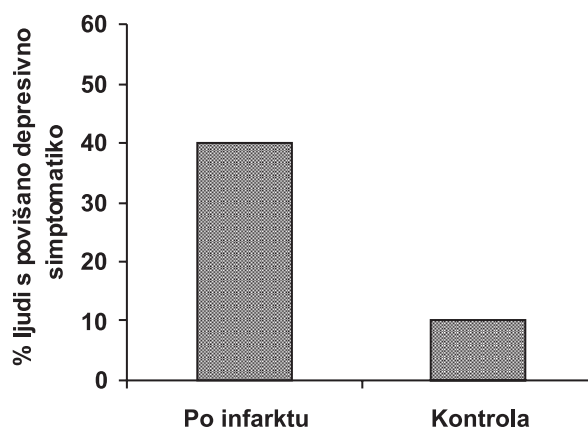
2.3 Statistična analiza

Da bi izračunali razlike med neodvisnima vzorčema (skupino postinfarktnih bolnikov in skupino posameznikov brez srčnega obolenja), smo najprej preverili, ali je porazdelitev rezultatov depresivnosti normalna. Kolmogorov-Smirnov test je pokazal, da distribucija ni normalna ($p=,032$), zato smo pri računanju razlik uporabili neparametrični Mann-Whitneyev U-test. Ker sta vzorca študije majhna, smo izračunali še Cohenovo velikost učinka (d), ki ni odvisna od velikosti vzorca. Za ugotavljanje vpliva časa, ki je pretekel od infarkta, na stopnjo depresivne simptomatike, smo uporabili korelacijski izračun.

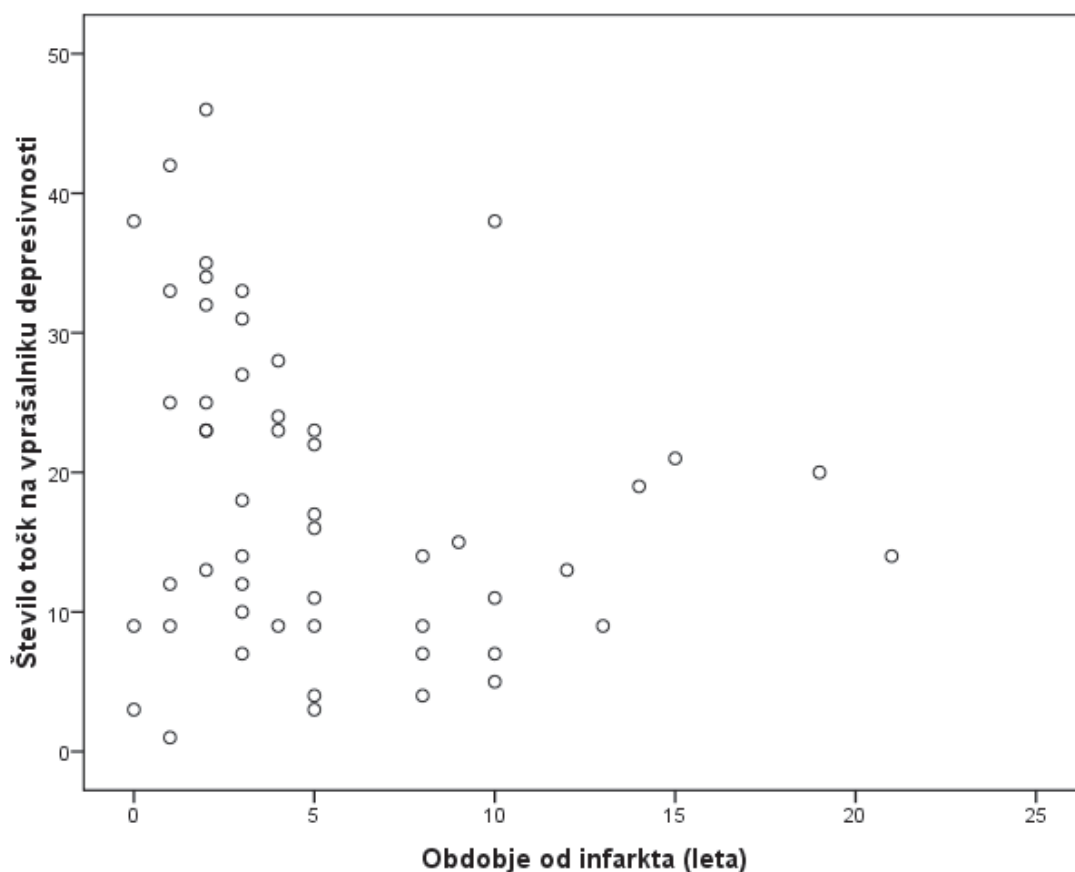
Tabela 1. Razlike v stopnji depresivne simptomatike med bolniki po infarktu in kontrolno skupino.

Table 1. Differences in the rate of depressive symptoms between postinfarction patients and controls.

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Depresivnost <i>Depression</i>	Po infarktni Post- infarction pts	18,27	11,25	52	-3,67	,000
	Kontrola Controls	10,50	6,97	52		



Slika 1. Odstotek posameznikov s povišano stopnjo depresivne simptomatike v obeh skupinah.
Figure 1. Proportion of individuals with increased rate of depressive symptoms in both groups.



Slika 2. Razsevni graf razporeditve rezultatov depresivnosti glede na obdobje, ki je preteklo od infarkta.
Figure 2. Scatterplot of depression scores in relation to the amount of time elapsed since infarction.

3 Rezultati

Razlike v depresivnosti med skupinama so statistično pomembne. V skupini bolnikov po infarktu se pojavlja višja stopnja depresivne simptomatike.

Cohenova velikost učinka za merjenje razlik znaša $d=0,77$, kar imamo za visok učinek.

Odnos med depresivnostjo in obdobjem, ki je preteklo od infarkta, je nelinearen. Največja razpršenost rezultatov depresivnosti se pojavlja v obdobju prvih petih let po doživetem srčnem infarktu. V tem intervalu se pojavlja večina depresivnih posameznikov. Bolniki, pri katerih je od srčnega infarkta minilo več kot pet let, imajo manj izraženo depresivno simptomatiko.

Korelacija med depresivnostjo in obdobjem, preteklim od infarkta, je negativna in statistično pomembna, $\tau = -0,21$ ($p < ,05$).

4 Razpravljanje

Stopnja depresivne simptomatike je po pričakovanjih izrazito višja v vzorcu bolnikov po infarktu v primerjavi z vzorcem kontrolnih posameznikov; najdene razlike so statistično značilne (Tabela 1). Cohenova velikost učinka ($d=0,77$) je prav tako zelo visoka, kar je dodaten kazalec povezanosti depresivnosti in miokardnega infarkta. Odstotek postinfarktnih bolnikov s povišano stopnjo depresivne simptomatike je v naši raziskavi še višji (40 %), kot ga navajajo v tuji študiji, kjer se giblje okoli 20 % (6). Nastale razlike gre po vsej verjetnosti pripisati uporabi različnih instrumentov za ocenjevanje depresivnosti – v pričujoči študiji je bil uporabljen samoocenjevalni vprašalnik, v tuji pa bolj zanesljiv diagnostični intervju. Višji odstotek depresivnih v naši študiji je lahko prav tako posledica različne opredelitve depresije v obeh študijah – v tuji gre za diagnozo klinične depresije, v pričujoči pa za stopnjo depresivne simptomatike v preteklem tednu. Okoli 20 % ljudi, ki dosežejo visoke rezultate na CES-D, namreč ni upravičenih do diagnoze »klinična depresija« (11), tako so torej merila za diagnozo klinične depresije strožja, temu primerno pa je manjše tudi število ljudi, ki jih izpolnijo. Kljub majhnemu vzorcu smo pa ugotovili, da je depresivnost med obravnavanimi bolniki močno razširjena. Medtem ko je imel povišano stopnjo depresivne simptomatike skoraj vsak drugi srčni bolnik, je bilo takšnih v kontrolni skupini zgolj 10 %. Gre za pomembno informacijo za načrtovanje obravnave bolnikov po infarktu, v katero bi bilo smiselno poleg

običajnega zdravljenja vključiti tudi ocenjevanje in zdravljenje depresije za zmanjševanje tveganja za prezgodnjo smrt.

V študiji smo raziskovali tudi vpliv časa, ki preteče od doživetega infarkta, na stopnjo depresivne simptomatike bolnikov. Na razsevnem grafu (Slika 2) vidimo, da so v veliki večini depresivni tisti srčni bolniki, pri katerih je od infarkta minilo pet let ali manj. Korelacija med depresivnostjo in obdobjem, preteklim od infarkta, je zato negativna ($\tau = -0,21$; $p < ,05$). Sklepamo, da se bolniki na bolezen odzovejo z depresivnimi simptomi le neposredno po infarktu, kasneje pa se uspešno prilagodijo novim življenjskim okoliščinam in simptomi depresije pri njih izzvenijo. Po drugi strani pa je možno, da depresivni bolniki povečini ne preživijo več kot pet let po srčnem infarktu, kar se sklada z že obstoječo ugotovitvijo o povečani smrtnosti postinfarktnih bolnikov, ki so depresivni (6). Za bolj jasno razjasnitev tega problema predlagamo nadaljnje raziskave v obliki analize preživetja postinfarktnih bolnikov (spremljanje umrljivosti depresivnih in nedeprativnih srčnih bolnikov).

Zaradi morebitne pristranosti pri vzorčenju in zaradi majhnosti vzorca moramo biti previdni pri posploševanju omenjenih izsledkov na celotno populacijo postinfarktnih bolnikov. V ta namen bo potrebno opraviti podobno študijo na večjem in bolj reprezentativnem vzorcu, ki ne bo obremenjen s pristranostmi, ki se jim v naši študiji nismo izognili (izbira bolnikov iz društva koronarnih bolnikov in preko poznanstev). Ker v Sloveniji še nimamo registra srčnih bolezni, s pomočjo katerega bi najlažje vzorčili bolnike po infarktu, bi bila najboljša možnost, da jih izberemo s kardioloških oddelkov splošnih bolnišnic po Sloveniji. Naslednja omejitev študije je korelacijska narava rezultatov, ki ne dopušča zaključkov o vzročni povezavi med depresivnostjo in ishemično boleznijo srca. V ta namen bi bile potrebne natančne prospektivne študije v izhodiščno zdravi populaciji, s katerimi bi lahko določili sosledje obeh bolezni. Vrednost študije je, da gre za prvo oceno depresivne simptomatike med bolniki po infarktu v slovenskem prostoru in je dobro izhodišče za nadaljnje raziskave na področju psihokardiologije.

5 Zaključek

Bolniki po infarktu imajo (še posebej v zgodnjem obdobju) pomembno povišano stopnjo depresivne simptomatike, ki lahko glede na izsledke tujih študij poveča njihovo tveganje za ponovne srčne zaplete in umrljivost v obdobju pol leta po doživetem srčnem

infarktu. V študiji smo ugotovili, da je depresivnost pri srčnih bolnikih najpogostejša v prvih petih letih po doživetem miokardnem infarktu. Pri njihovi obravnavi se je tako potrebno poleg običajnega zdravljenja osredotočiti tudi na zgodnje odkrivanje depresije in takojšen pričetek zdravljenja, in sicer čim prej po sprejemu bolnika v oskrbo.

Zahvale

Za sodelovanje pri izvedbi študije se zahvaljujem Društvu koronarnih bolnikov Gornja Radgona in vsem ostalim udeležencem, ki so privolili v sodelovanje. Prav posebej hvaležna sem dr. Marku Kolšku, dr. med., dr. Poloni Selič, univ. dipl. psih., dr. Igorju Švabu, dr. med. in dr. Valentinu Buciku, univ. dipl. psih., ki so me spodbujali pri nastajanju pričujočega dela.

Literatura

- World Health Organization. Death and Daly estimates by cause, 2002. Pridobljeno 5.3.2008 s spletne strani: http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_euro_svn_slovenia.pdf
- Farmer, JA, Gotto, AM. Dyslipidemia and other risk factors for coronary artery disease. In: Braunwald E, editor. Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1997: 1126-60.
- MRFIT Research Group. Risk factor changes and mortality results. JAMA 1982: 1465-77.
- Marušič D, Marušič A. Psihokardiologija: sočasna preventiva in obravnavanje koronarne bolezni ter duševnih motenj. Zdrav Var 2001; 40 (1/2): 55-60.
- Lesperance F, Frasura-Smith N. Depression in patients with cardiac disease: A practical review. J Psychosom Res 2000; 48: 379-91.
- Frasura-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. JAMA 1993; 270 (15): 1819-25.
- Anda R, Williamson D, James D, Macera C, Eaker E, Glassman A, Marks J. Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of U.S. adults. Epidemiology 1992; 4: 285-94.
- Horvat M. Miokardni infarkt: In: Kocijančič A, Mrevlje F, editors. Interna medicina, Ljubljana: DZS, 1998: 172-86.
- McClelland RJ, Wilson AB. Psychiatric manifestation of organic illness. In: Murray R, Hill P, McGuffin P, editors. The essentials of postgraduate psychiatry. 3rd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1997: 362-97.
- Poredoš P. Ateroskleroza: In: Kocijančič A, Mrevlje F, editors. Interna medicina, Ljubljana: DZS, 1998: 153-55.
- Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. Appl Psychol Meas 1977; 1: 385-401.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 45: 561-71.
- Zung WWK. A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 1965; 12: 63-70.
- Hathaway SR, McKinley JC. The Minnesota Multiphasic Personality Inventory Manual. New York: Psychological corporation, 1983.
- Raskin A, Schulterbrandt J, Reatig N, McKeon JJ. Replication of factors of psychopathology in interview, ward behavior and self-report ratings of hospitalized depressives. J Nerv Ment Dis 1969; 148(1): 87-98.
- Gardner EA. The depression checklist. Neobjavljen rokopis: 1968.
- Acceto R, Bulc M. Nevarnosti za srce in ožilje. Novo Mesto: Krka, 2005.

ODPORNOST MIKROORGANIZMOV PROTI ANTIBIOTIKOM OGROŽA DOSEŽKE MEDICINE

ANTIBIOTIC RESISTANCE OF MICROORGANISMS JEOPARDIZES ADVANCES IN MEDICINE

Franz Strle¹, Janez Sketelj²

Prispelo: 22. 5. 2008 – Sprejeto: 22. 5. 2008

Pismo uredništvu

Na človeškem telesu in v njem je ogromno bakterij - ocenjujejo, da je pri odraslem človeku njihovo število približno 10-krat večje od števila njegovih celic. Večina bakterij je za človeka koristnih; v običajnih okoliščinah lahko le nekatere povzročijo bolezen. Obolelim ljudem in živalim dajemo antibiotike zato, da bi uničili bakterije, ki povzročajo okužbo. Ker antibiotiki ne delujejo le na te »ciljne« bakterije, ampak na vse, ki so nanje občutljive, povzroči vsako jemanje antibiotikov razdejanje med vsemi občutljivimi mikroorganizmi in zato poveča možnost za razrast bakterij, ki so proti uporabljenim antibiotikom odporne. Uporaba antibiotikov pa ne povečuje odpornosti bakterij le s selekcijo, marveč tudi z neposrednim vzpodbujanjem mikroorganizmov k tvorbi obrambnih mehanizmov, to je k nastanku bakterij, ki so proti uporabljenim antibiotikom odporne. Tako neugodno delovanje na ekologijo bakterij lahko opravičimo samo, kadar je uporaba antibiotika zaradi neposredne koristi za bolnika smiselna, npr. pri zdravljenju bakterijske okužbe človeka ali živali, v redkih okoliščinah tudi za preprečevanje bakterijskih okužb. Pri virusnih boleznih antibiotiki prav nič ne pomagajo, ostanejo pa neugodnosti: nepotrebni stroški (običajno za zavarovalnico), potencialni neugodni stranski učinki (za tistega, ki antibiotike jemlje) in škodljivi ekološki in javnozdravstveni vplivi (povečana možnost za pojav in razrast na antibiotike neobčutljivih bakterij). Tudi kadar je uporaba antibiotikov smiselna, je potrebna previdnost. Pomembno je, da uporabimo zdravilo s čim ožjim spektrom delovanja, to je antibiotik, ki po možnosti deluje le na bakterije, ki povzročajo bolezen, in ne na številne druge bakterijske vrste.

Na področju odpornosti mikroorganizmov proti protimikrobnim sredstvom bo potrebnih za izboljšanje sedanjega stanja veliko naporov. Dobro je znano, da je pojav odpornosti mikroorganizmov proti antibiotikom, protivirusnim in protiparazitnim zdravilom tesno povezan z uporabo protimikrobnih zdravil: čim več jih uporabljamo, tem večja je odpornost. Če bi jih uporabljali

le v primerih, ko je to res potrebno, bi se njihova poraba verjetno zelo zmanjšala; s tem bi upočasnili razvoj odpornosti oziroma bi se izognili številnim težavam, ki jih imamo sedaj. Odločitev, da protimikrobnih zdravil ne uporabljamo, kadar to ni smiselno (npr. da ne uporabljamo antibiotikov za »zdravljenje« nahoda oziroma virusnih okužb), je videti zelo preprosta in sama po sebi umevna, vendar jo je v praksi očitno zelo težko izvesti. Pomemben razlog razhajanja med načeli in prakso je prešibko strokovno znanje zdravnikov. To je povezano z omejenimi diagnostičnimi možnostmi za dokazovanje vzroka okužb, kar je deloma odraz finančnih pritiskov (naročajte čim manj preiskav!) ter pričakovanj bolnikov, da bodo ob vsaki bolezni, še posebno, če jo spremlja vročina, dobili antibiotik. Zdravniki, ki predpisujejo antibiotike, se pogosto ne zavedajo vpliva protimikrobnih zdravil na ekologijo mikroorganizmov. Deloma je to najbrž posledica enačenja protimikrobnih učinkovin z ostalimi zdravili, pri katerih so pomembni učinkovitost, neugodni stranski učinki in cena, ekoloških vplivov pa ni.

Odpornost mikroorganizmov proti protimikrobnim sredstvom, ki se kaže predvsem kot odpornost proti antibiotikom, se v zadnjih letih pogloblja. Nedvomno se bo še zaostрила in verjetno tudi razširila, saj se ji bo v prihodnosti zanesljivo pridružila še (bolj izrazita) odpornost proti protivirusnim, protiglivnim in protiparazitnim zdravilom. To zaskrbljujoče dejstvo je bilo razlog, da se je problemu odpornosti bakterij proti antibiotikom posvetil tudi Svet evropskih akademij znanosti (European Academies Science Advisory Council - EASAC). Po temeljitnem proučevanju so strokovnjaki EASAC izdali knjižico o odpornosti mikroorganizmov proti antibiotikom in pripravili kratek povzetek, ki je namenjen javnosti. V sporočilu za javnost z naslovom "Mikrobi premagujejo medicino", ki so ga izdali 21. junija 2007, vodilni evropski znanstveniki svarijo, da lahko v prihodnosti pričakujemo vse več smrti zaradi doslej ozdravljivih bolezni in da se trendi ne bodo

¹Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1525 Ljubljana

²Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana
Kontakti naslov: e-pošta: janez.sketelj@mf.uni-lj.si

spremenili, če ne bo več vlaganj v raziskave odpornosti bakterij proti antibiotikom.

Poročilo, ki so ga pripravili pri EASAC, osvetljuje vse večji problem odpornosti mikroorganizmov proti antibiotikom, predvsem bakterij, kot so na meticilin odporen zlati stafilokok (angl. methicillin resistant *Staphylococcus aureus*, MRSA), *Clostridium difficile* in *Escherichia coli*, oziroma vse večji problem infekcijskih bolezni, kot so tuberkuloza, pljučnica in meningitis.

Znanstveniki pozivajo Evropsko skupnost in države članice, da takoj podpre razvoj enostavnih in učinkovitih diagnostičnih pristopov za ugotavljanje in dokazovanje vzrokov okužb in izdatneje podpre farmacevtsko industrijo pri iskanju novih načinov zdravljenja. Poročilo tudi opozarja, da je nujno povečati zavedanje o pomenu tega resnega problema in izboljšati nadzor, da je potrebna bolj skrbna uporaba antibiotikov in bolj učinkovito preprečevanje širjenja odpornosti, kakor tudi, da sta nujni boljše sodelovanje in koordinacija v Evropi.

Ocenjujejo, da so bolnišnične okužbe v Evropi vsako leto odgovorne za 175.000 smrti; številne smrti v bolnišnicah so posledica odpornosti mikroorganizmov proti antibiotikom.

Prof. Volker ter Meulen, predsednik Leopoldinske akademije znanosti in predsednik delovne skupine EASAC, pravi: "Odpornost bakterij proti antibiotikom narašča. Zaskrbljeni smo, ker snovalci evropske politike ne naredijo dovolj, da bi spodbudili razvoj novih protibakterijskih zdravil in omogočili pretok informacij med državami članicami, kar bi bilo odločilno za ugotovitev pojava in oblik odpornosti. Vlaganja v raziskovanje in razvoj novih antibiotikov za farmacevtske tovarne niso posebno privlačna, saj so donosi zdravil za dolgotrajno zdravljenje kroničnih bolezni mnogo večji. Farmacevtske tovarne bi potrebovale spodbudo za nadaljevanje raziskav in razvoja na področju novih antibiotikov."

Odpornost proti antibiotikom ni le problem bolnišnic in bolnikov, ampak zadeva vsakogar in lahko resno prizadene gospodarstvo. Obstaja nevarnost, da bi proti antibiotikom odporni mikroorganizmi vstopili v

prehransko verigo, kakor tudi, da bi nizke koncentracije antibiotikov v hrani spodbudili odpornost bakterij pri uživalcih take hrane.

Prof. Richard Moxon, član delovne skupine z Univerze v Oxfordu, pravi: "Ključnega pomena bo ponovno zgraditi evropsko akademsko infrastrukturo na področju mikrobiologije in kliničnih infekcijskih bolezni in se ob tem zavedati, da odpornost bakterij proti antibiotikom ni ozko vezana samo na medicino, saj lahko k večji odpornosti prispevajo tudi drugi dejavniki, kot npr. sociološke navade in razvade. Ena od težav je uporaba širokospektralnih antibiotikov za zdravljenje specifičnih, dobro opredeljenih okužb. V nekaterih evropskih državah je mogoč dostop do nekaterih antibiotikov celo brez recepta, kar povečuje možnost za njihovo nesmotrno uporabo. Potrebno je upoštevati številne dejavnike, ki lahko neposredno in posredno vplivajo na odpornost bakterij proti antibiotikom. Če želimo biti uspešni, bodo morale inštitucije Evropske skupnosti in oddelki vlad držav članic, ki so odgovorni za javno zdravje, okolje, industrijo in znanstveno raziskovanje, tesno sodelovati."

Pri nadzorovanju trendov odpornosti v Evropi je izjemno pomembno zaznavanje in beleženje odpornosti. Skupina strokovnjakov pri EASAC poudarja, da je za koordinacijo nadzora in za zbiranje informacij držav članic odgovorna Evropska komisija. Tako koordinacija nadzora kot zbiranje informacij sta osnovna predpogoja za preprečevanje širjenja okužb z odpornimi mikroorganizmi. Na žalost so zbrani podatki zelo heterogeni, kar otežuje primerjavo med posameznimi državami. Vrsta in geografska umeščenost problemov odpornosti proti antibiotikom sta ključni za smotno predvidevanje možnih vplivov odpornosti na gospodarstvo, za oceno potreb po spremembah v zdravstveni obravnavi in za načrtovanje oblike in načinov podpore raziskovanja odpornosti bakterij proti antibiotikom v Evropi.

Delovna skupina EASAC poziva Evropsko komisijo, politike držav Evropske skupnosti, snovalce zdravstvenih, veterinarskih, prehranskih in razvojno-raziskovalnih strategij, a tudi njihove izvajalce k takojšnjemu in učinkovitemu ukrepanju.

PETNAJST LET REVIEJE »CROATIAN MEDICAL JOURNAL« IN NJEN POMEN ZA SLOVENIJO

FIFTEEN YEARS OF THE »CROATIAN MEDICAL JOURNAL« AND ITS MEANING FOR SLOVENE READERS

Lijana Zaletel-Kragelj¹

Prispelo: 22. 5. 2008 – Sprejeto: 29. 5. 2008

Pismo uredništvu

Verjetno večina strokovnjakov in raziskovalcev s področja javnega zdravja in družinske medicine v Sloveniji, pa tudi mnogi drugi, pozna kratico CMJ. Leta označuje ugledno medicinsko revijo, ki izhaja na sosednjem Hrvaškem - Croatian Medical Journal. Ker je revija pomembna tudi za Slovenijo, med drugim za razvoj javnega zdravja v Sloveniji, je prav, da širšemu krogu bralcev revije Zdravstveno varstvo to revijo nekoliko podrobneje predstavimo, še posebej zato, ker je nedavno praznovala pomembno obletnico – petnajst let delovanja (1).

Revija je bila ustanovljena leta 1992 v burnih letih razpada Jugoslavije (1, 2) in je naslednica časopisa Acta Facultatis Medicae Zagradiensis, ustanovljenega leta 1953. Zato tudi začne izhajati z letnikom 33 (3, 4). Prva redna številka je izšla februarja tega leta (5), čeprav so se priprave na ta dogodek začele bistveno prej (5), še pred izidom prve redne številke pa je izšel suplement o izkušnjah hrvaških zdravnikov v vojnih razmerah (5).

Izraz "dodatek" ni primeren, temveč izraz "suplement". Gre za tehnični izraz, ki ima svoj pomen v omenjenem kontekstu. Njene ustanoviteljice in lastnice so vse štiri hrvaške medicinske fakultete – iz Zagreba, z Reke, iz Osijeka in Splita. Njen sedež pa je na Medicinski fakulteti v Zagrebu (6).

Revija je nastala zato, da bi hrvaškim zdravnikom, ki so imeli pomembne podatke, a so bili nevešči oblikovati znanstvene prispevke, te omogočili dejansko tudi predstaviti (1). Še posebej je to postalo očitno, ko se je pozno poleti leta 1991 začela na Hrvaškem vojna (5). Revija tako predstavlja medicinsko raziskovanje manjših znanstvenih okolij in držav v razvoju (2) oz. raziskovanje na t.i. znanstveni periferiji (7).

Delo in napredek revije ter prizadevanja in stremljenje uredništva po kakovosti in prepoznavnosti doma in v svetu, na žalost pa tudi krize, ki jih je revija doživljala od svojega nastanka dalje in jih še doživlja, se zrcalijo v uvodnikih k posamezni številki in na forumih za izmenjavo idej:

– v prvem petletnem obdobju je revija izhajala

štirikrat na leto (3). Trdo uredniško delo je počasi obrodilo sadove z rastočo mednarodno prepoznavnostjo, kar je kazalo na to, da si je revija uspela najti svojo »tržno nišo« v obilici drugih bolj ali manj sorodnih revij. V presojo za objavo v CMJ je začelo prihajati vedno več člankov iz tujine, prav tako pa so članke, objavljene v CMJ, začeli citirati v tujih revijah (8). Za leto 1995 so tako že lahko začeli izračunavati količnik vpliva, bolj znan pod imenom »impact factor« (8). To pa je potegnilo za seboj tudi spremembe v uredništvu same. Uredniški odbor se je razširil na 35 urednikov iz 15 držav vseh celin sveta (8). Prepoznavnost odtlej ves čas vpliva na delo uredništva revije in prispeva k dvigu kakovosti (9).

Na koncu tega obdobja se je zgodilo še nekaj pomembnega. CMJ je med prvimi začela uporabljati Enotna vodila za objavljane prispevkov v biomedicinskih revijah (Uniform requirements for manuscript submission to biomedical journals) (10) že leta 1997 (8). Tem vodilom dosledno sledi še danes. Število revij, ki danes sledijo tem vodilom, je naraslo na nekaj manj kot 700 (11). Sledi jim tudi revija Zdravstveno varstvo. So zelo pomembna, saj se s tem vedno bolj usklajujejo standardi biomedicinskih revij po vsem svetu;

– v drugem petletju je prepoznavnost revije stalno naraščala. Leta 1998 so komaj po šestih letih delovanja uredniki upravičeno ponosno objavili, da je revijo začela indeksirati priznana knjižnica National Library of Medicine v bibliografski podatkovni bazi MEDLINE (12). Leto kasneje jo je začela indeksirati še podatkovna baza Thomson Scientific (9). Citiranost revije je odtlej večinoma le rasla (2, 13).

V letu 1998 je bila vključena tudi v indeksiranje podatkovnih baz Institute for Scientific Information ISI – Current Contents/Clinical Medicine in ISI Alerting Services (2).

Vsebinsko se je uredništvo v drugem petletju obdobju še poglobilo v temo, kako lahko zdravniki

¹Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, Zaloška cesta 4, 1000 Ljubljana
Kontakti naslov: e-pošta: lijana.kragelj@mf.uni-lj.si

prispevajo k spodbujanju miru in tlakujejo pot h globalnemu gibanju »through health to peace« (5). Koncept je bil kasneje vgrajen v dejavnosti Pakta za stabilnost (Stability Pact), katerih rezultat je mreža PH-SEE (Public Health Collaboration in South Eastern Europe). Temu je bila posvečena v začetku tretjega petletnega obdobja celotna druga številka iz leta 2002 z naslovom »Public Health and Peace« (14).

Vedno bolj je začela postajati ta revija tudi revija raziskovalcev iz drugih držav v tranziciji, ne samo iz matične Hrvaške. Tako je lahko na koncu tega petletnega obdobja odgovorila na vprašanje »Kdo sploh potrebuje CMJ?«, ki si ga je zastavila na samem začetku izhajanja (5).

V tem obdobju, ko se je tudi že končala vojna na Hrvaškem, se je uredništvo revije lahko začelo posvečati drugim pomembnim nalogam. Prvo od glavnih vodil in glavnih nalog, ki si jih je zastavilo uredništvo v tem obdobju, je bila odličnost in visoki standardi revije (5), drugo, a nič manj pomembno kot prvo, pa mentorstvo avtorjem in njihovo izobraževanje pri pisanju kakovostnih znanstvenoraziskovalnih prispevkov (2, 5, 15-17). V ta namen so organizirali posebna izobraževanja, ki so potekala tudi z mednarodno udeležbo strokovnjakov iz uglednih revij in združenj (Lancet, BioMedCentral, Cochrane Collaboration, and Office for Research Integrity of the US Department of Health and Human Services) (5). Tema, ki se zelo pogosto pojavlja v CMJ v povezavi s tem, je revitalizacija akademske medicine. Še posebej pa so se posvetili vzgoji podmladka na Hrvaškem in začeli po vzoru revije British Medical Journal izdajati številke, posvečene študentskemu raziskovalnemu delu (5). Svoje delo z avtorji so predstavili tudi širši javnosti (18). Ob izobraževanju pa so ključnega pomena tudi jasna in nazorna navodila avtorjem, kako naj pripravijo članek za objavo v CMJ (19). S pomočjo intenzivnega dela na izobraževanju in vodenju piscev člankov so članki, objavljeni v CMJ, postali bistveno kvalitetnejši in s tem tudi bolj zanimivi za mednarodno raziskovalno javnost, kar je še pripomoglo k utrjevanju ugleda CMJ.

CMJ je čisto na začetku tega drugega petletnega obdobja v letu 1997 začela izdajati tematske številke in jih odtlej izdaja vsako leto (1, 5). Prva tematska številka je imela naslov »Aging« in je bila del mednarodnih prizadevanj revije Journal of American Medical Association (JAMA), da bi sprožila objavo globalne tematske številke na temo staranja po vsem svetu. CMJ je bila ena od

97 revij iz 31 držav sveta (5), ki se je tega projekta udeležila.

Leta 1999 je vidnost revije, po prosti dostopnosti polnega besedila člankov na spletni strani CMJ, močno narasla (3). V zadnjem letu te druge petletke, v letu 2001, pa je revija začela izhajati tudi pogostejše – namesto štirikrat šestkrat na leto (14).

Ne smemo pozabiti omeniti, da je revija oziroma njeni uredniki postala članica mednarodnih združenj, kot so European Association of Science Editors, Council of Science Editors, in World Association of Medical Editors.

V začetku leta 2002, ko je revija praznovala deseto obletnico svojega obstoja, je imela tako že veliko pokazati (5, 20);

- v tretjem petletnem obdobju se je uredništvo CMJ posvetilo vrednotenju uredniškega dela, statističnemu izobraževanju avtorjev in urejanju formalnih odnosov med CMJ in njenimi lastniki.

Vrednotenje uredniškega dela je pomemben temelj dobrega urednikovanja, zato se je uredništvo lotilo tudi tega. Svoje raziskovanje, povezano s tem, so objavili v CMJ in drugih revijah (5). Še posebej jih je zanimalo dogajanje okoli količnika vpliva CMJ in kaj vpliva nanj (13, 21, 22).

Pomemben korak k dodatnemu izboljšanju revije je bilo v začetku tretjega petletnega obdobja izoblikovanje skupine statističnih urednikov, ki so izdelali napotke in še danes pomagajo avtorjem, da na najbolj primeren način predstavijo svoje izsledke (5). Objavili pa so tudi prispevek o možnih napakah, ki jih avtorji lahko zagrešijo pri predstavljanju izsledkov (23).

V tem obdobju pa so se lotili tudi formalno-pravnega urejanja odnosov med revijo in njenimi lastnicami – štirimi medicinskimi fakultetami (1). Ta proces se je pospešeno začel odvijati v letu 2003 (6). CMJ je nastal namreč, podobno kot tudi veliko drugih manjših časopisov raziskovalcev, iz entuziasma in angažiranosti brez jasno opredeljenih vlog in odgovornosti njenih podpornikov. Razvoj je pokazal, da je nujno potrebno urediti tudi formalnopravni okvir delovanja revije, položaj CMJ oziroma njenega uredništva in njen odnos s svojimi lastnicami (6). Proces se je končal v letu 2004, ko so vse štiri medicinske fakultete podpisale sporazum o strukturi in delovanju CMJ, ki ščiti uredniško svobodo in odgovornost ter njeno trajnostno rast. Revija pa je po 12 letih delovanja končno dobila formalno vodstveno strukturo (1). Njena formalnopravna urejenost je danes lahko

za zgled marsikateri drugi reviji, ki se podaja na podobno pot kot CMJ (6).

Od leta 2007 dalje je CMJ na voljo tudi v prostem digitalnem arhivu biomedicinskih revij PubMed Central (1);

- danes, ko je že v svojem četrtem petletnem obdobju, si je revija že dodobra utrdila svoj položaj med sorodnimi revijami. Količnik vpliva še vedno raste (13), indeksirajo pa jo Biosis, Current Contents/Clinical Medicine, ISI Alerting Services(SM), PubMed/MEDLINE, EMBASE/Excerpta Medica, Scopus, Thomson Scientific's, in Science Citation Index – Expanded (1, 3). Poleg tega pa je dobila tudi že dve ponudbi, da se pridruži revijam, ki izhajajo pod okriljem svetovno znanih založnikov za tovrstno periodiko (7).

Na čelu revije vse od njene ustanovitve do današnjih dni je, skupaj s svojo življenjsko sopotnico Ano Marušić, redno profesorico anatomije na Medicinski fakulteti v Zagrebu, Matko Marušić, redni profesor fiziologije na isti fakulteti. Njima gredo velike zasluge za ugled, ki ga ima revija v svetu. Urejanje revije je njuno življenjsko poslanstvo.

CMJ pa ne izdaja le revije in njenih suplementov, pač pa tudi monografije, ki so zelo kakovostne in zanimive. Od leta 1996 dalje so jih izdali že precej, veliko od njih na temo medicina in vojna oz. mir (24-31).

Slovenski raziskovalci smo CMJ »odkrili« nekje na sredini njenega drugega petletnega obdobja delovanja (14). Odtlej vsako leto objavljamo v njej vedno več, predvsem znanstvenih prispevkov. Število objavljenih prispevkov, pri katerih je prvi avtor iz Slovenije, se v obdobju 2003–2007 giblje letno med 4–16. Avtorji prihajajo predvsem s področja klinične in družinske medicine ter javnega zdravja, posamezni pa tudi s področja predklinične medicine. Število bi bilo še večje, če bi šteli zraven tudi prispevke, ki so nastali v sodelovanju slovenskih raziskovalcev s kolegi iz drugih držav (najpogostejše s kolegi s Hrvaške ter iz Bosne in Hercegovine). Možnost objavljanja v CMJ, spodbuja torej tudi naše mednarodno sodelovanje s kolegi iz tujine, predvsem sosednje Hrvaške. Udeležujemo pa se tudi izobraževanj, ki jih organizira CMJ in tako njihovo znanje prenašamo v Slovenijo (5).

OPOMBA: mednarodnega sodelovanja ne spodbuja objavlanje, temveč možnost objavljanja in ne spodbuja le sodelovanja s kolegi s Hrvaške, temveč tudi s kolegi od drugod. Še posebej ima CMJ velik pomen za raziskovalce s področja javnega zdravja v Sloveniji, saj pripadamo »raziskovalni periferiji« v medicinski znanosti dvakrat – prvič, ker prihajamo iz male Slovenije, drugič, ker delujemo na področju javnega zdravja, ki je marsikje po svetu na obrobju medicine že samo po

sebi. Realnost je takšna, da rezultati raziskovanja na področju javnega zdravja v Sloveniji ne zanimajo prav velikega števila bralcev, čeprav imamo kolegom doma in po svetu predstaviti veliko pomembnih izsledkov. Sama sem bila izjemno počaščena, ko sem bila leta 2005 povabljenka k sodelovanju kot območni urednik. Pri tem delu spodbujam možne avtorje iz Slovenije k objavljanju člankov v CMJ, tistim pa, ki se obrnejo najprej name, prispevek pregledam in jim svetujem morebitne popravke in dopolnitve, v luči meril revije, v katero pošiljajo svoj prispevek. Občasno sem tudi recenzentka v objavo poslanih prispevkov.

Seveda pa se CMJ ob vsej svoji uspešnosti spopada tudi z manjšimi in večjimi izzivi in problemi. Nekoliko podrobneje se bomo dotaknili le dveh. Prvi se je pojavil v letu 2007 in je bil v tem letu tudi že razrešen. Gre za dilemo, ali revijo voditi še naprej tako, kot jo je uredništvo vodilo od svoje ustanovitve dalje, ali sprejeti ponudbo in se pridružiti enemu od dveh velikih svetovnih založnikov medicinskih revij (7). Ponudbi obeh založnikov sta bili seveda vabljivi, vendar bi sprejetje ene ali druge za seboj potegnili velike spremembe in tudi poseglo v načela in uredniško politiko. Najmanj, kar bi se spremenilo, bi bila dostopnost revije. Če bi se pridružili enemu od velikih založnikov, ne bi bila več na svetovnem spletu prosto in brezplačno dostopna. Dobrobit bi seveda zelo verjetno bila hitrejša rast količnika vpliva. Odločitev uredništva je bila, da ne ene ne druge ponudbe ne sprejme in ostane na svoji začrtani poti (7). Drugi problem pa je nastal prav tako v letu 2007, a je še ostal nerešen. V zadnjih nekaj mesecih se revija spopada s problemi nasprotovanja svoji uredniški politiki in morda tudi z vprašanjem svoje integritete. V zadnjih nekaj številkah CMJ so bili objavljeni številni prispevki, ki te probleme predstavljajo in razčlenjujejo (32-35), pa tudi odzive nanje (17, 36-45). Nanje pa se je odzvalo na različne načine tudi več drugih uglednih revij (46, 47), saj bi rade pomagale CMJ razrešiti nastalo krizo. Verjamemo, da ti problemi ne bodo ogrozili obstoja revije, saj je njena kakovost porok za to, po drugi strani pa na to kažejo tudi izkušnje drugih revij iz preteklosti. S podobnimi problemi so se namreč v preteklosti spopadale tudi v svetu izjemno ugledne medicinske revije, kot so JAMA, The New England Journal of Medicine in CMAJ (34, 47). To se je dogajalo prav v času, ko je CMJ začela postavljati formalnopravni okvir svojega delovanja (6). Verjamemo, da bo prav to pomagalo CMJ prebroditi krizo s čim manjšimi posledicami.

Reviji CMJ in njenemu uredništvu še enkrat čestitamo za pomembno obletnico in za zavidanja vreden ugled v mednarodni znanstveni javnosti, ki ga je dosegla (1), prav tako pa želimo, da na zastavljenih temeljih

nadaljuje svoj kakovosten in uspešen razvoj iz prvih petnajstih let.

Literatura

- Huić M. Fifteenth Anniversary of the Croatian Medical Journal: Still Moving Ahead. *Croat Med J* 2008; 49: 1-7. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2008/49/1/18293449.htm>.
- Marusic A, Marusic M. Small scientific journals from small countries: breaking from a vicious circle of inadequacy. *Croat Med J* 1999; 40: 508-14. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/1999/40/4/10554353.pdf>.
- Marušić M, Martinić Blase E, Marušić A. Croatian Medical Journal at the Turn of the Millennium. *Croat Med J* 2000; 41: 5-27. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2000/41/1/10810164.pdf>.
- Marusic A, Misak A, Kljakovic-Gaspic M, Marusic M. Educatione ad excelentiam – ten years of the Croatian Medical Journal. *Croat Med J* 2002; 43: 1-7. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2002/43/1/11828550.pdf>.
- Marusic M, Bosnjak D, Rulic-Hren S, et al. Legal regulation of the Croatian Medical Journal: model for small academic journals. *Croat Med J* 2003; 44: 663-73. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2003/44/6/14652877.pdf>.
- Kljakovic-Gaspic M, Petrak J, Rudan I, Biloglav Z. For free or for fee? Dilemma of small scientific journals. *Croat Med J* 2007; 48: 292-9. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2007/48/3/17589971.htm>.
- Croatian Medical Journal. Official Website. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/>.
- Marusic A, Batinić D. Reaching out from scientific periphery: five years of Croatian Medical Journal. *Croat Med J* 1997; 38: 1-2. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/1997/38/1/marusic.htm>.
- Marusic M, Sambunjak D, Marusic A. Life of small medical journal – how bibliographical indexing and international visibility affected editorial work in Croatian Medical Journal. *Croat Med J* 2006; 47: 372-5. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2006/47/3/16758514.htm>.
- International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Uniform requirements for manuscript submission to biomedical journals. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.icmje.org/>.
- International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Journals that Follow URM. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.icmje.org/jrnlist.html>.
- Huth EJ MEDLINE Indexes the Croatian Medical Journal. *Croat Med J* 1998; 39: 1-2. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/1998/39/1/9475798.htm>.
- Kovacic N, Huić M, Ivanis A. Citation analysis of the Croatian Medical Journal: the first 15 years. *Croat Med J* 2008; 49: 12-7. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2008/49/1/18293451.htm>.
- Croatian Medical Journal. Official Website. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/archive.htm>.
- Marusic M, Marusic A. Good editorial practice: editors as educators. *Croat Med J* 2001; 42: 113-20. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2001/42/2/11259730.pdf>.
- Simunovic VJ, Petkovic M, Miscia S, Petrovic M, Stallaerts R, Busselmaier W, et al. Short history of a just mentorship and support. *Croat Med J* 2008; 49: 18-21. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2008/49/1/18293452.htm>.
- Zerem E, Delibegovic S. Prof. Marusic placed his editorial board at the disposal of the postgraduate students of Tuzla University School of Medicine. *Croat Med J* 2008; 49: 101. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2008/49/1/18293467.htm>.
- Marusic M, Markulin H, Lukic IK, Marusic A. Academic advancement of authors receiving tutoring from a medical journal. *Teach Learn Med*. 2006; 18: 126-9.
- Guidelines for authors. *Croat Med J* 2008; 49: 137-49. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/Guidelines/Guidelines.pdf>.
- Mišak A, Petrak J, Pečina M. Scientific Biomedical Journals in Croatia. *Croat Med J* 2002; 43: 8-15. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2002/43/1/11828551.pdf>.
- Kovacic N, Misak A. What can be learned from impact factor of Croatian Medical Journal, 1994-2003?. *Croat Med J* 2004; 45: 13-7. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2004/45/1/14968446.pdf>.
- Kovacic N. Structure of the 2003 impact factor for Croatian Medical Journal. *Croat Med J* 2004; 45: 671-3. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2004/45/6/15578797.pdf>.
- Lang T. Twenty statistical errors even you can find in biomedical research articles. *Croat Med J* 2004; 45: 361-70. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2004/45/4/15311405.pdf>.
- Klain E. How I survived croatian homeland war [in Croatian]. Zagreb: Croatian Medical Journal, 1996.
- Šitum M. Oranges and dead fish. Zagreb: Medicinska naklada, 2004.
- Klain E. Psychotherapist in the croatian independence war. Zagreb: Medicinska naklada, 2004.
- Marušić A, editor. Revitalization of academic medicine. Zagreb: Medicinska naklada, 2005.
- Eldar R. Quality of care. Zagreb: Medicinska naklada, 2005.
- Šimunović VJ, Sambunjak D, editors. The catalogue of knowledge and clinical skills. Zagreb: Medicinska naklada, 2007.
- Santa Barbara J Medicine and peace. Zagreb: Medicinska naklada, 2007.
- Marušić M, editor. Principles of research in medicine. Zagreb: Medicinska naklada, 2008.
- Marusic M. Threats to the integrity of the Croatian Medical Journal. *Croat Med J* 2007; 48: 779-85. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2007/48/6/18074411.htm>.
- Marusic M. Threats to the integrity of the Croatian Medical Journal: an update. *Croat Med J* 2008; 49: 8-11. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2008/49/1/18293450.htm>.
- Marusic M, Marusic A. Discussing the future of the journal. *Croat Med J* 2008; 49: 158-60. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2008/49/2/18461669.htm>.
- Hoey J Crisis at the Croatian Medical Journal: considering a proposal for its destruction. *Croat Med J* 2008; 49: 161-3. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2008/49/2/18461670.htm>.
- Correspondence. Reactions to the Editorial: Marusic M, Marusic A. Threats to the integrity of the Croatian Medical Journal. *Croat Med J* 2008; 49: 98-107. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2008/49/1/4901.htm>.
- Bassnett S. An Outsider's Perspective: Is It too Much to Hope that the University of Zagreb Be the Engine of Positive Social Change and Transparent Governance Rather than the Last Bastion of Cronyism?. *Croat Med J* 2008; 49: 98-99. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2008/49/1/18293463.htm>.
- Berkow R Croatian Medical Journal Is the Medical Voice of Croatia to the World. *Croat Med J* 2008; 49: 99. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2008/49/1/18293464.htm>.
- Callahan M, Sahne P, Winker M, Overbeke J, Habibzadeh F, Ferris L. World Association of Medical Editors: Support for the

- Croatian Medical Journal's Editorial Independence. *Croat Med J* 2008; 49: 100. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2008/49/1/18293465.htm>.
40. Fenderson BA Croatian Medical Journal Should Be a Source of Great Pride to Croatia and Neighboring Countries in Europe. *Croat Med J* 2008; 49: 101. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2008/49/1/18293466.htm>.
41. Freeman P, Robbins A. Rare Courage against a Sadly Less Rare Occurrence. *Croat Med J* 2008; 49: 102-103. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2008/49/1/18293468.htm>.
42. Mark C, Kerans ME. Thanking the Croatian Medical Journal for Providing a Model of High Editorial Standards. *Croat Med J* 2008; 49: 103. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2008/49/1/18293469.htm>.
43. Santa Barbara J There Should Be Attempt at Dialogue with Editors Rather than Frontal Attack. *Croat Med J* 2008; 49: 104. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2008/49/1/18293470.htm>.
44. Seitz HJ Ongoing Strong Development of Science and Culture in Croatia Is Impressive. *Croat Med J* 2008; 49: 105. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2008/49/1/18293471.htm>.
45. Viličić D. Only When Complete Evidence Is Published, Can the Public and Scientific Community in Croatia Make a Fair Judgment. *Croat Med J* 2008; 49: 106. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2008/49/1/18293473.htm>.
46. Vučković-Dekić LN. Safe-guarding Good Scientific Practice – Is It Worth It?. *Croat Med J* 2008; 49: 106-107. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmj.hr/2008/49/1/18293472.htm>.
47. Vogel G. Croatian editors fight with medical school over journal's fate. *Science* 2008; 320: 304-5. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.sciencemag.org/cgi/content/full/320/5874/304a>.
48. Sibbald B, Flegel K. Integrity at the Croatian Medical Journal. *Can Med Assoc J*, May 2008; doi:10.1503/cmaj.080741. Pridobljeno 19.5.2008 s spletne strani: <http://www.cmaj.ca/cgi/rapidpdf/cmaj.080741v2?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=croatian+medical+journal&andexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=date&resulttype=HWCIT>.

SIMPOZIJ PNEVMOKOKNE OKUŽBE LJUBLJANA, 8. MAJ 2008 SYMPOSIUM ON PNEUMOCOCCAL INFECTIONS

Mirjana Stantič Pavlinič¹, Melita Pavlinič¹

Poročilo

Pred kratkim je potekalo strokovno srečanje o pnevmokoknih okužbah v organizaciji Inštituta za varovanje zdravja v Ljubljani. Udeležili so se ga člani Sekcije za preventivno medicino pri Združenju za infektologijo in pediatrijo Slovenskega zdravniškega društva. Predstavljene so bile epidemiološke in klinične značilnosti pnevmokoknih okužb, njihovo zdravljenje ter možnosti preprečevanja bolezni. Pri izbiri učinkovitih preventivnih ukrepov je vsekakor pomembno tudi dejstvo, da je med otroki do 5. leta veliko število zdravih klicenoscev, zato je prenos patogena s splošnimi preventivnimi ukrepi težko izvajati.

Praviloma je vir okužbe oseba s pnevmokoki v zgornjih dihalih (prof. Franc Strle). Prenos okužbe je kapljični, sledi lokalna invazija v obliki:

- brezsimptomatske okužbe z ustvarjanjem protiteles in imunosti;
- vstopa v okolna tkiva dihal z možnostjo izčiščevanja ali nadaljnjega širjenja v dihalih (bronhitis, pljučnica, sinusitis, otitis);
- razsoja preko krvi ali limfe (meningitis, peritonitis, septični artritis, endokarditis, sepsa, prikrita bakteriemija).

Povečano tveganje za težko in invazivno pnevmokokno bolezen ugotavljamo pri starostnikih, bolnikih s kroničnimi boleznimi (pljučne, srčne, sladkorne, jetrne) in pri alkoholikih. Prav tako se pojavlja tudi pri osebah z okrnjeno imunostjo, vključno z rakastimi bolniki in bolniki, okuženimi s HIV, pri varovancih domov starejših občanov in v drugih zaprtih kolektivih. Pojavlja se tudi pri aplenijah, pri osebah s polževim vsadkom in pri živčnomišičnih boleznih. Cepimo tudi prejemnike krvotvornih matičnih celic ali notranjih organov ter pri sumu na likvorsko fistulo. Za bolnike, ki jih je Program imunoprofilakse in kemoprofilakse v Sloveniji opredelil kot bolnike s tveganjem, je plačnik stroškov cepljenja Zavod za zdravstveno zavarovanje. Potrebo po cepljenju ugotavlja zdravnik ustrezne specialnosti.

Med dejavnike tveganja za pnevmokokne okužbe uvrščamo tudi nizko starost in odsotnost dojenja. Preprečevanje okužbe je še posebej pomembno za bolnike s kroničnim bronhitisom in za ostalo prebivalstvo v času gripe in drugih virusnih okužb. Takrat namreč okvare dihalnega epitela pospešujejo možnost

nastanka invazivne bolezni.

Čeprav je za pnevmokokne okužbe značilna pestra klinična slika, se smrtni primeri ob ustreznem zdravljenju pojavljajo praviloma le pri določenih oblikah bolezni: pri pnevmokoknem meningitisu odraslih znaša smrtnost 20 – 30 % in pri otrocih 5 – 10 %, pri sepsah okoli 20 % pri odraslih in < 1 % pri otrocih in pri pljučnicah 5 % pri odraslih in < 1 % pri otrocih. Meningitis, bakteriemijo oz. sepsa uvrščamo med invazivne pnevmokokne okužbe, ostale oblike bolezni pa med neinvazivne. Po oceni Svetovne zdravstvene organizacije je leta 2005 zaradi pnevmokokne bolezni po svetu umrlo okoli 1,6 milijona ljudi.

Pri bolnikih se pojavljajo pljučnice, akutna vnetja srednjega ušesa, sinusitisi, meningitisi, konjunktivitisi, cervikalni limfadenitisi, epiduralni abscesi, sepse, endokarditisi, septični artiritisi, peritonitisi, perikarditisi, okužbe rotil idr. Po podatkih, ki jih je zbrala dr. Lejko Zupanc Tatjana, je v primerih bakteriemične pnevmokokne pljučnice pri odraslem prebivalstvu smrtnost visoka. Pljučnice v Sloveniji zdravimo s cefuroksimom, penicilinom, cefotaksimom, ceftriaksonom in z amoksicilin/klavulonsko kislino.

Odpornost *Streptococcus pneumoniae* na antibiotike, predvsem na penicilin, redno spremljamo (prof. dr. Milan Čižman). Odpornost je višja pri sevih, ki so se osamili pri otrocih (30 % ali več v zadnjih letih v primerjavi z okoli 10 % pri odraslih). Problematika visoke odpornosti pnevmokokov je kljub zmanjšanemu ambulantnemu predpisovanju antibiotikov pereča.

Sibila Unuk, dr.med., iz UKC Maribor je predstavila primere pnevmokoknih okužb, ki potrjujejo pojavljanje pnevmokoknih meningitisov več mesecev po kranioocerebralni travmi.

V Sloveniji smo do sedaj cepili predvsem ostarelo prebivalstvo s polisaharidnim 23-valentnim pnevmokoknim cepivom, namenjeno tako otrokom nad 2 letoma starosti kot tudi odraslemu prebivalstvu. Cepili smo hkrati s cepljenjem proti gripi. Trudimo se povečati delež precepljenosti, ki še ni dosegel nekaterih razvitih držav.

V zadnjih letih veliko pričakujemo od konjugiranih pnevmokoknih cepiv na področju zaščite dojenčkov in malih otrok do 2. leta starosti. V Sloveniji je v te namene

¹Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, Zaloška 29, 1000 Ljubljana
Kontakti naslov: e-pošta: dr.stantic@yahoo.com

že dve leti na voljo cepivo, ki vsebuje polisaharidne antigene 7 serotipov pnevmokoka. Na svetovnem trgu so navzoča 7-, 9-, 11- in 13-valentna konjugirana pnevmokokna cepiva, ki so se po dosedaj opravljenih študijah in izkušnjah po svetu izkazala kot učinkovita in varna. Študije, opravljene v ZDA v obdobju petih let, so pokazale, da rutinsko cepljenje dojenčkov s konjugiranim pnevmokoknim cepivom zmanjšuje incidenco pnevmokoknih invazivnih okužb za več kot 77 %. Pri vsem prebivalstvu pa je teh okužb za 10 % manj. Poročajo tudi o znižanju incidence nosilstva pnevmokoka v nazofarinksu. V Nemčiji, kjer tudi več let cepijo s 7-valentnim konjugiranim pnevmokoknim cepivom otroke, mlajše od 2 let, ugotavljajo, da letno prihranijo okoli 113 milijonov evrov. Del tega zneska je prihranek, ki je posledica učinka kolektivne imunosti pri odraslih (doc. dr. Alenka Kraigher). Danska, Francija, Italija, Nizozemska, Norveška, Luksemburg, Velika Britanija, Grčija in Belgija so tudi uvedle cepljenje vseh otrok v prvih letih življenja s pnevmokoknim cepivom. Nekatere evropske države, med njimi tudi Slovenija, zaenkrat ponujajo v svojih obveznih imunizacijskih programih cepljenje le za skupine prebivalstva s tveganjem, potekajo pa tudi različne strokovne priprave in epidemiološke študije na množično cepljenje. V teku je večletna epidemiološka študija kroženja najpogostejših serotipov invazivnih pnevmokokov (dr. Metka Paragi in sod.). Ugotavljajo delež ujemanja prosto krožečih serotipov pri otrocih v različnih starostnih skupinah s tistimi, ki so prisotni v pnevmokoknih cepivih. Tipizacija pnevmokokov je pokazala, da

so najpogostejše izolirani serotipi na našem ozemlju 14, 7F, 4, 23F, 18C, 19F, 7F in 9V. Ugotavljajo več kot 80-odstotni delež ujemanja s krožečimi serotipi in 7-valentnim cepivom ter 100-odstotno ujemanje z 13-valentnim cepivom.

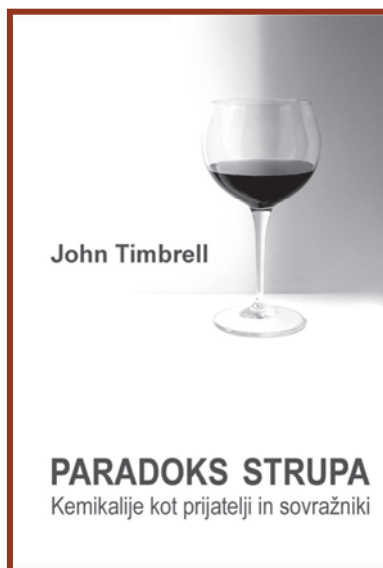
Ocenjujemo, da v Sloveniji vsako leto zdravimo tisoče pljučnic ter še večje število otitisov in drugih okužb. Stroške antibiotičnega zdravljenja, spremljanja odpornosti na antibiotike, zdravljenja stranskih učinkov antibiotičnega zdravljenja, bolniškega staleža in hospitalizacije lahko zmanjšamo z ustreznimi ukrepi. Upajmo le, da se odpira še ena možnost za zmanjšanje oz. racionalizacijo stroškov v zdravstvu z uvajanjem in nadaljevanjem cepljenja proti pnevmokoknim okužbam. Strokovna javnost je z velikim zanimanjem spremljala potek simpozija. Pričakovanja so velika, izzivi pa, upajmo, uresničljivi.

Svetovna zdravstvena organizacija meni, da je vključevanje cepljenja otrok v obvezni rutinski program predvsem nujno v državah z visoko smrtnostjo med otroki v prvih letih življenja. Nujna je nadaljnja natančna mikrobiološka opredelitev bolezni in epidemiološko spremljanje pojavnosti bolezni in smrtnosti pri nas. Tudi po uvedbi cepljenja je treba zagotoviti epidemiološko spremljanje vpliva cepljenja oz. učinkovitosti programa. Načrtujemo tudi izobraževanje o ekonomskem vrednotenju tovrstnih programov. Ob dejstvu, da je na voljo cepivo, s katerim lahko učinkovito zmanjšamo število vseh pnevmokoknih okužb, kot tudi klicenoštvu, je uvedba sistematičnega cepljenja dojenčkov zelo smiselna.

Paradoks strupa

Kemikalije kot prijatelji in sovražniki

**Knjiga britanskega profesorja biokemijske toksikologije Johna Timbrella bo
v slovenskem prevodu izšla septembra 2008 pri Inštitutu za varovanje zdravja RS**



Cena knjige v prednaročilu je 30 eur, po izidu 15. 9. 2008 pa bo 35 eur.

Kemikalije v sodobnem načinu življenja igrajo zelo pomembno vlogo. Možno jih je uporabljati koristno in varno, vseeno pa skoraj ne mine dan brez srhljivih zgodb o kemijskih nevarnostih, ki prežijo na nas v hrani, doma in v okolju. Knjiga *Paradoks strupa* na poljuden način razkriva vzroke za nastanek strupenih kemikalij in opisuje razloge, zakaj različne okoliščine in odmerki spremenijo zdravilno oziroma koristno kemikalijo v škodljivo. Knjiga na dobrih 300 straneh prikaže, da na eni strani ni varno vse, kar je naravno in da na drugi strani ni nevarno vse, kar je naredil človek. S pregledom številnih primerov (tragična katastrofa v Bopalu in zalivu Minamata, glivna okužba rastlin, ki je sprožila čarovniške procese v Salemu ter smrtno strupene ribe napihovalke, ki so hkrati priznana kulinarična specialiteta) poskuša avtor toksikologijo, vedo o strupih in varni uporabi kemikalij, približati širši javnosti.

Knjigo bo v slovenščini z namenom osveščanja bralcev o pomenu koristnih in škodljivih učinkov različnih kemikalij ter kot prispevek k promociji kemijske varnosti izdal Inštitut za varovanje zdravja RS. Slovenska izdaja knjige je posvečena nekdanjemu, žal mnogo prezgodaj preminulemu direktorju Inštituta za varovanje zdravja RS, prof. dr. Andreju Marušiču.

Knjigo lahko naročite pri Sabini Janškovec v tajništvu Centra za zdravstveno ekologijo IVZ RS, tel: 01 2441 426 vsak delavnik od 10. – 12. ure oziroma na elektronski naslov sabina.janskovec@ivz-rs.si. Prednaročila sprejemamo do vključno 15. 9. 2008.

NAVODILA SODELAVCEM REVIJE ZDRAVSTVENO VARSTVO

Navodila so v skladu z **Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals**. Popolna navodila so objavljena v N Engl J Med 1997; 336: 309-15 in v Ann Intern Med 1997; 126: 36-47 in na spletni strani <http://www.icmje.org>. Uredništvo sprejema v obdelavo samo članke, ki še niso bili in ne bodo objavljeni drugje. Dele članka, ki so povzeti po drugi literaturi (predvsem slike in tabele), mora spremljati dovoljenje avtorja in založnika prispevka, da dovoli naši reviji reprodukcijo. Pri znanstvenih in strokovnih prispevkih morajo biti naslov, izvleček, ključne besede, tabele in podpisi k tabelam in slikam prevedeni v angleščino.

Če prispevek obravnava raziskave na ljudeh, mora biti iz besedila razvidno, da so bile raziskave opravljene v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije.

Če delo obravnava poskuse na živalih, mora biti iz besedila razvidno, da so bili opravljeni v skladu z etičnimi načeli.

Avtorji, ki so v objavo poslano raziskovalno delo opravili s pomočjo nekega podjetja, naj to navedejo v spremnem pismu.

Tipkopis

Prispevke pošljite na naslov uredništva: **Inštitut za varovanje zdravja, Zdravstveno varstvo, Trubarjeva 2, SI 1000 Ljubljana**. Pošljite 3 kopije tipkanega besedila z različico na disketi (CD) in originalne slike. Besedila naj bodo napisana z urejevalnikom Word for Windows. Prispevek naj bo natisnjen na belem pisarniškem papirju z dvojnimi razmikom. Robovi naj bodo široki najmanj 25 mm. Znanstveni članki naj imajo naslednja poglavja: uvod, metode, rezultati, razpravljanje in zaključek. Ostale oblike člankov in pregledni članki so lahko zasnovani drugače, vendar naj bo razdelitev na poglavja in podpoglavja jasno razvidna iz velikosti črk naslovov. Poglavja in podpoglavja naj bodo številčena dekadno po standardu SIST ISO 2145 in SIST ISO 690 (npr. 1, 1.1, 1.1.1 itd.).

Priporočljiva dolžina prispevka je za uvodnik od 250 do 700 besed; za pismo uredništvu, poročila, recenzije knjig in drugo 250 do 1250 besed; za znanstveni članek od 2000 do 4500 besed. Prispevku naj bo priloženo spremno pismo, ki ga morajo podpisati vsi avtorji. Vsebuje naj izjavo, da članek še ni bil objavljen ali poslan v objavo kakšni drugi reviji (to ne velja za izvirne in poročila s strokovnih srečanj), da so prispevek prebrali in se z njim strinjajo vsi avtorji. Naveden naj bo odgovorni avtor (s polnim naslovom, telefonsko številko in elektronskim naslovom), ki bo skrbel za komunikacijo z uredništvom in ostalimi avtorji.

Naslovna stran

Obsega naj slovenski in angleški naslov članka. Naslov naj bo kratek in natančen, opisen in ne trdilen (povedi v naslovih niso dopustne). Navedena naj bodo imena piscev z natančnimi akademskimi in strokovnimi naslovi ter popoln naslov ustanove, inštituta ali klinike, kjer je delo nastalo. Avtorji morajo izpolnjevati pogoje za avtorstvo. Prispevati morajo k zasnovi in oblikovanju oz. analizi in interpretaciji podatkov, članek morajo intelektualno zasnovati oz. ga kritično pregledati, strinjati se morajo s končno različico članka. Samo zbiranje podatkov ne zadostuje za avtorstvo.

Izvleček in ključne besede

Druga stran naj obsega izvleček v slovenščini in angleščini. Izvleček znanstvenega članka naj bo strukturiran in naj ne bo daljši od 250 besed, izvirni ostalih člankov naj bodo nestrukturirani in naj ne presegajo 150 besed. Izvleček naj vsebinsko povzema in ne le našteva bistvene vsebine dela. Izogibajte se kraticam in okrajšavam. Napisan naj bo v 3. osebi. Kadar je prispevek napisan v angleškem jeziku, bo izvleček objavljen v slovenskem jeziku.

Izvleček znanstvenega članka naj povzema namen dela, osnovne metode, glavne izsledke in njihovo statistično pomembnost ter poglobitve sklepe. Navedenih naj bo 3-10 ključnih besed, ki nam bodo v pomoč pri indeksiranju. Uporabljajte izraze iz MeSH - Medical Subject Headings, ki jih navaja Index Medicus. Praviloma naj bo izvleček oblikovan v enem odstavku, izjemoma v večih. Kategorijo prispevka naj predlaga avtor, končno odločitev pa sprejme urednik na osnovi predloga recenzenta.

Reference

Vsako navajanje trditev ali dognanj drugih morate podpreti z referenco. Reference naj bodo v besedilu navedene po vrstnem redu, tako kot se pojavljajo. Referenca naj bo navedena na koncu citirane trditve. Reference v besedilu, slikah in tabelah navedite v oklepaju z arabskimi številkami. Reference, ki se pojavljajo samo v tabelah ali slikah, naj bodo oštevilčene tako, kot se bodo pojavile v besedilu. Kot referenc ne navajajte izvlečkov in osebnih dogovorov (slednje je lahko navedeno v besedilu). Seznam citirane literature dodajte na koncu prispevka. Literaturo citirajte po priloženih navodilih, ki so v skladu s tistimi, ki jih uporablja ameriška National Library of Medicine v Index Medicus. Imena revij krajšajte tako, kot določa Index Medicus (popoln seznam na naslovu URL: <http://www.nlm.nih.gov>).

Navedite imena vseh avtorjev, v primeru, da je avtorjev šest ali več, navedite prvih šest avtorjev in dodajte et al.

Primeri za citiranje literature:

primer za knjigo:

1. Premik M. Uvod v epidemiologijo. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1998.
2. Mahy BWJ. A dictionary of virology (2nd ed.). San Diego, Academic Press, 1997.

primer za poglavje iz knjige:

3. Urlep F. Razvoj osnovnega zdravstva v Sloveniji zadnjih 130 let. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, editors. Drušinska medicina, Ljubljana, Združenje zdravnikov družinske medicine, 2002: 18-27.
4. Goldberg BW. Population-based health care. In: Taylor RB, editor. Family medicine. 5th ed. New York: Springer, 1999: 32-6.

primer za članek iz revije:

5. Barry HC, Hickner J, Ebell MH, Ettenhofer T. A randomized controlled trial of telephone management of suspected urinary tract infections in women. J Fam Pract 2001; 50: 589-94.

primer za članek iz revije, kjer avtor ni znan:

6. Anon. Early drinking said to increase alcoholism risk. Globe 1998; 2: 8-10.

primer za članek iz revije, kjer je avtor organizacija:

7. Women's Concerns Study Group. Raising concerns about family history of breast cancer in primary care consultations: prospective, population based study. BMJ 2001; 322: 27-8.

primer za članek iz suplementa revije z volumnom, s številko:

8. Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect 1994; 102 Suppl 2: 275-82.
9. Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. Semin Oncol 1996; 23 (1 Suppl 2): 89-97.

primer za članek iz zbornika referatov:

10. Sugden K. et al. Suicides and non-suicidal deaths in Slovenia: Molecular genetic investigation. In: 9th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour. Warwick : University of Oxford, 2002: 76.

primer za magistrske naloge, doktorske disertacije in Prešernove nagrade:

11. Bartol T. Vrednotenje biotehniških informacij o rastlinskih drogah v dostopnih virih v Sloveniji. Doktorska disertacija. Ljubljana, Biotehniška fakulteta, 1998.

primer za elektronske vire:

12. Mendels P. Textbook publishers extend lessons online. Pridobljeno 23.9.1999 s spletne strani: <http://www.nytimes.com/library/tech/99/09>.

Tabele

Naj bodo natipkane v besedilu prispevka na mestu, kamor sodijo. Tabela naj sestavljajo vrstice in stolpci, ki se sekajo v poljih. Tabele oštevilčite po vrstnem redu, vsaka tabela mora biti citirana v besedilu. Tabela naj bo opremljena s kratkim naslovom. Pojasnjene naj bodo vse kratice, okrajšave in nestandardne enote, ki se pojavljajo v tabeli.

Slike

Morajo biti profesionalno izdelane. Pri pripravi slik upoštevajte, da gre za črno-beli tisk. Slikovno gradivo naj bo pripravljeno:

- črno-belo (ne v barvah!);
- brez polnih površin, namesto tega je treba izbrati šrafure (če gre za stolpce, t. i. tortice ali zemljevide);
- v linijskih grafih naj se posamezne linije prav tako ločijo med seboj z različnim črtkanjem ali različnim označevanjem (s trikotniki, z zvezdicami...), ne pa z barvo;
- v grafih naj bo ozadje belo (tj. brez ozadja).

Črke, številke ali simboli na sliki morajo biti jasni, enotni in dovolj veliki, da so berljivi tudi na pomanjšani sliki. Ročno ali na pisalni stroj izpisano besedilo v sliki je nedopustno. Oddajte originale slik oz. fotografije. Prosimo, da slik ne skenirate sami. Na zadnji strani fotografije naj bo napisana zaporedna številka fotografije, ime pisca in naslov članka, v dvomljivih primerih naj bo označeno, kaj na sliki je zgoraj oz. spodaj. Slike, narisane v računalniških programih, naj bodo posnete v originalnem programu na disketi. Fotografije iz rentgenogramov in diapozitivov naj priskrbi avtor sam. Vsaka slika mora biti navedena v besedilu. Besedilo k sliki naj vsebuje naslov slike in potrebno razlago vsebine. Slika naj bo razumljiva tudi brez branja ostalega besedila. Pojasniti morate vse okrajšave s slike. Uporaba okrajšav v besedilu k sliki je nedopustna. Besedila k slikam naj bodo napisana na mestu pojavljanja v besedilu.

Fotografijam, na katerih se lahko prepozna identiteta bolnika, priložite pisno dovoljenje bolnika.

Merske enote

naj bodo v skladu z mednarodnim sistemom enot (SI).

Kraticam in okrajšavam

se izogibajte, izjema so mednarodno veljavne oznake merskih enot. V naslovih in izvlečku naj ne bo kratic. Na mestu, kjer se kratica prvič pojavi v besedilu, naj bo izraz, ki ga nadomešča, polno izpisan, v nadaljnjem besedilu uporabljano kratico navajajte v oklepaju.

Uredniško delo

Prispelo gradivo daje uredništvo v strokovno recenzijo in jezikovno lekturo. Po končanem uredniškem delu vrnemo prispevek avtorju, da popravke odobri in upošteva. Popravljeni čistopis vrne v uredništvo. Med redakcijskim postopkom je zagotovljena tajnost vsebine prispevka. Avtor dobi v pogled tudi prve, t. i. krtačne odtise, vendar na tej stopnji upoštevamo samo še popravke tiskovnih napak. Krtačne odtise je treba vrniti v treh dneh, sicer menimo, da avtor nima pripomb.

Za objavo prispevka prenese avtor avtorske pravice na Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije kot izdajatelja revije. Kršenje avtorskih in drugih sorodnih pravic je kaznivo.

Prispevkov ne honoriramo. Avtor dobi le izvod revije, v kateri je objavljen njegov članek. Rokopisov, slik in disket ne vračamo.

INSTRUCTIONS TO THE AUTHORS OF THE SLOVENIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

Instructions are in accordance with the **Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals**. Complete instructions are published in *N Engl J Med* 1997; 336: 309-15 and in *Ann Intern Med* 1997; 126: 36-47 and on the URL address: <http://www.icmje.org>.

Editorial board accepts only articles, that have not been and will not be published elsewhere. Parts of the article, summarized after other sources (especially illustrations and tables) should include the author's and publisher's permission to reproduce them in our Journal. If the contribution deals with experiments on humans it should be evident from the text that the experiments were in accordance with the ethical standards of the Helsinki-Tokio Declaration.

When the work deals with experiments on animals it should be evident from the text that they were performed in accordance with the ethical principles.

Authors whose submitted research work was performed with the support of a company, should indicate this in the accompanying letter.

Manuscript

Send the manuscripts to the editorial address: **Zdravstveno varstvo, Inštitut za varovanje zdravja, Trubarjeva 2, SI 1000 Ljubljana**. Send 3 copies of typed or printed text with a copy in electronic form (on a disk) and original illustrations.

Manuscripts should be written in Word for Windows word processor.

Contribution should be typed or printed on white bond paper and double-spaced with margins of at least 25 mm. Scientific articles should be divided into following headings: Introduction, Methods, Results, Discussion and Conclusions. Other types of articles and review articles can be designed differently, but the division in headings and subheadings should be clearly evident from the size of characters in the titles. Headings and subheadings should be numbered decadally by standard SIST ISO 2145 and SIST ISO 690 (e. g. 1, 1.1, 1.1.1 etc.). Recommendable length for editorial is 250 to 700 words; for letter to the editor, report and book review 250 to 1250 words; for research article 2000 to 4500 words. Manuscript should be accompanied by an accompanying letter signed by all authors. It should include the statement that the article has not yet been published or sent for publication to some other journal (this is not required for abstracts and reports from professional meetings), and that the manuscript has been read and approved by all the authors. Name, address, telephone number and e-mail address of the responsible author, who will be responsible for communication with the editors and other authors should be cited.

Title page

The title page should carry the Slovene and English title of the article, which should be short and concise, descriptive and not affirmative (statements are not allowed in the title). Names of authors with concise academic and professional degrees and full address of the department, institution or clinic where the work has been performed should be cited. Authors should be qualified for authorship. They should contribute to the conception and design resp. analysis and interpretation of data, they should intellectually draft resp. revise the article critically and approve the final version of the contribution. The collecting of data solely does not justify the authorship.

Abstract and Key Words

The second page should carry the abstract in Slovene and English. The abstract of the scientific article should be structured and of no more than 250 words, the abstracts of other articles should be unstructured and of no more than 150 words. The abstract should summarize the content and not only enumerate the essential parts of the work. Avoid abbreviations. Abstract should be written in third person. When the paper is written in English language, the abstract will be published in Slovene.

The abstract of a scientific article should state the purpose of the investigation, basic procedures, main findings together with their statistical significance, and principal conclusions. 3 - 10 key words should be cited for the purpose of indexing. Terms from the MeSH - Medical Subject Headings listed in Index Medicus should be used. The abstract should normally be written in one paragraph, only exceptionally in several. The author should propose the category of the article, but the final decision is adopted by the editor on the base of the suggestion of the professional reviewer.

References

Each mentioning of statements or findings by other authors should be supported by reference. References should be numbered consecutively in the same order in which they appear in the text. Reference should be cited at the end of the cited statement. References in text, illustrations and tables should be indicated by Arabic numerals in parentheses. References, cited only in tables or illustrations should be numbered in the same sequence as they will appear in the text. Avoid using abstracts and personal communications as references (the latter can be cited in the text). The list of the cited literature should be added at the end of the contribution. Literature should be cited according to the enclosed instructions that are in accordance with those used by U. S. National Library of Medicine in Index Medicus. The titles of journals should be abbreviated according to the style used in Index Medicus (complete list on the URL address: <http://www.nlm.nih.gov>). List the names of all authors, if there are six authors or more, list first six authors than add et al.

Examples for literature citation:

example for a book:

1. Premik M. Uvod v epidemiologijo. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 1998.
2. Mahy BWJ. A dictionary of virology (2nd ed.). San Diego, Academic Press, 1997.

example for the chapter in a book:

3. Urlep F. Razvoj osnovnega zdravstva v Sloveniji zadnjih 130 let. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, editors. Družinska medicina, Ljubljana, Združenje zdravnikov družinske medicine, 2002: 18-27.
4. Goldberg BW. Population-based health care. In: Taylor RB, editor. Family medicine. 5th ed. New York: Springer, 1999: 32-6.

example for the article in a journal:

5. Barry HC, Hickner J, Ebell MH, Ettenhofer T. A randomized controlled trial of telephone management of suspected urinary tract infections in women. *J Fam Pract* 2001; 50: 589-94.

example for the article in journal with no author given:

6. Anon. Early drinking said to increase alcoholism risk. *Globe* 1998; 2: 8-10.

example for the article in journal with organization as author:

7. Women's Concerns Study Group. Raising concerns about family history of breast cancer in primary care consultations: prospective, population based study. *BMJ* 2001; 322: 27-8.

example for the article from journal volume with supplement, with number:

8. Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994; 102 Suppl 2: 275-82.
9. Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996; 23 (1 Suppl 2): 89-97.

example for the article from collection of scientific papers:

10. Sugden K. et al. Suicides and non-suicidal deaths in Slovenia: Molecular genetic investigation. In: 9th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour. Warwick : University of Oxford, 2002: 76.

example for master theses, doctor theses and Prešeren awards:

11. Bartol T. Vrednotenje biotehniških informacij o rastlinskih drogah v dostopnih virih v Sloveniji. Doktorska disertacija. Ljubljana, Biotehniška fakulteta, 1998.

example for electronic sources:

12. Mendels P. Textbook publishers extend lessons online. Pridobljeno 23.9.1999 s spletne strani: <http://www.nytimes.com/library/tech/99/09>.

Tables

Type or print on the place in the text where they belong. Tables should be composed by lines and columns which intersect in fields. Number tables consecutively. Each table should be cited in the text and supplied with a brief title. Explain all the abbreviations and non-standard units in the table.

Illustrations

Illustrations should be professionally drawn. When preparing the illustrations consider the black-and-white print. Illustration material should be prepared:

- " In black-and-white (not in color!);
- " Surfaces should have no tone-fills, hatchings should be chosen instead (in case of bar-charts, so called pie-charts or maps);
- " In linear graphs the individual lines should also be separated by various kinds of hatching or by different markers (triangles, asterisks...), but not by color;
- " Graphs should have white background (i. e. without background).

Letters, numbers or symbols should be clear, even and of sufficient size to be still legible on a reduced illustration. Freehand or typewritten lettering in the illustration is unacceptable. Submit original drawings resp. photographs. You are requested not to scan the illustrations by yourself. On the back of the photograph the consecutive number of photograph, author's name and the title of article should be written, and in unclear cases the top resp. the bottom should be indicated. Figures, drawn in computer programmes should be copied in original programme (software) on a disk. Photographs of X-ray films and slides should be provided by author himself. Each figure should be cited in the text.

Accompanying text to the illustration should contain its title and the necessary explanation of its content. Illustration should be intelligible also without reading the article. All the abbreviations from the figure should be explained. The use of abbreviations in the accompanying text to the illustration is unacceptable. Accompanying texts to illustrations should be written in the place of their appearing in the text.

If the identity of the patient can be recognized on the photograph, a written permission of the patient for its reproduction should be submitted.

Units of Measurement

Should be in accordance with International System of Units (SI).

Abbreviations

Avoid abbreviations, with the exception of internationally valid signs for units of measurement. Avoid abbreviations in the title and abstract. The full term for which an abbreviation stands should precede its first use in the text, abbreviation used in further text should be cited in parentheses.

Editorial work

The received material is submitted by the editorial board to professional reviewer and reader (language editor). After this editorial procedure, the contribution is sent to the author for approval and consideration of corrections. The final copy is then again submitted to the editorial board. During the editorial procedure, the secrecy of the contribution content is guaranteed. Author receives in consideration also the first print, but at this stage corrigenda (printing errors) only are to be considered. Proofreadings should be returned in three days, otherwise it is considered that the author has no remarks.

When the manuscript is accepted for publication, the author assigns copyright ownership of the material to the Institute of Public Health of the Republic of Slovenia as the publisher. Any violation of the copyright will be legally persecuted.

Contributions are not remunerated. The author receives one copy of the issue in which the article is published. Manuscripts, illustrations and disks will not be returned.

[illegible]

BELEŽKE

[illegible]

NECROLOGY

Saška Roškar

In memory: Assoc. Prof. Andrej Marušič, PhD (1965-2008) (101)

EDITORIAL

Jan De Maeseneer

How can European quality primary health care systems address the challenges of the 21st century? (102)

ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLES

Samo Pavlin, Igor Švab, Helena Kovačič

Identification and development of key competences of doctors as a starting point for modernizing the educational programme (106)

Marija Petek Šter

Influenza and pneumococcal vaccination of elderly nursing home residents (117)

Helena Jeriček, Vesna Pucelj

Health behaviour in school-aged children – comparison between years 2002 and 2006 (126)

REVIEW ARTICLES

Arijana Turčin, Blanka Kores Plesničar

Admission and treatment without consent at the Maribor department of psychiatry (137)

Maša Serec

Depression in post-myocardial infarction patients (143)

LETTERS TO THE EDITOR

Franc Strle, Janez Sketelj

Antibiotic resistance of microorganisms jeopardizes advances in medicine (149)

Lijana Zaletel-Kragelj

Fifteen years of the »Croatian Medical Journal« and its meaning for Slovene readers(151)

REPORT (156)

CODEN ZDVAFY • UDK 613 / 614 + 628 • ISSN 0351 - 0026



INŠTITUT ZA VAROVANJE ZDRAVJA
REPUBLIKE SLOVENIJE