

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Viri

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

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

PREDLOG NACIONALNE STRATEGIJE RAZVOJA PRIMARNE PEDIATRIJE V SLOVENIJI*

Vesna Plevnik-Vodušek

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

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

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

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

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

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

Umrljivost dojenčkov na 1000 živorojenih leta 2002.

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

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

Precepljenost otrok leta 2002.

R Slovenija	95%
Nizozemska	96-97%
Velika Britanija	83-91%

Kljub za polovico nižjemu bruto družbenemu proizvodu so kazalci zdravja umrljivost dojenčkov (1), umrljivost otrok, mlajših od 5 let (2), in precepljenost otrok (1) v Sloveniji, kjer je zdravstveno varstvo otrok na primarni ravni v rokah pediatra in specialista šolske medicine, boljši ali vsaj primerljivi s tistimi v zahodnoevropskih državah, v katerih za zdravstveno varstvo otrok skrbijo splošni/družinski zdravniki.

V nekaterih evropskih državah, kjer za otroke poleg pediatrov skrbijo tudi splošni zdravniki, s prospektivnimi študijami ugotavljajo, da pediatri bistveno redkeje napotijo otroka na bolnišnično zdravljenje kot splošni zdravniki, prav tako jim predpišejo znatno manj zdravil (3).

V Sloveniji osnovno zdravstveno varstvo kot enakopravni partnerji glede na vsebino dela izvajamo naslednji nosilci timov: splošni/družinski zdravniki (s specializacijo ali brez nje), pediatri, specialisti šolske medicine, ginekologi in zobozdravniki.

Glede na to, da se je takšen sistem osnovnega zdravstva skozi čas izkazal za dobrega, tako po nujenju kakovostne, pravične, dostopne in učinkovite zdravstvene oskrbe svojih varovancev kot tudi glede količine finančnih sredstev, ki jih država porabi za njegovo delovanje, se je z Ustavo uzakonjeni sistem obdržal vse do danes.

Prednost tako organiziranega osnovnega zdravstva, ki smo ga v Sloveniji imeli že desetletja pred ostalimi evropskimi državami, bi morali izkoristiti, saj je strokovni predpogoj za kakovost, učinkovitost in varnost bolnika (4).

Dobro izhodišče za daljnoročno strategijo splošne/družinske medicine je konsenz, ki smo ga člani Osnovnega odbora pri Zdravniški zbornici dosegli leta 2004 s sklepom: Zdravniki splošne/družinske medicine, pediatri in specialisti šolske medicine naj se na primarni ravni v novo opredeljeni mreži razporedijo tako, da bodo lahko ustrezno oskrbeli tiste starostne skupine, za katere so se specializirali (5).

Nacionalna strategija primarne pediatrije je predstavljena iz štirih, za razvoj osnovnega zdravstvenega varstva pomembnih vidikov: financiranje, sodelovanje med posameznimi ravni, zagotavljanje kakovosti in organizacija pri upravljanju v osnovnem zdravstvu. Pri vseh strokah v osnovnem zdravstvu je vizija strategije iz vseh štirih vidikov globalno enaka, razlika je le vsebina našega dela.

Predlogi financiranja v primarni pediatriji

Glavna pomanjkljivost trenutnega financiranja v osnovnem zdravstvu je, da izhaja iz količine in ne stimulira kakovosti. Siceršnja delitev na glavarinski kurativni in preventivni del se zdi primerna.

Predlog financiranja kurativne dejavnosti

Osnova za financiranje naj bo glavarinski sistem, korigiran s starostnimi količniki, ob upoštevanju sprejetih normativov. Vzporedno bo s ciljem financiranja kakovosti potrebno izdelati in nato vzdrževati klinične smernice za različne bolezni in stanja, ki se obravnavajo v primarni pediatriji. Za diagnostiko, zdravljenje in vodenje posameznih bolezni oziroma stanj bodo morali biti izdelani protokoli obravnave, ki sodi na primarno raven. Temu bo nato sledilo plačilo. Ker gre za daljnoročni proces, bi do njegove uresničitve bilo smiselno spremeniti dosedanje financiranje kurative tako, da se glavarini v kurativi doda individualno nagrajevanje »dobre prakse«, ki pa jo je potrebno definirati.

Financiranje preventivnega dela

Način nagrajevanja preventivnega dela v primarni pediatriji – to je pavšal glede na starostno strukturo – se zaenkrat zdi sprejemljiv. Glede na dejstvo, da ob sedanjem financiranju preventivnih pregledov otrok in mladostnikov ni mogoče opraviti predvidenega obsega pregledov v zato predvidenem (in financiranem) času, je potrebno napraviti korekcijo vrednotenja preventivnih pregledov vsaj za 1/3. Potrebno pa bo ovrednotiti skupinsko zdravstvenovzgojno delo za posamezne skupine otrok in mladostnikov.

Sodelovanje med različnimi ravni otroškega zdravstvenega varstva

Načini sodelovanja med primarno in sekundarno zdravstveno ravni, ki jo predlagajo mednarodni strokovnjaki, so predvsem telekomunikacija in osebna srečanja med posameznimi strokovnjaki primarne in sekundarne ravni ob nastalem zdravstvenem problemu (4).

Ob dobro vzpostavljenem financiranju takšen način sodelovanja vodi v zdravstveno oskrbo, ki se kroji po meri posameznega oskrbovanca.

Specializant pediatrije se v času kroženja na Pediatrični kliniki in pediatričnih oddelkih območnih bolnišnic spozna z načinom dela vseh kliničnih oddelkov ter naveže osebni stik z vsemi njihovimi izvajalci.

Preko telefonske in kadar je to potrebno osebne konzultacije s sekundarnimi oziroma terciarnimi pediatri se primarni pediatri skupaj dogovarjamo o nujnosti hospitalizacije oziroma ambulantne napotitve na sekundarno raven ter sproti o morebitni možnosti diagnostične in terapevtske obravnave otroka na primarni ravni. Prek povratnih informacij lahko kakovostno vodimo otroka tudi po odpustu iz bolnišnice oziroma po ambulantni obravnavi na sekundarni ravni.

Ob takšni komunikaciji se poleg kakovostne obravnave otroka na primarni ravni izognemo nepotrebnim hospitalizacijam oziroma ambulantnim napotitvam na sekundarno raven. Poleg prihranka stresa za otroka takšno kakovostno sodelovanje med primarno in sekundarno ravni tako kratkoročno kot tudi dolgoročno za državno blagajno pomeni velik prihranek.

Z izdelavo kliničnih smernic ter financiranjem individualne celostne obravnave po meri posameznega oskrbovanca bo komunikacija med primarno in sekundarno ravni postala še boljše.

Zagotavljanje kakovosti v primarni pediatriji

Izhodišče

Izhodišče za kakovost v primarni pediatriji je izdelana mreža pediatrov po vsej državi. V ta namen je RSK za pediatrijo leta 2004 izdelal Akcijski plan razvoja pediatrov na primarni ravni in ga jeseni 2004 predstavil Ministrstvu za zdravje (6).

Na osnovi podatkov o trenutnem kadrovskem primanjkljaju (predvsem v oddaljenih področjih) in glede na predvidene upokojitve bo morala Zdravniška zbornica Slovenije do leta 2013 razpisati 178 mest za specializante iz pediatrije. Povprečna starost primarnega pediatra je namreč trenutno med 50 in 55 let.

Izobraževanje

Na področju izobraževanja bo potrebno narediti naslednje:

- postaviti mentorje učnih baz;
- izobraževati študente in specializante;
- uvajati učne delavnice za stalno podiplomsko izobraževanje specialistov; pomembna področja so klinična znanja iz posameznih področij; izdelava smernic; dodatna znanja, ki jih potrebuje pediater na primarni ravni, kakor na primer

komunikacijske veščine, psihosocialni razvoj otroka in javno zdravje.

Spremljanje izvajanja kakovosti

Za spremljanje izvajanja kakovosti bo potrebno:

- imenovati zdravnike koordinatorje za kontrolo izvedbe preventivnih programov in kurative po projektnem sistemu;
- imenovati mentorje za stalno osebno izobraževanje.

Raziskovanje

Primarna pediatrija – tako kot vse stroke v osnovnem zdravstvu – nudi širok spekter možnosti številnih raziskav. Osredotočili se bomo na:

- raziskave zdravstvenega stanja po regijah in drugih značilnostih;
- raziskave vzrokov napotitev;
- izdelava kazalcev kakovosti;
- raziskave potreb uporabnikov.

Informacijska podpora

Ustrezna informacijska podpora za spremljanje zdravja zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov ter za spremljanje izvajanja preventivnih programov bo na osnovi dobljenih podatkov bistveno prispevala k dvigovanju kakovosti dela primarnih pediatrov.

Organizacija in upravljanje v primarni pediatriji

Primarni pediatri v R Sloveniji kot izbrani zdravniki v javni zdravstveni mreži delujemo kot državni uslužbenci ali kot koncesionarji znotraj zdravstvenih domov, zdravstvenih postaj in v zasebnih ordinacijah.

Oboji otroka obravnavamo po tako imenovani »dispanzerski metodi dela«. Ena njenih značilnosti je celostna obravnava z neločljivo kurativno in preventivno dejavnostjo. Takšna organizacija se je skozi čas izkazala kot strokovno kakovostna, učinkovita in finančno najsprejemljivejša.

Ena od zahtev celostne obravnave otroka je tudi zagotavljanje 24-urnega zdravstvenega varstva. RSK za pediatrijo v sodelovanju z ministrom za zdravje, ZZZS in IVZ pripravlja projekt dežurnih centrov za otroke in mladino (DCOM) za vso Slovenijo, ki bodo postavljeni ob bolnišnicah, s čimer bo – ob neposrednem sodelovanju primarne in sekundarne ravni – omogočena najbolj kakovostna zdravstvena oskrba naših otrok (7). Takšen način organizacije dela priporočajo tudi tuji strokovnjaki (4).

Namen DCOM je izboljšati kakovost, organizacijo in dostopnost (kadrovsko, časovno, krajevno, finančno) zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov na primarni ravni.

Cilj DCOM je zagotoviti 24-urno zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov s specialisti pediatri ob prvem stiku in ohraniti dostopnost specialistične dejavnosti na sekundarni ravni glede na potrebe obolevnosti otrok in mladostnikov z možnostjo dnevne bolnišnične obravnave.

Za dobro organizacijo stroke je potrebna tako navpična kot vodoravna povezava med posameznimi segmenti. Navpična povezava med pediatri primarne, sekundarne in terciarne ravni je dobra tako strokovno kot organizacijsko.

Vodoravna povezava poteka prek stalnih strokovnih skupin za predšolske otroke, šolarje in neonatologijo, ki jih je imenoval RSK za pediatrijo. Ta telesa skrbijo za zdravje mladih iz organizacijskega, svetovalnega, izobraževalnega in strokovno doktrinarnega zornega kota. Aprila 2005 je bila v okviru Združenja za pediatrijo ustanovljena Sekcija za ambulantno pediatrijo, ki bo povezovalno telo z EU združenjem ambulantnih pediatrov.

Primarna pediatrija nujno potrebuje osrednjo institucijo, ki bo pod pristojnostjo MZ. Namen institucije je omogočiti ko-

ordinacijo strokovnega dela, izobraževanja in raziskovanja, njen cilj pa je, da se vzpostavi strokovni nadzor na horizontalni ravni in omogoči učinkovito zastopanje interesov primarne pediatrije, po strokovni in organizacijski plati pri sodelovanju z različnimi sektorji in mednarodnimi institucijami.

Na osnovi štirih, zgoraj opisanih vidikov strategije razvoja primarne pediatrije so bile oblikovane njene prednostne naloge:

- uresničitev akcijskega plana razvoja pediatrije na primarni ravni z izdelavo mreže pediatrov po vsej deželi;
- realizacija 24-urnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov s postavitvijo DCOM;
- postavitve centralne institucije za otroke in mladostnika;
- računalniška podpora za delo pediatra;
- uvajanje učnih delavnic za stalno podiplomsko izobraževanje pediatrov;
- postavitve mreže mentorjev učnih baz za izobraževanje študentov in specializantov;
- imenovanje zdravnikov koordinatorjev za kontrolo izvedbe preventivnih programov in kurative po projektnem sistemu;
- imenovanje mentorjev za stalno osebno izobraževanje pediatrov.

Zaključki

Dobrobit naših varovancev mora biti izhodišče strategije zdravstvene politike. Kar zadeva organizacijo primarne pediatrije, pediatri kot odvetniki naših otrok pozivamo na zdravstveno politiko, naj se izogne odločitvam, v katerih ne bo upoštevana ta osnovna premisa (8).

Država mora z zakonskimi akti natančno opredeliti mesto pediatra na primarni ravni, v nacionalnem programu pa mora MZ z akcijskim planom in mrežo po vsej državi zagotoviti strokovno dostopno in pravično zdravstveno varstvo za otroško populacijo do 19. leta starosti.

Strokovno edino sprejemljivo je, da za otroka tako v boleznih kot v zdravju skrbi en zdravnik – pediater.

Ko bodo poleg pediatrov in ginekologov tudi zdravniki za obravnavo odrasle populacije v celoti specialisti, bomo na osnovni ravni imeli najkvalitetnejši kader za obravnavo naših varovancev.

Slovenski pediatri Ministrstvu za zdravje RS dajemo pobudo, da organizacijsko shemo osnovnega zdravstvenega varstva glede na vrsto strokovnjakov, ki so nosilci timov, predstavimo drugim evropskim državam kot model za najbolj kakovostno in – tako kratko- kot tudi dolgoročno – najracionalnejšo obravnavo naših varovancev.

Viri

1. <http://hfabd.who.dk>
2. World Health Chart 2004 www.gapminder.org
3. Neubauer D, Vidmar I. Poročilo o letni konferenci CESP. ISIS 2004, XIII: 101–2.
4. Health Council of the Netherlands. European primary care. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2004; publication no. 2004/20E.
5. Zapisnik 23. seje OZZ pri ZZZS dne 12. 2. 2004, sklep št. 86/23-2004.
6. Bracar P, Plevnik-Vodušek V, Truden Dobrin P, Šoštarčič-Likar K, Seher-Zupančič M. Predlog akcijskega plana razvoja zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov na primarni ravni. Slovenska pediatrija 2004; 11: 127–39.
7. Bizjak R, Bracar P, Cetin-Lovšin I, Kolarič D, Lušič-Drobnič M, Lužnik Z, Macedoni-Lukšič M. Akcijski plan razvoja zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov na sekundarni ravni. Slovenska pediatrija 2005; 2: 74–99.
8. Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrlich J. Demography of pediatric primary care in Europe: Delivery care and training. Pediatrics 2002; 109: 788–96.