



Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju otrok in mladostnikov

Ocena potreb

Avtorji so navedeni pri posameznih poglavjih.

Gradivo ni lektorirano

Ljubljana, avgust 2016

»Ta dokument je nastal s finančno podporo Norveškega finančnega mehanizma. Za vsebino tega dokumenta je odgovoren izključno Nacionalni inštitut za javno zdravje in zanj v nobenem primeru ne velja, da odraža stališča nosilca Programa Norveškega finančnega mehanizma.«

KAZALO

SEZNAM KRATIC.....	5
1. O PROJEKTU.....	6
2. CILJI V ZDRAVJU OTROK IN MLADOSTNIKOV TER UREDITEV PREVENTIVNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	8
2.1. UVOD	8
2.2. IZHODIŠČA ZA NADGRADITEV PREVENTIVNEGA PROGRAMA	9
2.3. IZVAJANJE PREVENTIVNIH PROGRAMOV V ZDRAVSTVENEM VARSTVU OTROK IN MLADINE DO 19. LETA	11
2.4. OPIS PROBLEMSKEGA STANJA NA PODLAGI UGOTOVITEV PREDHODNIH ANALIZ IN POROČIL	14
2.4.1. DOSTOPNOST PREVENTIVNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA.....	14
2.4.2. PREVENTIVNI PROGRAM, CILJI IN VSEBINE	15
2.4.3. IZVAJANJE PREVENTIVNEGA PROGRAMA, VRZELI, PRILOŽNOSTI ZA IZBOLJŠAVE	17
2.4.4. DELEŽNIKI NA PODROČJU ZDRAVJA OTROK IN MLADINE.....	20
3. OCENA POTREB NA PODROČJU PREVENTIVNIH PREGLEDOV OTROK IN MLADOSTNIKOV	22
3.1. UVOD	22
3.2. NAMEN IN CILJI	25
3.3. METODE DELA (AKTIVNOSTI, VZORČENJE V KVALITATIVNI RAZISKAVI)	26
3.4. PREDSTAVNIKI, ORGANIZACIJE IN ZDRUŽENJA UPORABNIKOV PREVENTIVNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	32
3.4.1. Fokusne skupine - starši otrok o preventivnem zdravstvenem varstvu	32
3.4.2. Fokusne skupine - mladi o preventivnem zdravstvenem varstvu	46
3.4.3. Fokusne skupine – ranljivi mladi o preventivnem zdravstvenem varstvu	53
3.4.4. Fokusne skupine in intervjuji - mentorji v Projektnem učenju mladih (PUM) o preventivnem zdravstvenem varstvu	57
3.4.5. Fokusne skupine in intervjuji - socialni delavci iz Centrov za socialno delo o preventivnem zdravstvenem varstvu	62
3.5. STANOVSKA IN STROKOVNA ZDRUŽENJA, REPUBLIŠKI STROKOVNI KOLEGIJI - RSK ZA PEDIATRIJO, RSK ZA JAVNO ZDRAVJE, ZBORNICE POSAMEZNIH STROK OZIROMA POKLICNIH SKUPIN	65

3.5.1.	Specialisti pediatrije, šolske medicine	65
3.5.2.	Klinični psihologi	69
3.5.3.	Diskusijske skupine s strokovnjaki javnega zdravja	70
3.5.4.	Patronažne sestre	71
3.6.	ODLOČUJOČE JAVNOSTI NA PODROČJU JAVNEGA ZDRAVJA OTROK IN MLADOSTNIKOV, PRIMARNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA OTROK IN MLADOSTNIKOV, PREDSTAVNIKI IZVAJALCEV, ZZZS, USTANOVITELJEV, LOKALNE SKUPNOSTI	73
3.6.1.	Intervju na Ministrstvu za zdravje RS.....	73
3.6.2.	Intervju na Zavodu za šolstvo RS, Ministrstvu za šolstvo, znanost in šport RS.....	75
3.6.3.	Intervju na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije	77
4.	OCENA POTREB NA PODROČJU VZGOJE ZA ZDRAVJE ZA BODOČE STARŠE	79
4.1.	TEMELJNA IZHODIŠČA IN ORIS STANJA NA PODROČJU VZGOJE ZA ZDRAVJE ZA BODOČE STARŠE	79
4.2.	VZGOJA ZA ZDRAVJE V NOSEČNOSTI, OBPORODNEM IN POPORODNEM OBDOBJU – OCENA POTREB NOSEČNIC IN MAMIC	82
4.3.	VZGOJA ZA ZDRAVJE V NOSEČNOSTI, OBPORODNEM IN POPORODNEM OBDOBJU – OCENA POTREB RANLJIVE, POSEBNE, PRIKRAJŠANE, MARGINALIZIRANE SKUPINE IN POSAMEZNICE TER POSAMEZNIKI IN SKUPINE, POSAMEZNICE IN POSAMEZNIKI Z DODATNIMI, POSEBNIMI POTREBAMI	92
4.4.	OBVEŠČANJE PATRONAŽNE SLUŽBE O ODPUSTU OTROČNICE IN NOVOROJENČKA	94
5.	ZAKLJUČKI – PRIPOROČILA	96
	Ugotovitve in priporočila (primarno zdravstveno varstvo).....	97
	Literatura.....	99
6.	LITERATURA	105

SEZNAM KRATIC

BPI	Baza podatkov o izvajalcih
CSD	Center za socialno delo
DMS	Diplomirana medicinska sestra
IVZ	Inštituta za varovanje zdravja
JZS	Javna zdravstvena služba
LDN	Letni delovni načrt
MZ	Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije
MZŠŠ	Ministrstvo za znanost, šolstvo in šport
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
OŠ	Osnovna šola
PEF MB	Pedagoška fakulteta, Univerza v Mariboru
POM	Program za otroke in mladino
PUM	Projektno učenje za mlajše odrasle
PZVOM	Preventivno zdravstveno varstvo otrok in mladine
RSK	Razširjeni strokovni kolegij
SB	Sladkorna bolezen
SGTŠ	Srednja gostinska in turistična šola
SŠ	Srednja šola
SWOT	strengths, weaknesses, opportunities, and threats
UKC LJ	Univerzitetni klinični center Ljubljana
UKC MB	Univerzitetni klinični center Maribor
ZPND	Zakon o preprečevanju nasilja
Zubst	Zbirka podatkov o »obiskih in naporitvah« v zunajbolnišničnem zdravstvenem varstvu
ZV	Zdravstvena vzgoja
ZVOM	Zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov
ZZS	Zdravniška zbornica Slovenije
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

1. O PROJEKTU

Zdravje je ena izmed temeljnih človekovih pravic in pomembna vrednota tako za posameznika, kot za družino in celotno družbo. V sistemu zdravstvenega varstva imajo vsi prebivalci na razpolago več preventivnih programov, ki so dostopni vsem, ne glede na socialni in ekonomski položaj posameznika.

Zdravstveno stanje celotne populacije se je v zadnjih desetletjih precej izboljšalo. Kljub temu pa ostajajo neenakosti v zdravju, saj so opazne razlike v zdravju posameznikov iz različnih socialno-ekonomskih skupin, pri čemer se zdravje skupin z višjim socialno-ekonomskim položajem izboljšuje hitreje. Projekt »Za boljše zdravje in zmanjševanje neenakosti v zdravju«, s krajšim imenom »Skupaj za zdravje« je potekal v sodelovanju s tujimi strokovnjaki iz Norveškega inštituta za javno zdravje in slovenskimi strokovnjaki v preventivnem zdravstvenem varstvu, predstavniki strokovnih združenj in izvajalci zdravstvene dejavnosti.

Dolgoročni cilji projekta so bili usmerjeni v zmanjševanje pojavljanja kroničnih nenalezljivih bolezni, povezanih z življenjskim slogom; v okviru projekta so bili razviti novi pristopi in programi v preventivnem zdravstvenem varstvu otrok in mladostnikov ter na področju preprečevanja in zmanjševanja bremena kroničnih nenalezljivih bolezni pri odrasli populaciji. Izdelana je bila ocena potreb z vidika uporabnika, ranljivih in prikrajšanih skupin ter vrzeli v ureditvi in izvajanju preventivnih dejavnosti, nove intervencije in pristopi so bili pilotno testirani na izbranih mestnih in podeželskih lokacijah. Z izvedenimi aktivnostmi v projektu smo okrepili zmogljivosti zdravstvenega sistema na primarni ravni ter z učinkovitejšim medsektorskim povezovanjem z drugimi relevantnimi sektorji oblikovali nove pristope za zmanjševanje neenakosti.

Vsebinsko je bil projekt razdeljen na dva sklopa, in sicer: delovni sklop 1 zajema področje preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov, vključno z vzgojo za zdravje za otroke, mladostnike, nosečnice in starše ter delovni sklop 2, ki zajema področje preprečevanja in zmanjševanja bremena kroničnih bolezni pri odraslih. Iz te razdelitve so tudi razvidni poglobljeni rezultati projekta, strokovne podlage za nadgrajeni preventivni program v zdravstvenem varstvu otrok in mladostnikov ter model za integrirano obravnavo in preprečevanje najpogostejših kroničnih bolezni pri odraslih.

Otroci in mladostniki v različnih okoljih morajo imeti zagotovljene optimalne pogoje za zdrav razvoj vse od rojstva naprej. Na podlagi podatkov izvedenih raziskav opazamo, da se neenakosti v zdravju šoloobveznih otrok povečujejo, saj so otroci in mladostniki iz družin z nižjim socialno-ekonomskim statusom bolj podvrženi različnim oblikam tveganega vedenja. Zato je posebna pozornost namenjena ranljivim ciljnim skupinam, razvoju dobrih praks in učinkovitega medsektorskega sodelovanja. Ukrepi za doseglo glavnega cilja na področju delovnega sklopa 1 – nadgradnja programa preventivnega zdravstvenega varstva za otroke in mladostnike, so bili usmerjeni v:

- sprejetje in izvajanje učinkovitih intervencij za zdravje otrok,
- pravičen dostop do kakovostnih zdravstvenih storitev za vse otroke,
- krepitev podpore, ki jo zdravstveni sistem nudi otrokovemu zdravju,

- zagotavljanje vključenosti skupnosti za izboljšanje zdravja otrok.

Osnovo za načrtovanje izboljšav preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov ter pristopov za zmanjševanje neenakosti v zdravju je predstavljala ocena potreb. V oceno potreb je bila vključena analiza podatkov in informacij pridobljenih z različnimi metodami raziskovanja, ocena potreb ranljivih ciljnih skupin ter vidik in izkušnje končnih uporabnikov.

Na podlagi ocene potreb smo razvili modele in pristope s poudarkom na promociji zdravja ter preprečevanju in zgodnjem odkrivanju morebitnih težav. V sodelovanju z norveškim projektnim partnerjem smo razvili nacionalne kazalnike, kateri predstavljajo glavno orodje za spremljanje in evalvacijo preventivnih programov na področju zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov.

V izbranih mestnih in podeželskih okoljih smo pilotno testirali nove modele in orodja. Pilotno testiranje je bilo izvedeno tudi za področje vsebin vzgoje za zdravje s poudarkom na ranljivih ciljnih skupinah. Praktične izkušnje, ki smo jih pridobili preko pilotnih testiranj novih modelov in pristopov, smo analizirali in jih uporabili za izdelavo strokovnih podlag za nadgradnjo programa preventivnega zdravstvenega varstva.

V okviru projekta so bila pripravljena tudi orodja za krepitev zmogljivosti javnega zdravja, oblikovane so bile vsebine novih tečajev iz javnega zdravja, s poudarkom o neenakostih v zdravju za izvajalce zdravstvenega varstva, strokovne sodelavce in odločevalce.

Cilj projekta je bila posodobitev preventivnega zdravstvenega varstva za otroke in mladostnike z novimi programi, orodji in intervencijami s poudarkom na zmanjševanju neenakosti in zmanjševanju ogroženosti za kronične nenalezljive bolezni, pri čemer sta bila uporabljena pristop vseživljenjske perspektive in koncept mladim prijazne zdravstvene službe. V projektu so bili razviti in pilotsko testirani pristopi in orodja za prepoznavo in učinkovito obravnavo ranljivih in prikrajšanih ter večjo vključenost otrok in mladih v preventivni program. Cilj projekta je bila tudi izgradnja zmogljivosti in okrepitev zdravstvenega sistema na primarni ravni z novimi programi izobraževanja in usposabljanja.

2. CILJI V ZDRAVJU OTROK IN MLADOSTNIKOV TER UREDITEV PREVENTIVNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

Avtorice poglavja: Sonja Paulin, Polonca Truden-Dobrin, Mateja Rok Simon

2.1. Uvod

Zdrav začetek življenja in skrb za zdravje otrok in mladostnikov se uvršča med temeljne zdravstvene cilje. Zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov je potrebno dograjevati, saj se s spremembami v družbenem okolju in življenjskem slogu pojavljajo drugačni nevarnostni dejavniki za njihovo zdravje ter nova obolevnost. Prednostni cilji razvoja pediatričnega varstva na primarni ravni v evropskih državah so ob zagotavljanju dosežene ravni kakovosti zdravstvenega varstva usmerjeni v zmanjševanje razlik in odpravljanje neenakosti v zdravju. Zdravje otrok in mladostnikov, zaščita ranljivih mladostnikov, otroku in družini ter mladostniku prijazna organizacija zdravstvene dejavnosti so obravnavani v mednarodnih dokumentih v kontekstu varovanja otrokovih pravic in zagotavljanja otroku in mladostniku prilagojene zdravstvene dejavnosti. Spremenjenim zdravstvenim potrebam prilagojeno zdravstveno varstvo je vse pomembnejše tudi zaradi trendov nezdravih izbir življenjskega sloga, stresa in kroničnih bolezni v odraslem obdobju.

Družbene neenakosti se odražajo tako v zdravju populacijskih skupin kot v dostopnosti in uporabi zdravstvenih storitev. Še posebej je pomemben vpliv socialnih in okoljskih determinant v prvih letih življenja na otrokovo bodoče zdravje in druge izide, ki določajo dobrobit posameznika. Pomembno vlogo pri njihovem zmanjševanju ima **preventivno zdravstveno varstvo** z ustreznimi programi, dostopnimi celotni populaciji, deležni jih morajo biti še posebej ogrožene in prikrajšane skupine. Sodobno in odzivno zdravstveno varstvo s poudarkom na preventivnem delovanju, je močna podpora staršem, da omogočijo otrokom zdrav začetek, zdravo rast in razvoj v otroštvu in mladostniškem obdobju, kot tudi vsem deležnikom na področju zdravja otrok in mladostnikov, da izboljšajo svoje delovanje.

Kakovostno zdravstveno varstvo na primarni ravni ter zagotavljanje pogojev za zdravo življenje otrok, mladostnikov v vseh razvojnih obdobjih in različnih okoljih so cilji, ki jih opredeljujejo temeljni dokumenti, zakonodaja EU in Slovenije (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Zakon o zdravstveni dejavnosti, Uradni list RS, št. 9/92) ter Program za otroke in mladino (POM) 2006-2016 z Akcijskimi načrti, Strategija Republike Slovenije za zdravje otrok in mladostnikov v povezavi z okoljem 2012-2020, druge z zdravjem povezane strategije in programi. Preventivno zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov ureja **Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni** (Ur.l. RS, št. 19/1998, 47/1998, 26/2000, 67/2001, 33/2002, 37/2003, 117/2004, 31/2005, 83/2007, 22/2009, nadaljevanju Pravilnik), ki predpisuje obseg in vsebino preventivnih dejavnosti ter organiziranost varstva, izvajalce ter normative, ki naj bi bili osnova za načrtovanje zdravstvenega varstva otrok in mladine do 19. leta. **Preventivno zdravstveno varstvo otrok in mladine (PZVOM)** obsega programe v zdravstvenem varstvu za novorojenčke, dojenčke in otroke do dopolnjenega 6. leta starosti, šolske otroke in mladino do dopolnjenega 19. leta ter vzgojo za zdravje za otroke in mladostnike ter starše, vključno s šolo za bodoče

starše. Pravilnik določa tudi pristojnosti za načrtovanje, urejanje pogojev za uspešno izvedbo, spremljanje izvajanja in poročanje.

V zadnjih letih je bilo podanih več pobud, da bi odpravili pomanjkljivosti in Pravilnik posodobili. Z namenom vzpostaviti pogoje za izboljšave preventivnih programov v zdravstvenem varstvu otrok in mladine, odpraviti vrzeli ter prispevati k zmanjšanju razlik med skupinami ter med območji, se s projektom nadaljuje priprava izhodišč za prenovo in standardizacijo programov v preventivnem zdravstvenem varstvu. Vodilo je tudi izgradnja trajnostnega sistema in zmogljivosti ter ustrežnejša razporeditev virov na področju varovanja zdravja otrok in mladostnikov. Cilj predefiniranega projekta Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) v okviru Norveškega finančnega mehanizma (2013-2016) so pripravljene podlage in predlog novele Pravilnika s preoblikovanjem programa za otroke in mladino v državni program.

2.2. Izhodišča za nadgraditev preventivnega programa

Da bi omogočili otrokom in mladostnikom doseganje njihovega polnega potenciala za zdravje, razvoj in blagostanje ter zmanjšali breme izogibljive obolevnosti in umrljivosti, so usmeritve Evropske strategije za zdravje in razvoj otrok in mladostnikov¹ naslednje:

- Privzem in implementacija učinkovitih intervencij za otrokovo in mladostnikovo zdravje.
- Enaka dostopnost do kakovostnih zdravstvenih storitev za vse otroke in mladostnike.
- Krepitev podpore, ki jo nudi zdravstveni sistem za otrokovo, mladostnikovo zdravje (ocene izvajanja, kakovosti storitev, supervizija in spremljanje, razvoj kadrov, usposabljanje).
- Zagotavljanje podpore skupnosti pri izboljševanju zdravja otrok in mladostnikov.

V procesu, ki vodi do enakih možnosti za zdravje, naj bodo uporabljena štiri vodilna načela:

- vseživljenjski pristop, od prenatalnega obdobja do mladostništva in odrasle dobe,
- enakost: posebej upoštevati potrebe prikrajšanih,
- medsektorsko delovanje,
- sodelovanje ciljnih skupin - javnost in mladi naj bodo vključeni v nastajanje, izvajanje in spremljanje politik in storitev.

Od sprejema Evropske strategije za zdravje in razvoj otrok in mladostnikov leta 2005, katere cilji so še naprej relevantni, so se na dokazih utemeljene osnove za akcijo in prakso - posebej v povezavi z razvojem v zgodnjih letih, na pravicah utemeljeni pristopi ter socialne determinante zdravja in neenakosti v zdravju od spočetja do zaključka adolescence - pomembno povečale z objavo Evropske strategije Health 2020 in zbranih dokazov, s katerimi je podprta. Strategija:

- je usmerjena k pristopu vseživljenjske perspektive,

¹ Strategy for Child and Adolescent Health and Development in the WHO European Region; Investing in children and adolescents – better health throughout life (rev. 2013)

- je podprta z dokazi,
- uporablja pristop zdravstvenega sistema,
- je oblikovana s partnerstvom in posvetovanjem,
- temelji na otrokovih pravicah.

Za zagotovitev uspešnih izidov so državam priporočeni naslednji koraki:

- Pregledati/razviti/posodobiti nacionalne programe za otroke in mladostnike v skladu z novejšimi dokazi.
- Spodbujati multisektorske pristope za zdravje otrok in mladostnikov.
- Vključevati otroke in mladostnike v načrtovanje in razvoj.
- Zagotoviti vključitev enakosti in vidikov spolov v načrtovanje in implementacijo.
- Razviti medsektorske akcijske načrte, ki so ovrednoteni in imajo zagotovljena sredstva.
- Zagotoviti prisotnost ustreznih sistemov za spremljanje.

Za dejavnosti preventivnega zdravstvenega varstva je priporočeno večanje dostopnosti z vseh vidikov in organizacija dejavnosti s približevanjem služb in storitev uporabnikom – otrokom, mladostnikom, njihovim staršem, bodočim staršem in okolju, kjer živijo, se šolajo. Pri uvajanju izboljšav je potrebno upoštevati vidik uporabnika in zagotoviti vključevanje uporabnikov - zlasti tistih, ki so najbolj ranljivi - v ocenjevanje potreb in procese načrtovanja.

Temeljni okvir za načrtovanje sprememb je javno zdravje otrok in mladostnikov. Prenova zdravstvenega varstva pomeni izvedbo sistematičnih sprememb v dejavnosti na primarni ravni in zdravstvenem sistemu, **da se izboljšajo kakovost, učinkovitost in uspešnost zdravstvene obravnave.** Utemeljena je dopolnitev sedanjih pristopov in programov za zgodnje odkrivanje ogroženih ter učinkovite intervencije, kot tudi dograditev preventivnega zdravstvenega varstva z osredotočenjem na zmanjševanje neenakosti in izgradnjo zmogljivosti na področju javnega zdravja otrok in mladostnikov.

Izboljšanje zdravja in zmanjševanje socialnega gradienta v zdravju ni izključno odgovornost zdravstvenega sektorja, marveč zahteva medresorno sodelovanje, vsevladno ukrepanje in sodelovanje skupnosti. Močne mreže z drugimi strokovnjaki, ki tesno sodelujejo za zdravje otrok, vodijo k boljšemu razumevanju, kaj je mogoče storiti za spodbujanje zdravja in učinkovitejše delovanje. Za doseganje teh ciljev so potrebni sodelovanje deležnikov, strokovnjakov ter izboljšani mehanizmi medsektorskega in medinstitucionalnega sodelovanja na vseh ravneh.

Cilji predlaganih izboljšav v sistemu preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov so:

- večja dostopnost in kakovostno preventivno zdravstveno varstvo za otroke in mladostnike z razvojem integriranih modelov preventivnega zdravstvenega varstva,
- razvite strategije in programi v okviru PZVOM za ranljive in ogrožene skupine ,
- razvoj in učinkovita raba virov zdravstvenega sistema
- razvoj spremljanja in upravljanja preventivnih programov z javnozdravstvenega vidika.

Potrebno je razviti spremljanje izvajanja za potrebe državne in regijske koordinacije preventivnega programa in povečati dostopnost informacij o preventivnem zdravstvenem varstvu za odločevalce, strokovno javnost in uporabnike. Informacijska podpora PZVOM naj zagotavlja epidemiološko spremljanje razvoja in zdravja otrok in mladih, izvajanja in učinkovitosti intervencij in programov, vidik izmenjave podatkov za potrebe kliničnega dela, spremljanje kazalcev kakovosti in vrednotenje programov ter zagotavljanje podatkov in informacij za različne deležnike.

Priprava izhodišč za prenovu preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov poteka na podlagi presoje z naslednjih vidikov:

- zdravje in zdravstvene potrebe,
- dostopnost: razlike med posamezniki, skupinami, območji,
- nepravilne razlike, zmanjševanje neenakosti,
- kakovostno in z dokazi podprto zdravstveno varstvo,
- vidik uporabnika,
- vidik lokalnega okolja,
- uporaba virov, ekonomski vidik.

2.3. Izvajanje preventivnih programov v zdravstvenem varstvu otrok in mladine do 19. leta

S ciljem, da je vsakemu otroku zagotovljeno celovito, dostopno, kakovostno in učinkovito preventivno zdravstveno varstvo, Pravilnik predpisuje obseg in vsebino preventivnih dejavnosti ter organiziranost varstva, izvajalce in normative, ki naj bi bili osnova za načrtovanje zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov do dopolnjenega 19. leta. Pravilnik določa program sistematičnih preventivnih pregledov s presejalnimi testiranjimi, obvezno in priporočeno cepljenje, vrste namenskih preventivnih pregledov, timsko obravnavo, medicinsko svetovanje ter programirano zdravstveno vzgojo glede na značilnosti posameznih razvojnih obdobji. Pravilnik (Navodilo) določa tudi načrtovanje in spremljanje izvajanja preventivnega programa ter urejanje pogojev za uspešnejšo izvedbo.

Za zagotavljanje pravic in ohranjanje kakovostnega zdravstvenega varstva predšolskih otrok, šolskih otrok in mladostnikov je potrebna ustrezna mreža javne zdravstvene službe, ki jo na primarni ravni določajo in zagotavljajo občine na podlagi kadrovskih standardov in normativov, oblikovanih na osnovi izvedljivosti preventivnega programa in obremenitve s kurativnim delom. Pravilnik naj bi odražal načelo, da je zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov v Sloveniji organizirano po principu dobre kadrovske in lokalne dostopnosti ter prepoznavnosti službe na vseh ravneh zdravstvenega varstva, prilagojeno potrebam te populacijske skupine. V letu 2013 je Zdravstveni svet pri vladi RS potrdil nove normative za področje pediatrije na primarni ravni ter dejavnost splošne in družinske medicine, z objavo v dokumentu **Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji, 2013.**²

² V povprečju ima en pediatrični kurativni tim opredeljenih 2200 oseb, kar glede na starostno strukturo opredeljenih predstavlja 2800 glavarinskih količnikov. To presega ciljni strokovni normativ, 1500 glavarinskih količnikov na izbranega zdravnika. V

V Sloveniji je v letu 2012 prebivalo okrog 395.100 otrok in mladostnikov do 19 let, kar je 19% prebivalstva. Populacijska skupina 0-14 let je v letu 1990 predstavljala 21% prebivalstva, z zmanjševanjem rojstnih kohort pa se je delež znižal na 18% v letu 1995 in od leta 2005 dalje znaša okoli 14% prebivalstva. V letu 2012 je bilo otrok mlajših od 5 let okrog 110.300, med 5-14 let 185.200 in mladostnikov 15-19 let okrog 99.600 (4,9%). Mladi 15-24 let so predstavljali 11% prebivalstva.

Ob manjšem številu otrok v rojstnih letnikih se je število obiskov otrok in mladostnikov od 0 do 19 let v zdravstvenih službah na primarni ravni pomembno zmanjšalo, vendar ostaja število prvih obiskov od 0 do 19 let v otroških dispanzerjih nespremenjeno in dosega okrog 600.000 obiskov letno, obisk otrok in mladih v šolskih dispanzerjih in ambulantah splošne oz. družinske medicine pa se je zmanjševal. V desetletnem obdobju se je stopnja prvih kurativnih obiskov otrok in mladostnikov v dispanzerjih za otroke značilno povečala, **kar odraža tako obolevnost in zdravstvene potrebe kot povpraševanje, koriščenje zdravstvenega sistema in zahteve po zdravstvenih storitvah.**

V letu 2012 je bilo po podatkih zdravstvene dejavnosti na primarni ravni 378.600 preventivnih obiskov otrok in mladih do 19. let. Opravljenih je bilo 90.783 preventivnih pregledov pri 22.004 dojenčkih do 1. leta. Izbrani zdravniki so opravili okrog 250.100 preventivnih obiskov otrok od 0 do 5 let, 106.400 obiskov otrok od 6 do 14 let in 22.000 obiskov od 15 do 19 let. Okrog 0,6% vseh preventivnih obiskov so izvedli v ambulantah družinske oz. splošne medicine.

Otroci in mladostniki povprečno trikrat letno (mlajši otroci 5-krat, starejši otroci in mladostniki 2,5-krat) iščejo zdravniško pomoč pri izbranem zdravniku, najpogosteje zaradi bolezni dihal, infekcijskih bolezni ter poškodb in zastrupitev, pri zdravniku specialistu pa so obravnavani predvsem zaradi kroničnih bolezni kože, bolezni dihal in bolezni oči, mladostniki tudi zaradi mišičnokostnih bolezni. Letno je v bolnišnicah okrog 60.000 obravnav otrok in mladostnikov, največ zaradi bolezni dihal, stanj, ki izvirajo v perinatalnem obdobju ter poškodb in zastrupitev. Od kroničnih bolezni so v ospredju in v porastu alergijske bolezni (7% vzrokov za obisk in 3% bolnišničnih obravnav), predvsem astma (prevalenca: 14% prvošolcev). V porastu je npr. sladkorna bolezen tip 1 (SB tip 1), saj se število novoodkritih mladih bolnikov vsako leto poveča za okrog 4%.³ Ugotavljajo tudi porast SB tip 2, ki predstavlja, podobno kot v nekaterih razvitih državah, že polovico novih primerov SB pri mladih. Podatki o hitri rasti deleža otrok in mladostnikov s čezmerno telesno težo in debelostjo, kot tudi med odraslim prebivalstvom, opozarjajo na potrebno **učinkovito primarno preventivo za izboljšanje življenjskega sloga, predvsem na področju zdrave prehrane in redne telesne dejavnosti.**

Tako kot v drugih evropskih državah, tudi pri nas otroci po prvem letu starosti in mladostniki najpogosteje umirajo zaradi poškodb in zastrupitev. To pomeni, da zaradi poškodb vsako leto izgubimo 11 otrok in 25 mladostnikov, hospitaliziranih pa jih je skupaj več kot 4.500.

prehodnem obdobju 2014 – 2018 se uporabi kot zgornja meja za opredeljevanje 1500 opredeljenih oseb/tim ali 2000 glavarinskih količnikov/tim.

³ Incidenca SB tip1 v starosti od 0 do 14 let 9,5/100.000, letno zbolijo okrog 50-60 otrok in mladostnikov do 18 leta.

V Sloveniji otroke in mladostnike najbolj ogroža promet, ki je glavni vzrok za smrtne poškodbe. Otroci so žrtve v prometu predvsem kot pešci in potniki v avtomobilu, poškodbe v prometu pa so tudi glavni vzrok za sprejem na zdravljenje v bolnišnico. Delež umrlih otrok kot pešcev v prometu se v zadnjem desetletju manjša, problem pa ostaja visoka umrljivost otrok kot potnikov v avtomobilu, ki je izrazita predvsem v starosti 4–5 let. Eden izmed vzrokov je slaba ozaveščenost in kultura varnosti, saj je po podatkih meritev pripetosti z varnostnim pasom v Sloveniji pripetih le 80 % otrok, mlajših od 12 let (Nacionalni program varnosti cestnega prometa 2012), na varno vedenje pa negativno vpliva tudi široka ponudba otroških sedežev in njihova visoka cena. Cenovna dostopnost varnostne opreme je v Sloveniji namreč slabša, kot je v povprečju v državah CSAPII⁴ in prav izdelki, ki zagotavljajo večjo varnost v prometu, npr. avtomobilski otroški sedeži, so med njimi najdražji. Po rezultatih slovenske raziskave tretjina staršev triletnikov, ki nikoli ne uporabljajo avtomobilskega otroškega sedeža, navaja kot vzrok previsoko ceno sedeža, kar kaže na socialno ekonomsko (SE) neenakost v dostopnosti do varnostne opreme (Rok Simon, 2013).

Poleg prometnih nezgod mlajše otroke ogrožajo še utopitve, zadužitve in padci, starejše otroke in mladostnike pa padci, utopitve in zastrupitve. Večina poškodb mlajših otrok se zgodi doma ali v bližini doma. SE položaj družine je pomemben dejavnik tveganja za padce otrok, saj revnejše družine živijo v gosto naseljenih in z vidika varnosti manj urejenih bivalnih okoljih (WHO 2007) in v nižjem deležu uporabljajo varnostno opremo, otroke slabše nadzorujejo, imajo pa tudi slabšo dostopnost do zdravstvene službe (Engstrom in sod. 2002; Mock in sod. 2002). To potrjujejo rezultati slovenske raziskave, ko je uporaba avtomobilskega sedeža, varoval za okna, ograjice za štedilnik, varno shranjevanje zdravil in nadzorovanje otroka med jedjo manj pogosto v družinah z nižjim SE položajem (Rok Simon, 2013).

Mladostniki se prav tako največkrat poškodujejo zaradi padcev, predvsem v času športnih dejavnosti pa tudi zaradi udarca ob predmet ali s predmetom in udarca ob ali trčenja z drugo osebo. Fantje so zaradi poškodb zdravljeni v bolnišnici trikrat pogosteje kot dekleta, kar se razlaga predvsem s pogostejšim športnim udeleževanjem fantov (Starc in Sila 2007). Poškodbe mladostnikov pri športu in rekreaciji so povezane s SE položajem, saj imajo v Sloveniji večje tveganje za poškodbe mladostniki, ki izhajajo iz družin z najboljšim materialnim stanjem in tisti, ki imajo boljši učni uspeh oz. obiskujejo srednjo šolo z zahtevnejšim programom (^bRok Simon 2011). To ugotavljajo tudi v drugih študijah, med vzroki pa navajajo boljšo dostopnost in s tem izpostavljenost premožnejših mladostnikov do športnih in rekreacijskih dejavnosti zaradi boljše zmožnosti plačila stroškov (Simpson in sod. 2005; Hanson in Chen 2007; Potter in sod. 2005). Temu se pridružuje še vpliv bolj izobraženih staršev, ki s svojim zgledom in z informacijami vplivajo na redno telesno dejavnost mladostnikov (Hanson in Chen 2007). Tudi pri nas je med tistimi, ki se redno rekreirajo, več mladostnikov z višjim SE položajem, več bolje izobraženih odraslih ter tistih z višjimi prihodki (Drev 2011; Starc in Sila 2007).

Za otroke in mladostnike so značilne zdravstvene težave, povezane z značilnostmi rasti in razvoja, skupine ter načina življenja, ki vplivajo na njihovo telesno, duševno, socialno zdravje. **Poleg klasičnih bolezn** in

⁴Države, ki so sodelovale v evropskem projektu Child Safety Action Plan II (2007–2009): Avstrija, Belgija, Ciper, Češka, Estonija, Finska, Francija, Nemčija, Grčija, Madžarska, Islandija, Irska, Izrael, Italija, Latvija Litva, Luksemburg, Malta, Nizozemska, Severna Irska, Portugalska, Škotska; Slovenija, Španija, Švedska, Wales.

stanj je aktualna nova obolenost, ki jo predstavljajo tvegana vedenja, nezdrav življenjski slog in problemi duševnega zdravja. Poleg vplivov družbenih dejavnikov se izpostavlja tudi okoljska tveganja v povezavi z zdravjem otrok (onesnažen zrak, kemikalije kot motilci hormonskega ravnovesja). Obstaja socialni gradient v zdravju in z zdravjem povezanimi vedenji. Otroci so za zdravstvena tveganja, povezana z vedenji in normami družin ter skupnosti, še posebej ranljivi. Drugačni zdravstveni problemi prinašajo nove zahteve za zdravstvene obravnave. Vpliv življenjskega sloga na zdravje je velik v vseh življenjskih obdobjih, pomembne odločitve glede življenjskega sloga pa se v večji meri kot se zavedamo, oblikujejo v starosti 15 do 24 let. Prehod iz otroštva v odraslo dobo je obdobje, ko se postavljajo temelji za prihodnje življenje posameznika (European Commission, 2000).

2.4. Opis problemskega stanja na podlagi ugotovitev predhodnih analiz in poročil

2.4.1. Dostopnost preventivnega zdravstvenega varstva

Osnovni model izvajanja zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov v Sloveniji temelji na zdravniku pediatru, šolskem zdravniku na primarni ravni, ki je izbrani osebni zdravnik otroka oziroma izbrani zdravnik šole za preventivno zdravstveno varstvo. **Zakon o zdravstvenem varstvu in zavarovanju (UL RS 9/1996)** v 80. členu določa, da je izbrani osebni zdravnik za zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta starosti specialist pediater ali specialist šolske medicine, izjemoma je lahko specialist splošne oz. družinske medicine ali zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem iz zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine. Če je izbrani osebni zdravnik za zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta zdravnik splošne medicine, praviloma pooblasti najbližjega ustreznega specialista pediatra oziroma specialista šolske medicine za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva.

Na področju pediatrije na primarni ravni dela 369 zdravnikov (stanje jan. 2014), od tega 243 specialistov pediatrije ali šolske medicine, ostali so zdravniki z licenco iz družinske ali splošne medicine, pa tudi zdravniki drugih specialnosti ali brez licence. V Sloveniji imamo tri vrste pediatričnih timov:

- ki skrbijo večinoma za predšolske otroke od 0 do 6 let,
- ki opredeljujejo večinoma šolarje od 6 do 19 let,
- mešane predšolsko-šolske time.

Predšolski tim nudi primarno kurativno in preventivno oskrbo populaciji otrok, ki so opredeljeni za nosilca dejavnosti. Šolski timi opravljajo preventivno dejavnost za šolarje določenih šol (so izbrani zdravniki šole), kurativo pa izključno za svoje opredeljene paciente. Pri tipičnem predšolskem ali šolskem timu sta približno dve tretjini delovnega časa namenjeni kurativni, tretjina pa predpisani preventivni dejavnosti. Trenutno je nekaj nad 90% otrok in šolarjev starih 0-19 let opredeljenih pri pediatrih oz. šolskih zdravnikih. V začetku leta 2014 je bilo pri zdravnikih splošne oz. družinske medicine opredeljenih 1,2% otrok 0-6 let in 7,8 % mladih 7-18 let.

Za približevanje zdravstvenim potrebam populacije otrok in mladostnikov je pomemben **cilj zagotoviti dobro in enakomerno dostopnost do specialista pediatrije in specialista šolske medicine kot izbranega osebnega zdravnika oziroma specialista družinske medicine, kjer drugače ni možno, tako s številom zdravnikov kot z dobrim načrtovanjem mreže in organiziranosti dela pediatrije na primarni ravni**. Po podatkih profesionalne demografije je bilo v letu 2009 ocenjeno, da bo več kot polovica vseh zdravnikov, ki delajo na področju zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov, dosegla upokojitveno starost do leta 2025, tako da je pričakovan primanjkljaj zdravnikov v nekaterih regijah, kot tudi medicinskih sester. Čeprav so bili sprejeti ukrepi za odpravo primanjkljaja, je potrebno povečati zmogljivosti in okrepiti kadrovske vire, da bi zagotovili vzdržnost sistema v prihodnje, saj so specializanti namenjeni predvsem za bolnišnične oddelke. **Veliko nevarnost je zaznati v pomanjkanju človeških virov z ustrezno usposobljenostjo in prevladi potreb po kurativnem zdravstvenem varstvu ter velikih obremenitvah z zdravstveno obravnavo starajočega prebivalstva**. Kadrovska preskrbljenost pa je le eden od dejavnikov dostopnosti zdravstvene dejavnosti in potrebno je nasloviti vprašanje, ali je zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov v Sloveniji še organizirano tako, da je zadoščeno večini zahtev dostopnosti, ki so za to dejavnost specifične. **Obravnavati je potrebno vzroke in obseg razlik v dostopnosti med skupinami, področji, izvajalci, še zlasti razlike in neenakosti, ki jih sedanja normativna ureditev dopušča ali celo povečuje**.

2.4.2. Preventivni program, cilji in vsebine

Preventivno zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov do 19. leta (PZVOM) se izvaja v okviru preventivnega programa, ki ga podrobno opredeljuje Pravilnik. Namen je izboljšati telesno, duševno in socialno zdravje otrok in mladostnikov, izboljšati dostopnost z zagotavljanjem enakosti in kakovosti obravnave ter spremljanje kazalnikov zdravja. **Cilji preventivnega programa so spremljanje rasti in razvoja, odkrivanje zdravstvenih problemov in tveganj za zdravje, spodbujanje k zdravemu načinu življenja in preprečevanju tveganega vedenja ter svetovanje staršem in otroku**. Predpisuje sistematično spremljanje rasti in razvoja s presejalnimi testiranj, namenske preventivne preglede, medicinsko svetovanje posamezniku, skupini, instituciji ter programirano zdravstveno vzgojo glede na tveganja, značilna za posamezna razvojna obdobja.⁵

Za zdravje otrok je pomembno **kakovostno prenatalno in obporodno varstvo otroka in matere**, ki ga zagotavlja dobro sodelovanje službe za zdravstveno varstvo žensk, porodnišnice, patronažne službe in dispanzerja za otroke.⁶

⁵ Pregled obsega anamnezo, presejalna testiranja, somatski status, laboratorijske preiskave, oceno kontraindikacij za cepljenje, zdravstveno vzgojo, predpisana cepljenja in zaključek pregleda z ovrednotenjem ugotovljenih stanj, napotitvami in ustrezno dokumentacijo. Ob pregledih se opravijo antropometrične meritve (teža, višina oziroma dolžina, obseg glave), ocena vida in sluha, Denverski razvojni test, klinični status in ocena razvojnega nevrološkega statusa glede na vsebine, določene za posamezno starost. Obvezna in priporočena cepljenja vsako leto opredeljuje Program imunoprofilakse in kemprofilakse.

⁶ Dojenčka v prvem letu življenja 5-krat pregleda zdravnik pediater, pri čemer opravi razvojna testiranja, presejalne teste in predpisana cepljenja. Preventivno varstvo obsega pet sistematičnih pregledov v prvem letu (1., 3., 6., 9., 12. mesec) v posvetovalnici za dojenčke in namenski pregled v 2. mesecu za spremljanje rasti in spodbujanje dojenja. Predšolski otroci so sistematično pregledani v 18. mesecu, 3. in 5. letu. Pred vstopom v vrtec so opravi namenski preventivni pregled, če ne sovпада s sistematičnim pregledom; podobno je dogovorjeno za pregled pred vstopom v šolo pri 5. letu. Od otrokovega 3. leta dalje se izvaja program zobozdravstvene preventive.

Otroku do starosti 6 let pripada 11 sistematičnih pregledov (2 pregleda pri novorojenčku, 8 pregledov od 1. meseca do 5. leta ter pregled pred vstopom v šolo) **in vsaj še 5 namenskih preventivnih pregledov ter cepljenje po programu. Od vstopa v šolo do 19. leta pripada šolarju oz. mladostniku 7 sistematičnih pregledov in vsaj še 3 namenski preventivni pregledi, timska obravnava zaradi poklicnega svetovanja v zaključnem razredu osnovne šole ter cepljenje po programu, z uvedbo HPV cepljenja deklic pa še 2 dodatna stika.** Sistematične preglede se izvaja v 1., 3. in 6. razredu, pregled z medicinskim poklicnim svetovanjem v 8. razredu devetletke. Otroci v prilagojenih programih izobraževanja so pregledani vsako leto, prav tako otroci, ki so obravnavani v razvojnih ambulantah. Preventivni program izvaja izbrani zdravnik šole, ki je lahko otrokov izbrani zdravnik. Šola organizira udeležbo v skupini, za razrede. Seznam obveznikov pripravljajo šole na podlagi vsakoletnega vpisa in **sedanji mehanizmi ne zagotavljajo preventivnega zdravstvenega varstva mladostnikom, ki niso vključeni v redno srednješolsko izobraževanje.**

Pomemben kazalnik dostopnosti zdravstvenega varstva je izvedba preventivnega programa ob času, ki je predpisan za določeno starost. Tuji raziskovalci poudarjajo pomen natančnejšega spremljanja dogodkov kot na primer preventivni obisk ali cepljenje, opravljeno ob predpisanem terminu. Odstopanja in neredno preventivno zdravstveno varstvo so izgubljene priložnosti za preprečevanje, zgodnje odkrivanje in zdravljenje zdravstvenih in razvojnih problemov. Neprepoznane ali neustrezno obravnavane potrebe, ki so posledica neprilagojenega zdravstvenega varstva potrebam populacijske skupine, imajo lahko dolgoročne posledice za zdravje in razvoj, kar povzroči dražje zdravstveno varstvo v kasnejšem življenjskem obdobju.

Dileme glede z dokazi podprtega preventivnega zdravstvenega varstva se nanašajo na potrebno število preventivnih obiskov in pripisljive izide v zdravju, ki bi upravičili obstoječe sheme. **Glavni izzivi ostajajo zagotoviti korist preventivnih pregledov za zdrave otroke in poiskati nove, bolj učinkovite načine za zagotovitev preventivnega varstva vsem otrokom.**⁷

Zdrav začetek oziroma **zgodnja leta** sta najbolj poudarjena koncepta, saj dober sistem za zgodnje odkrivanje razvojnih in drugačnih odstopanj in zdravstvenih problemov, povezan z zgodnjo intervencijo, zagotavlja preprečevanje bolezni in dobre zdravstvene ter druge izide kasneje v življenju. To vključuje promocijo, preventivo, vodenje in zdravljenje, spremljanje (monitoring) in evalvacijo⁸). Programi zgodnje intervencije za otroke in njihove družine dajo dobre dolgoročne učinke za telesno, duševno, čustveno zdravje in izobrazbeni dosežek. Pomembni ogrožajoči dejavniki so nizka porodna teža, zlorabe in zanemarjanje, neurejene družinske razmere in socialna prikrajšanost. Med ključne varovalne dejavnike štejejo socialno vključenost, dojenje, konsistentno starševstvo in pozitivne socialne mreže. Našteti dejavniki naj bodo del sistema za zgodnje odkrivanje s spremljajočimi programi intervencij, usmerjenih k zmanjševanju ogrožajočih dejavnikov in krepitvi zaščitnih dejavnikov za otrokovo zdravje in dobrobit. Razvojna presejalna testiranja ne zagotavljajo zgodnjega odkrivanja morebitnih drugih ogroženosti in

⁷ Dinkevich E. The well child. In: Evidence based Paediatrics, 2007) (Child health screening and surveillance. A critical review of the evidence. NHMRC, 2002).

⁸ Child health screening and surveillance: Supplementary document –context and next steps, NHMRC, 2002

motenj, obenem pa se ocenjuje, da je teh otrok med 10 in 20% in zanje klasični preventivni program ni ustrezen⁹. **Številne raziskave so dokazale pomen kakovostnega starševstva v prvih letih življenja (do 3. leta; do 5. leta) za številne izide, ki pomembno vplivajo na kasnejši razvoj in dobrobit.** To je vodilo za umestitev zgodnjih intervencij (v nosečnosti in prvih letih življenja), usmerjenih v spodbujanje dobre starševske skrbi, ne le v družinah s slabšimi osebnimi, socialnimi in okoljskimi dejavniki, temveč tudi na univerzalni ravni, za vso populacijo («proportionate universalism»: stopnjevana intervencija sorazmerno s potrebami)¹⁰.

2.4.3. Izvajanje preventivnega programa, vrzeli, priložnosti za izboljšave

V desetletnem obdobju je zagotavljanje dostopnega in kakovostnega preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov predstavljalo stalen izziv za strokovno javnost, o čemer pričajo referenčni dokumenti, programi razširjenih strokovnih kolegijev in delovnih skupin, zapisniki in gradiva, programi strokovnih srečanj kot tudi prispevki v strokovni literaturi, revijah in zbornikih.

Ugotovitve analize preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov (IVZ, 2010) so osvetlile nekatere vidike, ki lahko predstavljajo izhodišča za načrtovanje v procesu prenove. Namen analize je bila ocena stanja preventivnega varstva na nacionalni in regijski ravni ter identifikacija pomanjkljivosti, potreb in trendov, da bo v srednjeročnem obdobju lahko pripravljen predlog posodobitev. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (MZ) je takrat podalo naslednje usmeritve:

- izhodišče analize so potrebe otrok in mladostnikov (mlajši od 19 let) ter vprašanje, kako zagotoviti zdravstveni sistem, ki bo sledil tem potrebam,
- analiza naj vključi projekcijo kadrovskih potreb po zdravnikih in drugih zdravstvenih delavcih,
- analiza naj vključi identifikacijo možnosti za večje povezovanje zdravstvenega in šolskega sektorja,
- ključni del je sinteza in interpretacija rezultatov, kritično vrednotenje sedanjega izvajanja preventivnega zdravstvenega varstva in oblikovanje predlogov za njegovo posodobitev,
- pri oblikovanju predlogov se upošteva vidik mladostnikov ter tudi njihovih staršev in učiteljev,
- vključi naj se izsledke projektov, ki so povezani z analizo in izvedeni v predhodnem letu,
- izhodišče analize je tudi Program za otroke in mladino (POM) 2006-2016 ter operacionalizirane naloge, določene v Akcijskem načrtu za izvajanje POM,
- rezultati projekta bodo lahko osnova za nadaljnje aktivnosti z vključitvijo drugih deležnikov za dograditev izhodišč in načrtovanje sprememb v izvajanju preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov.

⁹ Blair M., Hall D. From health surveillance to health promotion: the changing focus in preventive children's services. 2005

¹⁰ Health-led Parenting Interventions in Pregnancy and Early Years— Research Report DCSF RW070) (Cavanagh S, Chadwick K. Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review).

Prednosti sedanje ureditve preventivnega zdravstvenega varstva za otroke so univerzalna pokritost ciljne skupine, zgodnja prepoznava zdravstvenih problemov in njihova ustrezna obravnava ter še posebej celovita obravnava otrok v predšolskem in šolskem, mladostniškem obdobju pri izbranem osebnem zdravniku pediatru oziroma pediatru ali šolskem zdravniku v šolskem obdobju. Preventivna dejavnost poteka v organizacijskih okoljih s številnimi dejavniki, ki vplivajo na pogoje za izvedbo. Delovna obremenitev, volumen dela pediatrov, šolskih zdravnikov, večanje zahtev za delo zdravnika in tima, ki jih vnaša plačnik, pritisk kurativnega dela ter umestitev preventivne dejavnosti v delo ordinacij zastavljajo **vprašanje o sprejemljivih razlikah in posledicah za kakovost dela**. Dostopnost in koriščenje ter v nekaterih okoljih odliv otrok v dejavnost družinske oz. splošne medicine je potrebno obravnavati tudi z vidika uporabnika. Ugotovitve glede različnih vidikov dostopnosti opozarjajo na razlike med posamezniki, skupinami, področji znotraj države. Kazalniki po upravnih enotah odražajo znatne razlike, do katerih prihaja ob veljavni normativni ureditvi in načinu financiranja oziroma jih le-ta omogoča.

Pričakovano kakovost preventivne obravnave do določene mere zagotavljajo pravilnik in obstoječe klinične smernice. Posodabljanje in privzem priporočil pediatričnih združenj v sheme preventivnih obiskov oz. programov se med državami razlikuje. Ugotovljene šibkosti in vrzeli sedanje ureditve so zlasti:

- pomanjkanje zdravnikov,
- pomanjkljivo spremljanje izvajanja in rezultatov preventivnega programa,
- komunikacijske vrzeli med strokovnjaki, ki obravnavajo otroka in mladostnika znotraj zdravstva, kot tudi z učitelji in šolami ter centri za socialno delo.

Timska obravnava predpostavlja multidisciplinarni pristop in izboljšanje delitve dela med zdravniki, medicinskimi sestrami, patronažnimi sestrami in psihologi z boljšo organizacijo dela in informacijsko podporo.

Obstajajo pomanjkljivosti sedanje ureditve in vrzeli, zaradi katerih niso vsi otroci in mladostniki deležni koristi preventivnega zdravstvenega varstva. Na podlagi obstoječih poročil je realizacija preventivnega programa po deležu pregledanih obveznikov po starostih v nekaterih regijah pod 90%, **nimamo pa podatkov, katerih otrok in mladostnikov preventivni program ne doseže**. Preventivni program je usmerjen na šolajoče se mlade in ne vključuje tistih, ki **niso v rednem izobraževanju**. **Poleg tega sedanji programi niso dovolj prilagojeni ranljivim in prikrajšanim skupinam**. Obstaja nevarnost, da bi se zaradi različne odzivnosti in neenakomerne dostopnosti preventivnega programa povečale neenakosti v zdravju.

Razreševanje vrzeli in pomanjkljivosti sega na področja pristojnosti in delovanja različnih strokovnih teles, načinov financiranja in upravljanja preventivnih programov. **Med pomembnimi ukrepi je preoblikovanje v državni program z registrskim spremljanjem otrokovega zdravja in preventivnih intervencij**. Z vidika otrokovih pravic, odgovornosti za zdravje otroka in mladostnika ter uporabnika zdravstvenega varstva je pomembno tudi, da je otrokov interes posredovan preko staršev, še zlasti z vidika preventivnih zdravstvenih obravnav, ki jih starši otroku, mladostniku ne omogočijo, zanemarjanja, škodljivih ravnanj za zdravje, kot tudi ustreznih obravnav glede na individualno oceno zdravstvenih potreb, vključno z dejavniki življenjskega sloga otroka in družine.

Nedavne raziskave, podatki in mednarodne primerjave opozarjajo, da se med slovenskimi mladostniki **veča razširjenost tveganih vedenj, težav na področju duševnega zdravja in nezdravega življenjskega sloga**. Raziskava **Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju HBSC 2010** je pokazala neenakosti v zdravju šolskih otrok in dejavnikih življenjskega sloga, povezane s socialno-ekonomskim položajem družine, ki se povečujejo. Neenakosti v zdravju, pri dostopu in uporabi zdravstvenih storitev, ki jih ugotavljamo pri otrocih in mladostnikih, se začenjajo **že v prenatalnem obdobju**. Na osnovi spremenjene epidemiologije, je utemeljena dopolnitev preventivnih pregledov in vzgoje za zdravje taka, da bo preventivna dejavnost:

- bolj prilagojena današnjim in prihodnjim potrebam ciljnih skupin,
- zagotavljala zgodnje odkrivanje in učinkovite intervencije za ranljive in ogrožene otroke in mladostnike
- zagotavljala poti ukrepanja, vključno z izboljšanim medsektorskim sodelovanjem strokovnjakov pri obravnavi otroka in družine.

Pri uvajanju izboljšav je potrebno upoštevati vidik uporabnika – otrok, mladostnikov, njihovih staršev, bodočih staršev.¹¹

Pri oblikovanju izhodišč in usmeritev so poleg aktualnega stanja pomembni tudi prepoznani izzivi, priložnosti in primerni cilji za izboljšave preventivnega varstva in najboljše možno zdravje otrok in mladostnikov. Takšen primer je uveljavljanje načel in pristopov mladostnikom prijazne zdravstvene dejavnosti in preizkus izboljšav v otrokom in družinam ter mladostnikom prijaznih ambulantah, kot tudi novih pristopov patronažnih sester v identifikaciji in obravnavi ogroženih otrok ter medicinskih sester v šolskem okolju.

Večanje dostopnosti z doseganjem ciljnih skupin, zlasti mladostnikov, ki so izpadli iz rednega srednješolskega izobraževanja ali se ga neredno udeležujejo, je možno izven okolja zdravstva, s skupnim delovanjem z drugimi sektorji (npr. mladinskimi centri), v lokalni skupnosti. Za boljšo učinkovitost je za ciljne populacije potrebno uporabiti **sodobne pristope in medije za osveščanje o pomenu preventivnega zdravstvenega varstva**.

Zaključki dosedanje analize preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov usmerjajo v delovanje za vzpostavitev pogojev, ki bodo omogočali večjo dostopnost in koristi preventivnega programa za vse otroke in mladostnike, odpravo razlik v izvajanju v posameznih okoljih ter poenotenje obsega in kakovosti preventivnih pregledov ter vzgoje za zdravje.

Vodilo za načrtovanje izboljšav so zlasti naslednje prepoznane vrzeli na področju preventivnega zdravstvenega varstva:

¹¹ Anketne raziskave o javnozdravstvenih problemih otrok in mladostnikov, anketne raziskave o ranljivih skupinah mladih, anketne raziskave, izvedene na reprezentativnem vzorcu mladih v Sloveniji, serija raziskav Mladina: 1993, 1995, 1997, 1998, 2000, 2010, 2013, ki se vse osredotočajo na mlade med 15 in 29 leti. Za našo publikacijo se je izluščilo podatke anketiranih mladih med 15 in 19 letom starosti (Mirna Macur).

- preventivni programi in sedanja ureditev ne zagotavljajo vključenosti in koristi preventivnega zdravstvenega varstva vsem v enaki meri,
- sedanja ureditev preventivnega zdravstvenega varstva ima pomanjkljive pristope,
- programi niso dovolj prilagojeni ogroženim/prikrajšanim skupinam,
- programi in pristopi za odkrivanje ogroženih ter učinkovite intervencije so pomanjkljivi,
- trendi nezdravega življenjskega sloga, kroničnih bolezni, tveganih vedenj, problemov duševnega zdravja naraščajo,
- izobraževanj in usposabljanj, tudi na področju medsektorskega delovanja je premalo,
- premalo je vključevanja uporabnikov pri oceni potreb, oblikovanju obravnav, evalvaciji programov.

2.4.4. Deležniki na področju zdravja otrok in mladine

Deležniki na področju zdravja otrok in mladine, ki smo jih zajeli v analizo, so:

- predstavniki, organizacije in združenja uporabnikov preventivnega zdravstvenega varstva (mladih, otrok, staršev);
- stanovska in strokovna združenja, republiški strokovni kolegiji (RSK) - RSK za pediatrijo, člani stalne strokovne skupine za pediatrijo in stalne strokovne skupine za šolsko medicino, RSK za javno zdravje, zbornice posameznih strok oziroma poklicnih skupin na področju PZVOM;
- odločujoče javnosti na področju javnega zdravja otrok in mladostnikov, primarnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov, predstavniki izvajalcev, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), ustanoviteljev, lokalne skupnosti;
- akterji na državni in lokalni ravni, ki izvajajo preventivne dejavnosti za otroke in mladino ali delujejo na področju zaščite otroka, otrokovih pravic (mladinski centri, družinski centri, nevladne organizacije)
- predstavniki šolskega sistema (učitelji, vzgojiteljice, Zavod za šolstvo, Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport)

Vključene so bile naslednje skupine ranljivih in prikrajšanih otrok/ mladostnikov z razvojnimi motnjami, kroničnimi boleznimi ali stanji:

- iz družin z nizkim socialno-ekonomskim položajem
 - (ranljivi zaradi socialnih determinant zdravja: izobrazba, zaposlitveni status staršev, nizki prihodki, revščina in materialna prikrajšanost)
- otroci in mladi, katerih starši imajo duševne motnje, motnje pozornosti, odvisnosti
 - (ranljivi zaradi determinant zdravja, povezanih s stanji pri starših - pri teh stanjih staršev otroci potrebujejo dodatno ciljno podporo, da bi jim omogočili doseči njihov polni potencial*; *quality of parenting*; starševska skrb in kompleksne neenakosti)
- mladostniki z nizkim učnim uspehom, učnimi težavami
- mladostniki, ki niso vključeni v redno izobraževanje
- mladostniki, ki so pogosto odsotni od pouka
 - (nizek izobrazbeni dosežek, ovirana poklicna pot in zaposlitev)

V kontekstu neustrezne skrbi za zdravje, zdrav življenjski slog, preprečevanje kroničnih bolezni pomeni ogroženi otroci in mladostniki:

- z visokim tveganjem za KB, nezdravim življenjskim slogom
- zanemarjanje s strani staršev, skrbnikov
- se ne udeležujejo preventivnih pregledov, cepljenj
- jih ne dosega vzgoja za zdravje, promocija zdravja v različnih okoljih.¹²

Ocena potreb vključuje tri starostne kategorije otrok in mladostnikov (0-5 let, 6-10/14 let, 15-19 let) zaradi razlik v problemih in fokusu ter starše, učitelje, vzgojitelje.

Uporabljene metode so:

- podatki o zdravju otrok in mladostnikov;
- anketno kvantitativno raziskovanje;
- fokusne skupine z uporabniki;
- semi-strukturirani intervju s ključnimi informatorji in
- študija primera.

Kvalitativni podatki so pridobljeni iz podatkov vitalne statistike in drugih zbirk podatkov ter iz raziskav. Podatki iz raziskav fokusnih skupin in semi-strukturirani intervjuji s posameznimi ključnimi deležniki predstavljajo kvalitativne podatke.

Omejitve: Iz raziskav, izvedenih v šolskem okolju, so bili izključeni tisti otroci in mladostniki, ki ne obiskujejo šole. Pri fokusnih skupinah je mogoče, da so bili vključeni bolj motivirani starši in mladostniki, niso pa bili vključeni tisti z nižjo izobrazbo.

Dodatni viri:

Blair M, Stewart-Brown S, Waterston T, Crowther R. Child Public Health [Second edition, 2010]

Cavanagh S, Chadwick K "Health needs assessment: A practical guide", NICE (2005)

<http://www.nice.org.uk/>

Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji, 2013

http://www.mz.gov.si/si/o_ministrstvu/zdravstveni_svet_in_rsk_ji/zdravstveni_svet/zapisniki_sej/

¹² *Guidelines of the Committee of Ministers of the Council of Europe on child-friendly health care, 2011*

3. OCENA POTREB NA PODROČJU PREVENTIVNIH PREGLEDOV OTROK IN MLADOSTNIKOV

Avtorice poglavja: Sonja Paulin, Polonca Truden–Dobrin, Mojca Juričič, Mirna Macur, Bojana Lobe, Sonja Tomšič, Daša Kokole

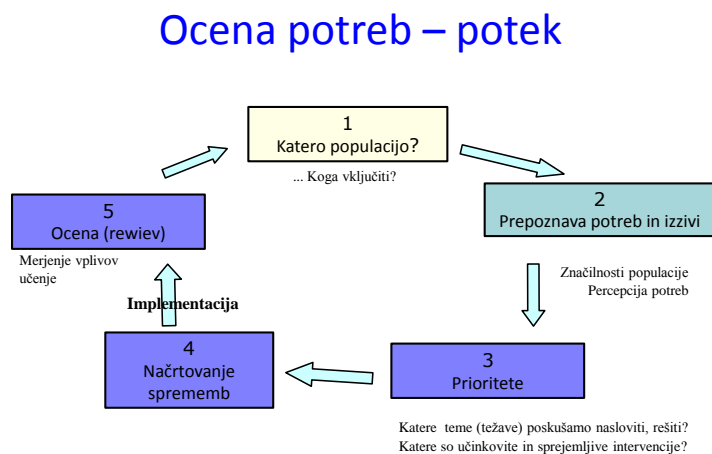
3.1. *Uvod*

Ocena potreb na področju preventivnih pregledov otrok in mladostnikov (v nadaljevanju ocena potreb)¹³ s sistemskim pristopom prepoznava prezrte zdravstvene potrebe populacije, tako v delovanju sistema kot potrebe, ki se nanašajo na samo zdravje. Na osnovi ocene se predlaga ukrepe, izboljšave za boljše zdravje ljudi - populacije otrok in mladostnikov in zmanjševanje neenakosti (9).

Ocena potreb predstavlja osnovo za načrtovanja in izboljšave, v tem projektu načrtovanje in izboljšavo preventivnega zdravstvenega varstva ter pristopov za zmanjševanje neenakosti v zdravju. Ključnega pomena je sistematična raziskava vidika uporabnika, zato je projekt na začetku zagotovil podatke in mehanizme za ugotavljanje specifičnih zdravstvenih potreb, posebej še ranljivih in prikrajšanih skupin otrok, mladostnikov, kar je bila osnova za pripravo pristopov, modelov dela oziroma storitev, ki na primeren način in učinkovito odgovorijo na njihove potrebe. Prepoznane pomanjkljivosti in boljše razumevanje ovir so tudi osnova za razvoj otroku in mladostniku bolj prilagojenega pristopa. Poleg ustrezne metodologije za oceno potreb in vzpostavitve sodelovanja z izvajalci in nevladnimi organizacijami na lokalni ravni je bilo zlasti pomembno učinkovito sodelovanje uporabnikov. Pri oceni potreb je torej potrebno upoštevati **multisektorski pristop**, partnerstvo in vključenost lokalne skupnosti za doseg izboljšanja zdravja populacije otrok in mladostnikov.

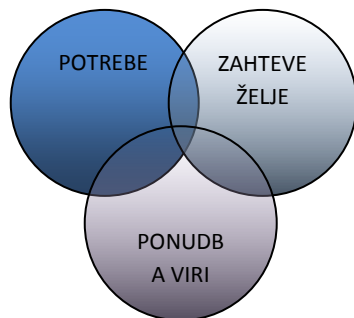
¹³ Ocena potreb oz. Health Needs Assessment (HNA).

Slika 1: Potek ocene potreb



Potrebe, zahteve in ponudba/viri, preskrbljenost (need-demand-supply) se lahko prekrivajo in razlikujejo.

Slika 2: Odnos med potrebami, zahtevami in viri



Potreba je definirana kot kapaciteta, ki pripelje do izboljšave in napredka, npr.: brez intervencij, brez vzpostavljenega sistema izboljšave niso mogoče. **Zahteve** pomenijo skupek zahtev, želja ljudi. Vrste ocene potreb, glede na razpoložljivost in izbor virov, informacij, so:

- epidemiološke;
- primerjalne, korporativne (mnenja reprezentativnih institucij, združenj, ekspertna mnenja) in
- pragmatične, ki zajemajo iz več različnih vrst (10, 11).

Zaključki dosedanje analize preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladine usmerjajo v delovanje za vzpostavitev naslednjih pogojev, ki bodo omogočali večjo dostopnost in koristi preventivnega programa za vse otroke in mladostnike, odpravo nesprejemljivih razlik v izvajanju zdravstvenega varstva v posameznih okoljih ter poenotenje obsega in kakovosti preventivnih pregledov:

- posodobitev kadrovskega normativov in kriterijev preskrbljenosti,
- posodobitev načina planiranja, določanja in plačevanja programov,
- posodobitev časovnih standardov za preventivne storitve,

- zagotovitev doslednega izvajanja določil Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva,
- odpravo identificirane vrzeli pri vključevanju mladostnikov, ki se ne šolajo redno, v preventivni program,
- odpravo vrzeli v komunikaciji med izvajalci ter med izvajalci in starši za obravnavo in vodenje otroka po ugotovitvi odstopanj pri preventivnem pregledu; postopkih za zagotavljanje cepljenja,
- promocijo preventivnega zdravstvenega varstva za otroke in mladostnike pri odločujočih javnostih,
- intervalno presojo in prenavo vsebin nacionalnega preventivnega programa,
- oblikovanje smernic in nacionalnih normativov za izvajanje preventivnega programa, presejalnih testiranj,
- vzpostavitev upravljanja preventivnega programa z identifikacijo ključnih nosilcev in nalog na področju javnega zdravja otrok na lokalni, regijski in državni ravni,
- opredelitev vloge osebnega zdravnika v povezavi s preventivnim zdravstvenim varstvom otrok in mladostnikov,
- vključitev aktivnosti za otroke in mladostnike v dejavnost zdravstveno vzgojnih centrov,
- zagotovitev celovite informacije o pomenu, koristih in dostopnosti preventivnih dejavnosti za otroke in mladostnike staršem,
- posodobitev zdravstveno-informacijskega sistema na področju zdravja otroka,
- spremljanje in letne analize preventivnega zdravstvenega varstva na regijski in državni ravni.

Ključna vprašanja, ki jih je morala presoja zaradi priprave izhodišč za prenavo nasloviti, so prepoznane vrzeli, izzivi in priložnosti za posodobitev preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladine. Vse je potrebno postaviti v kontekst zmanjševanja neenakosti in oblikovanja za Slovenijo ustreznih ukrepov in strategij.

Presoja preventivnega zdravstvenega varstva vključuje naslednje vidike:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • zdravje otrok, vseživljenjski pristop in približevanje zdravstvenim potrebam otrok in mladostnikov – kako zmanjšati razkorak • dostopnost kakovostnega zdravstvenega varstva – kako zmanjšati razlike med posamezniki, skupinami, področji • zmanjševanje neenakosti v zdravju otrok in mladih • kakovost, z dokazi podprto zdravstveno varstvo – enotni standardi kakovosti • vidik in izkušnja uporabnika, vključevanje uporabnikov v evalvacijo in načrtovanje programov • varovanje zdravja mladih z vidika trendov v družbi • javnozdravstveni vidik spremljanja in upravljanja preventivnih programov • učinkovita uporaba virov, ekonomski vidik. |
|---|

Diskusijske skupine s strokovnjaki javnega zdravja so izpostavile tudi naslednja stališča:

- Temeljni okvir za začetek načrtovanja sprememb na področju ZVOM naj bo javno zdravje za otroka in mladostnika.

- Od začetka naj bodo vključeni vsi deležniki - izvajalci, stroka z institucijami Razširjeni strokovni kolegij za pediatrijo, Razširjeni strokovni kolegij za javno zdravje, predstavniki ustanovitelja, uporabnikov, financerja, drugi deležniki; čim prej je potrebno podati pobudo, priložnost za skupen pristop in ustrezno vlogo javnega zdravja pri načrtovanju potrebnih sprememb.
- Potrebno je odpreti širše sodelovanje z drugimi deležniki v družbi: socialno delo, šolstvo, druge službe za predšolske otroke, nevladne organizacije.
- Ta pomemben dokument mora biti v širšem kontaktu z vsemi akterji, ki se vključujejo v zdravstveno varstvo te populacije in življenje otrok in mladih v družbi.

3.2. Namen in cilji

Namen ocene potreb je, da vzpostavimo pogoje za spremembe preventivnih programov v zdravstvenem varstvu otrok in mladine, odpravimo vrzeli ter prispevamo k zmanjšanju razlik med skupinami in področji. Prav tako je namen uporabiti novo znanje za izgradnjo trajnostnega sistema in zmogljivosti ter ustrežnejšo alokacijo virov na področju varovanja zdravja otrok in mladostnikov. Poročilo o oceni potreb bo izhodišče za odpiranje dialoga z deležniki v družbi na področju javnega zdravja otrok in mladostnikov in bo v sodelovanju deležnikov na področju preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladine podlaga za oblikovanje skupne osnove in soglasja o izhodiščih za prenovo, izgradnjo zmogljivosti, skupnih načel delovanja v kompleksnih procesih v okviru prenove PZVOM in zmanjševanja neenakosti.

Podano je izhodiščno stanje, kar bo omogočilo vrednotenje dosežkov pri posodobitvi preventivnega varstva oz. programov. V kontekstu zmanjševanja neenakosti gre za sposobnost opisati razliko pred uvedbo izbranih ukrepov in po njej, evalvacijo učinka akcij zdravstvenega sistema na neenakosti in obenem identificirati možne vstopne točke za intervencije. Z vidika projekta bo izhodiščno stanje omogočilo vrednotenje projekta s predlaganimi kazalniki.

Pripravljena je pragmatična ocena potreb, ki vključuje epidemiološko, komparativno in korporativno oceno potreb (podatki in analize, reprezentativna mnenja, ekspertna mnenja), kar sestavljajo:

1. Presoja preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladine ter dopolnitev dosedanje ocene potreb v sodelovanju z deležniki.

Dopolnili smo dosedanja analiza s podatki in informacijami z ustrezno interpretacijo, poglobili z drugimi metodami raziskovanja in dodatno utemeljili zaključke, zlasti za tista področja preventivnega varstva, kjer se kažejo pomanjkljivosti in vrzeli, da bo možno pripraviti predlog izboljšav. Ugotovitve, ki jih je omogočila dosedanja analiza, smo nadgradili s celovito presojo preventivnega varstva skupaj z deležniki.

2. Ocena zdravstvenih potreb ranljivih /prikrajšanih skupin otrok in mladostnikov.

Zajeli smo nominalne potrebe, kot jih prepozna stroka in oceno potreb z vidika uporabnika preventivnega zdravstvenega varstva. Ugotovitve so pomembne za graditev bolj občutljivega zdravstvenega sistema za ranljive / prikrajšane skupine in ustreznih zmogljivosti, vzpostavitev učinkovitih pristopov za vključevanje otrok in mladostnikov iz teh skupin v preventivno zdravstveno varstvo ter vzpostavitev učinkovitih intervencij.

3. Vidik in izkušnja uporabnika PZVOM

Vključili smo starejše otroke, mladostnike, mladostnice, starše; ranljive / prikrajšane otroke in njihovo sodelovanje pri ocenjevanju in načrtovanju storitev, pristopov, programov.

Cilji ocene potreb izhajajo iz zdravstvenih potreb otrok in mladostnikov, prepoznavanja vrzeli, vprašanj, na katera naj bi projekt odgovoril, izzivov ter pristopov drugih držav, s katerimi so zagotovile učinkovito preventivno zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov.

Cilji za predvidene raziskave in zbiranje podatkov so bili:

1. **Prikazati dimenzijo neenakosti (socialni gradient v zdravju otrok in mladostnikov, ranljive in prikrajšane skupine, prikrajšana okolja - prostorska dimenzija, trende)** in sicer:
 - a. socialne neenakosti v zdravju in življenjskem slogu, vedenjih povezanih z zdravjem
 - b. razlike in neenakosti v dostopnosti in uporabi zdravstvenih storitev
 - c. neenakosti v povezavi s kakovostjo starševstva
 - d. življenjski slog v socialnem okolju otroka in mladostnika (družina, skupnost) v povezavi s socialnimi determinantami neenakosti v zdravju.
2. **Opisati vrzeli v ureditvi in izvajanju PZVOM** z vidika dostopnosti zdravstvenega sistema, vključevanja otrok in mladine v preventivno zdravstveno varstvo, kakovostnega starševstva, zdravega začetka, zgodnjih let, individualne ocene potreb, možnih intervencij, preventivnih programov, adolescentne medicine, značilnosti glede spolov, sodelovanja timov s šolami, šolske zdravstvene službe, smernic, kliničnih poti, protokolov, modelov, standardov, kompetenc, usposabljanj, pristojnosti, normativnih dokumentov, upravljanja, koordinacije, informacijskega sistema, načrtovanja, normativov, vrednotenja, podatkov, poročil, raziskav in ciljev programov za otroke in mladostnike.

3.3. Metode dela (aktivnosti, vzorčenje v kvalitativni raziskavi)

Za **vrednotenje izvajanja in učinkov** preventivnega programa oziroma storitev ter načrtovanje javnozdravstvenih intervencij obstoječe rutinsko zbiranje ne daje dovolj podatkov. Z vidika kakovosti in varnosti individualne zdravstvene obravnave in zdravja posameznika je utemeljeno, da bi ob vsakem kontaktu otroka z zdravstveno službo bili na voljo klinično relevantni, pravočasni, najnovejši in točni zdravstveni podatki o otrokovem zdravju in predhodnih zdravstvenih obravnavah. Nacionalni plan zdravstvenega varstva med ukrepi na področju varovanja in krepitve zdravja izpostavlja pripravo kakovostnih rednih poročil o zdravju in zdravstvenem stanju prebivalstva s poudarkom na raziskavah, ki bodo dajale informacijo o uspešnosti preventivnih programov in tistih, ki bodo pokazale potrebe po uvedbi dodatnih programov. Za dobro javnozdravstveno obravnavo zdravja otrok in mladostnikov je nujna postavitve modernega sistema spremljanja izvajanja in rezultatov preventivnih programov ter raziskav zdravja otrok in mladih. Krovni dokument naj bi obravnaval informacijsko strategijo otrokovega zdravja, vključujoč razvoj e-zdravja. Okrepiti je potrebno javnozdravstveni vidik spremljanja in upravljanja preventivnih programov ter zagotavljanja informacij za ciljne javnosti.

Uporabljene metode v dosedanji analizi so bile:

Dosedanja analiza	Metode
Analiza preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov (2010), Analiza zdravja in zdravstvenih potreb	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Epidemiološka ocena, deskriptivna analiza z izračunom kazalnikov (kazalniki dostopnosti, koriščenja, izvajanja) in triangulacija podatkov (zbirke IVZ BPI, Obiski Zubst; ZZS tabele Število količnikov), prostorska analiza ▪ Pregled dokumentov ▪ Semi-strukturirani intervju ▪ SWOT analiza (šibkosti – priložnosti) ▪ Identifikacija vrzeli, odstopanj
Vidik uporabnika: Fokusne skupine z uporabniki PZVOM (mladimi, starši) o preventivnih pregledih	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Metodologija fokusnih skupin
Zaključki diskusijskih skupin o javnem zdravju otrok in mladih in delavnice Izzivi in cilji v prenovi PZVOM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diskusijska skupina – 3 fokusi (ocena potreb, kakovost PZVOM, uporaba virov) ▪ Delovni listi z izhodišči za strukturirano diskusijo
Pregled dokumentov Delovne skupine za prenavo preventivnega programa 2004-2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pregled dokumentov
Načrt analize razlik v izvajanju in utilizaciji PZVOM med območji	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Metodologija Merila za postavitve mreže JZS (dostopnost) ▪ Semi-strukturirani intervju ▪ Študija primera
Analiza informacijskih potreb preventivne obravnave otroka in javnega zdravja otrok in mladostnikov	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pregled dokumentov, poročil rutinskega spremljanja ▪ Pregled literature ▪ Semi-strukturirani intervju ▪ Študija primera

Najprej smo izvedli Desk research (analizo stanja literature)¹⁴

¹⁴ Pregled neposredno dostopnih strokovnih gradiv 2007-2014: APZVOM (IVZ 2010, rev. 2014), Članek za EPA/UNESPA (Združenje za pediatrijo SZD in IVZ, 2014), Publikacija Neenakosti v zdravju v Sloveniji (IVZ, 2011), Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju 2010 (HBSC) (IVZ, 2010), Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002-2010 (HBSC) (IVZ, 2013), Prehrana in telesna dejavnost za zdravje - Strategija R Slovenije 2014-2023 (v pripravi, 2014), Telesna zmogljivost in čezmerna telesna teža šolskih otrok/mladostnikov (PeK; ŠVK, FŠ), Evalvacija Resolucije o NP prehranske politike 2005-2010 (IVZ 2010), Publikacija Vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike (0-19 let) v primarnem zdravstvenem sistemu v Sloveniji (IVZ, 2010), Posodobitev Programa za otroke in mladino (POM) 2006-2016 (MDDSZ, 2013), Odbor za otrokove pravice - Peto periodično poročilo Republike Slovenije (2013), Poročilo raziskave Spletne svetovalnice To sem jaz (ZZV CE, 2013), Poročilo o izvajanju vzgoje za zdravje (za ZZS - Območni ZZV, 2010), Zbornik Zgodnje odkrivanje in celostna obravnava otrok, ki jih ogrožajo KNB, v osnovni zdravstveni dejavnosti (CINDI, 2007), Policy Brief, pripravljeni na IVZ v tem obdobju, Zaključki in zapisi Poletne šole o neenakostih v preventivnih programih, Radenci (IVZ, 2013), Poglavlje IZZIVI IN CILJI –neobjavljeni prispevki avtorjev APZVOM (2010), Poročilo Vidik uporabnika: mnenja, izkušnje, predlogi šolarjev in dijakov, njihovih staršev in učiteljev o sistematskih pregledih (IVZ, 2011), Zaključki delavnic s strokovnjaki JZ 2010, Mladina 2010, 2013 Končno poročilo o rezultatih raziskave, EurohealthNet – poročila, Poročilo Zdrave šole 2013, Poročilo raziskave UNICEF (Internetna raziskava, 2012).

Ocena potreb s sistemskim pristopom prepoznava prezrte zdravstvene potrebe populacije, tako v delovanju sistema kot potrebe, ki se nanašajo na samo zdravje.

Na osnovi ocene se predlaga ukrepe, izboljšave za boljše zdravje ljudi - populacije otrok in mladostnikov in zmanjševanje neenakosti, ob upoštevanju vseživljenjskega pristopa.

Pri ugotavljanju relevantnosti zbranih podatkov za oblikovanje ukrepov za zmanjšanje neenakosti smo naleteli na oviro – do takrat zbrani podatki nam niso povedali vsega, kar nas je zanimalo. Zelo pogosta omejitev kvantitativnih podatkov in kvantitativnih raziskav namreč je, da nam ne dajo globljega vpogleda v stanje, razloge, vzroke. Še posebej kompleksne situacije je potrebno pogledati z različnih zornih kotov, biti odprt za razloge in motive, ki jih v vprašalnikih nismo zajeli, se poglobljeno seznaniti s posebnimi situacijami, omejitvami, neodzivnostjo, pričakovanji, zadržki. Ocena potreb nas je vodila v pogovore z uporabniki – aktivnimi in potencialnimi, v pogovore z osebami, ki se ukvarjajo z ranljivimi skupinami, v pogovore s starši otrok, hkrati pa smo se sestali tudi z izvajalci preventivnega zdravstvenega varstva: zdravniki različnih specializacij, ki delajo na področju preventivnega zdravstvenega varstva, medicinskimi sestrami v ambulantah, patronažnimi medicinskimi sestrami.

Prednost tako pridobljenih podatkov in informacije je, da omogočajo zelo dobro razumevanje kaj in zakaj (na primer kaj se dogaja v preventivnem zdravstvenem pregledu, kaj ob tem uporabnik razmišlja, zakaj je nezadovoljen, zakaj se na vabilo ne odzove, zakaj določenemu izvajalcu ne zaupa itd.). Kvalitativna metodologija namreč omogoča zelo dobro razumevanje procesov. Od raziskovalca zahteva celovit vpogled in potrpežljivo zbiranje podatkov, analiza pa je kompleksnejša, zahtevna, manj standardizirana kot pri kvantitativnem raziskovanju in praviloma traja dlje časa. Metode zbiranja kvalitativnih podatkov so: opazovanje, intervju in fokusna skupina.

Vzorčenje v kvalitativni raziskavi je drugačno kot v kvantitativni. Če pri anketnem zbiranju podatkov želimo velik in reprezentativen vzorec zato, da lahko sklepe posplošimo na populacijo, pa pri kvalitativni raziskavi ne uporabljamo pojma reprezentativnost in tudi velikih vzorcev ne. Ker se poglobimo v posamezne primere, dobimo iz njih bistveno več informacij, zato so vzorci v kvalitativnem raziskovanju majhni. V določenih primerih (intervju, opazovanje), smo se primorani zadovoljiti samo z enim sogovornikom, saj drugih ni na voljo (v primeru raziskovanja redkih pojavov, izkušenj). Tudi ko izberemo tipičen/tipične primer/e, to še ne pomeni, da je vzorec reprezentativen. Razlog je preprosto v tem, da pri kvalitativnih raziskavah ne uporabljamo slučajnega ali naključnega vzorčenja¹⁵. V kvalitativnem raziskovanju uporabljamo vrsto nenaključnih vrst vzorčenj. Najpogostejše oblike nenaključnega ali neverjetnostnega vzorca so (Lamut & Macur, 2012):

Poročila, mnenja, ocene, podatke, ki niso javno dostopni, smo pridobili oz, so nam posredovale naslednje institucije: Pediatrična klinika, Razvojni ambulante, Pedopsihiatrična dejavnost, SZD, SZZ mreža, Katedri JZ, ZZS, Varuh človekovih pravic, UNICEF, ESPAD Raziskovalno poročilo za Slovenijo 2007, 2011, Global Youth Tobacco Survey 2007, 2011.

¹⁵ Pri slučajnem ali naključnem vzorcu ima vsaka enota (uporabnik, podjetje, medicinska sestra.....odvisno od opredeljene populacije) enako možnost, da je izbrana.

- **Namenski vzorec** je v kvalitativnem raziskovanju zelo pogost, uporabimo pa ga v primeru, ko so v vzorec zbrani posamezniki, ki o proučevani zadevi lahko dajo največ podatkov;
- **Praktični vzorec** dobimo, če v raziskavo vključimo posameznike ali organizacije, ki jih je najlažje pridobiti za sodelovanje;
- Vzorčenje s tehniko **snežne kepe** je v kvalitativnem raziskovanju zelo pogosto. Sprva poiščemo eno osebo, za katero menimo, da je dobro seznanjena s proučevano problematiko, nato pa to osebo prosimo, da po lastni presoji priporoči naslednjo osebo za intervju. Takšno vzorčenje je nujno takrat, ko oseb naše ciljne populacije ne poznamo ali pa v primeru raziskovanja skupin, ki so za proučevanje težje dostopne, člani skupine pa so medsebojno povezani;
- Pri **kvotnem vzorcu** določimo najprej skupine ljudi (kvote) in število ljudi v posamezni kvoti;
- **Samoizbirni vzorec** pomeni, da se posamezniki proučevane populacije sami odločajo za sodelovanje v raziskavi. Raziskovalec na primer javno objavi, da išče ljudi z določenimi značilnostmi ali interesi, ljudje pa se nato sami javijo;
- **Teoretično vzorčenje** sta uvedla Glasser in Strauss (1967) da bi opisala proces izbire novih raziskovalnih problemov, ki bi jih primerjala z že proučevanim. Izbor primerjalne skupine je lahko zelo raznolik, pogojen pa je z naravo in cilji kvalitativne raziskave (Ragin, 2007). Pri teoretičnem vzorčenju gre torej za sistematičen pristop vzorčenja, ki se izvaja med potekom raziskave, zlasti (ali tudi) v fazi analiziranja in interpretiranja podatkov.

Seveda pa je v kvalitativni raziskavi še vrst vzorčenja več: praviloma gre za namensko vzorčenje, ki lahko poteka po različnih kriterijih. Za namenski vzorec je namreč moč izbrati:

- Ekstremene ali neobičajne primere (ko se raziskovalec želi naučiti čim več o fenomenu, ki ga proučuje, si izbere neobičajne primere);
- Homogene primere (izbrani so posamezniki s podobnimi lastnostmi ali izkušnjami glede na preučevan fenomen, kar olajša izvedbo na primer skupinskega intervjuja);
- Heterogene primere (raziskovalec izbere posameznike, ki so pomembni oz. izstopajo, kar olajša logično posploševanje in posploševanje na druge primere),
- Tipične primere (izbrani so posamezniki, ki so tipični v okviru teme raziskovanja, kar je ugodno za ugotavljanje, kaj je normalno ali povprečno) (Punch, 2009:56).

V fazi analiziranja in interpretiranja vseh poročil smo se poslužili še teoretičnega vzorčenja. Poglobljena analiza je namreč tista, ki nam odpira nova vprašanja, morda nova spregledana področja, o katerih nimamo dovolj informacij. V nadaljevanju projekta smo se posvetili posameznim vsebinam, ki so jih podrobneje analizirali in nadgradili člani delovnih skupin, ki so za svoje delo želeli imeti čim bolj natančne informacije s terena.

Uporabljeni metodi pridobivanja podatkov: poglobljen intervju in fokusna skupina

Čar kvalitativne metodologije je v poglobljanju v mnjenja in izkušnje sogovornikov glede vsebin, ki nas zanimajo. Vedno si pripravimo nekaj ključnih usmeritvenih vprašanj, ki jih namenimo vsem predstavnikom

iste ciljne skupine. To so informacije, ki se nam zdijo toliko pomembne, da smo ocenili, da jih ne smemo izpustiti. Ta vprašanja so izpeljana iz fokusa naše raziskave in zadevajo oceno obstoječih preventivnih pregledov (različnih vidikov in vsebin teh pregledov) ter (zdravstvenih) potreb ciljne populacije. Vseh vsebin pogovora pa se ne da predvideti, ker nam sogovorniki posredujejo svoje izkušnje, v katere se poglobimo v pogovoru. Zato pri kvalitativnem raziskovanju prevladujejo tehnike, ki dajejo osebam »svobodo«, da izrazijo svoj pogled na svoj način, da pogovor prosto oblikujejo in ob tem razmišljajo ter poglobijo svoje razmišljanje tudi v dialogu (Marentič Požarnik, 2001:74). Intervju v primerjavi z anketo dopušča večjo fleksibilnost in pridobivanje različnih, občasno tudi nenačrtovanih, informacij.

Pogovori so se snemali. V uvodu smo sogovornikom zagotovili anonimnost njihovih odgovorov, saj nikjer v prepisih pogovorov nismo omenjali imen naših sogovornikov. Ker je bil naš namen celostno in čim bolj poglobljeno zajetje pojavov, smo intervjuje izvajali v naravnih razmerah in izven zdravstvenih domov: učence smo zajeli v šolah, svetovalce centrov za socialno delo na samih centrih, mentorje PUMov smo obiskali na njihovih delovnih mestih ob koncu dela z mladimi, starše pa smo zajeli v prostorih, ki nam jih je posodila ali šola ali vrtec. Oddaljenost od zdravstvenega centra je bila za samo izvedbo nujna, pri izvajanju pogovora pa smo vsakokratno poskrbeli za dobro in sproščeno počutje udeležencev. To nam je uspelo tudi z izbiro oseb, ki so vodile pogovor: te osebe niso bile del preventivnega zdravstvenega sistema. Pogovore z mladimi so opravili mladi iz organizacije Brez izgovora (no excuse). Ne le, da so to mladi, ki imajo izkušnje z delom z mladimi, ampak se sogovorniki (učenci zadnje triade osnovne šole in srednješolci) bistveno lažje odprejo mladim kot odraslim, ki jim predstavljajo avtoriteto in/ali se preveč razlikujejo od njih v svojem komunikacijskem slogu. Pogovor s starši otrok je izvajala sociologinja, docentka za področje družboslovne metodologije, pogovore s svetovalci CSD in mentorji PUMa pa sociologinja, izredna profesorica za področje družboslovne metodologije.

Fokusne skupine so bile izvedene z mladimi in s starši. Prednosti fokusnega intervjuja: (1) v razmeroma kratkem času lahko raziskovalec pridobi podatke od večjega števila ljudi (Cohen in drugi, 2000); (2) omogoča pridobivanje celovitejše zgodbe, saj se v fokusni skupini pogosto pojavijo sinergični učinki, ko vsak član skupine vpliva na druge člane skupine in jih spodbuja h govoru in izražanju svojih misli (Vogrinc, 2008). Seveda ni nujno, da se člani fokusne skupine v vsem strinjajo, med njimi se lahko pojavijo tudi nasprotovanja, saj je diskusija v skupini odvisna tudi od sestave skupine – ali gre za homogeno ali heterogeno skupino (Klemenčič in Hlebec, 2007); (3) fokusni intervju je lahko primeren za občutljive teme, še posebej, če skupino tvorijo posamezniki, ki so se ali se soočajo s podobnimi težavami. V tem primeru se lahko med člani skupine razvije občutek solidarnosti in medsebojnega razumevanja.

Priporočena velikost fokusne skupine je od 8 do 10 oseb. Iz literature je znano, da se pri občutljivih temah priporoča 4 do 6 oseb v fokusni skupini in izkušnje pri pogovorih s starši temu potrjujejo. Pri obveščanju in izboru smo pazili, da ne bi v fokusno skupino dobili preveč oseb, saj bi to močno oviralo naše delo. Tako se je v primeru staršev zgodilo, da je se je v fokusno skupino javilo dovolj oseb, ki pa so – zaradi prezaposlenosti – tik pred zdajci odpovedovali udeležbo. Etična drža zahteva, da mamici in očkov majhnih otrok, ki so si za pogovor z nami vzeli čas, ne odslovimo, ampak pogovor v resnici izpeljemo. Ker gre za samoizbor staršev, so se v vsaki skupini staršev – ne glede na njihovo število, znašli starši, ki so bili za pogovor zelo motivirani, zato so bili vsi pogovori koristni in ponudili bogat prispevek našemu projektu.

Kot uporabnike sistematskih pregledov smo vključili:

- šolarje in dijake;
- njihove starše;
- učitelje (spremljevalce pri sistematskih pregledih);
- ranljive skupine mladostnikov in mladih;
- mentorje v programu Projektnega učenja za mlajše odrasle (PUM);
- socialne delavce iz centrov za socialno delo (CSD) ter
- nosečnice in mlade matere.

Raziskati smo želeli naslednja področja:

- splošne vtise in mnenja o sistematskih pregledih;
- izkušnje s potekom in izvedbo sistematskih pregledov ter predloge za izboljšave;
- mnenja in izkušnje s pridobivanjem informacij ter zdravstvenih nasvetov ob sistematskih pregledih in predloge za izboljšave;
- izkušnje in predloge različnih načinov dodatnih obravnav v primeru zdravstvenih težav;
- izkušnje in vtise o odnosu zdravstvenih oseb do uporabnikov – šolarjev/dijakov, njihovih staršev in učiteljev ter možne izboljšave;
- vlogo zdravstvenega osebja pri reševanju težav šolarjev/dijakov;
- kriterije za izbiro otrokovega osebnega zdravnika (samo starši);
- vlogo staršev pri doseganju ciljev zdravega načina življenja otrok (samo starši);
- izkušnje in predloge sodelovanja zdravstvenega osebja s šolo (samo učitelji);
- izkušnje, mnenja in predloge o šolarjem/dijakom prijazni zdravstveni službi;
- izkušnje, mnenja in predloge udeležencev šole za starše ter
- mnenja odločevalcev.

Metoda obdelave zbranih podatkov

Pridobljene podatke iz intervjuja kot iz fokusne skupine smo obdelali na enak način. Prvi korak je bil transkript ali dobesedni prepis pogovora, pri čemer smo identitete oseb, s katerimi smo se pogovarjali, skrili. Dobesedni prepis je izjemno pomemben zato, ker je lastnost spomina selektivnost, ki se je udeleženci v pogovoru ne zavedamo. Prednost dobesednih prepisov je, da se ob tem zavemo vseh vsebin, ki so na pogovoru bile predstavljene. Dobeseden prepis pomeni ohranitev izvornega pomena izrečenega in nepotvarjanje vsebin pogovora.

Kvalitativna analiza podatkov ne poteka neurejeno in v poljubnem zaporedju faz, temveč gre za urejen večfazni proces, pri čemer pa je lahko sosledje faz podrejeno ideji iterativnosti in sekvenčne analize (Mesec, 1998).

Raziskovalec je sprva zbrano empirično gradivo vsebinsko razčlenil na enote kodiranja, ki jim je v nadaljevanju pripisal ustrezne izraze za pojme in slednje smiselno grupiral v kategorije. Fazi oblikovanja kategorij je sledila najprej analiza njihovih značilnosti (in pojmov, ki jih tvorijo), nato pa selekcija najbolj

relevantnih kategorij in definicija le teh ter konstruiranje odnosov med njimi. Proces analize se je zaključil s poročilom.

Končno poročilo smo organizirali po vprašanih ali temah. Pri tem smo upoštevali cilje projekta in namen pogovora. V poročilu smo poudarili, kaj pomembnega o temi smo izvedeli. Količine smo izrazili v opisih in ne številkah. Ugotovitve smo podkrepili s citati oseb, ki so v intervjujih sodelovale. Za naš projekt je bilo bistveno ugotoviti (Klemenčič & Hlebec, 2007):

- Kaj smo vedeli že pred začetkom srečanja fokusnih skupin, pa se je to v fokusni skupini potrdilo ali zavrnilo?
- Kaj smo predvidevali, pa se je v fokusnih skupinah potrdilo ali zavrnilo?
- Katere nove nepredvidene informacije smo dobili?
- Kakšne bodo posledice teh novih odkritij?

VIRI:

Klemenčič, Sonja in Hlebec, Valentina (2007): Fokusne skupine kot metoda presojanja in razvijanja kakovosti izobraževanja. Ljubljana: Andragoški center Slovenije.

Lamut, Urša in Macur, Mirna (2012): metodologija družboslovnega raziskovanja. Od zasnove do izvedbe. Založba Vega.

Levstik Nejc (2013): I choose to live. Dokumentarni film. Ko-produkcija Ljudska univerza Radovljica.

Marentič Požarnik, Barica (2001): Uspešna prenova terja enakopravnejši položaj »alternative« raziskovalne paradigme in učitelja raziskovalca. Sodobna pedagogika, št. 2, str. 64 – 80.

Mesec, Blaž (1998): Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Punch Keith, K. (2009): Developing Effective Research Proposals. Sage Publications.

Ragin, Charles (2007): Družboslovno raziskovanje – enotnost in raznolikost metode. Ljubljana: fakulteta za družbene vede.

Vogrinc, Janez (2008): Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: pedagoška fakulteta.

3.4. Predstavniki, organizacije in združenja uporabnikov preventivnega zdravstvenega varstva

3.4.1. Fokusne skupine - starši otrok o preventivnem zdravstvenem varstvu

Namen in cilji

Namen tega sklopa je bil zbrati mnenja staršev v več slovenskih regijah. V izbrani regiji je bilo za naš projekt pomembno pridobiti mnenja staršev tako mestnega kot ruralnega področja. Vemo namreč, da je v ruralnih področjih ponudba izvajalcev preventivnega zdravstvenega varstva omejena in v tem smislu smo pričakovali različne izkušnje staršev iste regije. Na kaj vse to vpliva ne vemo natančno, zato so se fokusne skupine oz. pogovori izvajali v dveh različnih okoljih iste regije, da bi ugotovili morebitne druge razlike znotraj regije. Starše predšolskih otrok smo zajeli v pomurski in ljubljanski regiji, starše osnovnošolskih otrok prve triade pa v gorenjski in notranjski regiji. V vsaki regiji smo izbrali tako mestno kot ruralno okolje in predvideli 8 pogovorov, z možnostjo razširitve.

Metode dela

S pomočjo osebnih stikov naših sodelavk smo stopili v stik z vrtci oziroma šolami, ki naj bi nam pomagale vzpostaviti stik s starši. Vrtci oz. šole so posredovale naše vabilo staršem z obrazložitvijo, kaj bo namen in vsebina pogovora. Tako smo pridobili samoizbirni vzorec staršev, ki želijo sodelovati v pogovorih o preventivnih zdravstvenih pregledih otrok in ki imajo čas priti na takšen pogovor. Tak pristop omogoča visoko motiviranost staršev v pogovorih. Ne glede na to pa se je izkazalo, da so starši majhnih otrok zelo zasedeni, zato so se dogajale tudi nenadne odpovedi udeležbe. Ker je bil vzorec samoizbirni in ker so si tisti starši, ki so se pogovora udeležili, zanj vzeli čas in zanj bili motivirani, smo vse pogovore izpeljali. Pogovori so se izkazali za bogat vir informacij, v vsebinskem in izvedbenem smislu pa so pogovori z manjšim številom staršev bili še bolj poglobljeni, saj so bile obravnavane teme občutljive.

Na podlagi fokusnih skupin smo skušali opredeliti ključne pomanjkljivosti dosedanjega poteka, izvedbe in vsebine sistematskih pregledov, ki bodo skupaj s pilotnimi testiranjimi osnova za predlagane izboljšave s poudarkom na šolarjem/dijakom prijazni zdravstveni službi.

Sodelovali so starši predšolskih otrok in starši otrok prve triade osnovne šole. V skupinah je bilo od 2 do 16 udeležencev, prevladoval je ženski spol - sodelovale so večinoma mame otrok, očetov je bilo manj. Skupine so bile izvedene v različnih regijah po Sloveniji in predstavljajo tako ruralno kot mestno okolje. Pričujoče poročilo je rezultat izvedbe petih fokusnih skupin (skupinskih pogovorov) s starši o preventivnih pregledih. Spodnja tabela prikazuje kraje in datume izvedbe, število in spol udeležencev.

	Okolje	Kraj izvedbe	Datum izvedbe	Starostna skupina otrok	Št. udeležencev	Spol udeležencev
1.	Ruralno (Pomurje)	Črenšovci	24. april, 2014	Predšolski otroci – 6 let	4	3 mamice, 1 očka
2.	Mestno (Gorenjska)	Radovljica	8. maj, 2014	Otroci prve triade	16	14 mamic, 2 očka
3.	Ruralno-mestno (Ljubljanska)	Vrhnika	13. maj, 2014	Predšolski otroci – 3 leta	4	4 mamice

4.	Ruralno-mestno (Ljubljanska)	Vrhnika	14. maj, 2014	Predšolski otroci – 6 let	2	2 mamici
5.	Ruralno (Gorenjska)	Gorenja vas	15. maj, 2014	Otroci prve triade	13	11 mamic, 2 očka
6.	Ruralno (Dolenjska)	Mokronog	19. maj, 2014	Otroci prve triade	4	4 mamice
7.	Mestno (Dolenjska)	Novo mesto	20. maj, 2014	Otroci prve triade	2	2 mamici
8.	Mestno (Pomurje)	Moravske Toplice	21. maj, 2014	Predšolski otroci – 3 leta	3	3 mamice
9.	Mestno (Pomurje))	Moravske Toplice	22. maj, 2014	Predšolski otroci – 6 let	7	7 mamic
10.	Mestno (Ljubljanska regija)	Ljubljana	26. maj, 2014	Predšolski otroci – 3 leta	4	4 mamice
11.	Mestno (Ljubljanska regija)	Ljubljana	27. maj, 2014	Predšolski otroci – 6 let	/	

Potek pogovorov

Vsi pogovori so potekali tekoče in sproščeno, starši, ki jih je bilo sicer težko rekrutirati za pogovore, so se na samih pogovorih razgovorili in radi delili svoje izkušnje, mnenja, predloge in kritike. Pogovori so trajali od ure do ure in pol, snemanega dela pa je bilo od 55 do 85 minut. Vsi starši so bili pred pogovorom prek informiranega soglasja seznanjeni s potekom in namenom pogovora ter o tem, na kakšen način in v kakšne namene bodo podatki, pridobljeni v pogovorih, uporabljeni. V skladu z visokimi etičnimi standardi fokusnih skupin kot ene najpogostejših metod za zbiranje kvalitativnih podatkov, jim je bila zagotovljena popolna anonimnost, zaupnost in zasebnost podatkov. Prepisi pogovorov so anonimizirani in v njih ni mogoče prepoznati konkretnih osebnih podatkov udeležencev.

Čeprav je na prvi pogled tema pogovorov, izkušnje s preventivnimi sistematskimi pregledi, delovala kot neobčutljiva, se je skozi potek pogovorov izkazala za občutljivo temo, kjer starši spregovorijo o zelo osebnih, včasih tudi bolečih izkušnjah in zdravstvenem stanju njihovih otrok. Posledično se je izkazalo, da so fokusne skupine z manjšim številom udeležencev v tem primeru bolj primerne.

V pogovorih z večjim številom udeležencev so se, poleg tega, da starši niso bili pripravljeni deliti intimnih zgodb, izkušenj, izkazale tudi sicer znane slabosti večjih fokusnih skupin:

- skrivanje mnenj udeležencev za drugimi udeleženci, kjer jih veliko reče, da se strinjajo z ostalimi, svojih izkušenj pa ne delijo,
- manj učinkovito moderiranje skupine, saj se pojavljajo stranski diadni pogovori,
- izstopanje dveh, treh glasnih oseb, ki so prevladali nad ostalimi.

Diadna fokusna skupina se je kljub dvema udeleženkama izkazala za učinkovito, saj sta se obe udeleženci vpletli v pogovor do največje stopnje.

Izsledki

Prednosti preventivnih pregledov (za vse starostne skupine otrok): starši na splošno preventivne sistematske preglede dojemajo kot nekaj dobrega, saj je na ta način v določenem časovnem intervalu omogočeno sistematično preverjanje zdravja vseh predšolskih in šoloobveznih otrok, ko se po njihovem mnenju dogajajo pri otroku največje psihične, kognitivne in motorične razvojne spremembe.

»Ja, po eni strani se mi vidi, da pač, ko dobiš nek pregled otroka, kak je, če je v redu glede tega razvoja, če se dobro razvija, pač če greš na te krvne pa te slike, da vidiš, če je vse v bistvu v redu. Drugo pa ... kaj jaz vem. Mislim, da je dobrodošlo, da dobiš informacijo o tem, kaj sploh se dogaja z otrokom, ne, če je v razvoju vse v redu, vsaj do neke mere., Mamica predšolskega otroka, Moravske Toplice

Ključna prednost preventivnih sistematskih pregledov otrok je po mnenju vseh staršev, ne glede na starost otrok, da omogočajo pravočasno odkrivanje zdravstvenih težav ter nepravilnosti v razvoju in rasti ne le pri otrocih, ki pogosto obiskujejo svojega osebnega zdravnika ali pediatra, temveč tudi pri dveh drugih skupinah otrok: pri tistih, ki so po besedah staršev bolj »zdravi«, in se pri zdravniku oglasijo zelo redko, saj to zaradi dobrega zdravja ni potrebno, in pri tistih, ki jih starši zaradi takšnih ali drugačnih razlogov (na primer zanemarjanje itd.), ne vozijo k osebnemu zdravniku ali pediatru.

»Meni se zdijo preventivni pregledi smiselni. Res, da so del nekega sistema, zato je mogoče vse preveč avtomatiziran nekaj, a ne, ker je časa malo ... se vsem mudi, ampak ta poanta ... osnovna poanta nekajkratnega pregleda otrok v predšolskem obdobju se mi zdi pravilna.«, Mamica predšolskega otroka, Vrhnika

V splošnem starši vseh starostnih skupin pozdravljajo preventivne sistematske preglede. Želijo si, da bi se tudi v bodoče izvajali. Nekateri starši so predlagali celo pogostejšo izvedbo, kot je sedanja. Staršem se zdi pozitivna plat obiskovanja sistematskih pregledov tudi ta, da se otrok seznanja z zdravniškim okoljem, dispanzerjem, da se med njim in zdravnikom razvija pozitivna interakcija, ki je koristna potem, ko je otrok bolan. Otrok tako pridobi potrebno zaupanje v zdravniško okolje.

»Huh, jaz bi mogoče pač ... predvsem vidim to, no, da otrok, ko pride, potem k zdravniku bolan ali pa poškodovan, ga pozna, ne. Da ni to prvič, predvsem to. In da zdravnik ve, kako otrok deluje, kako zgleda

takrat, ko je zdrav, in lahko potem primerja, ne. Mislim, da to je bistvena korist ... Predvsem zato, da se navaja na okolje, da se ... ne. » Mamica predšolskega otroka, Ljubljana

Starši so nanizali nekaj izkušenj, ko otrok na sistematskem pregledu ni bilo strah, temveč se je nekaterim zdel celo zabaven. Poleg predhodne priprave otroka imajo ključno vlogo pri tem ureditev dispanzerja, pristop oziroma odnos pediatra do otroka ter nagrada. Nekateri starši so izrecno poudarili, da so zadovoljni z dobljenimi informacijami o sistematskem pregledu in da ničesar ne pogrešajo.

Starši na splošno preventivne sistematske preglede dojemajo kot nekaj dobrega, saj je na ta način v določenem časovnem intervalu omogočeno sistematično preverjanje zdravja vseh predšolskih in šoloobveznih otrok, ko se po njihovem mnenju dogajajo pri otroku največje psihične, kognitivne in motorične razvojne spremembe.

Slabosti preventivnih pregledov (za vse starostne skupine otrok):

V skupinskih pogovorih je večina staršev vseh starostnih razredov otrok, predšolskih in šoloobveznih, kot slabost sistematskih pregledov izpostavila problem obveznega cepljenja otrok v okviru preventivnih sistematskih pregledov. Predvsem starše, ki na sistematski pregled niso vabljeni v šolskem obdobju, moti, da so njihovi otroci cepljeni v njihovi odsotnosti.

»Ja, v bistvu zdaj tko čist splošno o sistematskih pregledih .. lih tko bi izpostavila cepljenje, pa predvsem naša izkušnja je bila ... dobil smo čist premal informacij. Dejansko že k smo začel s sistematskimi, k sta bla še zelo mičkena, že ta osnovna vprašanja glede dojenja in tko naprej, nismo dobil zanesljivih informacij, ker vem, potem ko smo jih kasnej preverjal, so se izkazale, da so čist, dejansko neuporabne, da je to neko znanje, ki ni več veljavno, če je kdaj blo, in tko. Pri cepljenju je problematično to, da ti pravzaprav ... mi smo imel to izkušnjo, da so otroka cepil še preden smo mi vedl, da bodo to sploh naredil. Noben ni rekel, cepl ga bomo proti temu, temu in temu, o kakšnem informiranem pristanku ni bilo niti govora.«, Mamica predšolskega otroka, Vrhnika

Nekateri starši kot slabost pri sistematskih pregledih izpostavljajo po njihovem mnenju premajhen poudarek na korenit pregled gibalnega aparata, vse pogostejših psihični težav otrok in težav z motnjami hranjenja.

»Jaz bi isto dodala še za gibalni aparat. Težave, ker otroci rastejo, in če se jih dost zgodi pravilno usmerja, pol se tud velikrat da preprečit. Tud kasnej, k vidimo, da mamu odrasli zlo velik težav, zarad načina dela, al pa življenja, da bi se to tud v tej fazi .. mogoče je to še normalno, mejno normalno, opozorilo, da bodite pozorni. Vaš otrok ima mejhn krivo hrbtenico, je še v redu, ampak ... a ne, v to smer.«, Mamica otroka prve triade, Radovljica

Predvsem starši predšolskih otrok omenjajo, da pred obiskom sistematskega pregleda z otrokom namenijo nekaj časa temu, da otroka pripravijo na pregled. Posebno pozornost namenijo cepljenju in odvzemu krvi, saj naj bi bilo to po besedah staršev najbolj stresen del sistematskega pregleda.

»... mi smo otroka fejest pripravljali na to. Pa bo komarček, pa te bo piknil, pa bo to, pa bo ono, tak da nekih problemov mi nismo imeli, tak da je sodelovala in je kar steklo.« Očka predšolskega otroka, Črenšovci

Starši otrok prve triade pripravi otrok na sam pregled ne posvečajo posebne pozornosti, saj se pregled izvaja v času pouka.

»Mi smo imeli tud tako izkušnjo, da je učiteljica tisti dan prinesla križanke, in ne vem, kaj so vse delali, tko da skor noben ni hotel, ker je bilo v čakalnici tako lepo: je poskrbela, da je bila stvar res tko atraktivna, mislim, pač lepo jim je blo, no. Ni blo zdej fokus na neki, kar bi jih lahko blo strah. Al karkol, no, je znala tko poskrbet, da je bila stvar všečna vsem.«, Mamica otroka prve triade, Radovljica

Starši predšolskih otrok so na splošno mnenja, da bi lahko preventivni sistematski pregledi trajali dalj časa, da bi se zdravnik vsakemu otroku lahko bolje posvetil. Časovno bolj intenzivni naj bi bili pregledi otrok pred vstopom v šolo, saj menijo, da se morajo otroci navaditi medicinske sestre in zdravnika, ki ju pogosto prvič vidijo, da se lahko popolnoma sprostijo in pokažejo svoje veščine.

»Mogoče, da se starši, ko vidiš zunaj polno čakalnico otrok, v bistvu ti zdravnik niti ne rabi rečt, da pohitiš. In ti v bistvu v nekem ... petih minutah, ali pa desetih tistega sistematskega pregleda, imaš že v glavi, da je treba pohitet, pohitet, pohitet. Mogoče se kakšno stvar spomniš pol v čakalnici in tko naprej. Potem v bistvu je to stvar sestre, pediatra, kolk to lahko naknadno postaviš. Sama osebno sem imela zelo pozitivno izkušnjo, da zdravnica si je vzela čas in v bistvu je ... smo imel, ravno zdaj smo imel, sem razlagala petletniku ... pač, se en od mod ni spustu, in je v bistvu napisala napotnico, da karkol ni bila prepričana, da povišan krvni pritisk, da pridemo naknadno in tko naprej. Mogoče te vrste. Ne vem pa v bistvu glede kvalitete, kaj bi se moralo vse merit. Imam pa premalo znanja, v bistvu.«, Mamica otroka prve triade, Novo mesto

Starši otrok prve triade so povedali, da nimajo natančne predstave o tem, kako poteka sistematski pregled njihovega otroka, tako da ne vedo, koliko časa traja sam pregled. Želijo si informacij, ki bi jim omogočile vnaprejšnji vpogled v potek pregleda in način dela osebja v dispanzerju. Želijo biti seznanjeni s tem, kaj se z otroki na pregledu dogaja, kako poteka pregled. Mnogi starši so poudarili, da so informacije, ki jih dobijo po sistematskem pregledu, preskromne, ali pa jih sploh ni. Problem je pereč predvsem za starše šoloobveznih otrok, saj starši niso prisotni pri pregledu, informacije, ki jih dobijo od otrok, pa niso strokovne narave. Starši predšolskih otrok so izpostavili problem preskromnih povratnih informacij. Starši so izpostavili tudi, da učitelji in šolski uslužbenci po njihovem mnenju niso kompetentni in ne bi smeli biti tisti, ki staršem podajajo informacije o sistematskih pregledih. Tu so poudarili tudi občutljivost osebnih podatkov. S tem se je strinjalo tudi nekaj mamic, ki so po poklicu učiteljice. Kot predvsem pomanjkljive so bile izpostavljene informacije o tem, kako je potekal pregled in kako resne so težave. Nekaj mamic je opisalo informacije o težavi in napotitvi na nadaljnje preglede kot premalo konkretne, zaradi česar niso pravočasno ukrepale, saj so presodile, da težava ali problem nista bila dovolj resna.

»Sklepamo, kaj se dogaja, ker smo jih pred šolo sami vozili, a ne. Da se to dogaja še naprej, približno enako.«, Mamica otroka prve tirade, Radovljica

»V bistvu samo, da je prinesel listek domov, da je sistematski pregled, pa nič drugega. Pa da je povedal, da je bil cepljen, pa da so bili vsi cepljeni. Ko pa vprašaš, karkoli več, pa ne ve niti povedati. Ja, tam sem stal ... pa sej ne povejo. Minimalno, tako da res ne vemo točno kaj se dogaja z otroki tam.«, Mamica otroka prve triade, Radovljica.

»Sej najbrž majo narjen, nek seznam, kaj se dela na sistematskem ... ko učiteljica da pač tist, obvestilo, sigurn lahko sam pač tist seznam doda zraven ... neka osnova je sigurn že sestavljena.«, Mamica otroka prve triade, Radovljica

»Jaz imam štiri otroke, pri nas so vsi suhi. Dobro, ta starejša ni več. Ona je štartala z dvema kilami pa pol, 48 velika, danes ji nič ne manjka. Je punca razvita vse, normalno. Drugi trije so še zmeraj suhi, ne. Ampak zmeraj dobim obvestilo, da so podhranjeni ... točno to, in moja osebna zdravnica oziroma njihova osebna zdravnica v Škofji Loki se smeji, prav: na njihov štart je to normalen porast, ne odstopa od meje. Me je pa pol zmotilo to še pri najmlajšem - vsi so pa zdravi, načeloma, razen najmlajši, ki ima to otroško revmo - me je pa res zmotilo, ko so imel ta zadnji sistematski pregled, pa nisem dobila nobenega obvestila, da ni bil cepljen. Zaradi zdravil, a ne. Ampak v Ljubljani mi je ena nova dohtarca rekla, da glede na to, ker je to cepivo bilo mrtvo, bi on bil lohk cepljen. Dobila sem zmeraj obvestilo, da so podhranjeni, za to, da ni bil cepljen, mi je pa sam povedal, nobenega papirja.«, Mamica otroka prve triade, Gorenja vas

»Jaz mislim, da vsaj pri ta malih otrokih, sej potem ... k mam sina v sedmem razredu, tam že pove, in je drugačna komunikacija, ne, ampak pri mlajših, ko je pomembno vse druge prej in tud druge stvari on vidi, ker je njegov zorni kot drugačen, tam pa po mojem je potrebna, da bi bila še ena komunikacija, da bi zdravnik sporoču staršem. Ali pa pač zdravstveno osebje.« Mamica otroka prve tirade, Radovljica

»Ka pa vem ... za nazaj ... določenih informacij sploh ne dobiš ... pardon (op. zakašlja). Na primer te krvne slike pa ta ... je doktor pač pogledal oziroma doktorca, če je vse v redi, ok ... če ne, dobro, mogoče kakšni parameter, pa nekših kontra informacij glih ne posredujejo ... zdaj glede drugega razvoja pa tudi tak ... zdaj, če je otrok ... vsaj ni glih v sredini, oziroma povprečen, da je v redi, nima zdaj tu nekših odstopanj pa ne vem kakšnega razlaganja, kaj bi še mogoče bilo v redi napraviti ali pa ne ... zdaj pa, če je kakšno fejest odstopanje, ti mogoče povejo. Drugače pa je, definitivno, po mojem mnenju premalo kontra informacij (op. povratnih)«, Mamica predšolskega otroka, Moravske Toplice

»Ja, pri šolskih praktično nič, razen tam, ko sem tam pač pri sinu, ki je bil zelo lahek ... vedno sem dobila ... da je TT ... in sploh nisem vedla, kaj to pomeni ... in potem cifra in podčrtano in tri klicaje. Prvič, ko sem to dobila, sem morala v šolo vprašat razredničarko, kaj sploh to pomeni? In je ona rekla, ja mislim, da je neki povezano s telesno težo. Aha, mislim. Potem sem klicala pač v zdravstveni dom, in sem dobila pač pediatrinjo in ja, ja, to je prenizka telesna teža.«, Mamica predšolskega otroka, Ljubljana

»Ja, v šoli zveš tud ... ko dobi petko, si obveščen, in ko dobi cvek, si obveščen. V obeh primerih, tko da ...«, Očka otroka prve triade, Radovljica

»... Tako da, jaz mislim, da je to v redu kar poteka, meni se samo informacijo .. mislim, povratne informacije mi manjkajo, nič družga. Samo na enem A4 formatu.«, Mamica otroka prve triade, Radovljica

»Jaz ker sem v šolstvu, pa so po dva, trije naenkrat notr, pa učiteljice mal zuni, mal notr, kakšen mal joka, kakšen ... ne vem, no. Pol pa pediater z učiteljico govori, oziroma z vzgojiteljico in da njej te podatke in liste, kaj mora zdaj komu naročit od staršev. Zdaj eni so ok, eni pa ne vem, imajo še to, pejte k svojemu pediatru, pejte k dermatologu, pejte ... ne vem ... in pol v bistvu ... al pa ne vem, pejte po recept, ki ga rabite za glivice ... so pri meni ugotovili v razredu, tako da v bistvu to učitelj nosi okrog in spet ne pride do staršev.» , Mamica predšolskega otroka, Vrhnika

Starši si želijo informacij, ki bi jim omogočile vnaprejšnji vpogled v potek pregleda in način dela osebja v dispanzerju. Želijo biti seznanjeni s tem, kaj se z otroki na pregledu dogaja, kako poteka pregled. Mnogi starši so poudarili, da so informacije, ki jih dobijo po sistematskem pregledu, preskromne, ali pa jih sploh ni.

Predlog poteka preventivnega pregleda (predlogi za izboljšavo)

Starši so opisali tudi, kako bi si predstavljali potek idealnega sistematskega pregleda. Želje in potrebe so bile zelo različne glede na njihove dosedanje izkušnje, ureditev izvedbe sistematskih pregledov v njihovem kraju, pristopa izbranega pediatra in še številnih drugih dejavnikov. Spodaj so naštetih dejavniki, ki bi jih pri poteku idealnega sistematskega pregleda želeli:

- več časa za samo diagnostiko;
- več časa za spoznavanje otroka in pogovor z njim;
- da pregled za otroka ne predstavlja stresa;
- več pojasnil in informacij, ko si jih želijo in jih potrebujejo;
- še več poudarka pri pregledu psihomotoričnih sposobnosti otroka,
- pogostejši sistematski pregledi, na primer vsako leto;
- da bi sistematski pregled vodil otrokov osebni pediater;
- da bi pri pregledu sodelovali različni strokovnjaki (na primer logoped, psihiater, fiziater itd.);
- ureditev dispanzerja na način, da bo otroku prijazen, bolj podoben igralnici;
- odločanje o prostovoljnem cepljenju;
- sistem družinskih zdravnikov, ki izvajajo tudi sistematske preglede ter
- da se pregledi izvajajo v dopoldanskih urah, ko otroci še niso preutrujeni za sodelovanje.

Z odnosom osebja v dispanzerju do otrok in njih samih imajo starši precej različne izkušnje. Nekateri so z osebjem in odnosom izredno zadovoljni, spet drugi zelo nezadovoljni: v primeru, ko imajo zdravniki veliko pacientov, so bolj nepotrpežljivi z njihovimi otroki; lahko se pojavijo problemi z jezikom (zgodí se, da zdravnik ne zna slovensko in ga otrok ne razume), sestre so običajno bolj dostopne, tople in prijazne kot

zdravniki; če sistematske preglede izvajajo osebni pediatri otrok, so ti bolj prijazni in dostopni za otroka; tudi v primerih, ko gre za osebni pristop in spoštljiv odnos, pogrešajo predanost oziroma da se zdravnik zares posveti njihovem otroku; zgodi se, da tudi v primeru, ko je osebje prijazno, ni usposobljeno za komuniciranje z otroki; predvsem starejši pediatri, imajo pogosto preveč avtoritaren odnos do staršev in otrok; starši so zaradi prevelike angažiranosti (preveč spraševanja, kot so ubesedili oni), doživeli odklonilen odnos; v primerih, ko se ne strinjajo z mnenjem ali določenim postopkom, so doživeli odklonilen odnos - velik problem predstavlja cepljenje, saj v primerih, ko starši želijo več informacij oziroma se odločijo odložiti cepljenje, prihaja do konfliktov.

»Pri nas pri zdravnici je bilo ... ok, pri zdravnici pač jaz nisem bla zadovoljna. Hči je bila zelo zadovoljna do trenutka, ko se jo je hotela dotaknit. Pač ne mara, da se jo nekdo dotakne, brez da ona da dovoljenje. Zdej velikrat to pomen vsaj, da ji nekdo vnaprej pove, da se bo neki zgodil, če pa jo nekdo sam prime, pa dejansko zmrzne. In do tega momenta, k jo je zdravnica prijela, je šlo vse ok. Pol naprej pač ker je ona samo stopila do nje in jo zagrabila, so bile stvari mejčkn bl naporne. Pr sestrah pa tko, kot sem rekla.

Pr sestrah pa res ni šlo dobr skos, no. Sestre pa nekak niso kliknile s tem otrokom in ni ... ni šlo dobr skos. In je bla tud zelo prestrašena tud naslednjič, k smo rabil it k zdravniku, smo jo zelo težko tja notri spravl. Tko.«, Mamica predšolskega otroka, Vrhnika

»Eee, pomislek je bil predvsem na tem, vedno več staršev se odloča vozit otroke na sistematske preglede v Avstrijo, recimo. V Avstrijo vozijo predvsem zato, ker pri nas je ob sistematskih pregledih tudi ... so ta obvezna cepljenja, ki pa jih starši nočejo izvajati pri svojih otrokih, ne. Po tem na ta način se izognejo obveznim cepljenjem, v Avstriji niso obvezna, pri nas so za enkrat še obvezna. Zdaj ne vem, vedno več debat je tudi med starši v zvezi s temi cepljenji, če je res potrebno toliko cepljenj, ali so nekatera že samo zaradi nekkih lobijev, ki so to pač sposobni implementirat v sistem, pa na podlagi tega zaslužiti, ali je to dejansko v korist otroka, ali je to neka korist v ozadju, ali Te debate se med starši pojavljajo in zdaj ... eni tudi zaradi tega ... ker prideš na sistematski pregled pa je avtomatsko cepljenje ne. Če prideš na sistematski pregled, pa ne želiš otroka cepiti, si pa v konfliktu z zdravnikom, ne...«, Očka predšolskega otroka, Črenšovci.

»Mene pa v bistvu moti ... sistematski pregled me sploh ne moti, me pa moti, da cepijo otroka takrat, ko mene ni zraven. Ker pač vemo, da so lahko tud določene reakcije, pol pa če se zgodi nekaj tazga, da otrok niti ne ve številke, al pa karkoli, lahko mama oziroma starši zvejo za to .. ne ... bognedaj, kaj se vse lahko zgodi, ne«, Mamica otroka prve triade, Radovljica

Z odnosom osebja v dispanzerju do otrok in njih samih imajo starši precej različne izkušnje. Eni so z osebjem in odnosom izredno zadovoljni, spet drugi zelo nezadovoljni: v primeru, ko imajo zdravniki veliko pacientov, so bolj nepotrpežljivi z njihovimi otroki; lahko se pojavijo problemi z jezikom.

Na vprašanje, na kaj naj bo tim v dispanzerju najbolj pozoren, so starši podajali različne konceptualne in praktične odgovore: najpomembneje se jim zdi, da so pozorni na to, da v prvi vrsti delajo za otroke in z otroki; da so do otrok spoštljivi in prijazni; da se znajo spustiti na otrokov nivo, se jim približati; da se zavedajo, da imajo pred seboj malega človeka, ranljivo osebo; da si za otroka vzamejo čas za spoznavanje

in pogovor z njim; da komunikacija med zdravstvenim osebjem, otrokom in starši poteka odprto in tekoče; da so še posebej pozorni na otroke, ki so bolj boječi in občutljivi; na družinsko anamnezo, gene (primer premajhne teže pri otroku, katerega družina je vsa na spodnji meji teže); na sterilnost in čistočo; da poskrbijo za igrivo in otroku prijazno vzdušje.

»Jah, pri meni je nekak podobno, no. Sam odnos pa strokovnost pač nimam nič povedat, razen te proste izbire za cepljenje pa to, to je največji problem, ampak imajo zvezane roke. Dobesedno, če bi šla z zdravnico na kavo, bi mi nekaj drugega povedala, kot pa vam bo notri. In to se pač vidi, ko že osem let hodiš nekam, že čutiš, da ne more nekaj povedat, ker ni ... ni pač etično, kaj jaz vem, kaj. Pa to ko sem prej že itak omenila. Ta stiska, ne. Kvaliteta, čas, to jih malo ... to se čuti. Drugače pa, kar se tiče strokovnosti pa zavzetosti, to pa tako pri svoji pediatriji kot tam v zdravstvenem domu je bilo vse, ne vem, vse je bilo ok, razen pač, to kar sem že povedala, da ne poznajo otroka, da potem težje tudi karkoli ...«, Mamica predšolskega otroka, Črenšovci

»To je pač čist odvisno od dneva, kakšnega ima zdravnik in sestra, predvsem od tega, Drugače načeloma so pa kar v redu, no. Ima pa vsak svoj dan slab in dober, pač če večkrat gre, opaziš razliko.«, Mamica otroka prve triade, Gorenja vas

»Prijazni. Otroka so v neki igri pa humorji pripeljali do tega, da se je nasmehnila, pa non stop nekaj ... kaj je ... ka se ti tisto otrok odpre, pol pa ... pokaže tisto z ročicami, pa gibe ... pa vse ... zadovoljni.«, Mamica predšolskega otroka, Moravske Toplice

Glede želja in potreb prisotnosti staršev med samim sistematskim pregledom lahko starše razdelimo v tri skupine:

- Starši predšolskih otrok, ki so in si še naprej (tudi v šolskem obdobju) želijo biti prisotni pri sistematskih pregledih vsaj toliko časa, dokler starši ali otrok sam presodijo, da je to še potrebno;
- Starši otrok prve triade, ki trenutno niso prisotni, a si želijo biti prisotni pri sistematskih pregledih skozi celotno šoloobvezno obdobje otroka. Sicer je mamica iz Radovljice izpostavila, da kdor želi, se tudi v šolskem obdobju lahko dogovori in prisostvuje pri sistematskem pregledu, a izsledki kažejo, da se te možnosti zaveda premalo staršev.
- Starši otrok prve triade, ki trenutno niso prisotni, in tudi nimajo posebne želje prisostvovati. Tem staršem je všeč, da so lahko prisotni v predšolskem obdobju, v šoli pa to vlogo prevzame skupina in sošolci.

Glede želja in potreb prisotnosti staršev med samim sistematskim pregledom lahko starše razdelimo v tri skupine: starši predšolskih otrok, ki so in si še naprej (tudi v šolskem obdobju) želijo biti prisotni pri sistematskih pregledih vsaj toliko časa, dokler starši ali otrok sam presodijo, da je to še potrebno. Starši otrok prve triade, ki trenutno niso prisotni, a si želijo biti prisotni pri sistematskih pregledih skozi celotno šoloobvezno obdobje otroka. Starši otrok prve triade, ki trenutno niso prisotni, in tudi nimajo posebne želje prisostvovati. Tem staršem je všeč, da so lahko prisotni v predšolskem obdobju, v šoli pa to vlogo prevzame skupina in sošolci.

Starši so si enotni, da naj preventivne sistematske preglede v predšolskem obdobju izvaja osebni pediater/zdravnik otroka, iz dveh razlogov: Izbranega zdravnika je otrok navajen že od rojstva in ga dobro pozna, je ob njem sproščen, ima do njega zaupljiv odnos in je pripravljen slediti poteku pregleda na način, da najbolj sproščeno pokaže, kje je njegov trenutni motorični in psihični razvoj; prav tako izbrani zdravnik otroka dobro pozna, pozna njegovo anamnezo in se tako lažje osredotoči na morebitne kritične točke zdravstvenega stanja otroka, kar po mnenju staršev zagotovi kvalitetnejši sistematski pregled. Poleg prisotnosti pediatra, ki izvaja sistematski pregled, so starši predlagali še prisotnost specialistov za posamezna področja, ki so ključna v dobi odraščanja otrok.

Nekateri starši so poudarili, da lahko način ureditve otroškega dispanzerja bistveno prispeva boljšemu počutju otrok na sistematskem pregledu in pri zdravniku nasploh. Želijo si, da bi bili dispanzerji (tudi čakalnica) otroku prijazno opremljeni, pisanih barv, bolj podobno vrtčevskim igralnicam. Predvsem mlajše otroke navdušujejo raznovrstne igrače, knjige za branje, poslikane stene itd.

»Da bi imel spoštljiv odnos, da bi se obnašal tko, da je jasno, da se zavedajo, da pred njimi stoji oseba, pač ne neko dete, nek otrok, ki nič ne ve, ampak dejansko oseba z nekimi čustvi, nek cel človek, ki ... pač ok, je doberga pol metra manjši od vseh ostalih v ordinaciji, ampak še zmeri cel človek, ki ga je treba obravnavat na tak način. Brez nepotrebnih žalitev in podobno ... in napadov.«, Mamica predšolskega otroka, Vrhnika

»Verjetno otrokov osebni zdravnik, bi rekla jaz ... ali pa mogoče v kombinaciji s še kom? Ne vem, če je problem pri sistematskih pregledih to, da so spregledane potrebe otroka. Zdi se mi da je problem način, kako se sistematske preglede izvaja in mogoče ne dovolj poglobljen pogled na otroka, a ne, pa tud za celo družino ...«, Mamica predšolskega otroka, Vrhnika

»In zdravniki različno delajo, prav je, da ne delajo vsi isto, in potem tisti, ki najbolj v tvoj koncept paše, tistega izbereš. Mi slabe izkušnje nismo imeli. Pol se mi pa zdi to, ne vem, ko šola izbere zdravnika, ne ... sicer dobro, ni blo nič narobe, pa nič slabega ne mislim, ampak da otroka pripraviš, da sodeluje z drugim zdravnikom, ne, je pa problem že, nej ... in mi smo ogromno energije doma vlagali v to, da bo zdaj drugi zdravnik, pa ... onadva sta skupaj zdravnika, pa pripravljali, pripravljali, pripravljali, da potem otrok sodeluje, ne. Ker otroci pa niso isti, ne, to je pa res«, Očka predšolskega otroka, Črenšovci

»Da so pozorni na otroka bolj ko na nas, mislim, da je to.«, Očka predšolskega otroka Črenšovci

»Na to, da je okolje otroku prijazno, da so oni prijazni ... da se zavedajo, da imajo pred sabo ranljivega malega človečka ... recimo.«, Mamica predšolskega otroka, Vrhnika

»Na to, da naredijo dobro vzdušje. Ok, sej oni imajo tam, kakršnega imajo. Otrok je to mogoče prvi tisti dan, ali pa dvajseti, za otroka je pa to en redek obisk pri pediatru in če takrat ... mislim, prav ti sistematski pregledi se mi zdi ... sej ko je otrok bolan, spet rabi sočutje in tako na prej, ampak ko pa pride na sistematski pregled, takrat si pa delajo, bom rekla, eno doto za pol. Takrat se je treba še posebej potruditi, no tko ... mora bit kar mal slovesno, no tko. Če pretiram. In mislim, da pri nas, no ... se kar zlo potrudita za to. Ker

je mogoče ... zato, ker je majhna ambulanta in majhna čakalnica in imajo ločeno ... sistematika je čist ločena od kurative, ne. In je v bistvu takrat tud prezračeno, ne vem, čist drugač je in tud čist drugač sta naravnani, no. Tako da ... mislim, drugač sta naravnani ... ja, tko.», Mamica predšolskega otroka, Ljubljana

»... pri nas moram rečt, že sama ordinacija me je pritegnila, že ko smo prvič tja prišli, a ne. Ker je pač res zasebna in že ko prideš pred hišo, ima zunaj igrala namenjena otrokom in potem ko prideš notri je polno lepih luštnih otroških fotografij in potem ima v čakalnici en kup otroških slikanic, ki jih lahko, med tem, ko čakaš, gledaš ... in medvedkov, in igrač in majhne mizice in stolčke za otroke in lahko rišejo in tko naprej, in potem, ko prideš v ordinacijo spet od luči, ki visi s stropa, in je gor medvedek pu z balonom ... Recimo, moj otroci zlo radi grejo, da bodo spet vidl tist luster ... mislim, tko se gor voz na balonu medvedek pu ... vse to ti pač pove, da je človek, ki ima otroško dušo, da razume otroke ... to se mi zdi zelo pomembno, da se zna vživet v otroka.», Mamica predšolskega otroka, Ljubljana

»Bi mogla kar precej razmislit o tem, kaj je bilo, ker je kar nekaj časa že od tega. Če govorim zdaj o dekllici, ko je bila pred šolo. Ne vem, nikšnih, nobenih takšnih posebej, ka bi mi ostalo v spominu, ka bi imela nekšne težave, ne vem ... tudi te ... zdravnica je pač privatnica, oziroma ima privat ordinacijo, in tudi njena ordinacija je tako na zanimiv način opremljena, pa otroci ... oba dva se tam sprostita, pa tudi igrače imajo in preko iger oziroma na ta način jih potem motivirajo, da stopijo na tehtnico. Dobro, zdaj pri mlajših, ti večji že grejo. Tak da ne vem, nič kaj slabih izkušenj nismo imeli s tem.», Mamica predšolskega otroka, Moravske Toplice

Nekateri starši so poudarili, da lahko način ureditve otroškega dispanzerja bistveno prispeva boljšemu počutju otrok na sistematskem pregledu in pri zdravniku nasploh.

Kriteriji, po katerih starši izbirajo osebne pediatre/zdravnike svojemu otroku:

- Lokacija / bližina: nekaterim staršem je pomembno, da imajo zdravnika blizu, drugim spet ne;
- da ustreza njihovemu konceptu »zdravstvene nege in obravnave« s smislu, da imajo zdravniki podobne vrednote do pristopov in načinov zdravljenja, do dodatnih obravnav. Izpostavili so vrednote do predpisovanja antibiotikov, do dojenja itd.;
- da imajo do otroka spoštljiv, osebni pristop, da znajo vzbuditi zaupanje in pregnati otrokov strah, komunicirati z njim, ljubezen do otrok in dela z njimi;
- veliko staršev meni, da pozitivne in negativne izkušnje njihovega referenčnega kroga ljudi znatno pripomorejo pri odločitvi o izbiri osebnega pediatra.

»Mi smo imeli čist drugi razlog. Mi pod Lendavo spadamo, smo pa hodili v Lendavo skos k zdravniki, otroke smo pa namerno v Mursko dali, ker je vikend bil problem, in ni lekarne. In te si mogel iti v Lendavo k zdravniki, v lekarno pa v Mursko Soboto. Pa tej še nej blo avtoceste. In tak smo se namerno odločili, ka bomo imeli v Murski zdravnika.», Mamica predšolskega otroka, Črenšovci

»Čist po lastni presoji, kam bova šla. Aha, pod nami ima ordinacijo in ka pač ne ne vem kam se vozila, bova kar izbrala njo, ker tudi če kaj na hitro pride, zagradiš otroka in če drugo nej, tečeš bos k zdravniku na pregled, nej.», Mamica predšolskega otroka, Moravske Toplice

»Mi smo izbrali osebnega zdravnika zato, ker nam njegov pristop odgovarja, in vsi sistematski pregledi, ki so bili pri njem, so potekali v redu, in osebni pristop in čas si je vzel. Včasih smo prišli hitreje ven, ker ni bilo potrebno, včasih smo bili dalj časa. Jaz to ne bi nič menjal. Moti me pa ... ta cepljenja me najbolj motijo.«;
Očka predšolskega otroka, Črenšovci

»Čeprav, jaz, če povem po pravici, sem jo izbrala, ko je bila še mala zato, ker je podpirala dojenje, in ni težila z dodajanjem, kot naša prejšnja pediaterinja«, Mamica predšolskega otroka, Vrhnika

»Dober glas. Da so zadovoljni tud druge mamice pač z njim. Da imajo dober čakalni seznam, da ne čakaš ne vem kolk časa v čakalnici. Ker nekje je, nekje ni. Po mojem je to tudi pomembno, no.«, Mamica otroka prve triade, Mokronog

Koncept družinskih zdravnikov: Nekateri starši imajo izbrane družinske zdravnike, ki skrbijo za celo družino, so seznanjeni z družinsko anamnezo, in se jim na ta način zdijo bolj učinkoviti. Spet drugi menijo, da so družinski zdravniki presplošni in nikoli ne morejo biti dovolj strokovni za celostno obravnavo otroka. Starši iz ruralnega okolja in manjših mest so omenili kar velik problem pomanjkanja izbire v njihovih krajih. Edino pravo in malo večjo izbirnost imajo starši iz Ljubljane in pa okolice Murske Sobotne.

»Sprašuješ za mnenja, recimo, pa potem se odločaš na podlagi tega, pa tudi izkušnje, ne ... koliko izkušenj ima.«, Mamica predšolskega otroka, Moravske Toplice

»Ja, je ogromna razlika, al pelješ otroka k osebnemu zdravniku, ki je družinski, ki ima samo odrasle. K jest, partner, mož, kakrkol lohk rečem poslušam, k un gre k zdravniku, bi jaz ta prvi trenutek pelala jih v Loko. Zato jih tudi prijavila tlele nisem, da sem jih direkt peljala v Loko k pediatrom, in sem res zadovoljna. Tud sama kot otrok sem bila skoz do do dvajsetega leta pri pediatrih, tako da. Odnos majo krasno, no. Ti zdravniki, ki so pediatri, pa taki, sem načeloma zadovoljna.«; Mamica otroka prve triade, Gorenja vas

Kriteriji, po katerih starši izbirajo osebne pediatre / zdravnike svojemu otroku: nekaterim staršem je pomembno, da imajo zdravnika blizu, drugim spet ne. Nekateri starši imajo izbrane družinske zdravnike, ki skrbijo za celo družino, so seznanjeni z družinsko anamnezo, in se jim na ta način zdijo bolj učinkoviti. Spet drugi menijo, da so družinski zdravniki presplošni in nikoli ne morejo biti dovolj strokovni za celostno obravnavo otroka. Starši iz ruralnega okolja in manjših mest so omenili kar velik problem pomanjkanja izbire v njihovih krajih.

Starši kot najpogostejše zdravstvene težave otrok naštevajo debelost, pomanjkanje gibanja in posledično slabo držo ter stres in alergije. Težave po njihovem mnenju nastajajo zaradi sodobnega tempa življenja, slabe prehrane, prezaposlenosti staršev, večje zahtevnosti šolskega programa in vse večje revščine med prebivalstvom. Nekateri starši menijo, da so za doseganje priporočenih ciljev zdravega načina življenja odgovorni le starši. Starši dajo otrokom vzgled, so njegov pomembni drugi in najožja referenčna skupina, po kateri se ravna.

»... Večji izzivi se mi pa zdijo tu debelost, vsekakor, slaba drža, zdaj pa naš čaka še tista, ki jo je zahodni svet že požrl, ne, odvisnosti, psihična nestabilnost. To pa pri nas še hvala bogu, mi na vasi na periferiji, bomo zadnji to doživeli. Je pa to vse pri nas je to predvsem odraz tega socialno materialnega stanja naše prekmurske družbe, mislim, ne vem, 80% ljudi je na nekih minimalnih plačah, normalne službe že dolgo ni za dobit, dohodki, ki so se skrčili, omejile so se tudi stvari otrokom, ne. Ne vem, mogoče je težko nekomu plačat nekega trenerja, v neki, ne vem, atletski šoli al nekaj, pa ga vsak teden dvakrat vozit, to za sabo vleče neke stroške. Ljudje si težko privoščijo. Ne vem, tu so izzivi zdaj naše družbe«, Očka predšolskega otroka, Črenšovci

»Drugač pa pod stresom so ti otroci, a ne. Pod stresom konstantno, in potem seveda stres naredi po svoje, imunski sistem pade, in pač je ene par dni doma na bolniški, da mal k seb pride ... v bistvu se rabijo spočit, naspāt, pa spet nazaj«, Očka otroka prve triade, Radovljica

»Prehrana. Ker so neješči, so debeli od sladkarij. Te dosti je hiperaktivnih otrok. To vse pride s temi sladkarijami, kolko je teh stvari notri. Ka dela otroke hiperaktivne pa jim povzroča alergije. Ker sami ne vemo. Računalnik, televizija. Zasvojenosti otrok z določenimi igračami. Na računalnik, recimo, temi play stajšni pa to ... mali to že vejo.“, Mamica predšolskega otroka, Moravske Toplice

»Jaz bi rekla, da debelost pa alergije. To pa predvsem zaradi način življenja staršev, pol nezdrava prehrana, pa premalo gibanja na svežem zraku in v naravnem okolju ... recimo igranje z vodo, zemljo, pa še prezgodnje psihično stresne situacije.«, Mamica predšolskega otroka, Vrhnika

Vzgojno-izobraževalne ustanove imajo pomembno vlogo pri zagotavljanju priporočenih ciljev zdravega načina življenja. Starši poročajo, da otroci tam preživijo velik del dneva, zato je pomembno, kakšno hrano jedo in kako ter koliko se gibajo. Po mnenju staršev šoloobveznih otrok so šole pogosto tudi izvor stresa za otroke.

Veliko staršev meni, da je odgovornost porazdeljena med šolami, vrtci, družino in družbo kot celoto. Vsi, od medijev, lokalne skupnosti, ožje in širše družine, do vrtcev in šol morajo skupaj stremeti k temu, da otroci jedo dobro, zdravo, se dovolj gibajo in niso izpostavljeni pretiranemu stresu, kot se to dogaja sedaj. Promocija vitkosti v medijih in lepotni ideali botrujejo vse večjim problemom anoreksije in bulimije pri starejših otrocih. Družbeno odgovorno ravnanje je potrebno vzpostaviti na vseh področjih, vendar se starši zavedajo, da je to skoraj nemogoče v svetu, v katerem živimo danes.

»Jaz bi tko rekel, da, zdaj če se pogovarjamo v zvezi s sistematskimi pregledi pa zdrav način življenja, jaz mislim, da je v prvi fazi družba odgovorna za to. Vsi smo odgovorni. Zdaj pa če se na posameznega otroka gleda, ne, pa sigurno mi kot starši. Ampak dostikrat se zgodi, da otrok gre zjutraj v sedmih v šolo pa ob treh pride domov, ne. Zdaj kolko jaz tu mam vpliva je vprašanje, ne. Ok, tu pri nas na šoli, vsaj jaz sem takšnega mnenja, dobro delajo, trudijo se. Zdaj jaz še opažam, da šola postaja kot neka samopostrežba. Oni artikle imajo na policah, ti pa kar rabiš, tisto pač vzameš. Zdaj al rabiš atletiko, vzameš atletiko, če

rabiš ono, vzameš ono, če rabiš ne vem neko oblikovanje, vzameš to.», Očka predšolskega otroka, Črenšovci

»Mislim, v pri vrsti so starši ... sej mogoče sem v nasprotju z večinskim razmišljanjem, ampak ... dejansko ima vrtec zelo veliko vlogo, ampak prav pa ni ...«, Mamica predšolskega otroka, Ljubljana

»Zdi se mi pa res zelo pomembno, da bi v vrtcih in v šolah bila kvalitetna hrana. Jaz recimo opažam, da pri tem vrtcu, v katerem sta moja dva otroka, da je pač za moje mnenje pod nivojem. Dejansko to, da otroci dobivajo hrenovke in paštete, otroške paštete sicer, ampak pašteta je pašteta saj vsi vemo, samo malo manj popoprana. Meni se zdijo te stvari nesprejemljive. Zdi se mi nesprejemljivo, da ne dobivajo koliko se le da, lokalno pridelane hrane, ekološko pridelane hrane, da je ogromno hrane v bistvu predelane, a ne .. to ni da se skuhamo iz svežih sestavin in tko ... čeprav pač tko, kolikor razumem pa kolikor se pogovarjam z drugimi starši, je zelo odvisno od vrtca do vrtca. Zdi se mi, da bi bilo smiselno, da se v vrtcih postavijo neka striktna pravila in da se jih vrtci morajo držati. To bi se mi zdelo z vidika lih prehrane zelo pomembno.«, Mamica predšolskega otroka, Vrhnika

»Ja isto, se pridružujem, kar gospa je rekla, da res dejansko vsi, ne, v prvi fazi res starši, ker dejansko je to tvoj otrok, ne, potem pa pač mora tudi v sodelovanju z vrtcem, šolo, zdravnikom, kot sem rekla. V prvi fazi pa res mora starši v sodelovanju z vrtcem in šolo.«, Mamica predšolskega otroka, Črenšovci

»Povsod nas zasipajo, suhe ženske, zato je bulimija in anoreksija ... tega je tolik, mislim, mi imamo punce, ki imajo indeks telesne mase 14, k sploh ne veš, kako stoji tist. To so punce, ki imajo po pol leta že bruhajo, pa ful telovadijo, pa od enega jabolka cel dan živi, ampak starši so tolik zaposleni, da oni tega, ne vem, po mojem nočjo videt, no ...«, Mamica predšolskega otroka, Vrhnika

3.4.2. Fokusne skupine - mladi o preventivnem zdravstvenem varstvu

Metode dela

Izvedenih je bilo 9 fokusnih skupin na devetih različnih šolah iz vsake od izbranih regij (Osrednjeslovenska, Notranjsko-kraška in Gorenjska) po ena srednja šola in dve osnovni šoli, mešano iz mestnega in podeželskega okolja. V osnovnih šolah so na fokusnih skupinah sodelovali učenci 8. in 9. razredov, na srednjih šolah pa učenci vseh štirih letnikov. Učence so izbrale svetovalne delavke na šoli, ki so poskrbele za zbiranje soglasij staršev pri mladoletnih udeležencih. Skupaj je v fokusnih skupinah sodelovalo 93 udeležencev, od tega 46 fantov in 47 deklet.

Šola	Datum			
	izvedbe	Dekleta	Fantje	Skupno
OŠ Dravlje Ljubljana	24.4.2014	5	6	11
OŠ 8 Talcev Logatec	7.5.2014	5	6	11

Biotehniški izobraževalni center Ljubljana	23.4.2014	5	5	10
OŠ Jelšane	13.5.2014	6	6	12
OŠ Dragotina Ketteja Ilirska Bistrica	15.5.2014	3	4	7
Šolski center Postojna	23.4.2014	3	5	8
OŠ Križe	23.5.2014	9	6	15
OŠ Žirovnica	27.5.2014	4	5	9
SGTŠ Radovljica	6.5.2014	7	3	10
	<i>Skupno</i>	47	46	93

Izsledki

Prednosti, slabosti:

Prve asociacije, ki so jih učenci imeli na preventivne preglede, so bile: zdravnik, predavanje, tehtanje, kri. Menijo, da jim koristi znanje o tem, kaj je dobro in kaj slabše za njihovo zdravje in da lahko primerjajo svoje rezultate. Nekaj komentarjev tako med osnovno- kot srednješolci je bilo o tem, da bi bili sistematski pregledi lahko pogostejši. Sistematski pregled večina sprejema kot nekaj normalnega, do česar nimajo posebnih stališč. Najpogosteje so izrazili zadovoljstvo, ker jim zaradi sistematskega pregleda odpade pouk, kar nekaj pa se jih boji jemanja krvi in cepljenja. Od zadnjega sistematskega pregleda jim je najbolj ostalo v spominu jemanje krvi, cepljenje in čakanje. Izpostavili so tudi to, da za določene meritve oziroma preglede niso prepričani o njihovem namenu oziroma jim nihče tega ne pojasni: »Vprašajo te, koliko časa na dan gledaš televizijo, pa koliko bereš pa kaj bereš, pa res ne razumem, zakaj bi to spraševali«. V veliki meri so omenjali, da grejo že zdaj ločeno k zdravniku, česar ne bi spreminjali oziroma jim je vseeno in jim ustreza, da čakajo skupaj, k zdravniku pa grejo posebej.

»Npr. avto morš vsak let dat pregledat in je dost žalostn, da sebe pa ne in bi bilo smiselno, da greš vsak let, da te na hitr pregledajo.«

»Tudi če ti kaj ugotovijo, nič ne naredijo. Meni so tri leta nazaj ugotovili, da slabo vidim in sem komaj lani dobila očala. Ves čas so me nekam pošiljali in ni bilo nič.«

»Brez veze. Tja greš, ti nekaj preverijo, potem greš pa domov in nič ne izveš.«

»Cepljenja. Skoraj zmeraj ko gremo tja, se cepimo. Malo je tako... nihče ne pove stranskih učinkov, proti čemu se cepiš, sploh ne veš.«

»To se mi zdi, da ful ni v redu, ker imamo malo informacij, nič nam ne povedo. Tudi na koncu nam ne povedo, če je kaj narobe z nami, ali smo čisto v redu.«

Sistematski pregled večina sprejema kot nekaj normalnega, do česar nimajo posebnih stališč. V veliki meri so omenjali, da grejo že zdaj ločeno k zdravniku, česar ne bi spreminjali oziroma jim je vseeno in jim ustreza, da čakajo skupaj, k zdravniku pa grejo posebej. Nekateri so zadovoljni s sistematskimi pregledi, kot so sedaj, drugi pa so predlagali določene izboljšave. Veliko udeležencev je izpostavilo, da so navajeni sedanjega poteka sistematskih pregledov in nihče ni omenjal, da bi morali sistem popolnoma spremeniti.

Z zdravstvenim osebjem so imeli različne izkušnje: nekateri so imeli dobre izkušnje z osebjem, ki je bilo prijazno in je pomagalo, da so se sprostili. Nekateri so imeli občutek, da jih obravnavajo samo kot številke in je vse precej neosebno, prav tako je bilo nekaj komentarjev o hladnokrvnem obnašanju ob cepljenju oziroma jemanju krvi. Učenci so torej izpostavljali situacije, ko se jim je zdelo, da so krivično obravnavani in da se medicinske sestre do njih vedejo neprimerno, kljub temu da niso storili ničesar narobe.

»Ene sestre so res tako, skoraj bi lahko rekel neotesane, večina jih je pa v redu. Kot avtomat te pripne in hitro opravi. Ne sočustvujejo. Tudi ko cepijo in jemljejo kri, zelo hitro porinejo iglo notri...«

Med srednješolci je bil izpostavljen odnos zdravnikov, ko so povedali, da imajo katero izmed škodljivih razvad.

»Zdravnice so pa vedno preveč napadalne, če ji priznaš da kadiš. Saj vemo zase, da to ni dobro, tudi ona ne pove nič konkretnega, samo napada kako je to slabo in smo nezdravi. Lahko bi to razložila bolj z občutkom, z razumevanjem, saj vsi že vemo, da je to slabo. Lahko bi dala kakšen nasvet in razložila zakaj je to tako.«

Glede rezultatov pregleda so bili odgovori mešani: nekateri učenci so rekli, da so izvedeli vse, kar jih je zanimalo, veliko pa jih je izpostavilo, da niso dobili nobene povratne informacije. Omenjali so tudi nasvete, ki zanje niso predstavljali novega znanja, saj so se ponavljali – o pravilnem prehranjevanju, pomenu gibanja, najstništvu in odraščanju: *»O puberteti, da droge niso v redu, da se moramo s športom ukvarjati, to je pa to. Vse zmeraj ponavljajo.«* Veliko komentarjev je bilo na to, da se tematike vedno ponavljajo in se osredotočajo na učencem že znane informacije.

»Za mozolje. Ko smo šli na sistematski in nas je pregledala, je še zraven rekla, naj si grem po kakšno kremo in naj si vsak dan perem obraz zaradi mozoljev.«

»Jaz sem imel zelo visok pritisk in so mi rekli, naj manj solim, ker sol se strdi nazaj v žilah in jih potem oža in je posledično večji pritisk. So rekli naj manj solim in soli ne jem že 5 let in se mi je pritisk ful zboljšal.«

»Ne. Niso nič povedali. Zdravnica je bila samo tiho. Povedo samo če si zdrav ali ne. Nismo dobili nobenih rezultatov ali povratnih informacij.«

»Oni samo merijo in govorijo črke in pišejo v tisto rumeno knjigo in rečejo »Naslednji«. Še adijo ti ne rečejo. In nič ne veš, a si v redu ali ne.«

»Te poslušaj, gleda, si zapisuje in to je vse. Lahko bi nam povedala: »S tabo je vse v redu, mogoče imaš malo prenizek pritisk, kakorkoli, ampak je v redu.«

»Tudi da bi bilo na listu napisano, da lahko še starši vidijo, če je kaj takega, da bi lahko takoj ukrepali.«

»Lahko bi vsaj za kri ti povedali krvno skupino, da vsaj nekaj izveš.«

Srednješolci so izpostavili, da naveta raje ne poiščejo, ker si vnaprej predstavljajo, kakšna bo reakcija zdravstvenega osebja.

»Po navadi ne upaš nič takega reči pri zdravnici, tudi če te sprašuje, ker karkoli rečeš, veš da ti ne bo nič pomagalo, da ti bo samo govorila, kako je to slabo, zato raje rečeš, da nič takega ne delaš.«

»Raje, da nam povedo, ne da nas napadajo, ker potem smo raje vsi tiho, da ne kadimo, raje rečemo. Se potem nobenemu ne da poslušati kako te napadajo.«

Z zdravstvenim osebjem so imeli različne izkušnje: nekateri so imeli dobre izkušnje z osebjem, ki je bilo prijazno in je pomagalo, da so se sprostili. Nekateri so imeli občutek, da jih obravnavajo samo kot številke in je vse precej neosebno, prav tako je bilo nekaj komentarjev o hladnokrvnem obnašanju ob cepljenju oziroma jemanju krvi. Med srednješolci je bil izpostavljen odnos zdravnikov, ko so povedali, da imajo katero izmed škodljivih razvad. Glede rezultatov pregleda so bili odgovori mešani: nekateri učenci so rekli, da so izvedeli vse, kar jih je zanimalo, veliko pa jih je izpostavilo, da niso dobili nobene povratne informacije.

Mnenja o tem, do katere starosti bi morali biti prisotni starši, se razlikujejo, večina pa se strinja, da ne kasneje kot do petega razreda. Veliko mnenj se je nagibalo k temu, da bi bili starši prisotni še manj časa – do 9. ali 10. leta oziroma nekje do 3. razreda. Pri vprašanju, ali bi na sistematskem pregledu raje bili sami ali s sošolci, je bila večina enotna, da bi najraje videli, da so v čakalnici z ostalimi, pri zdravniku pa sami.

»Odkvisno zakaj so tam starši, ali so tam da izvedo, kaj je narobe ali so tam samo za moralno podporo. Eni starši so taki, da bi radi bili zraven, drugim pa ni tako pomembno.«

»V čakalnici je dobro, da so sošolci zraven, da ti ni dolgčas, ko si pa notri, pa ni fino, če nisi sam.«

»Nekdo slabo vidi, se bodo drugi malo iz njega hecali. Še zmeraj dva gledata njegov pregled, on se tam tehta, koliko je visok, kako vidi.«

»Pa tudi zaradi teže hočejo vsi takoj vedeti koliko tehtaš.«

Raje kot šolskemu zdravniku bi svoje težave (še posebej če niso povezane z zdravjem) zaupali komu drugemu, ki mu bolj zaupajo. Na zdravnika bi se nekateri obrnili šele, ko bi bile vse druge možnosti izčrpane. Kot osebe, ki jim zaupajo, so naštevali: starše in stare starše, prijatelje, zdravnika, ki ga osebno poznajo, sorojence, partnerja. Po nasvet se zatečejo tudi na splet.

»Ja, samo odvisno kakšna bi bila situacija. Če bi imela motnje hranjenja, potem bi ga vprašala, kako naj si pomagam. Ali če bi me kaj bolelo tudi. Če bi bilo nasilje, bi šla raje k šolski svetovalni delavki kot pa k njemu.«

»Dokler se z nekom dobro razumeš, recimo s starši ali pa če imaš starejšega človeka, ki se mu lahko zaupaš ali prijatelja, potem ni potrebe, če pa ne veš več na koga se obrnit, potem pa pride zdravnik.«

»Pomoč lahko poiščeš tudi na internetu, ali pa tam pogledaš, če te kaj zanima. Lahko anonimno vprašaš. Tudi knjiga ti lahko pomaga.«

»Lahko pokličeš tudi Tom telefon in ti dajo tam kakšen nasvet.«

Pri tem, s kom bi raje govorili o svojih težavah (zdravnikom ali medicinsko sestro), se je izkazalo, da so bolj kot strokovnost sogovornika pomembni osebnost, prijaznost in spol (dekleta bi se raje zaupala ženskam, fantje pa moškim). Kljub temu je nekaj udeležencev izpostavilo, da bi se raje pogovorili z zdravnikom ali zdravnico, ker več ve in naj bi imela več časa.

»Odvisno od karakterja. Zdravnica je včasih bolj prijazna, druga je lahko bolj zadirčna, medtem ko je pa medicinska sestra tudi lahko enaka, ali se ti pa bolj posveti, tako da se ne bi mogel odločiti.«

Nekateri so s sedanjimi sistematskimi pregledi zadovoljni, drugi pa so predlagali določene izboljšave. Veliko udeležencev je izpostavilo, da so navajeni sedanjega poteka sistematskih pregledov in nihče ni omenjal, da bi morali sistem popolnoma spremeniti.

Za izboljšanje sistematskih pregledov so dali učenci naslednje predloge:

- da bi zdravstveno osebje do njih kazalo empatijo ter bi komuniciralo na njim razumljiv način;
- da bi se izboljšala zasebnost pregleda ter povratne informacije;
- na splošno menijo, da imajo na sistematskem pregledu dovolj časa.

»Da bi se lahko normalno, ne tako strokovno, zdravnik pogovarjal s tabo ter da bi bili bolj čustveni, sočutni.«

»Da bi nam zdravnica povedala, da je vse v redu. Da te posluša.«

»Tako da prideš tja, vsakega posebej pokličejo in se s tabo ukvarjajo malo bolj intenzivno, potem te pregledajo, vse kar je potrebno in da ti povedo, kaj je dobro narediti.«

»Če bi bil samo en notri, bi ti več povedali, zdaj ko nas je pa več, je pa samo, da bo čim prej konec.«

»Meni se zdi, da ko smo tri osebe notri, ko nam merijo pritisk, se mi zdi, da ful časa traja, nimam pojma zakaj, da bi tisto malo hitreje naredili, pa še če bi bila posamezna oseba notri, bi tisto hitreje naredili in potem bi se lahko pogovarjali z zdravnikom dalj časa.«

»Da ne bi bilo pred vsemi, če je nekoga sram. Ko gledaš na tablo črke, meriš pritisk, se tehtaš, takrat si v sobi z drugimi puncami in bi bilo bolje, če bi to potekali notri v ordinaciji na samem.«

Da bi se približali potrebam mladih, bi morale biti tematike predavanj mladim blizu in mlajši predavatelji. Več bi radi izvedeli o načinih izogibanja zdravstvenim težavam, puberteti in prehranskih motnjah.

»Meni se tudi zdi, da so starejši zdravniki, bi se mogli bolj zavedat tega, da se bi morali bolj potruditi približati mladim.«

»...In da te takoj ne začnejo obsojati npr. glede drog ampak ponudijo pomoč in nasvete.«

»Pri teh predstavitvah bi morali malo več govoriti o prehranskih motnjah. To samo malo opišejo. Povedo, kaj je bulimija, kaj anoreksija, ne povedo pa, kako se to zgodi, ne povedo razlogov za to, ne povedo, kaj se potem s telesom zgodi, kakšna so tveganja..«

»Da ne bi govorili toliko o tem, kako se moramo prehranjevati in zobe umivati, ker nam to že v šoli govorijo.«

Ideja o koticu za mlade, kjer bi jim medicinska sestra dajala nasvete, se jim v splošnem zdi v redu, izpostavili pa so tako prednosti kot pomanjkljivosti. Kot prednosti so izpostavili predvsem to, da bi imeli hitrejši dostop do pomoči, če bi jo potrebovali, da ne bi izgubljali časa z odhodom k zdravniku in bi imeli nekoga, s komer bi se lahko pogovorili (ki te sicer ne pozna, torej je bolj anonimno). Kot slabosti so omenjali, da bi lahko prihajalo do stigmatizacije učencev, ki bi se odločili za takšno pomoč, in tudi pomanjkanje zaupnosti in anonimnosti.

»Pa če je to v sobi, je na štiri oči in lahko poveš, karkoli te moti, ni nobenega, ki bi ti očital zraven, izkoriščal te informacije, samo poveš, kaj te muči, da se to reši čim prej.«

»Po drugi strani je pa to lahko tudi slabo, ker so kakšni, ki bi to videli in bi te potem hecali ali pa spraševali kaj maš ali kaj takega.«

»To bi moralo biti po mojem preko interneta, čisto anonimno. Ona ti to odgovori, ampak nimaš nobene povezave s človekom.«

»Dobro bi bilo, samo po mojem nihče ne bi šel, ker bi ga bilo sram, če bi ga kdo vidu in bi ga vsi spraševali o tem.«

»Ne. Ker je bedno, ker lahko drugega vprašaš... Ker vse naprej povejo učiteljem...ti pa na govorilnih urah staršem. Cela šola vse ve. Ne samo šola, še druge šole. Pa učiteljice kar svojim otrokom še naprej razlagajo...tega se ne dela.«

Predlogi za izboljšave

Kot že omenjeno, so izpostavili, da se tematike predavanj ponavljajo, predlagali pa so nekaj drugih vsebin. Dekleta želijo izvedeti več o psihičnem zdravju in samopodobi, ter konkretnih izkušnjah odraslih žensk. Fante zanima spolnost in primeri spolno prenosljivih bolezni, ohranjanje telesne teže, različne bolezni in puberteta. Z njihovega vidika bi morala biti predavanja krajša, z novimi vsebinami, interaktivna in z več pozitivnimi sporočili.

»Sicer nam predavajo medicinske sestre, ampak da bi mogoče malo bolj subjektivno povedale kaj one mislijo o temu ali kako je bilo v njihovih primerih in kaj se dogaja, njihova opažanja. Primer, o menstruaciji, da bi povedale kako to sploh je, ne samo tisto, kar povedo pri biologiji. Kako se to gre.«

»Primere spolno prenosljivih bolezni, ker v šoli kakor jaz vidim, se nismo nič učili o tem, predavanja tudi ni bilo kakšnega posebnega, je sicer nekaj takega kar še noben ni imel, vseeno je dobro za zdravje, prej ko se to odkrije, prej se lahko zdravi. Nekateri že pri teh letih začnejo s spolnostjo in potem se lahko to širi naprej, pa sploh ne veš, da imaš. Lahko bi bilo kaj na to temo.«

»Drugače kot je je, če bi si pa moral kaj izbrati, bi si pa znake bolezni, na primer, zdaj ko je ta bolezen zaradi klopa, kakšna je ta bolezen.«

»Kadar gremo na sistematskega, ni nič novega, glede spolnosti npr., vedno povejo glede ženskega stališča, iz moškega stališča pa nič, da še iz moškega stališča zvemo, kako se oni počutijo, in kako oni to preživljajo, da nisi z enim tipom, pol pa ti neki delaš in njemu to ni všeč ali pa odgovarja. Pač pa spolnosti iz njihovega stališča.«

»Kakšne zanimive statistike o kakšnih boleznih, kaj kar ni toliko znano. Recimo, če malo bolj pobrskaš po internetu, najdeš res veliko zanimivih stvari, za nas bi bile zanimive, pa jih ne obravnavamo. Recimo, da

obstaja nevaren trikotnik, čeprav ne vem, če je to res, od nosu do kotičkov ust in tam je baje nevarno, da stiskaš mozolje. Da bi dali kakšno tako zanimivo stvar.«

»Ni nujno, da bi jih skrajšali, samo da ne bi stokrat eno in isto povedali. Da lahko tudi mi sodelujemo, da je bolj poljudno, ne tako strokovno. Da bi nekdo prišel govoriti o svojih izkušnjah, recimo nekdo, ki je imel probleme z drogami, alkoholom in kako je te probleme rešil.«

3.4.3. Fokusne skupine – ranljivi mladi o preventivnem zdravstvenem varstvu

Osipniki so skupina mladih, ki ne hodijo v (srednjo) šolo¹⁶. Ocenili smo, da je to ranljiva skupina, ki potrebuje posebno obravnavo. Vsekakor pa je bil naš namen najprej pridobiti oceno potreb te ciljne skupine. Prvotni namen je bil izvesti fokusne skupine z mladimi, vključenimi v projekt PUM (projektno učenje mladih), saj je ta projekt nastal ravno za skupino mladih, ki so srednjo šolo zapustili in se znašli v vmesnem prostoru. Ker si želimo pridobiti čim več informacij o potrebah te skupine mladih smo ugotovili, da največ relevantnih informacij dobimo preko intervjujev z mentorji PUMa¹⁷, ki se že leta uspešno ukvarjajo z generacijami PUMovcev (le ti v projektu ostajajo največ eno leto, pogosto manj), jim pomagajo izoblikovati osebne cilje in premagovati težave – tudi zdravstvene. Vsekakor pa zelo dobro poznajo potrebe te skupine mladih.

Metode dela

Bilo je izvedenih 6 fokusnih skupin v treh regijah: Osrednjeslovenski, Gorenjski in Obalno-kraški. Dve fokusni skupini sta bili narejeni z osipniki iz šolskega sistema, starimi med 15-21 let. Ena je bila narejena na srednji šoli, tri pa na osnovni šoli – pri šolah smo preko komunikacije s svetovalnimi delavkami poskrbeli, da smo fokusne skupine izvedli na ranljivi populaciji, saj smo jih prosili, če so lahko pri izbiri učencev pozorne na to, ali prihajajo iz šibkejših socialno-ekonomskih ozadij. Pri mladoletnih učencih so svetovalne delavke poskrbele tudi za soglasje staršev. Fokusne skupine so bile izvedene v PUM Ljubljana ter PUM Radovljica ter na naslednjih šolah: OŠ Jakoba Aljaža Kranj, OŠ Prade, OŠ Martina Krpana Ljubljana

¹⁶ Ti so ranljiva skupina, ker so izven šole, ki ima vrsto vzvodov, da detektira težave mladih in jih usmeri ustreznim svetovalcem, tutorjem, institucijam, skratka priskrbi jim obravnavo, za katero ocenjujejo, da je za njihov primer (težav) najprimernejša. Osipniki pa ostanejo brez teh stikov in varnostne mreže. Praviloma so brezposelni in ujeti v ozek krog prijateljev, znancev, praviloma so prepuščeni ulici. Subjektivnemu občutku zapuščenosti se pridruži dejanska osamljenost, izločenost, zapuščenost. Prvotnega problema, zaradi katerega so postali osipniki, ne znajo rešiti, temu problemu pa se pridružijo novi.

¹⁷ Projektno učenje mladih (PUM) vključuje osipnike stare od 15 do 25 let. V programu so največ eno leto oziroma do realizacije cilja, ki so si ga zastavili. Udeleženci PUM-a so heterogena skupina mladih, ki imajo praviloma malo skupnega. Vsak ima kopico svojih težav, ki jih počasi rešuje. S pomočjo mentorjev mladi rešujejo tudi težave, ki so pripomogle k temu, da so opustili šolanje (odnosi v družini, slaba samopodoba, odvisnosti, socialne stiske, ...). Temeljni cilji programa so:

- spodbuditi osebno rast,
- preseči socialno izključenost,
- omogočiti splošno izobraževanje ter oblikovanje poklicne, socialne in kulturne identitete (<http://www.acs.si/pum>).

ter Gimnazija Koper. Skupaj je v fokusnih skupinah sodelovalo 58 udeležencev, od tega 28 fantov in 30 deklet. Več informacij o izvedenih skupinah je povzetih v tabeli:

Šola/ustanova	Datum			
	izvedbe	Dekleta	Fantje	Skupno
Zavod Bob – PUM Ljubljana	20.5.2013	3	11	14
Ljudska univerza Radovljica – PUM Radovljica	21.5.2013	7	6	13
OŠ Jakoba Aljaža Kranj	2.6.2013	5	1	6
OŠ Prade pri Kopru	11.6.2013	6	5	11
OŠ Martina Krpana Ljubljana	10.6.2013	2	7	9
Gimnazija Koper	12.6.2013	5	0	5
	<i>Skupno</i>	28	30	58

Izsledki

Prednosti, slabosti:

Udeleženci svoje zdravje ocenjujejo različno: nekateri dobro oziroma normalno, drugi pa »tako-tako« ali slabo in menijo, da bi fizično bilo lahko malo boljše.

Na zdravje po njihovem mnenju slabo vplivajo naslednji dejavniki: na psihično stres, finančno stanje, prepiri, slabo vreme; na fizično pa kajenje, droge, alkohol, nezdrava hrana, pomanjkanje gibanja.

»Imam pozitivne občutke, ko nekaj dobrega naredim, ko ljudje to opazijo.«

Na sistematske preglede imajo precej neprijetnih spominov in tudi nekaj pozitivnih. Kar precej jih je bilo z odnosom zdravstvenega osebja zadovoljnih, bilo pa je tudi nekaj negativnih izkušenj. Kot najslabšo stvar so izpostavili dolgo čakanje. Med dobre izkušnje so uvrstili deljenje brezplačnih kondomov ob predavanju o spolnosti. Glede rezultatov pregleda so nekateri povedali, da so v glavnem izvedeli vse, kar jih je zanimalo. Rezultate, za katere so izvedeli, so povedali doma ali pa svoji osebni zdravnici. Glede tega, do katerega leta bi morali biti prisotni starši, so bila mnenja deljena, v glavnem pa ne več kot 12. leta; če bi starši že morali biti prisotni, naj bo to samo v nižjih razredih.

»Je veliko smeha, zabave, malo smo se družili.«

»Zastonj te stehtajo in zmerijo, to je dobro.«

»Problem je, da ti vzamejo kri. Meni tako drastično pade tlak, vedno ko mi vzamejo kri, 30 sekund po tem padem skupaj in vedno jim rečem, da se mi to zgodi.«

»Meni je to brez veze. Meni so vedno eno isto povedali, pomagali pa mi niso. Isto če bi šla ali ne.«

»Meni je bil v OŠ zelo dolgočasen, ker je bilo tako dolgo za čakati, v srednji šoli pa mi je grozno, ko so nam kri vzeli, ker sem mislil, da nam bodo iskali droge v telesu, čeprav to ni bilo res.«

»Kar se tiče odnosa, so pa bili vsi tako prijazni, kot da bi bili prijatelji.«

»Vedno jim rečem, naj mi ne vzamejo krvi, ker bom padel skupaj, pa še vedno so mi jo vzeli.«

»Samo ne znajo žile zadet, trikrat mi fali, četrtič špricne kri vanjo, potem se ona name jezi, zakaj premikam roko.«

»Z nami so se pogovorili z vsakim posebej in so povedali, kaj je dobro, kaj je slabo. Tako da pri nam je bilo vse kul.«

»Več ali manj sem zdrav, kot riba, edino, da bi malo izboljšali preglede, da bi pogledali notranje, jetra, ... Ne samo cepljenje, teža, vid. Ti samo povedo, v redu je s tabo in to je to.«

»Ko si majhen, do enega 11. leta s starši, da nisi sam, ko ti povedo, kaj je dobro, kaj slabo. Potem pa je boljše, če so zraven s sošolci, vendar nikoli ne veš, kaj ti bodo povedali. Mi smo imeli tako, da ko gresta dva notri, je tisti zraven, ko ti govorijo, kaj je dobro in kaj slabo. Čeprav so zmeraj samo dobro povedali, če bi bilo slabo, bi po moje dala tistega ven drugače ne vem kakšna je to zasebnost.«

Kar nekaj osipnikov, ki niso v šolskem sistemu, je reklo, da bi se udeležili pregledov, če bi dobili vabilo.

»Ja, ker se ti zdravstveno stanje lahko spremeni v minuti. Dobro je pa, da izveš vsako leto, če je slučajno kaj narobe s tabo, da popraviš to. Če pa ne hodiš, se lahko stanje poslabša in se lahko kaj hudega zgodi.«

»Jaz bi šel, če ne zaradi drugega, že zato da vem koliko sem težek in tako. V bistvu bi šel pa tudi zato, da bi videl koliko si uničujem življenje od kajenja, ker se vse lahko obrne hitro.«

»Lahko bi bilo malo bolj podrobno. Sicer je meni čisto v redu, kot je zdaj, lahko bi dali kakšno napotnico, lahko bi te vprašali, kakšno je kaj počutje, lahko bi te dali na kakšne bolj podrobne preglede, lahko bi se bolj posvetili posamezniku.«

Kot največje probleme med mladimi zaznavajo prekomerno telesno težo in uživanje hitre hrane, kajenje, uživanje alkohola, kajenje marihuane, uporabo ostalih drog, pomanjkanje denarja, stigma zaradi dejanj v

preteklosti, vzorce od doma, depresijo, tesnobo, stres, negativnost in pomanjkanje smisla življenja. Omenjena je bila tudi lenoba.

»Glavni problem pri mladih je lenoba. Tudi mlad človek lahko dobi socialno pomoč, tu je napaka. Namesto da bi mu zrihtali delovno mesto, mu dajo raje socialno podporo in je doma.«

Predlogi za izboljšavo

Za izboljšavo sistematskega pregleda imajo naslednje predloge:

»Poleg tega navadnega pregleda (višina, teža, vid, sluh), bi morali pogledati še notranje organe, jaz bi dal tudi pregledovati za spolno prenosljive bolezni.«

»Lahko bi bilo malo bolj podrobno. Sicer je meni čisto v redu, kot je zdaj, lahko bi dali kakšno napotnico, lahko bi te vprašali, kakšno je kaj počutje, lahko bi te dali na kakšne bolj podrobne preglede, lahko bi se bolj posvetili posamezniku.«

»Da bi bili doktorji bolj prijazni, ker bi bili mi potem tudi bolj sproščeni.«

Izpostavili so tudi problem čakanja in to, da bi si želeli manj čakati ter podali nekaj predlogov glede tega:

»Če bom pač kasneje na vrsti, da pridem kasneje.«

»Da ne bi pred ordinacijo pol ure čakal v spodnjem perilu, da naslednji pride ven.«

»Lahko ti povedo, da ob tej in tej uri prideš, da ne čakaš tam cel dan.«

»Lahko bi se menjali, da jih naprej pol gre dati kri, pol k zdravniku.«

Da bi dva naenkrat pregledovali, vsak gre k enemu zdravniku in bi hitreje potekalo.

Predlagali so tudi spremembo predavanj:

»Predavanja bi se lahko malo spremenila, vsako leto je več ali manj samo o gibanju, vemo že na pamet.«

»Lahko bi bila bolj zanimiva, da bi bolj resno vzeli, da ne zaspimo.«

Imeli pa so tudi nekaj zanimivih predlogov, kako dodatno popestriti sistematske preglede:

»Prvo naj nam častijo neke čokoladice, da se umirimo, pridemo notri umirjeni, imajo muziko, nam vzamejo kri in lahko gremo.«

»Enako kot je, sam da bi imeli WiFi.«

Večina je bila mnenja, da so na sistematskem pregledu imeli dovolj časa, nekateri so omenjali, da še preveč. Eno izmed deklet je pri tem vprašanju omenilo posebej pozitivno izkušnjo: »Ja. Celo toliko časa si je vzela, da sem si jo izbrala za osebno zdravnico, ker je šla moja v pokoj«.

Kar nekaj osipnikov, ki niso v šolskem sistemu, je izpostavilo, da bi se udeležili pregledov, če bi dobili vabilo. S sistematskimi pregledi imajo pretežno neprijetne izkušnje, nekaj pa je tudi pozitivnih. Kot najslabšo stvar so izpostavili dolgo čakanje, med dobre pa so uvrstili deljenje brezplačnih kondomov ob predavanju o spolnosti.

3.4.4. Fokusne skupine in intervjuji - mentorji v Projektnejm učenju mladih (PUM) o preventivnem zdravstvenem varstvu

Ocenili smo, da bomo z obiskom treh PUMov od dvanajstih in pogovorom z najbolj izkušenimi mentorji v njih, pridobili dovolj informacij o osipnikih. V vzorec smo vključili PUM, ki je bil večkrat pohvaljen za svoje kakovostno delo in ki se po naših informacijah ubada z ekstremnimi primeri – z mladostniki, ki imajo zelo hude težave, tudi zdravstvene. Svoje izkušnje so širši slovenski javnosti predstavili z dokumentarnim filmom Nejca Levstika: I choose to live. V njem je prikazane resnična zgodba PUMovke: razlogi, ki so jo privedli v samopoškodbeno vedenje in v motnje hranjenja. Oboje jo je vodilo na pot samomora, zato film vsebuje tudi izjave oseb, terapevtov, zdravnikov, ki so ji na njeni poti ozdravitve pomagali.

Druga dva PUMa sta bila izbrana preko stikov sodelavk na projektu, ki so zagotovile po eni strani izkušene sogovornike – mentorje in hkrati njihovo visoko stopnjo angažiranosti.

Metode dela

PUM deluje povsem drugače od rednega šolskega programa, saj se v njem učijo osnovnih veščin (redno vstajanje, redna prisotnost vsak dan, koncentracija in skupno delo do odmora), postavljanja osebnih ciljev (izpite, ki jih posameznik želi v tem obdobju opraviti) in njihovega doseganja. Skupine so velike od 18 do 24 mladih, z njimi pa se ukvarjajo usposobljeni mentorji.

V Sloveniji je (po podatkih na spletni strani za leto 2010/11) 11 PUMov, v okviru našega projekta pa smo obiskali 3 PUMe in se pogovarjali z mentorji, ki se dnevno ukvarjajo z mladimi PUMovci.¹⁸

Izsledki

¹⁸ Intervjuje je izvedla Mirna Macur, dne 25. 3. 2014, 1. 4. 2014 in 24. 4. 2014 na PUM Murska Sobota, Maribor in Radovljica s štirimi mentoricami.

Prednosti in slabosti:

Mentorici sta poudarili, da večina osipnikov jemlje določena zdravila in da je bila večina že obravnavana pri psihologu in / ali pedopsihiatru. Zaradi pogostih zdravstvenih težav teh mladih se mentorji veliko ukvarjajo z zagotavljanjem prevoza v zdravstveni dom in urejanjem zavarovanja. Dekleta nočejo h ginekologu.

»Nobena, tudi 20 let stara, še ni bila pri ginekologu, tudi nimajo svoje ginekologinje in potem mi pokličemo ginekologinjo in jo peljemo vsaj na prvi pregled. Ona že ve, da so to PUM-ovke.«

PUM-ovci ne skrbijo za svoje zobovje in ne hodijo k zobozdravniku. Nekateri mladi iz romske skupnosti v Prekmurju po mnenju mentorice prekomerno obiskujejo zdravnika, saj ga obiščejo že zaradi najmanjših težav.

Večji problem so preventivni zdravstveni pregledi – v okviru PUM-a se ne izvajajo in v času, ko so mladi vključeni v PUM, jih na preventivne zdravstvene preglede ne peljejo. Še več – nobena od mentoric PUM-a ni slišala, da bi kateri od njihovih varovancev kdaj bil na preventivnem zdravstvenem pregledu.

»Velika večina udeležencev se spomni zadnjega sistematskega pregleda v 1. letniku srednje šole. Za nekatere je to kar daleč nazaj. Da bi bili vabljeni na preglede v času, ko so bili brez statusa, se ne spomnijo. Konec koncev, če so lahko odrasli vabljeni v okviru programa Svit in Dora, potem ni razloga, zakaj mladi ne bi bili. «

»Vsi bi morali biti povabljeni v 18. letu oz. bi lahko bili oproščeni le, če so bili na takšnem pregledu v 3. letniku srednje šole. Konec koncev, če so lahko odrasli vabljeni v okviru programa SVIT in Dora, potem ni razloga, zakaj mladi ne bi bili. V nekaterih primerih so evidence in vpoklici urejeni – na primer vpoklic v vojsko.«

Sistematski pregled je zaželen ob vključitvi v PUM zato, da bi poznali kakšne so omejitve določenih posameznikov, na primer pri športnih dejavnostih. Mentorice so izpostavile, da varovanci ne želijo biti telesno dejavni, zato iščejo različne izgovore.

»Ne da bi jaz vedela. Še nisem slišala, da bi kateri mladostnik govoril o tem, da je povabljen na sistematski pregled. Glede na to, da nam povejo kam gredo – če niso prisotni morajo prinesiti opravičilo. Tega mi nismo slišali v 14ih letih.«..... »Tudi pri izobraževanju odraslih (op: Ljudska univerza) tega nismo zaznali.«

Na PUM-u bi potrebovali zunanje sodelavce, svetovalce za zdravo prehrano in zdrav življenjski slog, saj mentorice niso uspešne pri spreminjanju določenih zdravstvenih navad.

Medtem ko so na enem PUMu izpostavili, da sami z zdravstvenim sistemom ne sodelujejo – da le tega mladostnik obišče sam takrat, ko to potrebuje, so na drugem izpostavili, da varovance redno vozijo k zdravniku zaradi določenih pregledov.

»Mi mentorji se neposredno s tem področjem ne povezujemo, edino če kdo dalj časa manjka, ga vprašamo, če je bil pri zdravniku. Ko zbolijo – nekateri grejo, nekateri ne grejo. Tisti z duševnimi motnjami so redno vodeni – imajo kakšna mesečna srečanja, če so potrebna in prejemajo zdravila – stabilizatorje vedenja, nekaj takšnega. Zdaj se pa skušam spomniti primera, da bi mi neposredno klicali zdravnika, ker bi ga kakšen udeleženec potreboval.....pa se ne spomnim ta trenutek.«

Medtem ko je za tretji PUM značilno, da večina osipnikov jemlje tablete ali da je večina bila že kje obravnavana, so tam bolj vajeni varovance odpeljati zdravniku v primerih, ko potrebujejo pomoč zdravnika. Dekleta pogosto odpeljejo ginekologinji na prvi preventivni pregled (ker same nimajo izbrane ginekologinje), v primeru duševnih motenj jih odpeljejo v psihiatrično bolnico, v primeru motenj hranjenja pa v relevanten program ali zdravilišče Rakitno. Konktaktiranje poteka tudi obratno – s strani psihiatrične bolnišnice (kliče jih njihova socialna delavka). Glede na to, da so varovanci tistega PUMa v večini že bili obravnavani v zdravstvu, je bila izpostavljena neuspešnost tovrstne obravnave.

»Običajno preden pridejo k nam, jih vlačijo od enega do drugega, do tretjega (op: zdravnika), po vseh možnih stvareh, pa itak nobena stvar ne pomaga.«

»Običajno je tako, da so do njih vsi formalni, uradni, neosebni. Al pa majo do njih tak odnos da bog pomagaj. Ne delajo nič kaj tko z njimi, da bi jim lahko pomagali. Tko da ko so tukej, ko so že en čas z nami, se navadjo, nam začnejo zaupat. Mi se tle z njimi pogovarjamo, jim nudimo oporo, se objemamo.«

Sistematski pregled je zaželen ob vključitvi v PUM zato, da bi poznali določene omejitve posameznikov. Večji problem so preventivni zdravstveni pregledi – v okviru PUM-a se ne izvajajo in v času, ko mladi obiskujejo ta program, jih na preventivne zdravstvene preglede ne peljejo. Še več – nobena od mentoric PUM-a ni slišala, da bi kateri o njihovih varovancev kdaj bil na preventivnem zdravstvenem pregledu.

Skrb za zdravje in PUM

V vseh treh PUMih je bilo med skupnimi aktivnostmi izpostavljeno dvoje: skrb za zdravo prehrano in gibanje. *»Spodbujamo jih h gibanju in pripravi lastne hrane. Zelo veliko delamo na osveščanju zdrave prehrane, tudi sami kuhamo. Gibanje in kuhanje – dosti delamo na tem in skušamo to vzbudit kot vrednoto. Velikokrat gremo na Piramido – to je hrib, ki je zelo blizu. Hitro se to naredi, ne vzame nam večjega dela dneva, le slabo uro. To je pomemben del kurikuluma. Kuhanje kot druženje, za ustvarjanje skupinske dinamike, za povezovanje skupine. Seveda imamo že vrsto let projekt »zdravi četrtke«, kjer osveščamo o zdravi prehrani, pa ne samo o prehrani. Seznanjamo se s svetovno kulinariko, obenem pa imajo sami referate o prehrani, o fitnessu.....odvisno od tega, kaj posameznika ali pa skupino zanima. Glede na to, da program oblikujemo po njihovih interesih večkrat.«*

Spomnijo se vseh mednarodnih dnevo (kajenja, boja proti raku, AIDSu) in o tem vedno nekdo predstavi svoj referat. Organizirajo – tudi s pomočjo zunanjih izvajalcev – mnogo delavnic: o škodljivosti kajenja, o zdravi prehrani, gibanju itd. Interes za gibanje je v vsaki skupini mladih različen in pogosto je potrebno vložiti velik napor v te dejavnosti. Mladi so ob prvem obisku praviloma pasivni, neradi se gibajo, najraje

bi samo sedeli ob cigaretu in kavi, zato je naloga mentorjev nenehno motiviranje in vztrajanje na gibanju, športnih aktivnostih. To vzame veliko truda, je pa bilo očitno, da mentorji pri tem vztrajajo. *»Ni več tako, kot je bilo – če gremo z njimi na igrišče, smo mi še vsi fit, medtem ko so oni zadihani. To je že trend, ki tudi ni povezan z debelostjo. V času mojega odraščanja so namreč bili bolj okrogli bolj okorni, sedaj pa so že suhice popolnoma brez kondicije – trikrat stopi, pa je konec z njo.«*

Namen PUMa je, da mlade povrne nazaj v življenje, da si začnejo postavljati osebne cilje in jim slediti. Sicer so osipniki prepuščeni sami sebi in da se znajdejo na cesti. Osvojijo vrsto nezdravih navad, tudi ponočevanje in pozno vstajanje. *»Mentorji smo seznanjeni s kurikulumom in se zavedamo, da je potrebno zdrave navade prenesti na mlade, zato mladi tukaj osvojijo najprej nov ritem: navajamo jih na vstajanje in zadostno količino spanja ponoči (namesto nočnega življenja). Ob 8h torej morajo biti prisotni in zdržati koncentracijo do 14.ure, navaditi se morajo na pavze, ki so določene na 50 minut in ne po poljubni presoji, učimo jih o zdravi prehrani. Organiziramo delavnice na to temo, prav tako o škodljivosti kajenja, uživanja marihuane. Mi se ne vmešavamo v njihova zasebna življenja, postavljamo pa pravila, ki veljajo pri nas od 8. do 14.ure.«*

Iz pogovorov je bilo razvidno, da je delavnic in seminarjev o zdravem življenju v okviru PUMa več, kot je tega v rednem šolskem programu srednjih šol.

Predlogi za izboljšavo

Sistematski pregled je zaželen ob vključitvi v PUM zato, da bi vedeli, kaj kdo sme in česa ne – na primer pri športnih dejavnostih. Radi si kaj izmislijo, gibat se jim ne da in se pogosto opravičujejo.

»Zdi se nam pa pomembno, da vsi mladi gredo na takšen pregled, vsaj pri 18. letu starosti. Vsi bi morali biti povabljeni oz. bi lahko bili oproščeni le, če so bili na takšnem pregledu v 3. letniku srednje šole. Konec koncev, če so lahko odrasli vabljeni v okviru programa SVIT in Dora, potem ni razloga, zakaj mladi ne bi bili. V nekaterih primerih so evidence in vpoklici urejeni – na primer vpoklic v vojsko.«

»Absolutno. Dobro bi blo, da bi šli zdravniku, ki bi jih natančno pregledal in kej najdu. Da bi jim tudi razložil, kaj je kej. Ker nas nenehno sprašujejo in je fino, da pride zunanji in jim kej razloži. Ker ko je na primer pršou ta reševalec in je simuliral napad, so vsi otrpnili in niso odreagirali. Sicer pa jim je blo ful zanimivo – bil je dve uri in tud na pavzo niso šli. Fajn je, če pride en zunanji, ker ga bolj poskušajo in upoštevajo.« *»Res pa je tudi, da morš met primeren način. Težko je najt kakšnega.«*

Temeljit sistematski pregled je treba organizirati za vse PUMovce: *»Mi jih mormo na to pripraviti in jim vse razložiti, kaj se bo tam dogajalo. Dodatne obravnave, recimo pri psihiatru, pa ne, ker se na to zelo slabo odzivajo in tega nočjo. Nujno pa rabijo predavanje o zdravi prehrani – sploh punce, ki nonstop hujšajo. En jim mora razložiti, da telo rabi tudi sladkor, pa malo maščobe, ne nič! Mi jim to skoz razlagamo, zdej pa al upoštevajo, al ne. Če bi pa prišel kdo zunanji še s kakšnega drugega vidika jim razložiti o funkcioniranju telesa, bi bilo pa zelo dobrodošlo. Da pride en strokovnjak razložiti kakšno funkcijo imajo posamezne snovi v telesu.«*

»Pa tudi to kar se spolnosti tiče – kako lohk zanosjo, pa kakšno kontracepcijo lahko uporabljajo. Pojma nimajo o tem ta mali.«

»Pa zobarja rabjo. Zobarju ne hodi nobeden.«

»Ta oseba (op:zdravnik) naj najprej nas kontaktira, da se dogovorimo, kaj se bo z varovanci delalo in o čem se bodo pogovarjali. Mi jih moramo pripraviti, hkrati pa ne sme zdravnik bit neoseben. Ker če bo to naredu en zdravnik, ki mora in bo tam sedel kot robot in pokljukal formularje, je čist vseeno, če se to naredi. Pol je boljše, da tega pregleda ni.«

Sistematski pregled naj se organizira tudi za mlade, ki so brezposelni, pa niso vključeni v PUM.

Potrebno je organizirati preventivni sistematski pregled za vse PUMovce, saj podatki iz terena kažejo, da so bili nazadnje (če sploh), na sistematskem pregledu v 1. letniku srednje šole. Pomembno je, kdo izvaja takšne preglede – izvajalec mora biti empatičen in to početi poglobljeno, saj PUMovce administrativen, pokroviteljski, avtoritaren in hladen odnos, močno odvrne. Mnogi imajo iz predhodnih zdravstvenih obravnav že negativne izkušnje. Mentorji morajo PUMovce na pregled pripraviti!

V skladu s potrebami posameznih PUMov, je potrebno nuditi pomoč v zunanjih izvajalcih o zdravi prehrani in zdravem življenjskem slogu. Kljub temu, da je teh vsebin v PUMu veliko, več kot med ostalo srednješolsko mladino, se v enem od PUMov redno srečujejo z motnjami hranjenja ter prekomernim hujšanjem, zato si želijo zunanje pomoči. Tudi za tega izvajalca velja, da ex-cathedra predavanje ne bo imelo uspeha. Profil izvajalca mora biti skrbno izbran med osebami, ki so uspešni pri delu z mladino.

Mentorji so omenili potrebo po superviziji, kar bi moral biti sistemski ukrep za vse mentorje PUMa.

Posledice neustreznega življenjskega sloga (kajenje, zloraba drog) se na fizični ravni pri tako mladih praviloma še ne poznajo, ampak pride do zdravstvenih težav kasneje. So pa na somatski ravni že vidne posledice psihičnih težav, še posebno v enem od PUMov je psihiatrična obravnava že kar običajna praksa. Med dekleti so poročali o motnjah hranjenja in samopoškodovanju. Mislim, da bo sistematičen preventivni pregled podal vrsto ugotovitev in priporočil za varovance PUMa, medtem ko so mentorice opozorile na to, da razširjen preventivni pregled ali s psihologom ali s psihiatrom, ne bo dobro sprejet.

Pogovore z mentorji PUMa, ki so aktivno reševali stiske mladih, svetujemo vsem zdravnikom družinske in šolske medicine, saj so zgodbe njihovih varovancev pretresljive in so odraz naše družbe, ljudi, ob katerih mladi odraščajo, razmer..... Mentorji PUMa so osebe, ki se začno ukvarjati s tistimi mladimi, nad katerimi so drugi že obupali:

»... Sem bila že pri psihologu, specialnem pedagogu, transakcijski terapevtki, »mat« me je vlekla na vse konce, še k bioenergetiku. In nikoli se nisem nikomur zares odprla. Vse je bilo »kr neki«. Vem, da imaš ti zelo velik vpliv name, verjetno največjega od vseh do sedaj, in res si želim, da bi mi pomagala. Dobro se zavedam, da je veliko odvisno od mene in da se bom morala zelo potruditi in se marsičemu tudi odreči, če bom želela kaj spremeniti.....sama vem, da mi lahko uspe. Že zdaj sem ti zelo hvaležna za to, kar delaš zame, ker si ena redkih, ki še vztrajaš in ki si mi pomagala priti do tega, da sem, vsaj za začetek, začela malo drugače razmišljati in gledati na celotno situacijo. ...«

3.4.5. Fokusne skupine in intervjuji - socialni delavci iz Centrov za socialno delo o preventivnem zdravstvenem varstvu

Metode dela

Na enem od CSDjev smo se pogovarjali s svetovalko, ki pokriva področje duševnega zdravja. Intervju je bil izveden še s tremi svetovalci za delo z mladimi. Na tretjem CSD smo obiskali Dnevni center za mlade in družine, ki predstavlja nadgradnjo klasičnega svetovalnega dela na način, da svetovalci dnevnega centra z mladimi preživijo več ur, celo popoldne, pogosto vsak dan v delovnem tednu. Ta poglobljeni stik z mladimi na robu, omogoča svetovalcem dobro poznavanje njihovih potreb. Intervju v dnevnem centru zato pomeni bogato nadgradnjo v oceni potreb.

Ustanova	Datum izvedbe	Število udeležencev
CSD Murska Sobota	25.3.2014	2
CSD Maribor	1.4.2014	2
Škrlovec – dnevni center za mlade in družine, CSD Kranj	24.4.2014	1

Izsledki

Prednosti in slabosti

Nekateri učenci že v osnovni šoli niso deležni sistematskega pregleda: *»Imamo na primer starše, ki se preseljujejo, hodijo iz kraja v kraj, menjujejo šole, bivališča, hodijo v tujino.«* Ta pojav so opazili pri romskih in albanskih družinah, kjer je v ospredju tradicionalni način življenja. Šolanju in posledično preventivnim zdravstvenim pregledom zato pripisujejo manjšo pomembnost.

»Zdi se mi, da je premalo kontrole o tem, ali se pregledov udeležijo ali ne. Težavo smo imeli pri pregledu cepljenosti otrok. Včasih je bil enoten sistem, ki je to nadzoroval, sedaj pa tega več ni. Ne vem, kako je pri nadzoru nad izvedbo sistematskih pregledov kasneje.«

Ni nadzora nad tem, ali je prišlo do izvedbe napotitve in zdravljenja. Na preventivnem pregledu zdravnik (recimo zobozdravnik) usmeri otroka naprej na izbranega zdravnika, vendar ne vemo, ali so ga starši tja dejansko peljali. *»To je torej preneseno na starše – starši, ki skrbijo, bodo svojega otroka peljali k njegovemu zobozdravniku, kaj pa če ga ne?«*

V šoli izvedo veliko o zdravem prehranjevanju, vendar zaradi naraščajoče revščine ljudje nimajo dovolj sredstev niti za osnovne življenjske potrebe, zato ne morejo slediti priporočilom o zdravem življenjskem slogu.

V Sloveniji uživanje alkohola predstavlja problem, kar je povezano z odnosom slovenske družbe do alkohola. Med mladimi je popivanje pogosto, še posebej ob koncih tedna in na večernih zabavah, vendar sami tovrstnega vedenja ne razumejo kot problematičnega.

Socialni delavci so izpostavili naslednje problematike:

- Ker je v Sloveniji *»veliko družin, kjer je prisoten alkoholizem in je to en družinski vzorec, ki se prenaša iz roda v rod, če ga posameznik ne preseka. To oni sprejmejo kot družinsko vrednoto in to se vidi v splošnem vedenju: nasilje se ponavlja.«*
- *»Naraščajoče stiske mladih in samopoškodbeno vedenje. Zdi se, da smo o tem včasih samo brali, sedaj pa vse te težave imamo«.*
- *»Naraščajoče motnje čustvovanja in motnje hranjenja«.*
- Debelost, prekomerna teža. Tako motnje hranjenja kot prenehanje povezujejo s čustvenimi problemi mladih.
- Problemi medvrstniškega nasilja. Sploh oblike psihičnega nasilja naraščajo, ker so kampanije usmerjene proti oblikam fizičnega nasilja. *»Problem psihičnega nasilja pa narašča – v šolah imajo s tem resne težave, vendar se o tem ne govori. Učitelji tega ne znajo prepoznati, poleg tega se to dogaja med odmori. Ne znajo prepoznati žrtev psihičnega nasilja in ne znajo ustrezno odreagirati nanj. V tujini o tem bistveno več govorijo (gre za poskuse samomora mladih zaradi šikaniranja). Če govorim kot starš opažam, da glede tega starši ostanejo sami. Sociala se ukvarja z družinskim nasiljem, šole si zatiskajo oči, ker če začnejo o tem javno govoriti bodo na udaru, zdravstvo ne vem, če kaj na tem področju počne. Pri čemer je to močan dejavnik duševnega zdravja.«*
- S porastom uporabe interneta se prav tako širi nasilje. *»Na ta način osramotijo ali napadejo otroka (recimo preko Facebooka) – tudi s snemanjem, ko on ne ve in objavljanjem posnetka na internetu. Potem nagovarjajo otroka, naj si nekaj naredi, saj ni vreden da je!«*
- *»Mi beležimo porast nasilja otrok nad starši. V bistvu gre pri teh stvareh, da otroci izsiljujejo starše, ali za denar, ali za izhode ali za neke druge materialne dobrine. In ko starš več nima – mi poznamo starše, ki dajo vse kar imajo, za otroke. Se pravi, da tudi sebe prikrajša tako pri hrani, obleki, kot tudi drugih življenjskih potrebah.«*
- Otroci priseljencev imajo težavo s slovenskim jezikom in posledično se jim dogaja, da jih vrstniki izločajo iz svoje družbe. Še posebej, če so se v Slovenijo preselili kasneje, doma (mame, ki so doma) Slovensko ne znajo, oni pa zaostajajo – tudi v šoli. Tovrstno izključenost zelo dobro zajezijo dnevni centri za mlade. Izključenost in postopanje na cesti ni produktivno in vodi v še večje težave.
- *»Ne spomnim se iz prakse, da bi nas kdaj kdo iz preventivnega zdravstvenega sistema obvestil o svojih zapažanjih. Največkrat gre za sodelovanje na našo pobudo, redko na njihovo ... V primeru, če je pri nas predhodno že v obravnavi otrok ali mladostnik in če vemo, da bo napoten na preventivni sistematski pregled, potem kontaktiramo zdravnika in ga na določene stvari opozorimo, na kaj naj bo pozoren.«*

- Na področju duševnega zdravja dajejo pobudo za sodelovanje bolnišnice (psihatrija), pa tudi okolje (sosed, šola). Zdravstveni domovi iz naslova sistematičnih pregledov ne dajejo teh pobud.
- *»Če govorimo še o tem, kaj menimo da manjka na področju preventive z vidika duševnega zdravja, potem pogrešamo delo z otroci odvisnikov alkohola in prepovedanih drog. To bi lahko izvajala skupaj zdravstveni sistem in CSD. Ti otroci imajo specifične čustvene stiske, za katere menim, da jih pri preventivnih sistematičnih pregledih ne znajo prepoznati. To ranljivo skupino bi morali spremljati že od rojstva – tako zdravstvo kot sociala. Pri nas teh ukrepov nimamo razvitih, ponekod v tujini pa se tega lotevajo sistematično.«*

Nekateri učenci že v osnovni šoli niso deležni sistematskega pregleda: *»Imamo na primer starše, ki se preseljujejo, hodijo iz kraja v kraj, menjujejo šole, bivališča, hodijo v tujino.«*

»Zdi se mi, da je premalo kontrole o tem, ali se pregledov udeležijo ali ne. Težavo smo imeli pri pregledu cepljenosti otrok. Včasih je bil enoten sistem, ki je to nadzoroval, sedaj pa tega več ni. Ne vem, kako je pri nadzoru nad izvedbo sistematskih pregledov kasneje.«

Predlogi za izboljšavo

- *»Če govorimo še o tem, kaj menimo da manjka na področju preventive z vidika duševnega zdravja, potem pogrešamo delo z otroci odvisnikov alkohola in prepovedanih drog. To bi lahko izvajala skupaj zdravstveni sistem in CSD. Tega nimamo, je pa to ranljiva skupina. Odreagiramo, ko pride do nečesa, pri čemer to potem ni več preventiva. Mi namreč vemo, kdo so odvisniki in koliko je vključenih v metadonski program. Ve se, kdo so starši alkoholiki. To so osebe, ki imajo otroke. A ker so stigmatizirani in ker jih je strah, da bomo mi vzeli otroke, se ti ljudje skrivajo. Ti otroci so posebna ciljna skupina, ki bi morala biti za nas zanimiva – vendarle živimo v Pomurju, alkohol je tu precej doma. Ti otroci imajo specifične čustvene stiske, za katere menim, da jih pri preventivnih sistematičnih pregledih ne znajo prepoznati. To ranljivo skupino bi morali spremljati že od rojstva – tako zdravstvo kot sociala. Pri nas teh ukrepov nimamo razvitih, ponekod v tujini pa se tega lotevajo sistematično. Medtem ko iz tujine poznamo primere integrirane pomoči (obravnavo očeta-odvisnika posebej, matere-odvisnice posebej in hkrati pomoč otroku), pa se pri nas CSD vključi takrat, ko jih iz porodnišnice pokličejo, kadar rojeva mati odvisnica. Kasneje ti otroci niso sistematično obravnavani in tudi ne sledeni. Alkohol v nekaterih predelih Slovenije prevladuje že leta. Otroci lahko kasneje pristanejo na psihiatriji, poznamo tudi poskuse samomora že v osnovni šoli, v sistemu preventive pa jih ne zajamemo posebej.«*
- V povezavi s preventivnimi zdravstvenimi pregledi smo že omenili mnenje svetovalke, da ni nadzora nad tem, ali je prišlo do izvedbe. Na preventivnem pregledu zdravnik (recimo zobozdravnik) usmeri otroka naprej na izbranega zdravnika. Ne vemo, ali si je otrok šel popraviti zob. *»To je torej preneseno na starše – starši, ki skrbijo, bodo svojega otroka peljali njegovemu zobozdravniku, kaj pa če ga ne?«*

- Iz pogovorov izhaja, da se že v osnovni šoli preventivnih zdravstvenih pregledov ne udeležijo vsi otroci, v srednji šoli pa je neudeležbe še več, zato bi bilo potrebno urediti evidence obiskov preventivnih pregledov in jih povezati s centralnim registrom prebivalstva.
- V pogovoru o različnih težavah mladih smo pogosto prišli do ugotovitve, da je vrsto preventivnih dejavnosti potrebno začeti že v vrtcu. To se še posebej nanaša na naraščajoče nasilje med vrstniki, ki se pojavlja že med otroci. Nadaljuje se v osnovni šoli, še posebno psihično nasilje. Posebno dimenzijo nasilja je vnesel internet. Pravih odgovorov in ukrepov pa se zdi, da še nimamo.
- Ugotavljali smo, da mlade veliko informiramo o zdravi prehrani, vprašanje pa je, koliko to udeležajo v svojem življenju. *»Jaz mislim, da je to vedno potrebno v povezavi s celo družino, s starši. Mi jih tle lahko učimo. Imamo tudi kuharske delavnice, da se naučijo rezat, katere sestavine skup pridejo. Ampak ko pridejo domov, je pa spet konc – njihov način je drugačen, tako da je to kaplja v morje. Sicer za moje pojme velika kaplja v morje in mi učinke ali pa rezultate lahko merimo šele kasneje, po končani srednji šoli, ali pa ko gredo na faks, ali se odselijo od doma in pridejo povedat, da so si uredili življenje, majo partnerje, nekateri majo tudi že otroke. Tam mamu mi učinke. Otroke je treba obravnavati celostno in kot nadgadnjo smo oblikovali tudi skupino za starše, da bi se bolj povezovali. Tako kot otroci začitijo željo po spremembi, jo lahko tudi starši.«*
- Mladostnik v vrtincu težav, ki jih ima v šoli, z vrstniki, starši, se težko znajde. Svetovanje strokovnjaka v pisarni (recimo centra za socialno delo) običajno ne zaleže. *»Potrebna je pomoč človeka, ki je z njim v njegovem domačem okolju, kjer si postavljata nove cilje življenjske, ki se jih da uresničiti. Skratka rabi človeka, ki bo z njim, ki ga bo motiviral, včasih spuščal na realna tla ali mu pomagal. Ki mu bo dal neke nove informacije, ga podpiral. V družinah se namreč znajdejo v začaranem krogu – starši so probali vse kar so zmogli in znali. In niso bili uspešni. En tak človek, ki pride od zunaj v takšno družino, se takoj vzpostavi neka nova družinska dinamika – neko novo vedenje, nova spoznanja. Torej potrebna je konkretna osebna pomoč na prijateljski ravni. Brez groženj in brez pogojevanja.«*

3.5. Stanovska in strokovna združenja, republiški strokovni kolegiji - RSK za pediatrijo, RSK za javno zdravje, zbornice posameznih strok oziroma poklicnih skupin

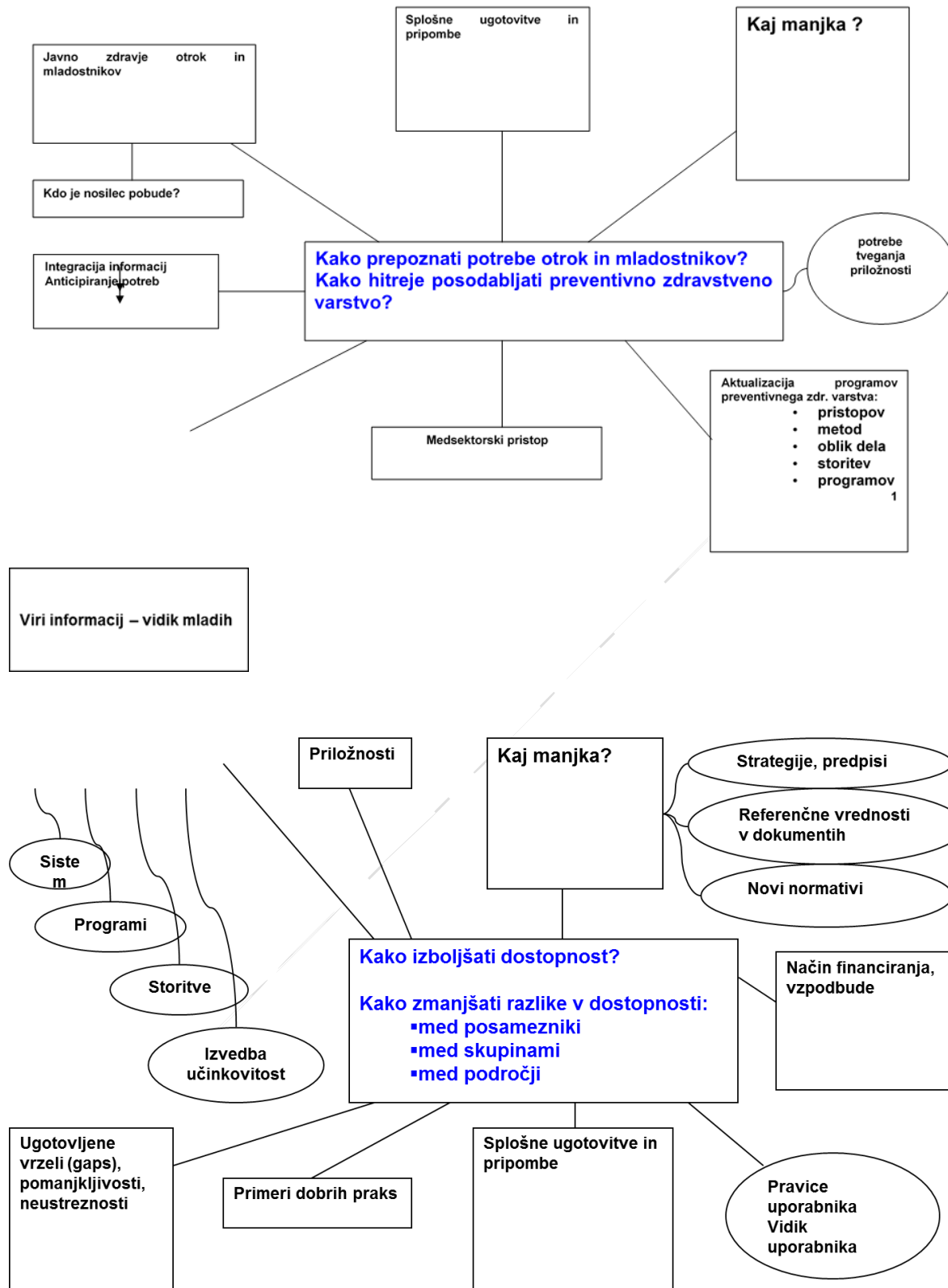
3.5.1. Specialisti pediatrije, šolske medicine

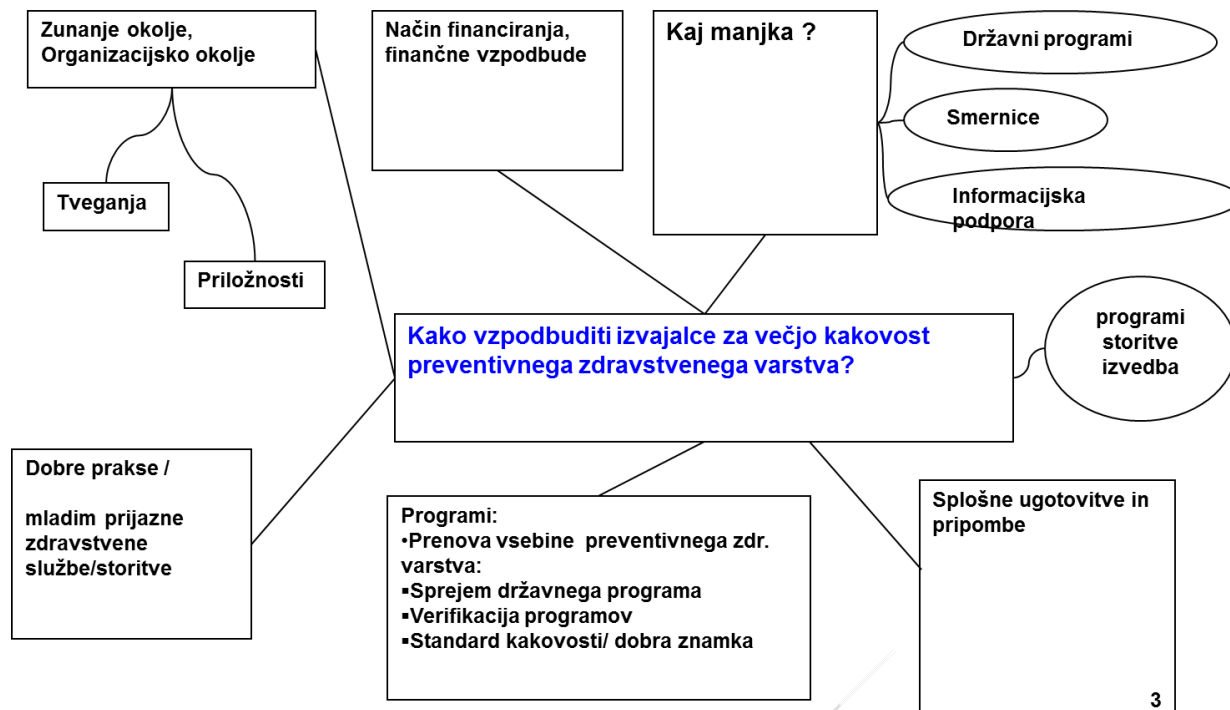
Metode dela

V diskusiji je pogovor moderirala Polonca Truden Dobrin. Diskusije se je udeležilo 36 pediatrov (specialistov pediatrije, specialnosti šolske medicine) tako iz primarne ravni (ZD in koncesionarji) kot tudi iz sekundarne ravni (splošne bolnišnice, UKC LJ in UKC MB). Opravljena je bila fokusna skupina oz.

poglobljen intervju. Udeleženci sestanka, 5. 4. 2014, so opredelili prednosti in slabosti v primarnem zdravstvenem varstvu otrok in mladostnikov.

Za moderiranje pogovora so bili uporabljene sheme, ki konceptualno predstavljajo področje in usmerjajo v iskanje prednosti in slabosti ter možnosti za izboljšanje in prenovo preventivnega zdravstvenega varstva.





Izsledki

Prednosti:

- Preventivni programi v Sloveniji, pristopi in programi so univerzalna pravica vseh otrok.
- Imamo dobro detekcijo problemov, nimamo pa možnosti, da bi te otroke naprej obravnavali.
- Med pediatri in družinskimi zdravniki se je vzpostavilo dobro sodelovanje pri izdelavi mreže.
- Sodelovanje ljudi od športno-vzgojnega kartona. Fakulteta za šport ima Športno-vzgojni karton z zbirom podatkov za spremljanje telesnega in gibalnega razvoja otrok in mladine. Je odličen vir za oceno populacije, vendar ne nudi podatka o individuumu.

Slabosti:

- delni izpad izplačila glavarin za obravnavo dojenčkov v starosti do 1 leta;
- pomanjkanje pediatrov na primarni ravni, visoka povprečna starost pediatričnega kadra;
- visok delež opredeljenih oseb s starostjo nad 19 let pri pediatrih;
- premajhen razpis specializacij za področje primarne pediatrije;
- težave pri zaposlovanju mladih specialistov;
- specializanti ne smejo opredeljevanje pacientov;
- težave pri pridobivanju specialistov na primarni nivo pediatrije zaradi velikega števila pacientov in vključevanja v urgentno službo;
- pomanjkanje pediatrov na sekundarni ravni na periferiji/obrobnih regijah (npr. bolnišnici Slovenj Gradec in Murska Sobota);
- zmanjšanje števila specializantov na terciarnem nivoju in zvišanje števila na primarnem nivoju pediatrije ter

- potreba po elektronski obliki kartotek (E-kartonu).

Predlogi za izboljšavo

Preventivni programi v Sloveniji, pristopi in programi so univerzalna pravica vseh otrok.

Glavni slabosti v primarnem zdravstvenem varstvu otrok in mladostnikov je pomanjkanje pediatrov na primarni ravni in visoka povprečna starost pediatričnega kadra. Problem je tudi delni izpad izplačila glavarin za obravnavo dojenčkov v starosti do 1 leta.

Preventivni program potreben prevetritve in posodobitve na podlagi pregleda strokovne literature in primerov dobrih praks iz drugih držav. Glede kadrovskih virov je potrebno upoštevati krepitev kadrov na področjih, kjer predvidevamo, da bo novo presejanje prineslo več otrok potrebnih obravnave.

Predvidoma so to področje duševnega zdravja in razvoja – potrebe po kliničnih psihologih, področje preprečevanja čezmerne teža in debelosti – klinični psihologi, dietetiki. Za nove namenske preglede in individualne ter kjer je možno intervencije v malih skupinah je potrebno predvideti zadosti časa pediatre in DMS za obravnavo.

Potrebno je boljše povezovanje med ZD in pediatri in usklajeno delovanje z izvajalkami zdravstvene vzgoje v šolah in vrtcih. Celoten tim mora nastopati usklajeno.

Nujno je potreben nov informacijski sistem, ki bo poenoten in bo omogočal izmenjevanje podatkov na primarni ravni in s specialisti na sekundarni in terciarni ravni obravnave.

3.5.2. Klinični psihologi

Metode dela

Pogovor s kliničnimi psihologi je bil izveden 9. 7. 2014, udeležilo se ga je 12 kliničnih psihologov iz večjih in manjših krajev Slovenije iz različnih služb (Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani, pediatrične klinike v Ljubljani, Strokovnega sveta zbornice, Zdravstvenega doma Velenje, psihologinja iz porodnišnice, Zdravstvenega doma Ljubljana, ambulante za otroke in mladostnike, preventiva in kurativa, Šole za starše, Inštituta za klinično psihologijo in psihoterapijo, dispanzerja sem *mentalno* zdravje, dispanzerja za pedopsihiatrijo Mariborskega zdravstvenega doma, specializant klinične psihologije, Pediatrične klinike v Ljubljani s psihološkega oddelka, klinična psihologinja iz Svetovalnega centra).¹⁹

Izsledki

Prednosti:

- Imajo mrežo in so usposobljeni, doizobraženi, imajo svojo Zbornico.
- Predpisani so psihološki preventivni pregledi pri 3 letih.
- Sodelovanje s šolsko svetovalno službo, s psihologom, ki bi bil prvi nivo npr. za blažje učne težave.

¹⁹ Pogovor sta vodili Polonca Truden Dobrin in Sonja Paulin.

- Želijo sodelovati v projektu, v skupinah za preventivne preglede po starostnih skupinah.

Slabosti:

- Niso vse regije, šole, pokrite s psihologi, ki so lahko v zdravstvenem domu ali koncesionarji.
- Otroci so različno vabljeni k psihologu, razlike po Sloveniji so velike.
- Klinične psihologe se nadomešča s psihologi, problem specializacije iz klinične psihologije.
- Ukinja se socialni delavec kot dobrodošel sodelavec.
- Mesto psihologov v zdravstvenem sistemu ni jasno opredeljeno po letu 2012, ko se je prevajal tuj, EU sistem, v naš sistem.
- Psihološki preventivni pregled pri 3 letih je prepozen.

Predlogi za izboljšavo

Potrebna dopolnitev mreže s kliničnimi psihologi, ki so usposobljeni za individualno obravnavo otrok in mladostnikov. Poenotiti je potrebno prakse v Sloveniji, saj so otroci različno vabljeni k psihologu, razlike po Sloveniji so velike. Mesto psihologov v zdravstvenem sistemu ni jasno opredeljeno po letu 2012.

Na področju duševnega zdravja so potrebe po preventivnih in promocijskih aktivnosti velike. V prihodnje bo to področje zaradi pričakovane velike razširjenosti nekemijskih odvisnosti ključno. Vsako presejanje, ki bo umeščeno v preventivni program, bo prineslo veliko novih potreb po obravnavi. Zgodnja obravnava je potrebna, če želimo zdravo prebivalstvo v aktivni dobi. Z vidika vzdržnosti sistema zdravstvenega varstva je to racionalen pristop.

Smiselno bi bilo z medsektorskim sodelovanjem in partnerstvom doseči smiselno delitev dela med zdravstvenim in šolskim sektorjem. Tako bi ustrezno pomoč in obravnava lahko zagotovili večjemu številu otrok in mladostnikov.

3.5.3. Diskusijske skupine s strokovnjaki javnega zdravja

Diskusijske skupine s strokovnjaki javnega zdravja so izpostavile tudi naslednja stališča:

- Temeljni okvir za začetek načrtovanja sprememb na področju zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov (ZVOM) naj bo javno zdravje za otroka in mladostnika.
- Od začetka naj bodo vključeni vsi deležniki - izvajalci, stroka z institucijami RSK za pediatrijo, RSK za javno zdravje, predstavniki ustanovitelja, uporabnikov, financerja, drugi deležniki; čim prej podati pobudo, priložnost za skupen pristop in ustrezno vlogo javnega zdravja pri načrtovanju potrebnih sprememb.
- Potrebno je odpreti širše sodelovanje z drugimi deležniki v družbi: socialno delo, šolstvo, druge službe za predšolske otroke, nevladne organizacije.
- Ta pomemben dokument mora biti v širšem kontaktu z vsemi akterji, ki se vključujejo v zdravstveno varstvo te populacije in življenje otrok in mladih v družbi.

3.5.4. Patronažne sestre

Metode dela

Izvedeni sta bili dve fokusni (diskusijski) skupini, v prvi je bilo prisotnih 8 patronažnih sester, v drugi pa deset. Oba pogovora sta se odvila v njihovem okolju – v zdravstvenem domu ali v njihovi sobi ali v sejni sobi. Kot metoda zbiranja podatkov je bila izbrana fokusna skupina zato, ker ta metoda omogoča skupinsko dinamiko v pogovoru, skozi pogovor pa se izkristalizirajo skupne točke. (tu je bila avtor Mirna Macur – ne vem, če se ti dve skupini kaj prekrivata ali so bile dejansko 3 fokusne skupine)

Diskusije se je udeležilo 10 patronažnih sester, večina jih je bila iz ZD-jev, ena je bila koncesionarka. Diskusija je bila opravljena 4. 4. 2014 na NIJZ Ljubljana (moderatorica Polonca Truden Dobrin).

Izsledki

Prednosti:

- Imajo na terenu neposreden stik (individualni pristop patronažne medicinske sestre) z družino, imajo dostop do vseh članov družine, poznajo ogromno ljudi, poznajo njihove povezave, tudi za 50 let nazaj.
- Pri patronažnih obiskih zajamejo celotno družino, vstopijo v njihov dom, intimo, vidijo kako družina funkcionira, kakšne so navade, tega v ambulanti ni.
- Ne sme se zanemariti, da so dragocen vir informacij za pediatra in za družinskega zdravnika, ker so edine, ki vstopajo v družino in dejansko vidijo, v kakšnih razmerah pacienti živijo.
- Zelo dobro razvita mreža po celi Sloveniji.
- Patronažne medicinske sestre imajo širok spekter strokovnih znanj, saj so tudi uporabniki vse bolj ozaveščeni in imajo številne informacije iz okolja.
- Večina ljudi jih še vedno jemlje kot pozitivne, kot nekoga, ki je prišel, da jim pomaga.
- Patronažne sestre začnejo pri otročnici.

Slabosti:

- Premalo jih uporabijo/porabijo v državi.
- Nimamo podatkov, koliko pomoči potrebnih se izmuzne iz sistema.
- Od leta 2009 jih porodnišnice ne obveščajo o rojstvih in o odpustnih iz porodnišnic.
- Beleženje podatkov v kartone se običajno nikamor ne posreduje, vsaj ne sistematično.
- Niso avtonomne in zato jim sredstva in viri ne pripadajo.
- Ne dobijo podatkov o nosečnicah, katerim pripada en obisk patronažne sestre v drugi polovici nosečnosti.
- Preventiva pri otrocih, ki se preseli v dispanzerje, čeprav bi jih po programu morale spremljati še patronažne sestre.

- Velike razlike pri izvedbi določenih programov in aktivnosti med slovenskimi regijami (problem dostopnosti do zdravstvenih storitev ruralnega prebivalstva).
- Problematika premajhnega informiranja različnih ciljnih skupin za preventivo in zdrav življenjski slog.
- Različnost sistemov za spremljanje (zdravstveni dom – bolnišnica) ni enotnega sistema, kjer bi se zbirali podatki.
- Patronažna služba in zdravstveni delavci nimajo pravice ukrepati v imenu pacienta (neustrezne življenjske razmere, osamljenost, finančne težave).

Predlogi za izboljšavo

- Prilagoditev razmeram na terenu, zaradi spremenjenih pristopov k zdravljenju in odpuščanju ter izvajanju tretmajev na domu – sprememba normativov.
- Povečanje obsega preventive v primerjavi s kurativo.
- Povečanje števila timov v patronažni zdravstveni negi.
- Poudariti pomen duševnega zdravja, zaradi vse slabše ekonomske situacije in slabe perspektive tudi za mlajšo populacijo prihaja v vse več primerih do duševnih bolezni (depresija, shizofrenija, psihoza,...)
- Večje medsektorsko sodelovanje med posameznimi deležniki na terenu (zdravstveni dom, centri za socialno delo, lokalna skupnost).
- Prilagojene aktivnosti informiranja in obveščanja različnim ciljnim skupinam na temo preventive in zdravega življenjskega sloga.
- Uvesti »obisk družine« – preventivni obisk družine za posebne primere.
- Čim več promocije zdravja v lokalni skupnosti ter povezovanje patronažne službe z lokalnim okoljem.
- Vključevanje patronažnih sester v delo s podjetji in zaposlenimi na področju preventive, zdravega življenjskega sloga,...
- Sprejetje Zakona o dolgotrajni oskrbi in zavarovanju za dolgotrajno oskrbo.

3.6. Odločujoče javnosti na področju javnega zdravja otrok in mladostnikov, primarnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov, predstavniki izvajalcev, ZZS, ustanoviteljev, lokalne skupnosti

V tabeli je razvidno, kdaj in kje je bil opravljen intervju. Nadalje navajamo izsledke po posameznih ustanovah.

Odločujoča javnost	Datum izvedbe	
Ministrstvo za zdravje	24.7.2014	1 oseba
Ministrstvo za zdravje	24.7.2014	1 oseba
Ministrstvo za zdravje	29.7.2014	1 oseba
Ministrstvo za zdravje	29.7.2014	1 oseba
Zavod za šolstvo RS	3.11.2014	1 oseba
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije	24.11.2014	1 oseba
Ministrstvo za šolstvo, znanost in šport	5.12.2014	3 osebe
Ministrstvo za šolstvo, znanost in šport	16.12.2014	1 oseba

Intervjuje je izvedla Doroteja Kuhar.

3.6.1. *Intervju na Ministrstvu za zdravje RS*

Opravljeni so bili štiri intervjuji.

Izsledki

Prednosti:

- Slovenija ima vzorno urejeno ZVOM, imamo pravico do izbire do specialista za otroke, česar v drugih državah ni. To je kakovost, ki jo je potrebno ohranjati, hkrati pa je potrebno vsebine prilagajati potrebam otrok. V ospredju morajo biti potrebe otrok, ne potrebe drugih deležnikov (npr. ministrstva ali izvajalcev) in sistem napeljati tako, da bo učinkovit za izpolnjevanje potreb.
- Ko najdemo določena tveganja je zelo pomembno, da imamo razvite intervencije in vnaprej vemo, da so učinkovite. Treba jih je stalno spremljati in evalvirati. Pomembno je definirati javnozdravstvene cilje in spremljati izvajanje na poti do njih. V procesu morajo biti izključeni osebni interesi in v ospredje postavljena kakovostna nadgradnja sistema, ki ima v Sloveniji dolgo tradicijo.

Slabosti:

- Največja pomanjkljivost Pravilnika je, da ne izhaja iz otrokovih potreb, ampak iz že zagotovljene oskrbe. Stališče MZ je, da morajo biti preventivni pregledi zagotovljeni vsem otrokom, ne glede na njihovo zdravstveno zavarovanje oziroma zdravstveno zavarovanje njihovih staršev, saj bi se v nasprotnem zdravstveno stanje otrok lahko poslabšalo. To mnenje je MZ že pred leti posredovalo ZZZS. Tako stališče je zavzela tudi ZZZS, kar se kaže pri financiranju presejalnih programov. Financiranje preventivnih programov dolgoročno predstavlja manjši strošek.
- Pravilnik o preventivnih pregledih je neberljiv, vendar ga moramo vsi upoštevati. V pravilniku morajo biti opredeljeni vsebina in pogostost pregledov ter zdravstveni timi. Pomembno je doseganje ciljev pravilnika. Trenutno je napisanega veliko, vendar premalo konkretno. Zagotoviti je treba spremljanje podatkov na način, da bodo primerni za pripravo dobrih analiz. Le z dobrimi analizami bomo lahko hitro in učinkovito spremljali stanje.
- Pravilnik je zastarel in ta poseben psihosocialni vidik, ki je zelo pomemben, je zastal. Ne predvideva se niti v tolikšni meri identifikacije te stvari, zelo dober je ta pregled pri triletnikih, kjer je psihološki pregled, ta pregled je zelo dragocen in funkcionira kot en triažni instrument in daje možnost nadaljnje obravnave. Kolikor vidi, se to nekje samo izvede in identificira nek problem, potem pa ni v tolikšni meri kot bi si želeli, to tudi nadaljnje obravnavano.
- V Sloveniji status psihologa nima zakonske osnove in na področju zdravstva ni urejen. A, če bi se koncept tega kadra znalo umestiti v nek širši koncept in narediti potem mreže, ki bi skrbele za duševno zdravje OM in na nivoju ZD bi videli, kje je ta stik s šolstvom in socialnim varstvom. Pomembna je vloga psihologa, sicer temu ne bomo kos.
- Sodelovanje s šolskim sektorjem je velik izziv. Zaznava problema za zdravje je v šolskem sistemu takšna, da je to tema, ki ni nujno potrebna, to je žal tudi tako, da je na Ministrstvu za šolstvo med vodilnimi nekaj takih, ki so takega mnenja, je pa v šolah takšno stanje, da je tudi kader zelo obremenjen in zaradi tega težko še eno nalogo sprejmejo, veliki pritiski so s strani staršev, veliki pritiski so strani ministrstva, šolske inšpekcije, itn. Zdravje ni predstavljeno kot prioriteta, ki jo je potrebno ohranjati in nadgrajevati.

Predlogi za izboljšavo

- Delitev dela v timu: Treba je definirati vlogo zdravnika in medicinske sestre ter kaj se izvaja na individualni in kaj na skupinski ravni. V bodoče je lahko del tima tudi psiholog, katerega vlogo je treba prav tako definirati.
- Potrebujemo definiranje zdravstveno-vzgojnih vsebin pri vsakem preventivnem pregledu v starosti od 0 do 19 let, ter določiti pristojnosti zdravnika in medicinske sestre. Slednje je treba opremiti z vsebinsko ustreznimi in starosti primernimi pripomočki, orodji in materiali za poenoteno izvajanje po celi državi.

- Identificirati je treba za otroke najbolj ogrožajoče situacije, slediti spremembam in pravočasno ukrepati. Ugotoviti je treba, kako najpreprosteje identificirati potencialno ogrožene otroke in jim zagotoviti primerno intervencijo.
- Problem ranljivih skupin otrok je danes manjši, kot bo čez dve leti, in večji, kot je bil pred petimi leti. Dobro zasnovan način identifikacije omenjenih skupin otrok danes bo pripomogel k njihovem lažjemu odkrivanju tudi v prihodnje.
- Sodelovanje med šolstvom in zdravstvom bi lahko izboljševali s tem, da če bi imeli učitelji občutek, da so te vsebine koristne (zdravstvena vzgoja) in hkrati, če bi imel zdravstveni sistem občutek, da je to koristno, potem bi se lahko zelo hitro vzpostavilo sodelovanje. V nekaterih regijah to zelo dobro deluje, nekatere imajo pa velike težave pri tem sodelovanju. Če bi v resnici vsi razumeli, zakaj je to dobro, potem ne bi bilo težav. Je pa to sigurno res, ker dobijo na MZ vsake toliko časa smešna vprašanja, kako prisiliti šolo, da nam bo dovolila, da pridemo. Potrebni so argumenti, zakaj nekaj počnemo, in bi morali veljati za vse šole enako.
- Najbolj pereče težave tega sodelovanja med MZ in MZŠŠ je razkril ZPND, to je zakon o preprečevanju nasilja v družini. Tu se je pokazalo, da resorji mnogo premalo, tu gre izrecno za izpostaviti, žal, zdravstveni resor, ki ne sodeluje pri obravnavi nasilja v interdisciplinarnih timih. To je potrebno sistemsko urediti in da bi bilo za takšno sodelovanje potrebno določiti neke obvezne protokole. Na nivoju neke strokovne doktrine je seveda obvezno neko sodelovanje, se pa določene stvari pač, žal se je izkazalo, da se ne more prepustiti kar samemu sebi. Morali bi biti obvezni protokoli sodelovanja med resorji na različnih ravneh. To pomanjkanje komunikacije in sodelovanja vidimo povsod, to je bilo tudi zaznano kot zelo pereč problem na zadnjem posvetu, ki so ga imeli za zdravje otrok in mladostnikov in je potem tudi MZ dalo pobudo, da bi medresorska delovna skupina, torej platforma, ki že obstaja za OM dejansko odigrala to svojo vlogo, imela to funkcijo, če je že za to ustanovljena.
- Potrebujemo definiranje zdravstveno-vzgojnih vsebin pri vsakem preventivnem pregledu v starosti od 0 do 19 let, ter določitev pristojnosti zdravnika in medicinske sestre. Slednje je treba opremiti z vsebinsko ustreznimi in starosti primernimi pripomočki, orodji in materiali za poenoteno izvajanje po celi državi.

3.6.2. *Intervju na Zavodu za šolstvo RS, Ministrstvu za šolstvo, znanost in šport RS*

Opravljen je bil intervju na Zavodu za šolstvo RS in na Ministrstvu za šolstvo, znanost in šport.

Izsledki

Prednosti:

- Predstavnice ministrstva so povedale, da je Pravilnik o izvajanju preventivnega zdravstvenega varstva dobro napisan in da so naloge posameznih izvajalcev dobro opredeljene. Znotraj je

zapisano tudi redno sodelovanje šolskega zdravnika z ravnateljem in svetovalno službo posamezne šole. Zdravnik ima v Pravilniku precej dobro opredeljene naloge, po vsakem sistematskem pregledu bi moral o celotnem razredu in tudi posameznikih v razredu opraviti razgovor z razrednikom.

- Predstavnice ministrstva so povedale, da preglede oziroma zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov opredeljuje tudi Zakon o šolah (UL 81/2006) v svojem 13. členu. Pregledi morajo potekati neovirano, pravilnik določa, da se izvajajo v zdravstvenih institucijah. Zakon o osnovni šoli v 31. členu opredeljuje tudi letne delovne načrte (LDN) šole. Z LDN se določijo vsebina, obseg in razporeditev vzgojno-izobraževalnega in drugega dela. Določi se delo šolske svetovalne službe in drugih služb, aktivnosti, s katerimi se šola vključuje v okolje, obseg dejavnosti, s katerimi šola zagotavlja zdrav razvoj učencev, oblike sodelovanja s starši in druge aktivnosti. LDN mora vsaka OŠ začeti pripravljati že v maju in mora biti dokončan konec junija, ko se zaključi šolsko leto.
- Svetovalna služba ima najbolj opredeljeno svoje delo v smernicah, ki jih je izdalo ministrstvo posebej za svetovalno službo vrtcev, OŠ in SŠ in so na voljo na spletnih straneh ministrstva. V njih je med drugim opisano tudi medsektorsko povezovanje z drugimi institucijami (pri smernicah za OŠ tudi z CSD-ji, Zavodi za zaposlovanje, ZD-ji, Pedagoškim inštitutom, Zavodom za šolstvo,...).
- Zakon o osnovni šoli v 95. členu določa, katere vrste zbirk podatkov mora OŠ zbirati. Mednje sodijo tudi podatki o učencu in njegovih zdravstvenih posebnosti, katerih poznavanje je nujno za učenčevo varnost in delo z njim. Ta člen določa tudi, da OŠ zbira podatke o učencih, ki potrebujejo pomoč oziroma Svetovanje. Zbirka podatkov iz te točke obsega še družinsko in socialno anamnezo, razvojno anamnezo, diagnostične postopke, postopke strokovne pomoči in strokovna mnenja drugih institucij (CSD-ji, ZD-ji, svetovalni centri,...).

Slabosti

- Pravilnik do sedaj ni jasno določal, kje naj poteka zdravstvena vzgoja populacijske skupine otrok in mladostnikov, so se pa predstavnice Ministrstva strinjale, da bi ZV potekala na šolah.
- Ob sistematiki je časa malo, da bi se izvajale daljše vsebine, takrat po poročanju terena, izvajajo ZV v dolžini maksimalno ene šolske ure. Tudi takšne ZV so deležni samo tisti, ki prihajajo na sistematiko, ta pa je vsake 2 leti, ostali pa ne.
- Predstavniki šole velikokrat povedo, da imajo pogosto težave pri učencih, ki imajo posebne zdravstvene težave (npr. sladkorno bolezen): učitelji se namreč ne počutijo dovolj opolnomočene za obvladovanje različnih zdravstvenih tegob, pogosto se tudi starši izogibajo oz. jim ne povedo dovolj informacij, zato je taka odgovornost učiteljev v teh primerih velika.
- Po zakonodaji s področja šolstva bi moral kakršnokoli vsebino učencem podati samo tisti, ki ima andragoško pedagoško izobrazbo. Diplomirane medicinske sestre nimajo nobene dodatne

izobrazbe in se pogosto tudi počutijo nekompetentne za vstopanje v šolski prostor. Tovrstna izobrazba namreč traja najmanj 2 leti (na PEF MB) in se seveda postavlja vprašanje, kdo jo bo financiral. Predstavnice ministrstva so se strinjale, da mora biti pri izvajanju ZV vsebine vedno prisoten učitelj, ker je on odgovoren za izvajanje pedagoškega procesa.

- Izvajanje vsebin je le delček ZV vsebin, ki ob doseganju samo minimalnega standarda ne dajejo večjih sprememb glede znanja o zdravju učencem.
- Med šolstvom in zdravstvom ni zadostne komunikacije, predvsem je veliko sklicevanja na varstvo osebnih podatkov, zato šola pogosto ne razpolaga s podatki o zdravstvenih omejitvah učenca, čeprav bi po Zakonu o osnovnih šolah morala. Sicer je dolžnost staršev, da o zdravstvenih težavah, ki lahko vplivajo na zdravje učenca v času šolanja, poročajo šoli, vendar se v praksi to pogosto ne dogaja. Starši so lahko glede poročanja o zdravstvenih težavah učenca tudi subjektivni.

Predlogi za izboljšavo

- Predstavnice ministrstva svetujejo, da zdravstvo upošteva pravila šolstva, torej planira svoje aktivnosti za naslednje šolsko leto do konca predhodnega šolskega leta in da bi se lahko aktivnosti zdravstva zapisale v LDN šole, ki ga sprejme svet šole septembra. Na tak način ni nobenega problema z vstopanjem v šole, ker je to že vnaprej določeno v urniku. So pa opozorile, da po zakonodaji s področja šolstva lahko kakršnokoli vsebino učencem podajajo samo tisti, ki imajo andragoško-pedagoško izobrazbo.
- Učitelj znotraj načrta izvaja (naj bi) tudi vsebine s področja zdravja otrok in mladostnikov, s tem, da so predstavnice ministrstva poudarile pomen medpredmetnega povezovanja, kjer naj bi npr. učitelj biologije sodeloval z učiteljem kemije in državljanske vzgoje pri podajanju vsebin, da bi učenci iz podanih vsebin dobili smiselno zgodbo. To opredeljujejo tudi posodobljeni učni načrti in učitelji naj bi se ob začetku šolskega leta dogovarjali za smiselno podajanje vsebin učencem. Vsekakor so poudarile, da imajo učitelji dovolj manevrskega prostora za podajanje ZV vsebin učencem ne glede na učne načrte pedagoških fakultet.
- Po protokolih o nasilju v družini so z MZŠŠ pripravili ogromno izobraževanj po šolah, da bi se o tem tudi glasno govorilo in tu gre posebej je opozoriti predvsem na zdravstvo, ki nasilja v družini ne prijavlja, tako kot to določajo protokoli.

3.6.3. Intervju na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Opravljen je bil en intervju.

Izsledki

- V krajih izven Ljubljane se soočajo s problemom pomanjkanja kadra, kar se odraža v razlikah v dostopnosti.
- Na ZZZS vidijo, da je s koncesionarstvom začela upadati kvaliteta preventivnih programov, ker je preventiva nezanimiva. Pojavlja se problem ugotavljanja določenih stanj in pomanjkanja ukrepov zanje (npr.: debelost pri otrocih).
- ZZZS plačuje specializante, a nimajo vpliva, ker potrebe dela ZZZS, a bolj malo, zato je na tem področju v zadnjih 10–15 letih število v bolnicah naraslo za 40 %, na primarnem nivoju pa je ostalo isto.

Predlogi za izboljšavo

- Izpostavljen je bil pomen krepitve primarnega zdravstvenega varstva, za ZZZS so predvsem pomembni kazalniki in kakovost. Vzpostavljenih bi morale biti 8–10 primarnih centrov za spremljanje zdravja, pri katerih bi sodelovali trije partnerji: NIJZ, MZ in ZZZS.

4. Ocena potreb na področju vzgoje za zdravje za bodoče starše

Avtorice poglavja: Maja Bajt, Zalka Drglin, Jelena Flokstra Zemljarić, Helena Koprivnikar, Mateja Kusterle Vesna Lesjak, Barbara Mihevc Ponikvar, Vesna Pucelj, Irma Renar, Irena Rožman Andreja Rudolf, Metka Skubic, Sonja Tomšič, Sanja Vuzem.

Izraz vzgoja za zdravje je sodoben izraz za zdravstveno vzgojo, ki želi povezati prizadevanja zdravstvenega, šolskega, družinskega, socialnega in drugih sektorjev za doseganje dobrega zdravja. Izhaja iz širšega modela razumevanja promocije zdravja, ki vključuje preplet telesnih, duševnih, duhovnih, okoljskih in družbenih vidikov ter poleg medicinskih vključuje tudi najnovejša spoznanja in veščine na kognitivno vedenjskem, psihološkem, sociološkem, komunikološkem in drugih področjih.

Koncept vzgoje za zdravje poudarja, da je informiranje nujno, ki pa še ne vodi nujno v spremembo nezdravega načina vedenja in navad. Pri tem upošteva ciljno populacijo, njene značilnosti in načrtuje delovanje v smislu razvijanja veščin, strategij ob aktivnem sodelovanju in upošteva ožji in širši družbeni kontekst, individualne in skupnostne vidike (kot so prepričanja, vrednote, stališča, vpetost v različne sisteme, skupnosti, različne vplive). Pojem vzgoja za zdravje vključuje vse, ki delujejo na področju zdravja in vplivajo na telesno in duševno dobro počutje in razvitost ter uresničenje posameznikovih potencialov. Usmerjena je v krepitev zdravja celotne populacije, kot tudi v zmanjševanje neenakosti v zdravju pri otrocih in mladostnikih ter starših.

Dva osnovna pristopa k promociji zdravja in preprečevanju bolezni se lotevata:

- oddaljenih determinant zdravja, kot so revščina in socio-ekonomske neenakosti in
- specifičnih dejavnikov tveganja za specifične zdravstvene izide.

Oba pristopa se medsebojno povezujeta, saj so revščina in socio-ekonomske neenakosti pomembne pri številnih dejavnih tveganja. Prvi pristop zahteva bolj obsežno, družbeno delovanje preko demokratičnih sprememb politik s ciljem poštene porazdelitve virov. Drugi pristop vključuje vzgojo za zdravje, osredotočeno na posameznika s ciljem povečanja osveščenosti in vpletenosti v skrb za lastno zdravje.

V poročilu se bomo osredotočili na izvajanje vzgoje za zdravje za bodoče starše, starše, otroke in mladostnike, ki jo izvaja zdravstveni strokovnjak iz primarnega zdravstvenega varstva, v okviru zdravstvene mreže ali v okoljih, ki so pomembni za bodočega starša in starša, otroka in mladostnika, to so dom, vrtci, šole, lokalna skupnost in drugi.

4.1. Temeljna izhodišča in oris stanja na področju vzgoje za zdravje za bodoče starše

Z vidika javnega zdravja vsebine vzgoje za zdravje prepoznavamo kot pomemben sestavni del šole, med drugim so to področja zdravega načina življenja s poudarkom na prehrani, gibanju in telesni vadbi, življenjskem stilu nasploh, higieni, skrbi za zdrave zobe, problematiki psihoaktivnih snovi, preprečevanju poškodb, zastrupitev in okužb, skrbi za duševno zdravje, zdravem spolnem vedenju, kakovostnih odnosih

med partnerjema oziroma v družini. Obenem dopolnjuje zgodnje prepoznavanje povečanih zdravstvenih tveganj in zgodnjih znakov zapletov v nosečnosti in po rojstvu otroka, ki se izvaja pri preventivnih pregledih nosečnice v prenatalnem varstvu, v poporodnem obdobju za žensko in dojenčka ter v obdobju do otrokovega prvega leta z zagotovljenimi storitvami patronažne službe, ginekologov in pediatrov.

Šole za starše morajo biti konceptualno, vsebinsko, organizacijsko in tehnično skladne s potrebami staršev in otroka, ki se rojeva, ter s sodobnimi strokovnimi spoznanji.

»V času pred porodom so starši pripravljene narediti izredno veliko za blagor otroka; pričakovanje otroka je eden od odločilnih ugodnih trenutkov (*kairos*) za preventivno krepitev celostnega telesnega, duševnega in socialnega zdravja družine.« V Šoli za starše je pomembno poudariti pogoje za kakovostno družinsko življenje in jih krepiti. Zagotovitev dobrih pogojev za kakovostno življenje družine (vseh družinskih članov) prispeva h krepitvi zdravja in zagotavljanju dobrih temeljev za otrokovo zdravje v prihodnosti; gre torej za podporo in krepitev starševstva.

Osnovni dokument, na katerem temelji oblika in vsebina obstoječe priprave na porod in starševstvo v Sloveniji, predstavljajo Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, katerih osnova so Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 77/98, 6/99, 56/99) in Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/92, 45/94, 37/95, 8/96, 90/99, 98/99, 31/00, 36/00,45/01) ter 99. člen Zakona o upravi (Uradni list RS, št. 67/94, 90/95 in 29/95 – odločba US). Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, ki so mu sledila kasnejša dopolnila (Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09) so objavljena v Uradnem listu RS, od strani 1253 do 1282. Gre za navodila, ki naj bi zagotavljala kakovostno preventivno zdravstveno varstvo na primarni ravni na različnih področjih, med njimi tudi na področju reproduktivnega zdravstvenega varstva.

Vsebina predavanj je opredeljena v 1.3.4 Členu Navodila o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (UL RS, št. 33/2002 z dne 12.4.2002). Šola za bodoče starše naj bi potekala glede na višino nosečnosti v sklopih, ki so tematsko prilagojeni zgodnji in pozni nosečnosti. Tematska predavanja naj bi pokrivala naslednje vsebine:

- nosečnost (informacije o spočetju, razvoju ploda, zdravem načinu življenja v času nosečnosti, tveganja v nosečnosti);
- porod (informacije o pripravi na odhod v porodnišnico, potrebščine in dokumenti, ki jih je potrebno vzeti s seboj v porodnišnico, znaki začetka poroda, faze poroda, dihalne vaje, sprostitvev, porodna bolečina, sodelovanje očeta pri porodu);
- psihološka priprava (informacije o prihodu novega družinskega člana);
- nega novorojenčka (nega, kopanje, umivanje, oblačenje, oprema dojenčka, preprečevanje poškodb v zgodnjem otrokovem obdobju);
- prehrana in dojenje (tehnika dojenja, dodatki v prehrani, adaptirana prehrana);
- zobozdravstvena vzgoja (zdravje zob v času nosečnosti in po porodu, razvoj zob pri otroku);

- prikaz rednih telesnih vaj;
- raba kontracepcije po porodu (pomen načrtovanja nosečnosti v obdobju po porodu, metode kontracepcije, ki so primerne za rabo v poporodnem obdobju);
- osnove pravnega in socialnega varstva v času nosečnosti in poporodnem obdobju (informacije o pravicah in obveznostih ter posredovanje informacij o institucijah, ki lokalno ali državno nudijo svetovanje in/ali pomoč).

Po 12. tednu je priporočljiva tedenska telovadba s sprostitvenimi in dihalnimi vajami, ki jo izvajalci prilagodijo svojim zmožnostim, medtem ko je prikaz sprostitvenih in dihalnih vaj obvezen.

V sodobnih konceptih vzgoje za zdravje pojmujejo izobraževanje za starše kot pripravo na porod in izobraževanja ter vzgojo za družinsko življenje, ki je nujno interdisciplinarno in vedno predstavlja dinamičen preplet kulturnih pričakovanj in izbora določenih znanj in spretnosti. V Sloveniji deluje sistem izobraževanja v zvezi z nosečnostjo, porodom in poporodnim obdobjem, ki je v praksi namenjen bodočim materam in (delno) tudi bodočim očetom.

Leta 2002 je bila izvedena raziskava, v okviru katere je bilo pregledano izvajanje šol za starše, ki delujejo v zdravstvenih domovih, bolnišnicah, porodnišnicah in pri zasebnikih. Glavni povzetki raziskave kažejo na to, da obstajajo velike razlike med posameznimi šolami za starše. Časovni obseg je zelo različen, od 6 do 36 ur, povprečen čas trajanja je 14 ur. Organiziranost šol za starše je zelo različna, nekateri imajo organizirane tečaje za dve obdobji nosečnosti, za zgodnjo nosečnost in pripravo na porod, redke šole izvajajo posebej tečaje za bodoče očete, nekatere posebej nudijo telovadbo za nosečnice. Ponekod občasno ali redno organizirajo tudi ogled porodnišnice. Tudi metodološko so šole za starše precej različne. Program navadno poteka po shemi, ki so jo oblikovali organizatorji in predavatelji, odraža pa predvsem njihove predpostavke glede vsebin, ki naj bi jih bodoči starši osvojili, pri čemer upoštevajo razpoložljivi čas, sredstva ter pogosto izhajajo iz svojih sposobnosti, znanj in prepričanj. Večina šol za starše je kombinacija predavanj in razgovorov, redkeje se v redna srečanja vključujejo tudi telesne vaje. Predavanja so za udeležence bolj pasivna kot aktivna oblika, ker gre za pretežno enosmerno komunikacijo. Pogosto so vsebine predavanj neprilagojene individualnim zahtevam in sposobnostim poslušalcev, pojavlja pa se tudi utrujenost poslušalcev zaradi dolgih predavanj. Nekatere izvajalske organizacije se srečujejo s prostorskimi težavami, dostopnostjo, neustrezno opremljenostjo prostorov in neustrezno opremljenostjo z didaktičnimi sredstvi in učnimi pripomočki. Dodaten problem ponekod predstavljajo prostori za telesno vadbo.

Leta 2005 je bila izvedena nacionalna raziskava z naslovom »Porodnišnice za današnji čas«, ki je bila izvedena v vseh 14 slovenskih porodnišnicah. Povzamemo lahko, da je »Materinsko šolo« v celoti obiskovala nekaj več polovica respondentk. Z njo je bilo zadovoljnih nekaj manj kot šestdeset odstotkov žensk. Nekaj manj kot deset odstotkov je poiskalo (tudi ali pa izključno) druge oblike priprave na porod. Določen odstotek sploh ni nikoli obiskalo priprav na porod (okoli 10 %; v nobeni nosečnosti), nekatere pa obiščejo le nekaj srečanj in se šole ne udeležijo v celoti (v našem vzorcu je bilo to nekaj nad 12 odstotki). Le malce več kot polovici udeleženkam zadoščajo informacije, ki jih dobijo v »Šoli za starše«, kar kaže na

potrebo po temeljiti prevetritvi, dopolnitvi in aktualizaciji tematik. V več kot dvajsetih odstotkih menijo, da niso imele dovolj možnosti izražanja svojih lastnih stališč. Respondentke so bile mnenja, da so praktična znanja res pridobivale v manj kot tridesetih odstotkih.«

Kasnejša raziskovanja so osvetlila še nekatere vidike Šole za bodoče starše. V letu 2007 smo na podlagi dveh srečanj analizirali vidik uporabnic in uporabnikov šole za starše, izsledki pa so potrdili potrebo po vsebinski in metodološki prenovi. Podatki kažejo, da bodoči starši pričakujejo kakovostne, sodobne in preverjene informacije z zelo širokega spektra področij, povezanih z nosečnostjo, porodom in poporodnim obdobjem. Želijo si pridobitve več praktičnih znanj in spretnosti (rokovanje z novorojenčkom in spretnost dojenja), kakovostnejšo sodobno literaturo in uporabo sodobnih aktivnih metod učenja. Bodoči starši izražajo pričakovanja, da bodo programi vsebinsko in metodološko prilagojeni posameznim skupinam nosečnic.

Na podobne izsledke smo naleteli tudi v letu 2014, ko je bil opravljen pregled stanja na terenu z izbranimi izvajalci Šol za bodoče starše. Nedorečenost se pojavlja na področju organizacije in izvedbe Šol za bodoče starše, kakor tudi na področju financiranja. Posebej je potrebno izpostaviti vprašanje upravičenosti finančnega prispevka za partnerjevo navzočnost pri porodu in njegove povezave z udeležbo na Šoli za bodoče starše.

Vsi podatki in izvedene raziskave kažejo na potrebo po vsebinski in metodološki prenovi programa na dopolnitev in aktualizacijo tematik. Cilj je zagotoviti kvalitetno vzgojo in izobraževanje za zdravo starševstvo in pripravo na porod. Glavni poudarki raziskav so naslednji:

- aktivnejša udeležba v okviru izvajanja vsebin Šole za bodoče starše, tako za nosečnice, kot za spremljevalce
- manjše skupine udeležencev
- večja potreba po pridobitvi praktičnih veščin (rokovanje, nega, dojenje)
- predavanja posodobljena v skladu s trenutno veljavnimi strokovnimi smernicami
- vključevanje sodobne literature in
- raba sodobnih didaktičnih pripomočkov
- prijaznejši bolj prilagojen časovni okvir izvajanja Šole za bodoče starše

4.2. Vzgoja za zdravje v nosečnosti, obporodnem in poporodnem obdobju – ocena potreb nosečnic in mamic

Avtorice poglavja: Mag. Maja Bajt, dr. Zalka Drglin, Vesna Pucelj

V letu 2013 smo na Inštitutu za varovanje zdravja izvedli raziskavo, s katero smo skušali čim bolj raziskati obstoječe izkušnje, potrebe in želje nosečnic/mamic v obporodnem obdobju. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšna je samoocena lastne informiranosti nosečnic in mamic glede nosečnosti, obporodnega in poporodnega obdobja, kakšne so navade pri pridobivanju informacij, kateri so najpogosteje uporabljeni informacijski viri v zvezi z različnimi obporodnimi tematikami in kakšna je pot pridobivanja informacij, ko

se srečajo s konkretnimi težavami. Raziskovali smo tudi navade, izkušnje, potrebe in zadovoljstvo obstoječih uporabnic in uporabnikov v zvezi z obiskovanjem šol za starše oz materinskih šol ter pričakovanja, želje in potrebe bodočih uporabnic/uporabnikov.

Metodologija

Pri raziskavi smo uporabili spletno anketo z 27 vprašanji zaprtega in odprtega tipa, ki so zajemala naslednje tematike:

- ocena lastne informiranosti v zvezi z nosečnostjo, obporodnim in poporodnim obdobjem,
- pogostost iskanja različnih vrst informacij in viri,
- viri informacij v primeru konkretnih težav,
- izkušnje, potrebe, navade, zadovoljstvo s šolo za starše/materinsko šolo (obstoječe uporabnice/uporabnik),
- pričakovanja, želje, potrebe bodočih uporabnic/uporabnikov šole za starše/materinske šole,
- demografska vprašanja.

Ustrezno izpolnjenih je bilo 768 anket, ki so bile uporabne in veljavne in s tem primerne za nadaljnjo obdelavo. Anketiranje je potekalo po principu samoanketiranja, vzorec anketirank/anketirancev je bil povsem priložnostni, zato ne moremo govoriti o reprezentativnosti vzorca za celotno populacijo nosečnic in mamic.

Vse ankete so bile izpolnjene s strani žensk, ki so bile noseče ali pa že mamice:

- 22% je bilo nosečih prvič, 16% drugič oz. že večkrat, 62% pa jih je že imelo otroke (rodile v zadnjih 3 letih). Nosečnice, ki so anketo izpolnjevale, so bile povprečno v 27. tednu nosečnosti.
- 0.2 % jih je bilo starih pod 20 let, 65.3 % med 20 in 30 let, 33.3 % med 30 in 40 let in 1.2 % nad 40 let.

1. Ocena lastne informiranosti v zvezi z nosečnostjo, obporodnim in poporodnim obdobjem

Nosečnice in mamice smo povprašali kako ocenjujejo svoje znanje in informiranost v zvezi z različnimi vidiki nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja. Mamice so svoje znanje in informiranost ocenjevale za nazaj.

Večina anketirank (51.7 %) je svoje znanje in informiranost v zvezi z nosečnostjo, obporodnim in poporodnim obdobjem ocenila kot dobro. Sledijo anketiranke, ki svoje znanje in informiranost ocenjujejo kot srednje (24.5 %) in zelo dobro (21.3 %). Kot slabo oz. zelo slabo svoje znanje in informiranost skupno ocenjujeta dobra 2 % anketirank.

Ocena informiranosti se razlikuje glede na status anketiranke, saj se kot najboljše informirane ocenjujejo mamice (rodile v zadnjih treh letih, trenutno niso noseče), sledijo prvič noseče in drugič oziroma večkrat noseče.

2. Pogostost iskanja informacij o nosečnosti, obporodnem in poporodnem obdobju glede na vir informacij in zaupanje do različnih virov informacij

Anketiranke so se v času nosečnosti posluževale različnih virov informacij, različno pogosto. Spraševali smo jih kako pogosto so se posluževale posameznih virov (1 – zelo pogosto, ..., 5- nikoli) in kakšno je njihovo zaupanje do teh informacijskih virov (1 – zelo zaupam, ...5- nikakor ne zaupam).

Anketiranke informacije o nosečnosti, obporodnem in poporodnem obdobju najpogosteje iščejo pri ginekologu/ginekologinji, ki mu/ji hkrati tudi najbolj zaupajo. Sledijo prijatelji/ce, sorodniki/sorodnice in drugi viri (najpogosteje navajajo doule, znanstvene članke, svetovalke za dojenje). Med pogosto uporabljenimi viri je tudi svetovni splet, kateremu pa anketiranke najmanj zaupajo. Nato sledijo različni mediji (po vrsti: radio/televizija, revije/časopisi, priročniki/knjige), katerim pa anketiranke manj zaupajo.

Zelo redko anketiranke iščejo informacije pri drugih zdravstvenih strokovnjakih: babici oz. medicinski sestri, zdravniku/zdravnici splošne medicine in najredkeje pri patronažni sestri, čeprav imajo do njih največ zaupanja.

3. Pogostost iskanja informacij glede na različne tematike

Anketiranke smo spraševali tudi kako pogosto iščejo oz. so iskale različne vrste informacij glede na tematike, ki se nanašajo na nosečnost, obporodno in poporodno obdobje.

V povprečju so anketiranke večino navedenih vrste informacij iskale v razponu od nekajkrat tedensko do nekajkrat mesečno.

Med najpogosteje iskanimi so bile informacije v zvezi z zdravim načinom življenja med nosečnostjo, o negi in rokovanjem z otrokom, o telesnih in duševnih spremembah v nosečnosti, o dogajanju pred/med/po porodu, o zdravstvenih težavah med nosečnostjo in o tehnikah dojenja ter odpravljanju težav v zvezi z njim.

Najredkeje so iskale informacije v zvezi s komunikacijo z zdravstvenimi strokovnjaki, o pravicah odločanja o porodu in spolnosti, kontracepciji in načrtovanju družine po porodu.

4. Iskanje informacij ob različnih primerih težav v nosečnosti, obporodnem in poporodnem obdobju

Ker smo želeli tudi izvedeti na koga se anketiranke obrnejo v primeru konkretnih težav, smo jim zastavili vprašanja s kolikšno verjetnostjo bi se obrnili na različne vire informacij/pomoči ob različnih priložnostih. Anketiranke so verjetnost ocenjevale z oceno 1-5 (1-zelo verjetno, ..., 5- najmanj verjetno).

Primer 1: Upokojitev ginekologa/ginekologinje in potreba po novem

Anketiranke smo spraševali s kolikšno verjetnostjo bi se obrnile na navedene vire informacij, če bi v času nosečnosti ugotovile, da se je njihov osebni ginekolog oz. ginekologinja upokojil/a in bi imele težave pri iskanju novega.

Anketiranke bi se ob potrebi po iskanju informacij o tem kako priti do novega ginekologa/ginekologinje najverjetneje obrnile na najbližje – sorodnike/sorodnice in prijatelje/prijateljice. Najmanj verjetno bi anketiranke iskale informacije na ZZS in Ministrstvu za zdravje.

Primer 2: Strah pred porodom, nepoznavanje postopkov in pravic ob porodu

Anketiranke smo spraševali tudi kolikšno verjetnostjo bi se obrnile na navedene vire informacij, če bi se soočile s strahom pred porodom in slabim poznavanjem pravic in postopkov ob porodu.

Anketiranke bi v opisani situaciji informacije in pomoč najverjetneje iskale pri ginekologu/ginekologinji, sledijo babica/medicinska sestra in šola za starše. Nato bi se obrnile na različne neformalne vire (prijatelji/prijateljice, sorodniki/sorodnice), patronažno medicinsko sestro, splet, knjige/priročniki, zdravnik/zdravnica splošne medicine, revije/časopisi in najmanj verjetno na druge viri (anketiranke najpogosteje navajajo doule in svetovanje po telefonu).

Primer 3: Duševna stiska v nosečnosti

Anketiranke smo spraševali tudi na katere vire pomoči bi se obrnile v primeru, da bi se v času nosečnosti soočile z duševno stisko, ki je ne bi zmogle rešiti same.

Anketiranke bi se z največjo verjetnostjo v primeru duševne stiske obrnile na ginekologa/ginekologinjo, nato na različne neformalne vire (prijatelji/prijateljice, sorodniki/sorodnice) in zdravnika/zdravnico splošne medicine.

Z neko srednjo verjetnostjo bi se obrnile na različne strokovnjake iz področja duševnega zdravja (psihiater, psiholog, svetovalci v duševni stiski), spletne vire (forumi, klepetalnice, spletne strani), babico/medicinsko sestro, knjige/priročnike in patronažno medicinsko sestro, manj verjetno pa bi uporabile revije/časopise in druge vire pomoči (anketiranke med drugimi viri pomoči najpogosteje navajajo partnerja).

5. Obiskovanje šole za starše

Ugotovili smo, da je več kot polovica anketirank že obiskovala šolo za starše in sicer v celoti. Dobrih 13 % je obiskovalo le nekaj srečanj, prav toliko pa jih šole še ni pričelo obiskovati, vendar to namerava. Dobrih 11 % je šolo obiskovalo v eni od prejšnjih nosečnosti, tokrat pa ne, medtem ko jih 8,5 % šole za starše ni obiskovalo oz. ne namerava obiskovati.

Izmed prvič nosečih je šolo za starše v celoti že obiskovala dobra tretjina, dobrih 14 % delno, skoraj polovica še ne, a jo namerava, medtem ko dobre 3 % šole za starše ne namerava obiskovati.

Anketiranke med najpogostejšimi razlogi za neobiskovanje šole za starše navajajo nezmožnost udeležbe zaradi zdravstvenih razlogov. Med drugimi razlogi prevladujejo že obstoječe izkušnje z otroci, občutek da obiskovanje ni potrebno, časovna neustreznost oz. zasedenost, krajevna oddaljenost in zavračanje tovrstnih informacij.

6. Izbira šole za starše

Večina anketirank, ki so šolo za starše že obiskovale oz. jo še namerava, je izbrala najbližjo šolo za starše (70 %), slaba četrtina je namenoma izbrala prav določeno šolo. Dobrih 5 % anketirank je bilo zaradi drugih razlogov primorano izbrati drugo šolo za starše – zaradi boljše časovne ustreznosti (bolj ustrezen termin), obiskovanja v kraju, kjer ima osebnega ginekologa in neizvajanja šole za starše v svojem kraju v poletnih mesecih.

Od anketirank, ki so namenoma obiskovale določeno šolo za starše, jih je največ oz. slaba tretjina obiskovala šolo v Ljubljani (porodnišnica), dobra desetina v Mariboru, po dobrih 6 % v Kranju in na Ptuj, slabih 5 % v Novem mestu, ostale pa po drugih krajih v Sloveniji.

7. Spremljevalstvo v šoli za starše

Večina anketirank (85,1 %) je šolo za starše obiskovala oz. namerava obiskovati skupaj s partnerjem, dobra petina sama, dobre pol odstotka s spremljevalko oz. doulo.

Slabe 3 % je navedlo druge odgovore (sestra, mama, mešano – nekaj srečanj sama, nekaj s partnerjem).

8. Obiskovanje različnih oblik šol za starše, obiskovanje priprav na bodoče starševstvo izven zdravstvenega sistema

Večina oz. več kot 90% jih je obiskovalo oz. namerava obiskovati priprave na porod v pozni nosečnosti, medtem ko je le dobrih 27% obiskovalo oz. namerava obiskovati tečaj za zgodnjo nosečnost. Nekaj več kot tretjina partnerjev (36 %) je obiskovala oz. namerava obiskovati priprave za bodoče očete.

Slabih 36 % anketirank se je udeležilo oz. se namerava udeležiti ogleda porodnišnice pred porodom, 28 % nosečnic oz. mamic je obiskovalo oz. namerava obiskovati organizirano vadbo za nosečnice, dober odstotek pa je obiskovalo tudi druge oblike šol za starše.

Večina anketiranih (93,3 %) ni obiskovala oz. ne namerava obiskovati nobene druge vrste priprav na bodoče starševstvo, ki so organizirane izven javnega zdravstvenega sistema, medtem ko jih je 6,7 % obiskovalo oz. razmišlja o obisku.

Kot razloge največkrat navajajo premalo ustreznih oziroma tovrstnih informacij v šolah za starše, ki so organizirane znotraj zdravstvenega sistema, bolj celovit pristop k nosečnosti, porodu in starševstvu.

9. Zadovoljstvo s šolo za starše (celostna ocena, zadovoljstvo z obsegom informacij)

Sklop ocenjevanja zadovoljstva s šolo za starše je bil namenjen anketirankam, ki so šolo že obiskovale.

Celostna ocena:

Največ anketirank (42,3 %) je srečanja ocenilo kot zelo dobra, sledi ocena zadovoljivo (36,9 %). Dobrih 16 % jih je ocenilo kot odlična, 4,1% pa kot nezadovoljiva.

Obseg informacij:

Z obsegom informacij je bila v splošnem zadovoljna večina anketirank: slaba četrtnina jih je bila zelo zadovoljnih, nekaj manj kot polovica pa precej zadovoljnih. Dobra petina se jih glede zadovoljstva ni mogla opredeliti (ocena niti-niti), medtem ko jih je bilo dobrih 7% v splošnem nezadovoljnih.

Ocena pristopov:

Večina anketirank, ki so šolo za starše že obiskovale, bi si želela manj predavanj in več praktičnega učenja, medtem ko so se dobrim 30% metode učenja zdele dobro uravnotežene. Manj kot odstotek anketirank bi želelo več predavanj in manj skupinskega dela.

10. Ocena koristnosti šole za starše glede na pridobivanje specifičnih informacij/veščin vs. pomembnost različnih vsebin/veščin

Anketiranke, ki so šole za starše že obiskovale, so ocenjevale koristnost šole za starše za pridobivanje različnih vrst informacij in veščin, medtem ko smo anketiranke, ki šole še nameravajo obiskovati oz. je niso obiskovale, spraševali po pomembnosti različnih vsebin/posredovanja veščin v šoli za starše.

Vse navedene teme so anketiranke, ki so šole za starše že obiskovale, ocenile kot zelo oz. razmeroma koristne. Kot pet najbolj koristnih so ocenile sledeče teme: dogajanje pred in med porodom ter po njem, različna sredstva in metode lajšanja porodne bolečine, praktično učenje nege in rokovanja z dojenčkom, zdrav način življenja v nosečnosti, potek nosečnosti, poporodno dogajanje in dojenje.

Tudi anketiranke, ki šole za starše še niso obiskovale, vendar jo nameravajo, so vse teme ocenile kot zelo oz. razmeroma pomembne. Kot pet najbolj pomembnih so navedle: temo od dogajanja pred, med in ob porodu, o tehnikah dojenja, odpravljanju težav pri dojenju, praktično učenje nege in rokovanja z dojenčkom, poporodnem dogajanju (skrb zase po porodu, težave po porodu, ukrepanje ob njih) in praktično učenje samopomočnih tehnik, ki koristijo pri porodu.

Kot lahko vidimo so anketiranke, ki šole za starše še niso obiskovale, podobno razvrstile pet najpomembnejših tem kot anketiranke, ki so šole za starše že obiskovale in so ocenjevale koristnost obravnavanih tematik. Izpostavimo lahko le, da so se anketirankam, ki šole za starše še niso obiskovale, med bolj pomembnimi temami pojavili tema o dojenju in o praktičnem učenju samopomočnih tehnik, ki koristijo ob porodu.

11. Časovna razporeditev srečanj v šoli za starše

Največ oz. nekaj manj kot polovica jih meni, da bi morala biti srečanja razporejena tekom celotne nosečnosti (časovno in vsebinsko, npr. v vsakem trimesečju nekaj srečanj), nekaj več kot tretjina jih meni, da naj bo nekaj srečanj na začetku, nekaj pa na koncu nosečnosti (npr. kot tečaj za zgodnjo in tečaj za pozno nosečnost), dobrih 17% pa da naj bodo vsa srečanja proti koncu nosečnosti (v smislu tečaja za pozno nosečnost).

Slaba tretjina anketirank bi si srečanja v obliki šole za starše želela tudi po porodu, obogatena z vsebinami, ki se nanašajo na poporodno obdobje.

12. Največje število oseb v šoli za starše

Večina anketirank (69,4 %) je predlagala, da se šole za starše udeleži hkrati do 20 udeležencev (do 10 parov), sledita predlogi z manj kot 20 udeleženci oz. manj kot 10 parov naenkrat (17,6 %), več kot 20 udeležencev oz. več kot 10 parov (10,2 %), medtem ko ostale anketiranke navajajo, da je število odvisno od velikosti prostorov. Naj navedemo, da so anketiranke tudi v kvalitativni oceni izvedbe šole za starše kot težavo pogosto navajale preveliko gnečo v prostorih, kjer se šola za starše izvaja (neustrezne prostore, neudobne oz. premalo sedežev v prostoru, premalo zraka v prostoru), hkrati pa tudi večjo potrebo po praktičnih vajah, pogovorih in delu v skupini, kar pomeni, da bi bilo pri izvedbah šol za starše smotno razmisliti tudi o največjem sprejemljivem številu udeležencev.

13. Kvalitativna analiza zadovoljstva s srečanji v šoli za starše, možne izboljšave

Sklop spletne ankete je bil sestavljen iz odprtih vprašanj, ki so se nanašala na to, kaj je bilo anketirankam v šoli za starše najbolj in najmanj všeč, kaj je bilo najbolj in najmanj koristno, česa je bilo po njihovi oceni preveč in česa premalo ter katere teme oz. učenje spretnosti oz. druge izboljšave bi še dodale. Navajamo komentarje, ki so se v posameznem razdelku pojavili vsaj petkrat.

Najbolj všeč:

- ZADOVOLJSTVO Z IZVEDBO PREDAVANJ (dobro izvedeno, kratko in jedrnato, pregledno, preprosto, zajete različne teme, dober program, obsežno, dober nabor predavanj...),
- UČENJE NEGE DOJENČKA (praktično učenje o negi, kopanje dojenčka, praktični del rokovanja z dojenčkom, prikaz varne vožnje, prikaz previjanja in preoblačenja,...),
- HANDLING oziroma rokovanje z dojenčkom
- POROD (prikaz dogajanja ob porodu, opis poroda in priprava na porod, pojasnilo kaj lahko pričakuješ pred in med porodom, kako poteka, kako ravnati, dejstva o porodu, tehnike dihanja...)
- DOBRO IZBRANI IZVAJALCI šole za starše (izkušeni, prijetni, prijazni, odkriti, imajo naravni pristop, ustvarijo prijetno vzdušje, so dobro izurjeni, karizmatični...) in podajanje
- PRAKTIČNE IZKUŠENJE IN NASVETI v šoli za starše
- SPROSTITIVNE VAJE in TELOVADBA ZA NOSEČNICE.

Najmanj všeč:

- POMANJKLJIVOSTI V ZVEZI Z IZVEDBO PREDAVANJ (neustrezna, prekratka oz. predolga, dolgočasna, preveč branja iz prosojnic, preveč površno obdelane teme, preveč monotono, preveč teoretično, preveč podatkov, dolgočasno, preveč enosmerne komunikacije in premalo vključevanja udeležencev v dogajanje, neustrezni prostori, preveč gneče, zastareli posnetki oz. slike poroda...), sledijo komentarji v zvezi s premalo praktičnega pouka oz. vaj (preveč predavanj in premalo praktičnih predstavitev, ni bilo priložnosti praktično preizkusiti...),
- NEUSTREZNO PREDSTAVLJENO TEMO O DOJENJU (premalo govora o tem kako se soočiti s težavami pri dojenju, nespodbujanje dojenja, posiljevanje z dojenjem, kam se obrniti v primeru težav, kaj storiti če ne moreš dojeti...),
- NEUSTREZNOSTI IZVAJALCEV (določeni predavatelji so predavali premalo suvereno, neprimerne izjave, kritiziranje, moraliziranje,...),
- PREMALO KONKRETNIH INFORMACIJAH IN PREMALO POSREDOVANJA KONKRETNIH IZKUŠENJ, NEUSTREZNI PREDSTAVITVI TEME O SHRANJEVANJU MATIČNIH CELIC IZ POPKOVNIČNE KRVI (preveč reklam za zasebne banke, premalo govora o javni banki, preveč govora o tem nasploh...),
- NEUSTREZNI TERMIN izvedbe šole za starše (samo zjutraj, preveč/premalo zgoščeno, neprava ura, nepozna organizacija tečaja za zgodnjo nosečnost...),

- PREMALO GOVORA O NARAVNEM PORODU OZ. POUДАРJANJE MEDIKALIZIRANEGA PORODA (premalo o naravnem porodu, premalo oz. nedopuščanje razmišljanja o alternativnih pristopih k porodu, preveč enostranskih informacij...),
- VKLJUČEVANJE NEUSTREZNIH TEM ZA TO DOBO NOSEČNOSTI (o spočetju, spolnih organih, zanositvi...),
- neustrezno predstavljena TEMA O PARTNERSTVU, komunikaciji med partnerjema in ostala predavanja s psihološko tematiko,
- PREMALO OZ. NIČ TELOVADBE ZA NOSEČNICE.

Najbolj koristno:

- PREDSTAVITEV PORODA (teoretično, praktično, video oz. slikovni prikaz),
- NEGI DOJENČKA (umivanje dojenčka, oblačenje dojenčka, kopanje...)
- HANDLING OZ. ROKOVANJE z dojenčkom,
- predstavitev PROTIBOLEČINSKIH METOD (predstavitev EA, drugih, tudi naravnih metod za lajšanje porodnih bolečin)
- koristnost PRAKTIČNIH VAJ v šoli za starše, (predstavitve metod sproščanja, dihanja in dojenja - kako dojeti, kako se spopadati s težavami ob dojenju, tehnike dojenja...),
- OGLED PORODNIŠNICE OZ. PORODNE SOBE
- celoten potek šole za starše,
- predavanja različnih profilov strokovnjakov (psiholog, zobozdravnik, pediater, fizioterapevt...)
- predavanje o POPORODNEM OBDOBJU.

Najmanj koristno:

- Največ anketirank je odgovorilo, da nobena od tem ni bila povsem nekoristna oz. niso izpostavile nič posebnega. Nadalje po številu komentarjev izpostavljajo
- PREDAVANJE O RAZVOJU IN NEGI ZOB pri dojenčku/otroku, sledijo
- predavanje O ZANOSITVI, SPOLNIH ORGANIH IN ZAČETKU NOSEČNOSTI (ki časovno ni ustrezno za nosečnice v tretjem trimesečju),
- predavanje oz. DELAVNICA O KOMUNIKACIJI MED PARTNERJEMA OZ. TEME IZ PODROČJA PSIHOLOGIJE,
- PREDAVANJE O MATIČNIH CELICAH in odvzemu popkovnične krvi,
- O DOJENJU (premalo konkretno, nič o adaptiranem mleku...),
- predavanje O ZDRAVI PREHRANI MED NOSEČNOSTJO,
- podajanje INFORMACIJ O OPREMI IN PRIPOMOČKIH ZA DOJENČKA.
- da so ni bilo preveč koristno, kadar so bila predavanja zastavljena preveč teoretično.

Veliko premalo:

- PRAKTIČNE VAJE,

- AKTIVNE OBLIKE UČENJA,
- VEČ POGOVOROV, IZKUŠENJ, NASVETOV.
- DOJENJA (pomen dojenja, praktični prikazi položajev dojenja, kako se soočati in reševati težave pri dojenju), tehnikam
- DIHANJA PRI PORODU IN OSTALIH SPROSTITVENIH TEHNIKAH,
- PRIPRAVI NA POROD (večji poudarek na naravnem porodu, alternativni pristopi k porodu, predstavitev vloge doule),
- HANDLINGU OZ. ROKOVANJU z dojenčkom (predstavitev, praktični prikaz),
- POPORODNEM OBDOBJU (morebitni zapleti in kako ravnati, duševno in telesno mamice po porodu).

Veliko preveč:

- Največ anketirank je bilo pri vprašanju o tem, česa je bilo v šoli za starše preveč, brez pripomb. Večje število komentarjev se je nanašalo na
- PREVEČ TEORETIČNO ZASTAVLJENA PREDAVANJA in NEUSTREZNO IZVEDBO (branje iz prosojnic oz. prezentacij, dolgočasna izvedba, preobsežne ali premalo obsežne teme, preveč nekoristnih informacij, podajanje zastarelih informacij...).
- O SPOČETJU, ZGODNJI NOSEČNOSTI IN POTEKU NOSEČNOSTI,
- O STANDARDNIH POSTOPKIH PRI PORODU/MEDIKALIZIRANI POGLED NA POROD oz. kritika alternativnih pristopov k porodu,
- O RAZVOJU IN NEGI ZOB pri dojenčku.

Predlog uvedbe novih tematik oz. učenja spretnosti:

- Največ anketirank ni imelo predlogov o novih tematikah oz. učenju novih spretnosti.
- HANDLING OZ. ROKOVANJA z dojenčkom (praktično in teoretično),
- več o DOJENJU (več govora o težavah pri dojenju, mastitisu, prikaz različnih tehnik dojenja, manj obsojanja žensk, kadar dojenje ne steče),
- več govora o POPORODNEM OBDOBJU (značilnostih, morebitnih težavah in reševanju težav, kako z otrokom, kako pomiriti otroka, prehrana po porodu, telovadba po porodu...),
- prikaz TEHNIK DIHANJA PRI PORODU IN DRUGIH SPROSTITVENIH TEHNIKAH kot pripravi na porod (tehnik vizualizacije, meditacije, druge oblike sproščanja).
- predstavitev različnih ALTERNATIVNIH OBLIK PORODA IN NARAVNEGA LAJŠANJA BOLEČIN OB PORODU (naravno lajšanje porodnih bolečin, porodni načrt, predstaviti kakšen je pravi smisel popadkov, več govora o naravnem porodu),
- več PRAKTIČNIH VAJ NEGE OTROKA,
- več govora o MOŽNOSTIH IN PRAVICAH OB PORODU,
- VEČ PRAKTIČNIH PRIKAZOV TELESNIH VAJ za nosečnice in mamice po porodu,
- več govora o PARTNERSKEM ODNOSU PO PORODU (komunikacija med partnerjema, kako se spremeni odnos, spolnost po porodu),

- kako se spopadati s TEŽAVAMI PRI DOJENČKU (kolike, ritem spanja, kako biti sproščen ob otroku, vzpostavljanje vezi z otrokom, prepoznavanje simptomov različnih bolezni, prva pomoč ob boleznih).

Predlog drugih izboljšav:

- Največ anketirank ni predlagalo nobene izboljšave.
- BOLJ STRNJENA, POSODOBLJENA PREDAVANJA IN VEČ PRAKTIČNIH VAJ (poleg tega pa tudi pogovorov in predstavitev praktičnih izkušenj mamic),
- v okviru šole za starše OGLED PORODNIŠNICE IN PREDSTAVITVE POSAMEZNIH PORODNIŠNIC,
- v večjem številu so poudarjale tudi premišljeno izbiro PROSTORA IZVEDBE in PREDAVATELJEV/IZVAJALCEV (bolj udobni prostori, večji prostori, izbira lokacije, bolj karizmatične in izkušene predavateljce),
- uvedbo TELOVADBE ZA NOSEČNICE.

4.3. Vzgoja za zdravje v nosečnosti, obporodnem in poporodnem obdobju – ocena potreb ranljive, posebne, prikrajšane, marginalizirane skupine in posameznice ter posamezniki in skupine, posameznice in posamezniki z dodatnimi, posebnimi potrebami

Avtorice poglavja: Maja Bajt, Zalka Drglin, Vesna Pucelj

Osnovni program vzgoje za bodoče starše je namenjen splošni populaciji nosečnic in njihovim parterjem oziroma bodočim očetom ter spremljevalcem in spremljevalkam.

Naš namen je bil ugotoviti, ali obstajajo potrebe (individualne ali skupinske) za dodatne, dopolnilne in posebne vsebine Šole za bodoče starše ter ali obstajajo potrebe po drugačnih oblikah izvedbe Šole za bodoče starše in če da, kakšne so te potrebe, da bi lahko predlagali spremembe in dopolnitve osnovnega (rednega) programa vzgoje za zdravje za (bodoče) starše.

Metode dela

Metode dela so bile naslednje: pregled literature, zbiranje informacij pri izvajalkah šole za starše in drugih zdravstvenih strokovnjakov v neposrednem stiku z bodočimi starši, zbiranje primerov dobrih praks, premisleki in diskusije z različnimi strokovnjaki.

Zastavljena raziskovalna vprašanja:

- Katere so te posebne skupine ali posamezniki in posameznice?
- Kakšna je predvidena, ocenjena problematika, tveganje za zdravje in dobrobit, ki jo lahko pričakujemo s spremembami?
- Kako jih zajeti, kako do njih?

- Kaj jim ponuditi z vidika vsebine in/ali oblike?
- Kaj obstaja kot primer dobre prakse?
- Kaj se redno/občasno izvaja?
- Kako se izvaja (na primer individualno, skupinsko)?
- Kakšne so ugotovljene potrebe?
- Kakšni so predlogi za zadovoljitev teh potreb?
- Kakšne so možnosti/pogoji za izvedbo?
- Tveganja oziroma potencialne ovire za izvedbo?
- Kakšna je predvidena dobrobit, ki jo lahko pričakujemo s spremembami?

Izsledki

Ovire in težave, s katerimi se srečujejo pripadnice ranljivih ciljnih skupin lahko strnemo v naslednje dejavnike in kombinacije:

- Nepoznavanje zdravstvenega sistema, nedostopnost zdravstvenih storitev, neurejeno zdravstveno zavarovanje, večja zdravstvena tveganja, potreba po zagotovitvi dodatnih in posebnih zdravstvenih ter drugih storitev.
- Drugačna kulturna in verska prepričanja, različna pričakovanja in navade, nepoznavanje jezika, neosveščenost, socialna izolacija, različna pričakovanja družbe, predsodki.
- Sistemske ovire: ovire znotraj institucij in spremembe, s katerimi se soočamo v širši družbi.
- Neprilagojena gradiva za ranljive ciljne skupine, neprilagojene učne metode in pristopi za ranljive ciljne skupine, neustrezna časovna izvedba programa, pomanjkanje praktičnih vsebin in podajanja izkušenj (učenje odrasli – odrasli).
- Osebne zdravstvene težave (kardilke, odvisnice, ženske, ki zlorablajo alkoholne pijače), duševne težave, poškodbe, stiske, tesnobe.
- Težave v komunikaciji z zdravstvenim osebjem (izguba informacij zaradi jezikovnih ovir), izpostavljenost kritikam in pritiskom okolice, stigmatizacija s strani udeleženk ali zdravstvenih strokovnjakov.
- Pomanjkanje informacij, podpore, svetovanja različnih strokovnjakov.
- Pomanjkanje celostne obravnave (telesno, duševno, socialno zdravje), pomanjkanje sodelovanja med strokovnjaki različnih strok, pomanjkanje mreženja med različnimi ustanovami.
- Otežena dostopnost do kraja izvedbe programa za različne ranljive ciljne skupine (invalidi, gibalno ovirani, slepi, slabovidni,...), neustrezna ureditev prostorov
- Vpliv neformalnih in formalnih skupin, posameznikov, sorodnikov, prijateljev,...

Predlogi za izboljšavo

Na podlagi pridobljenih podatkov lahko zapišemo, da se je potrebno še posebej posvetiti poglobljenemu razumevanju posebnih, dodatnih potreb udeleženk in udeležencev v univerzalnem programu. Pojavlja se potreba po prilagoditvi vsebin, metod in organizacije izvajanja šole za bodoče starše. V določenih primerih

pa je potrebno razmišljati tudi o posebni oziroma dodatni obliki šole za bodoče starše. Usposobiti je potrebno strokovnjake za delo z ranljivimi ciljnim skupinami ter vzpostaviti medkulturno mediacijo in dialog.

Mnenje izvajalk delovne skupine Šole za starše (odg. ZD Ljubljana):

Potrebe za delo z ranljivimi skupinami obstajajo. Porodnišnica Ljubljana že izvaja posebej prilagojen program za gluhoneme nosečnice, Ginekološka klinika Ljubljana pa se že vrsto let prilagaja program Šole za starše ranljivim skupinam: slepe in slabovidne nosečnice, gluhe in gluhoneme nosečnice, odvisnice, nosečnice v kazenskem postopku, priseljenke, tujke,...

Za takšno izvedbo programa je potrebno imeti ustrezno kadrovske zasedbo in dobro sodelovanje med posameznimi službami, katere lahko takoj, ko zaznajo, da bi določena nosečnica potrebovala »drugačno« pripravo na porod in materinstvo ustrezno ukrepajo.

Omogočimo jim pogovor, nudimo jim podporo, omogočimo jim individualna srečanja in se prilagodimo njihovim potrebam. Največjo oviro predstavlja nezainteresirana nosečnica, v takem primeru vzpostavimo stik z bodočim očetom ali patronažno službo.

4.4. Obveščanje patronažne službe o odpustu otročnice in novorojenčka

Avtorice poglavja: Barbara Mihevc Ponikvar, Irma Renar

V skladu z Navodilom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni pravico do dveh preventivnih patronažnih obiskov. Šest patronažnih obiskov je namenjenih dojenčku v prvem letu starosti, dodatna dva obiska pa dojenčkom slepih in invalidnih mater. Cilj omenjenih obiskov je krepitev in ohranjanje zdravja ter preprečevanje morebitnih zapletov pri otročnici in novorojenčku. V skladu s standardi dela mora patronažna sestra obiskati otročnico in novorojenčka v prvih 24 urah po odpustu iz porodnišnice. Stik s patronažno službo je dolžna vzpostaviti porodnišnica, čeprav predpisi ne določajo natančno na kakšen način.

Pri tem se patronažne sestre srečujejo s problematiko neobveščanja porodnišnic o odpustu novorojenčka in otročnice v domače okolje. Na podlagi podatkov pridobljenih s telefonsko anketo izvedeno v vseh 14 slovenskih porodnišnicah, lahko zapišemo, da se porodnišnice poslužujejo različnih načinov obveščanja (telefonsko, pisno, elektronska pošta, patronažno službo obvesti otročnica sama,...), kar kaže na to, da v Sloveniji trenutno nimamo zagotovljenega enotnega systemskega pristopa, ki bi omogočal kontinuiran proces zdravstvene oskrbe otročnice in novorojenčka po odpustu iz porodnišnice.

Zaradi omenjenih težav v postopku obveščanja, pri čemer je še posebej pomembno obveščanje v primeru pripadnic ranljivih ciljnih skupin, je bil že leta 2010 na Ministrstvo za zdravje podan predlog, da pozovejo vse porodnišnice k doslednemu prijavljanju rojstev in tako ponovno vzpostavijo kontinuiran sistem poporodne skrbi za vse otročnice in novorojenčke. V ta namen se je leta 2010 začel izvajati projekt e-

Patronaža, katerega namen je bil vzpostaviti elektronsko prijavo poroda ter direktno povezati porodnišnico in pristojno patronažno službo.

Ob tem bi radi opozorili še na problematiko poročanja patronažnih obiskov otročnic in novorojenčkov v evidenco, ki jo vodi NIJZ. Slaba kvaliteta poročenih podatkov namreč ne omogoča ocene pokritosti otročnic in novorojenčkov z obiski patronažnih medicinskih sester. Na podlagi prejetih podatkov lahko razberemo velik razkorak med številom prvih obiskov otročnic in prvih obiskov novorojenčkov, zaradi nebeleženja dveh obiskov pri eni družini.

Glede na to, da je v letu 2014 v postopku prenove poročanje patronažne dejavnosti za zdravstveno statistiko, je potrebno izboljšati metodologijo poročanja patronažnih obiskov otročnic in novorojenčkov. Ob tem je nujno potrebno vgraditi tudi ustrezne kontrole, ki bodo onemogočale poročanje dveh ali več prvih obiskov vezanih na eno osebo.

Viri in literatura:

1. Koprivnikar H, Pucelj V (2010). Vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike (0 - 19 let) v primarnem zdravstvenem sistemu v Sloveniji. Ljubljana: IVZ.
2. Drglin Z. (2011). Za zdrav začetek. Ljubljana: IVZ.
3. Povšnar E, Ramovš J. (2009). Šola za starše in učenje komunikacije med njimi. V: Duševno zdravje in nosečnost, porod ter zgodnje starševstvo. Zbornik prispevkov. Ljubljana: IVZ, str. 152.).
4. Pucelj V, Kirar Fazarinc I, Stergar E (2005). Preporodna zdravstvena vzgoja – šola za starše. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
5. Skubic M. Izobraževanje kot del priprave na porod – diplomsko delo. (2007). Ljubljana. Filozofska fakulteta.
6. Drglin Z. (ur.) (2007). Rojstna mašinerija. Sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem. Koper: Annales.
7. Bajt M. (2013). Vzgoja za zdravje v nosečnosti, obporodnem in poporodnem obdobju – ocena potreb nosečnic in mamic. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
8. Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur. list RS, št. 19/98, 47/98, 26/2000, 67/2001, 33/2002, 37/2003, 117/2004, 31/2005, 83/2007 in 22/2009).
9. Evidenca patronažne zdravstvene nege (IVZ 6), IVZ 2012

5. ZAKLJUČKI – PRIPOROČILA

Predlog programov promocije varnosti in zmanjševanja neenakosti zaradi poškodb

V okviru evropske iniciative je bila izdelana ocena o varnosti otrok v Sloveniji, ki povzema uspešnost slovenskih politik in ukrepov na nacionalni ravni pri zagotavljanju varnosti otrok in mladostnikov (MacKay in Vincenten 2012). Ocena je temeljila na pregledu z dokazi podprtih politik dobre prakse, vključujoč specifična okolja, oceno vodenja in zavezanosti za ukrepanje ter oceno obsega človeških in finančnih virov za delovanje na področju problematike poškodb. Ocenjeno je bilo, da je bila Slovenija uspešna na področju zagotavljanja varnosti otrok in mladostnikov v prometu, več pozornosti pa bi bilo treba posvetiti preprečevanju poškodb otrok doma. Potrebne bi bile predvsem aktivnosti in programi za preprečevanje poškodb in promocijo varnosti s svetovanjem staršem v zdravstvu ali na domu ter specifične aktivnosti za bolj ranljive skupine otrok (MacKay in Vincenten 2012). Pred letom 2003 se je tovrsten program na nacionalni ravni že izvajal, vendar je v zadnjih desetih letih usahnil zaradi pomanjkanja kadrovskih in finančnih resursov.

Zdravstveno varstvo otrok in mladostnikov (preventivni pregledi): Glede na pozitivne izkušnje drugih evropskih držav (Mackay in Vincenten, 2007), bi veljalo v zdravstvenem sektorju (v okviru preventivnih zdravstvenih pregledov otrok) uvesti osebno svetovanje staršem o preprečevanju poškodb otrok. Na tak način bi bilo omogočeno posredovanje informacij in dobre prakse vsem socialno ekonomskim skupinam prebivalstva, kar vpliva tudi na zmanjševanje razlik v zdravju (Elkan et al., 2000; Kendrick et al., 2008). Po rezultatih slovenske raziskave med starši triletnikov je na vsa vprašanja o preprečevanju poškodb otrok pravilno odgovorilo le 13% staršev in le 20% jih je informacije o zagotavljanju varnosti otrok dobilo od zdravnika, medicinskega ali pedagoškega osebja (Rok Simon, 2013). Programi preprečevanja poškodb otrok in promocije varnosti kot del preventivnega pregleda otrok so praviloma uspešni, saj so starši majhnih otrok običajno motivirani in so pripravljeni storiti, kar je v njihovi moči, za izboljšanje varnosti svojih otrok, po drugi strani pa tudi zaupajo nasvetom zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev. Starši v takem programu dobijo nasvet, informacije in zdravstveno vzgojna gradiva o poškodbah, ki grozijo njihovem otroku v prihajajočem starostnem obdobju in kako jih lahko preprečijo. Programi pa so učinkoviti predvsem takrat, ko poleg svetovanja staršem ponudimo tudi varnostno opremo pod ugodnimi pogoji ali brezplačno ter jih poučimo o montaži oz. uporabi le te (Nansel et al., 2008; Kendrick et al., 2008; Ingram et al., 2011; Young et al., 2013).

Doslej v zdravstvenem sektorju še nismo razvili programa na nacionalni ravni za preprečevanje poškodb mladostnikov. Novejše evropske iniciative pri načrtovanju pristopov k preprečevanju poškodb mladih in promociji varnosti poleg zakonodaje, nadzora, tehničnih rešitev in izobraževanja, priporočajo programe za razvoj obvladovanja tveganja. To je zmožnost posameznika, da prepozna tveganja in nevarnosti, da se z njimi spoprime in jih obvlada ter sprejema odgovorne odločitve, da se izogne škodi. Izkušnje nekaterih evropskih držav kažejo, da so ukrepi za preprečevanje poškodb mladih uspešnejši, če mlade že od začetka vključimo v načrtovanje in izvajanje ukrepov, uporabimo njihove ideje in znanje (Lowe et al., 2008). Glede

na očitne razlike v vedenju med spoloma bi morali načrtovati ukrepe specifično na spol (Kumpula in Paavola, 2008).

Patronažno zdravstveno varstvo: Najbolj učinkoviti programi za zagotavljanje varnosti otrok so programi osebne svetovanja na domu (Mackay in Vincenten, 2007): Pri nas bi bilo mogoče razviti tovrstni program v okviru patronažnega zdravstvenega varstva. Programi svetovanja so namreč učinkoviti predvsem takrat, ko starše poučimo o nevarnostih za poškodbe, jim ob tem predlagamo konkretne ukrepe in jim ponudimo varnostno opremo pod ugodnimi pogoji ter jih poučimo o montaži oz. uporabi le te, kar je še posebej učinkovito pri družinah z nižjim SE položajem (Kendrick et al.; 2008; Ingram et al., 2011; Young et al., 2013). V izvajanju osebne svetovanja in preverjanja varnosti bivalnih prostorov na domu bi bilo smiselno izkoristiti enega od predvidenih obiskov patronažne medicinske sestre, ki edina vstopa v domove ob obiskih otrok v 1., 2. in 3. letu starosti.

Šola za bodoče starše / Zdravstveno varstvo žensk (preventivni pregledi nosečnic): Po dosedanjih izkušnjah bi bilo smiselno svetovanje staršem glede nabave ustreznega otroškega avtomobilskega sedeža za novorojenčka uvesti v program preventivnih zdravstvenih pregledov nosečnic, saj bodoči starši običajno nabavijo sedež več mesecev pred rojstvom otroka. To bi bilo v smislu zmanjševanje neenakosti v zdravju bolj učinkovito kot svetovanje v Šolah za bodoče starše, saj so v preventivni program vključene praktično vse nosečnice, medtem ko v Šole za bodoče starše pride 84% prvorođek, pogosteje bolj izobražene (Mihevc Ponikvar, 2009).

Porodnišnica: Da bi povečali delež pravilno pripetih dojenčkov v avtomobilu in zmanjšali razlike v zdravju se je v skandinavskih državah izkazal za učinkovitega program organizirane izposoje sedeža za novorojenčka v zdravstvenem sistemu. Na tak način so povečali tudi delež družin, ki so uporabljale sedež v kasnejših starostih otroka (Lindqvist, 1993). Tovrsten program izposoje omogoča izposojeno kvalitetnega sedeža pod ugodnimi pogoji, saj v programu kroži določeno število sedežev v populaciji družin z novorojenčkom, za družino izposoja predstavlja nizek strošek, starši dobijo informacijo o pravilni uporabi sedeža, sedeži pa se znotraj programa po potrebi nadomeščajo z novimi, kar zagotavlja ustrezno varnost otrok. Program promocije pravilne uporabe sedežev za novorojenčka je najbolj učinkovit v porodnišnicah, saj tja pridejo vse bodoče mamice, novepečeni starši pa potrebujejo znanje in veščine za pravilno uporabo sedeža že ob prvi vožnji novorojenčka iz porodnišnice domov. S stališča države bi bil tak program bolj ekonomičen in s stališča varnosti otrok bolj učinkovit kot nekdanja ponudba otroških sedežev v zavoju za novorojenčka.

Vzgoja za zdravje

Ugotovitve in priporočila (primarno zdravstveno varstvo)

Avtorice: Vesna Pucelj, Helena Koprivnikar, Alenka Hafner

- Glede na ugotovitve z različnih virov lahko zaključimo, da se vzgoja za zdravje v Sloveniji izvaja na zelo neenoten in nepregleden način. Zato bo potrebno dati poudarek pripravi smernic za poenotenje

izvajanja dejavnosti s ciljem doseči enoten standard znanja med otroki, mladostniki in starši ter tudi med vsemi izvajalci vzgoje za zdravje.

- Prenovo vzgoje za zdravje je v prvi vrsti potrebno umestiti v celovitost izvajanja preventivnih programov v zdravstvenem varstvu. Ob tem je potrebno upoštevati, da ima tako kot drugi deli preventivnega zdravstvenega varstva, tudi vzgoja za zdravje svoje zakonitosti, značilnosti in posebnosti.
- Pri prenovi vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike na primarni ravni je potrebno upoštevati naslednje sklope: organiziranost izvajanja in nosilce izvajanja, vsebine in programi izvajanja, ključna vstopna mesta in ciljne populacije, spremljanje in vrednotenje dela ter koordinacijo izvajanja na nacionalnem, regionalnem in lokalnem nivoju.
- Zagotoviti je potrebno tako organiziranost dela, da bo čim bolj primerna in izvedljiva v večini primerov, torej upoštevati tudi regijske in lokalne posebnosti. Predvsem je potrebno nosilcem dejavnosti zagotoviti samostojnost pri delu in kompetentnost. Z nosilcem dejavnosti se morajo povezovati tudi drugi strokovnjaki, ki lahko kakorkoli prispevajo k realizaciji ciljev. Dejavnost vzgoje za zdravje oz. tim mora biti organizacijsko ločen/a od ostalih dejavnosti, vendar vseeno tesno povezan/a z drugimi timi (npr. tim šolskega zdravnika). Organizacijska delitev predvsem pripomore k večji samostojnosti, avtonomnosti in zmanjšuje nepreglednost dejavnosti. Nosilec dejavnosti mora biti ustrezno usposobljen (s strokovnega in pedagoško-andragoškega področja) in imeti možnost strokovnega spopolnjevanja. Nosilka in osnovna izvajalka dejavnosti vzgoje za zdravje je diplomirana medicinska sestra.
- **Pomemben pa je tudi prenos informacij med zdravniki, izvajalci vzgoje za zdravje, starši in pedagoškimi delavci.**
- Vsebine in metode oz. oblike dela je potrebno prilagoditi razvojnim stopnjam in epidemiološkim podatkom določene ciljne populacije. Na nacionalnem nivoju morajo osnovni/obvezni programi potekati v vseh regijah na enaka način, s tem da se upošteva organiziranost izvajanja vzgoje za zdravje, posebnosti in želje ciljne populacije (vidik uporabnika) ter regionalne in lokalne posebnosti. Ob tem lahko območne enote odigrajo pomembno vlogo pri koordiniranju področja v regiji, torej tudi kot vezni člen med zdravstvenim in šolskim sektorjem, predvsem pa kot nosilec stroke v regiji, ki skrbi za redno izobraževanje izvajalcev tako iz zdravstvenega kot šolskega področja.
- Okrepiti in poenotiti je potrebno izvajanje vzgoje za zdravje v predšolskem obdobju. Ob sistematičnih ali namenskih pregledih je dobra priložnost za usmerjeno svetovanje, ki do sedaj ni bila dovolj izkoriščena in jo je možno dodatno okrepiti. Skupinska oblika dejavnosti v predšolskem obdobju je sedaj bolj redkost. V prvem letu otrokovega življenja bi bilo zato smiselno vzpostaviti skupinsko obliko, kjer bi bile vsebine prilagojene potrebam razvojnega obdobja. Po tem obdobju pa bilo potrebno okrepiti sodelovanje med vrtci in zdravstvenimi ustanovami in ob tem upoštevati tudi tiste otroke, ki ne obiskujejo vrtca.
- Izvajanje vzgoje za zdravje se bolj intenzivno izvaja ob rednih sistematskih pregledih šolskih otrok in mladostnikov. Izvajanje dejavnosti v sodelovanju s šolami pa poteka po regijah bolj različno in neusklajeno, kar pa bi bilo potrebno v bodoče bolj sistemsko urediti. Sodelovanje bi moralo potekati redno in ne samo po potrebi oz. po želji šole ali zainteresiranega zdravstvenega delavca. Poleg

zdravstvenih delavcev v šolski prostor vstopajo tudi drugi ponudniki raznovrstnih preventivnih programov, za katere bi bilo verjetno smiselno pripraviti določen verifikacijski postopek.

- Posebno pozornost je potrebno nameniti predvsem tistim otrokom in mladostnikom, ki so zaradi kakršnih koli razlogov bolj ranljivi, prikrajšani ali ogroženi. Trenutna organiziranost in izvajanje vzgoje za zdravje sta dokaj univerzalna, kar lahko neenakosti v zdravju še povečuje. Jasno pa je, da univerzalni pristopi lahko v določeni meri prezrejo določene skupine otrok ali mladostnikov (npr. osipniki, učenci s slabšim učnim uspehom, ipd.). Zato je potrebno pri načrtovanju vzgoje za zdravje razmišljati predvsem v smeri, kako univerzalne pristope organizirati, tako da bodo bolj občutljivi za ranljive skupine (načelo proporcionalnega univerzalizma) oz. načrtovati pristope posebej za njih.
- Trenutno poročanje o izvajanju vzgoje za zdravje ni ocenjeno kot ustrezno. Sistem je potreben prenove v smislu postavitve ključnih kazalnikov, ki bi dali ustrezen v pogled v obseg in kakovost izvajanja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike, kot so npr. mreža izvajalcev, delež zajete populacije glede na predpisane vsebine, uporabljene metode in oblike dela (z vidika sodobnosti in participatornosti uporabnikov) ter dodatno izveden program. Po drugi strani je izvajalcem potrebno zagotoviti enostavno in poenoteno samovrednotenje zahtevanih standardov. Doseganje zastavljenih ciljev, spremljanje potreb po dopolnjevanju in preveritvi programov, vsebin in pristopov bo zagotavljalo občasno vrednotenje izvajanja vzgoje za zdravje s posameznimi raziskavami. Dolgoročno pa se bo spremljalo učinke vzgoje za zdravje tudi preko kazalcev zdravega življenjskega sloga in zdravja otrok.
- Nenazadnje pa je potrebno urediti tudi koordinacijo vzgoje za zdravje na nacionalnem in regionalnem nivoju. Opredeliti je potrebno kompetence in naloge tako nacionalnega kot tudi regionalnih koordinatorjev za vzgojo za zdravje, kar bo zagotovilo enotno koordinacijo in izvajanje vzgoje za zdravje v vseh zdravstvenih regijah. Pomembno je da, vsi deležniki v procesu vzgoje za zdravje začutijo, da je vloga koordinatorja vzgoje za zdravje za otroke in mladostnike zelo obsežna in zajema strokovno podporo in skrb za doseganje ustreznega nivoja izvajanja vzgoje za zdravje v posamezni zdravstveni regiji.

Literatura

- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K (eds.). **Health Behaviour and Health Education: theory, research and practice**, San Francisco: Jossey-Bass, 2008
- IVZ 60, Zdravstvenovzgojne evidence 2012. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja
- Pucelj V, Hafner A, Koprivnikar H; Bevc Stankovič M, Drglin Z. **Vzgoja za zdravje V: Analiza preventivnega zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov z izhodišči za prenovo**, 2010: 115-36 (interno gradivo).
- Hafner A, Drol Pelko N. **Posnetek stanja na področju zdravstvene vzgoje za otroke in mladostnike**. V: Gorenjski bilten javnega zdravja, 2010; 26 (4): 5-9.
- Koprivnikar H, Pucelj V. **Vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike (0-19 let) v primarnem zdravstvenem sistemu v Sloveniji**. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2010. Pridobljeno 7. 4. 2014 s spletne strani <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=2147>
- Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarnem nivoju, UL., št. 19/1998 (dopolnitve 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07)

- Pucelj V. **Poročilo o izvajanju vzgoje za zdravje ob sistematskih pregledih otrok in mladostnikov po prvem letu izvajanja po enotnih navodilih**, Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2008. Pridobljeno 7. 4. 2014 s spletne strani http://www.ivz.si/javne_datoteke/datoteke/1752-evalvacija_prvoletu_porocilo_2008.pdf
- Pucelj V. (ur.) **Vzgoja za zdravje. Priročnik za izvajalce vzgoje za zdravje ob sistematskih pregledih šolskih otrok in mladostnikov**. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2007
- Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstva, Ul., št. 65/2000
- Zdravstvena vzgoja V: Zdravstveni statistični letopis 2012. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja
- Scagnetti N. **Poročilo o delu Zdravih šol v šolskem letu 2012/13**. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014. Pridobljeno 7. 4. 2014 s spletne strani http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=15&pi=5&_5_id=134&_5_PageIndex=0&_5_groupId=183&_5_newsCategory=&_5_action>ShowNewsFull&pl=15-5.0.

Ugotovitve in priporočila (vidik izvajalcev zdravstvene vzgoje)

Avtorice: Vesna Pucelj, Helena Koprivnikar, Alenka Hafner

V letu 2009 smo izvedli poglobljene intervjuje z nekaterimi območnimi koordinatorkami in izvajalkami vzgoje za zdravje. S pomočjo izbranega načina dela, smo lahko pridobili širši, a manj natančen, vpogled v področje, ki ga z vnaprej zasnovanimi, določujočimi, vprašalniki ne bi mogli. Zaključki iz opravljenih intervjujev nam lahko služijo kot usmeritve za izboljšave sistema izvajanja vzgoje za zdravje ter osnova na nadaljnje, obsežnejše raziskave. Intervjuji so se naslanjali na področje dejavnosti vzgoje za zdravje, vsebine in programe, načrtovanje in spremljanje dejavnosti, vloga vzgoje za zdravje, organizacijo, prednosti in slabosti sedanjega dela ipd. Vse vključene so bile ženske.

Na podlagi analize lahko zaključimo naslednje:

1. Izvajalke si želijo predvsem enoten pristop za vse izvajalce, kar pomeni enoten standard vsebin vzgoje za zdravje (kot nek minimalni standard za vse otroke in mladostnike) s fleksibilnimi programi in z možnostjo dodajanja vsebin glede na potrebe.
2. Enotne vsebine naj bodo izhodišča, ki jih izvajalka do neke mere prilagodi po svoje ter doda trenutno lokalne aktualne teme. Ob tem je nujno, da se tem, ki so določene, se ne sme spuščati (tudi v procesu pouka), to velja predvsem za spolnost, puberteto, to so teme, ki so najpogosteje izpuščene v šolskem sistemu.
3. Nujno je usklajevanje vsebin z učnim načrtom. Izvajalke menijo, da bi jim tak pristop olajšal delo. Ob tem je potrebno organizirati tudi enoten sistem, delo in navodila vseh ključnih deležnikov, ki se ukvarjajo s tem področjem.

Časovna izvedba vzgoje za zdravje je zelo raznolika. Pri predšolskih otrocih je pogostost izvajanja vzgoje za zdravje praviloma vezana na sistematične preglede (tu gre za individualno svetovanje), na nekaterih področjih je stik pogostejši zaradi izvajanja vzgoje za zdravje v vrtcih, vendar so ti primeri redkejši. Pri šolskih otrocih je pogostost izvajanja vzgoje za zdravje bolj raznolika kot pri osnovnošolskih in je predvsem odvisna od možnosti izvajalke ter se pri anketiranih izvajalkah giblje od enkrat na dve leti (vezano na sistematične preglede) do enkrat do dvakrat letno, pogosteje pa izjemoma. En kontakt po navedbah izvajalk traja različno dolgo, od ene do nekaj šolskih ur.

Izvajalke navajajo, da bi bilo po njihovi oceni primerno, da izvajajo vzgojo za zdravje pri otrocih vsaj enkrat letno od 2 do 4 šolske ure, še bolje pa bi bilo dvakrat letno. Vendar je po njihovih izkušnjah želja otrok večja. Otroci si želijo predvsem več časa in možnosti za pogovore, kar pa je v današnjem šolskem sistemu dokaj onemogočeno. Večkratni in bolj poglobljeni stiki so smiselni predvsem v obdobju burnega razvoja, kjer so potrebe, želje in pričakovanja še toliko večja.

Vir:

Koprivnikar H, Pucelj V. Vzgoja za zdravje za otroke in mladostnike (0-19 let) v primarnem zdravstvenem sistemu v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2010. Pridobljeno 7. 4. 2014 s spletne strani <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=214>

Ugotovitve in priporočila (vidik uporabnika)

Avtorica: Vesna Pucelj

V preteklih letih je bilo na NIJZ opravljenih kar nekaj kvalitativnih in kvantitativnih raziskav, s katerimi smo poskušali dobiti boljši uvid v mnenje in stališča mladostnikov.

Predstavljeni so rezultati fokusnih skupin s področja prehrane in gibanja (Tivadar, Kamin, 2005), duševnega zdravja (Jeriček, Roškar, 2009) in uživanja alkoholnih pijač (Bajt, Zorko, 2009). V nadaljevanju povzemamo ključne ugotovitve.

1. Mladostniki so obveščeni o zdravih navadah in zdravem načinu življenja. Poznajo nasvete za zdravo prehranjevanje, poznajo koristi gibanja, škodljivosti kajenja in pretiranega pitja alkoholnih pijač. Pri tem je potrebno poudariti, da poznajo bolj splošna priporočila, nimajo pa poglobljenega znanja ter jim manjkajo konkretni nasveti.
2. Dokaj pogosto se srečujejo z ovirami, ki jih onemogočajo čim bolj zdrave izbire. Pri prehrani se je izkazalo, da so to predvsem preobremenjenost in pomanjkanje časa (npr. nezajtrkovanje zaradi oddaljenosti šole od kraja bivanja), tiranija vitkosti, prepričanja o telesu: zmogljivost in obnovljivosti mladega organizma ter modrost telesa, dragost zdrave prehrane, pomanjkljivosti nasvetov in slabi zgledi avtoritet zdravja (nezaupanje v strokovne nasvete, ki si pogosto nasprotujejo in se menjajo, neživljenjskost nasvetov, dvoličnost medicinskih strokovnjakov), vseprisotnost tveganja v sodobni družbi, prizadevanje za užitek, dober okus odsvetovanih živil in želja biti »cool«. Za mladostnike so bolj pomembne kratkoročne in/ali simbolične, vendar dovolj konkretne spremembe kot pa dolgoročne. Za njih je pomembno, da bodo shujšali, se znebili aken ipd. Pri dolgoročnih spremembah pa jim je bolj pomemben zgled staršev. Če se starši prehranjujejo ali gibljejo s skladu s smernicami, se bodo tudi mladostniki. Pri gibanju so ovire predvsem zaradi pomanjkanja časa, visoka cena trendovske športne opreme, pomanjkanje volje in vztrajnosti, nepriljubljenost organizacije šolske telovadbe ter nedoseganje dobrih rezultatov.
3. Mladostniki kot največji vir težav v okviru duševnega zdravja doživljajo šolo in z njo povezan stres, ki so mu bolj ali manj izpostavljeni. Prav tako pa pomemben vir lastnih težav vidijo v odnosih z drugimi, tako v odnosih v družini kakor tudi v odnosih z vrstniki. Na vprašanje, kje in kako poiščejo pomoč, kadar so v težavah ali pa kje bi jo poiskali, če bi bilo to potrebno, mladi kot najbolj pomemben način reševanja težav izpostavljajo predvsem '*pogovor o problemu*' oziroma '*pogovor*'

kot takšen. Najpomembnejši vir pomoči predstavljajo vrstniki in prijatelji, na katere se lahko mladi skoraj vedno obrnejo. Veliko jih je tudi izpostavilo, da se o težavah pogovorijo oziroma bi se pogovorili s starši ali nekom starejšim, ki ima več izkušenj in bi jim lahko bil v podporo. Po pomoč pa se obračajo tudi na strokovne delavce na šolah ali psihologe in druge delavce v zdravstvenih inštitucijah. Kljub temu, da je pogovor za mladostnike ključen, pa smatrajo, da je potrebno stvari urediti tudi pri sebi. Na strokovne delavce se mladostniki obrnejo, ko so težave že zelo hude (npr. šolska svetovalna služba, zdravstveni delavci, socialne službe). Nekateri omenjajo tudi internet kot vir pomoči in informacij, a se zdi, da uporaba interneta v te namene še ni toliko popularna in razširjena.

4. Mladi niso seznanjeni z viri pomoči s strani nevladnih in psihoterapevtskih organizacij, ki so zagotovo pomemben akter na področju duševnega zdravja v Sloveniji.
5. Kampanje, namenjene mladostnikom, bi po njihovem mnenju sicer morale biti usmerjene v informiranje mladih o škodljivih učinkih pitja alkoholnih pijač in posledicah, ki so za mladostnike trenutno aktualne in ne posledice, ki jih bodo mogoče doletele v starosti. Hkrati predlagajo boljše izvajanje obstoječih zakonodajnih ukrepov, spodbujanje in nagrajevanje neuživanja alkohola, zabave brez alkoholnih pijač, ki so zasnovane za mladostnike, okusne in privlačne brezalkoholne pijače, ki bodo cenejše od alkohola.

Ključno pri osveščanju mladih je predvsem to, da morajo biti programi pisani prav zanje, da zasledujejo prave cilje, da se pri tem upošteva tudi vse druge spremljevalne dejavnike, ki lahko vplivajo na spremembe, da se z mladostniki pogovarjamo na za njih sprejemljiv način, da govorimo o stvareh, ki mlade resnično zanimajo, da vsaka vsebina zahteva svoj pristop in da skupaj z mladostniki najdemo tiste ključne točke, kjer bo dejavnost najbolj učinkovita.

Vendar pa bo v bodoče potrebno narediti še več podobnih kvalitativnih in kvalitativnih raziskav, kjer bomo ciljano spremljali mnenja, stališča in poglede otrok in mladostnikov, na vsebine vzgoje za zdravje. V raziskave pa je potrebno vključevati tudi starše in pedagoške delavce ter različne profile zdravstvenih delavcev.

Glede na zgoraj opisane izsledke, lahko zaključimo, da morajo biti programi za mladostnike predvsem dobro definirani z jasnimi cilji in obvladljivimi rešitvami, naslavljeni morajo prave dejavnike, usmerjene v aktualne probleme, upoštevaje, da sprememba vedenja ni odvisna samo od posameznika. Pristopi, informatorji in s tem tudi programi so odvisni od tudi od same vsebine, ki jo želimo posredovati. Zato so verjetno zelo »uniformirani« programi manj uspešni. Kljub izraženi informiranosti o določeni vsebini pa je mladostnike vseeno potrebno še dodatno osveščati in izobraževati o zdravju. Programi morajo biti lansirani tudi v ustrezno podporno okolje (šola, lokalna skupnost ...) z ustrezno komunikacijsko strategijo in preko ustreznih kanalov, ki so mladostnikom blizu. Ter že na začetku ob načrtovanju programa vključevati evalvacijski načrt (več kot le vsečnost programa). In ne nazadnje v vse faze programa vključevati ključne deležnike, ki lahko vplivajo na uspešen potek programa.

Viri:

1. Bajt M, Zorko M. Uživanje alkoholnih pijač med mladostniki - izsledki fokusnih skupin. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2009 (še neobjavljeni raziskovalni podatki IVZ)

2. Jeriček KH, Roškar S. Predstave slovenskih mladostnikov o duševnem zdravju. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2009 (še neobjavljeni raziskovalni podatki IVZ)

3. Klemenčič S, Hlebec V. Fokusne skupine kot metoda presojanja in razvijanja kakovosti izobraževanja. Ljubljana: Andragoški center, 2007

4. Tivadar B, Kamin T. Razvoj pristopov za spodbujanje zdrave prehrane in gibanja srednjih šolah. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2005

Ugotovitve in priporočila (vidik uporabnika starši za vzgojo in zdravje predšolskih otrok)

Avtorice: Maja Bajt, Vesna Pucelj, Zalka Drglin

- Starši iščejo predvsem praktične informacije za vsakodnevno življenje s svojim otrokom. Želijo izvedeti predvsem kako ravnati v določeni situaciji, konkretne nasvete, jasna napotila, priporočila in smernice. Potreba je tudi po informacijah o ohranjanju zdravja, starševstvu in vzgoji, različnih razvojnih obdobjih in šele nato pa informacijah o boleznih in bolezenskih simptomih otroka, kadar je bolan.
- Svetovni splet je zelo priljubljen vir informacij o razvoju, zdravju, vendar mu starši manj zaupajo. Največ zaupanja imajo do zdravstvenih in drugih strokovnjakov.
- Staršem pri izbiri informacije največ pomenijo (po vrstnem redu): točnost in zanesljivost informacije, razpoložljivost informacije takrat ko jo potrebujejo, razumljivost, strokovnost, možnost pridobiti strokovni odgovor na njihovo konkretno vprašanje in šele nato kratkost in jedrnatost.
- Vloga zdravstvenega osebja večja v primeru otrokovih zdravstvenih težav, medtem ko v primeru potrebe po praktičnih informacijah, ki so vezane na otrokov razvoj ali otrokovo vzgojo, starši iščejo pomoč pri drugih informacijskih virih.
- Starši praktično ne iščejo informacij oz. pomoči v skupinah za samopomoč staršem predšolskih otrok. To morda nakazuje na nepoznavanje ali nerazširjenost tovrstnega vira pomoči, vendar ponuja tudi priložnost za razvoj področja medsebojnega nudenja pomoči in izmenjave nasvetov in informacij med starši.
- Večina staršev je zadovoljna z različnimi vidiki podajanja informacij s strani svojega zdravstvenega osebja. Najmanj so zadovoljni z možnostjo postavljanja dodatnih vprašanj in pridobivanja dodatnih odgovorov ter individualnim prilagajanjem informacij potrebam njihovega otroka.

- Najbolj ustrezna oblika podajanja informacij o zdravju, razvoju in vzgoji njihovega predšolskega otroka je po mnenju staršev strokovno moderiran spletni portal, kjer bi bile na voljo različne tovrstne informacije, kot zelo primerno se je izkazalo tudi redno podajanje informacij v obliki tiskanih gradiv (brošur, letakov, novic). Okoli tri četrtine jih je zainteresiranih za različne oblike srečanj z zdravstvenimi strokovnjaki. Kot najmanj ustrezno so ocenili občasno telefonsko svetovanje staršem s strani zdravstvenega osebja.
- Želje staršev glede pridobivanja informacij so predvsem: pogovor »v miru« oz. več časa, da lahko zastavijo vsa vprašanja na katera potrebujejo odgovor. Želijo pridobiti predvsem jasne, razumljive, kratke in jedrnate odgovore na konkretna vprašanja (vezane na značilnosti njihovega otroka), kadar je potrebno tudi napotilo k drugim strokovnjakom ali predlog dodatne literature o določeni razvojni / zdravstveni temi.

Vir:

Bajt M (2012). Analiza potreb staršev glede vzgoje za zdravje v obdobju predšolskega otroka – vidik uporabnikov, IVZ, Ljubljana

6. LITERATURA

1. Tamburlini G, Blair M, Wolfe I. Child public health in Europe. Eurohealth2014, 20:1, 12-15.
2. Regional Analysis Report on trend affecting children in the Region, UNICEF CEE/CIS, 2012 Geneva, 2012.
3. Cunha F, Heckman JJ. Investing in our young people. Working Paper No. 16201. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 2010.
4. Cattaneo A, Cogoy L, Macaluso A, Tamburlini G, editors. Child Health in the European Union. Luxembourg: European Commission, 2012.
5. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list RS, št. 9/92
6. Program za otroke in mladostnike 2006-2016
7. UR.L. RS, št. 19/1998, 47/1998, 26/2000, 67/2001, 33/2002, 37/2003, 117/2004, 31/2005, 83/2007, 22/2009) Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni .
8. Public health Initiatives (Norway grant) :
<http://eeagrants.org.ez.07.no/programme/view/si05/pa27>
9. ZA BOLJŠE ZDRAVJE IN ZMANJŠANJE NEENAKOSTI V ZDRAVJU OTROK IN MLADOSTNIKOV. Vzpostavitevni dokument projekta. Status: Osnutek, različica 1.1, Ljubljana, 24.10.2013
10. Health Needs Assessment: A Practical Guide (NICE 2005
11. Oxford Textbook of Public Health, 4th ed., 2002
12. Stevens A, Raftery J, Mant J. The epidemiological approach to health care needs assessment.
<http://HNA.radcliffe-oxford.com/introduction.htm>
13. Statistični urad RS. http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=5353 – dostop 2.2.2015
14. Petrič D, Žerdin M. Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji.
http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/mreza_na_primarni_sekundarni_in_terciarni_ravni/javna_mreza_primarne_zdravstvene_dejavnosti/ - dostop januar 2015
15. Tomšič S. (ur) Zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji. NIJZ, 2014