

Strokovni prispevek/Professional article

OBVEZNO CEPLJENJE PREDŠOLSKIH OTROK V CELJSKI REGIJI; ALI JE POMEMBNO, KDO OTROKE CEPI?

THE OBLIGATORY VACCINATION EXTENT OF PRE-SCHOOL CHILDREN IN THE CELJE REGION; IS IT IMPORTANT, WHO PERFORMS VACCINATION OF CHILDREN?

Franc Božiček

Ambulanta družinske medicine Franc Božiček, Bistrica ob Sotli 7d, 3256 Bistrica ob Sotli

Izvleček

- Izhodišča** *Zdravstvena politika v Sloveniji podpira vlogo specialistov s področja zdravstvenega varstva otrok (drugi specialisti) pri obveznem cepljenju predšolskih otrok. Namen prispevka je ugotoviti strukturo zdravnikov cepiteljev predšolskih otrok z ozirom na njihovo izobrazbo, način dela, umestitev dela in precepljenost teh otrok v celjski regiji in ugotoviti, ali obstaja razlika v bazični precepljenosti predšolskih otrok v obravnavanih kategorijah zdravnikov cepiteljev.*
- Metode** *Uporabljena je retrospektivna analiza podatkov od leta 1999–2003, dobljenih na IVZ RS, ZZV Celje, drugih zavodih za ZZV v Sloveniji in v Uradnem listu Slovenije. Prikazana je struktura zdravnikov cepiteljev predšolskih otrok v regiji ter bazična precepljenost predšolskih otrok z ozirom na omenjene kategorije cepiteljev. Rezultati so primerjani med seboj in s slovenskim povprečjem.*
- Rezultati** *Struktura zdravnikov cepiteljev predšolskih otrok v regiji je heterogena. Predvsem na podeželju otroke cepijo tudi polivalentni zdravniki družinske medicine (43 %). V primeru bazičnega cepljenja predšolskih otrok ni pomembne razlike v precepljenosti v nobeni od obravnavanih kategorij zdravnikov.*
- Zaključki** *Cepljenje je tesno povezano s preventivnimi programi, precepljenost pa je eden globalnih kazalcev kakovosti preventivnega dela. Predvsem v podeželskih ambulantah regije cepijo predšolske otroke tudi družinski zdravniki. Ker v ostalih slovenskih regijah tega bodisi ne opravljajo, bodisi gre le za posamezne primere in ker delajo dobro, naj takšno delo opravljajo naprej, regija pa naj postane vzor za optimalno organizacijo zdravstvenega varstva predšolskih otrok za slovenski prostor in mesto nadaljnjih raziskav na tem področju.*
- Ključne besede** *družinska medicina; zdravnik; cepljenje; predšolski otroci*

Abstract

- Background** *The health policy in Slovenia prefers the role of pediatricians (other specialists) in obligatory vaccination of pre-school children. The purpose of the article is to find out the profile of inoculators and the vaccination extent of pre-school children in the Celje region. On the basis of acquired data we should be able to confirm or exclude the possible difference of the vaccination extent in relation to the work methods, education and the location of inoculators.*
- Methods** *We employed retrospective analysis of data gathered from 1999 to 2003, obtained by Institute of Public Health of Slovenia, Institute of Public Health Celje, others Institute of Public Health in Slovenia and the Official Journal of the Republic Slovenia. The structure of inoculators of pre-school children in the region is represented in the relation to their education status, methods of work and work sites. The vaccination extent of pre-school children*
-

is compared to the listed categories of inoculators. The results are analyzed and compared to national average values.

- Results** *The structure of pre-school inoculators in the region is heterogeneous. In the rural areas children are mostly inoculated by family practitioners (43 %) aside from other specialists. The differences of vaccination extent of pre-school children are not significant in any of defined categories.*
- Conclusions** *Vaccination is tightly connected to prevention program. Also, the vaccination extent is one of the global indicators of its quality. There are no significant differences of vaccination extent between the groups of children inoculated by family practitioners and other specialists. Therefore, in our region the family practitioners are equally effective in vaccination comparing to other specialists and should continue such preventive practice. In other Slovenian regions family practitioners do not practice such tasks or they may only be sporadic. Thus the Celje region and its organizational scheme should become a pivotal place for further research of optimal pre-school preventive health development in Slovenian rural areas.*
- Key words** *family practitioner; vaccination; pre-school children*

Uvod

Dejavna skrb za zdravje otrok je ena od prednostnih nalog zdravstva. Temelji na dispanzerski metodi dela in na načrtnem preventivnem delu, katerega pomembni del je cepljenje.

Zaradi cepljenja nalezljivih bolezni, zaradi katerih so nekoč otroci in odrasli nevarno zbolevali, postali invalidi in umirali, danes več ne srečamo.¹

Rezultati sistematičnega cepljenja se prikazujejo s precepljenostjo tj. z ugotavljanjem deleža cepljenih v ciljni skupini ljudi (proti določeni bolezni, na določenem območju in v določenem času).

Da bi dosegli kolektivno imunost ciljne skupine za zaščito proti določeni bolezni, to je tudi tistih, ki niso razvili imunske zaščite ali niso bili cepljeni, je potrebno zagotoviti v ciljni skupini ljudi, določeno stopnjo precepljenosti. Delež precepljenih, ki je, da se doseže kolektivna imunost, odvisen od bazičnega reprodukcijskega števila določenega mikroorganizma. Pri ošpicah, ki imajo to število zelo visoko, je potrebno doseči vsaj 95-odstotno precepljenost, enako velja tudi za oslovski kašelj.² Pri ostalih primerih bi bila precepljenost lahko nekoliko nižja, vendar moramo zaradi večkomponentnih cepiv stremeti, da bo vsaj 95 % otrok pravočasno prejelo vsa osnovna in poživitevna cepljena.³ Ob znižanju precepljenosti bi se spet lahko pojavile določene nalezljive bolezni.⁴ Pomembno je, da se cepljenje izvaja enakomerno na vseh območjih, da se tako izognemo nišam, kjer je iz raznih vzrokov delež cepljenih nizek.⁵

Uporaba sodobnih cepiv je eden ekonomsko najbolj upravičenih zdravstvenih ukrepov, ki so nam na voljo.⁵ Prednostna naloga celotne evropske regije bo krepitev nacionalnih programov imunizacije za zmanjševanje in obvladovanje bolezni, ki jih lahko preprečujemo s cepljenjem in izboljševanje storitev programa imunizacije.⁶

Program cepljenja je pomemben za vso populacijo, zato ga ureja država s predpisi.^{7,8}

Minister za zdravje vsako leto določi seznam zdravnikov cepiteljev, ki je objavljen v Uradnem listu RS.

Program obveznega cepljenja za otroke od rojstva do vstopa v šolo (otroci) obsega cepljenje proti davici (Di), tetanusu (Te), oslovskemu kašlju (Per), Hemofilusu influence B (Hib), otroški paralizi (Polio), ošpicam (O), mumsu (M) in rdečkam (R). Osnovno - trikratno cepljenje v tekočem letu, proti Di, Te, Per, Polio in Hib, se za otroke, rojene v tekočem ali v predhodnem letu, izvaja, ko dopolnijo 3 mesece starosti, v presledkih 1-2 meseca in mora biti končano do dopolnjenega 12. meseca starosti; cepijo pa se tudi zamudniki.

Osnovno cepljenje proti OMR se opravi pri otrocih po 12. mesecu starosti, najkasneje pa do dopolnjenega 18. meseca starosti, pri otrocih, ki gredo v vzgojno varstveno ustanovo, pa že od 10. meseca starosti.

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZ RS) pošilja mesečno regionalnim zavodom za zdravstveno varstvo (ZZV) podatke o otrocih do 5 let, ti pa te podatke sporočajo cepiteljem na svojem območju. Organizacijo dela za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, opredeljuje navodilo ministra za zdravje.⁹ Ta določi mrežo javne zdravstvene službe, ki jo zagotavljajo občine, in mesto cepljenja v skladu z zakonom o zdravstveni dejavnosti.

Cepljenje poteka vse leto in je vezano na sistematične preglede otrok.

Računalniški program CEPI na državni ravni omogoča pregled nad izvajanjem in učinkovitostjo cepljenja, rezultati pa zaradi pomanjkljivosti programa, ki je v postopku posodobitve, služijo danes za primerjalne namene, kar je cilj moje raziskave.

Zaradi predhodnega, pa IVZ preko ZZV, ocenjuje precepljenost tudi iz naključnega vzorca predšolskih obveznikov za cepljenje iz vse Slovenije.¹⁰

Dokazilo o cepilnem statusu, ki posameznika spremlja v odraslo obdobje, je cepilna knjižica.⁸ Cepljenje mora biti zabeleženo tudi v bolnikovem zdravstvenem

kartonu, v posebni evidenci cepljenja in v elektronski podatkovni zbirki.

Izbrani osebni zdravnik otrok je po veljavni zdravstveni zakonodaji praviloma zdravnik pediater (lahko tudi šolski zdravnik) (drugi specialist) in le izjemoma zdravnik splošne, tj. družinske medicine – specialist ali s podiplomsko izobrazbo za zdravstveno varstvo otrok (družinski zdravnik).

Zdravnik, ki obravnava eno kategorijo bolnikov (npr. predšolski otroci), je monovalentni zdravnik, njegov način dela je monovalenca; zdravnik, ki obravnava dve kategoriji bolnikov (npr. predšolske otroke in šolarje), je bivalentni zdravnik, njegov način dela je bivalenca; zdravnik, ki obravnava več kategorij bolnikov (odrasli, šolarji, otroci), je polivalentni zdravnik. Njegov način dela pa je polivalenca.

V praksi se, predvsem na podeželju, starši pogosto odločajo za družinskega zdravnika kot otrokovega osebnega zdravnika. Pri organizaciji preventivnega dela in s tem tudi cepljenja pa sta tako zakonodajalec kot plačnik doslednejša. Število družinskih zdravnikov, ki takšno delo opravljajo, je bilo v letih 1999–2003 v slovenskem prostoru le šestindvajset (danes še dvaindvajset).

Pri takšni organizaciji dela, ki se je izoblikovala v nekaj desetletjih, ne gre za razvijajoči se dvojni sistem zdravstvenega varstva otrok s centralnim in perifernim modelom,¹¹ gre za enoten sistem, ki ga zagotavljajo v veliki manjšini družinski zdravniki, v večini pa drugi specialiti.

Zdravstvena zakonodaja dovoljuje družinskim zdravnikom takšno delo le izjemoma (kar bi se dalo tudi razumeti, da naj ga opravljajo tako dolgo, dokler ne bo boljše možnosti; morda se to že uresničuje v zmanjševanju deleža družinskih zdravnikov kot cepiteljev otrok v državi in regiji). Verjetno v tem smislu to razumejo tudi nekateri starši.

Regija Celje je ena od devetih slovenskih regij in je specifična glede strukture cepiteljev. Med le-timi je polivalentnih družinskih zdravnikov, ki otroke tudi cepijo, več kot v vseh ostalih regijah skupaj.

Vzrok tega je v geografskih značilnostih področja in v organizacijski politiki regije iz preteklosti. Takšna organizacija dela v regiji je bila in je še nekaj povsem normalnega, saj v ambulantah, kjer polivalentni družinski zdravniki otroke cepijo, tega nikoli ni počel kdo drug in tudi ni objavljenih strokovnih ugotovitev, da bi v preteklosti in sedaj svoje delo opravljali slabo oziroma ne dovolj strokovno. Poleg teh zdravnikov so v regiji tudi družinski zdravniki, ki so otrokovi osebni zdravniki, vendar opravljajo zgolj kurativo, izvajanje preventivne pa prepuščajo drugim specialistom. Omejnjeni družinski zdravniki niso predmet moje obravnave.

Namen

Ker je regija v mnogih parametrih raznolika, je moj namen analizirati bazično precepljenost otrok v regiji v času od leta 1999–2003 glede na način dela (mono(bi)valentno delo (monovalentno), polivalentno delo), izobrazbo cepiteljev (družinski zdravniki, dru-

gi specialiti) in teren (mesto, vas), jo primerjati med seboj, s povprečjem v regiji in s slovenskim povprečjem, najti območja in vzroke morebitne slabše precepljenosti ter odgovoriti na osnovno vprašanje, ali v regiji zdravniki družinske medicine bazično cepljenje otrok izvajamo dovolj strokovno, da je to delo še sprejemljivo.

Hipoteza

V bazični precepljenosti predšolskih otrok v letih 1999–2003 obstajajo razlike med področji, kjer otroke cepijo polivalentni zdravniki in področji, kjer jih cepijo monovalentni zdravniki, razlike glede izobrazbe cepiteljev in razlike glede precepljenosti otrok v mestu in vasi.

Material in metode

Podatke o zdravnikih, ki v regiji cepijo otroke (po občinah, načinu dela in po izobrazbi), sem dobil na ZZV Celje.

Podatke, ki se nanašajo na zdravnike v ostalih regijah, sem dobil na posameznih ZZV.

Podatke o številu obveznikov in o precepljenosti v regiji sem dobil iz retrospektivne analize podatkov IVZ RS, ki obsegajo analize izvajanja imunizacijskega programa v letih 1999–2003 in so objavljeni v supplementih revije Zdravstveno varstvo in v elektronskem gradivu IVZ RS.

Občine v regiji sem razdelil z ozirom na način preventive otrok v ambulantah (Razpr. 1): v občine, v katerih so v obravnavanem obdobju opravljali preventivno dejavnost pri otrocih monovalentni zdravniki, v občine, v katerih so jo opravljali polivalentni zdravniki (med temi sem posebej obravnaval tiste, v katerih ni sedeža zdravstvenega doma in te predstavljajo v ožjem pomenu, oddaljeno podeželje), in občine, v katerih so jo opravljali oboji (v občinah Laško in Šent-

Razpr. 1. Način opravljanja preventive otrok v občinah regije Celje, v letih 1999–2003.

Table 1. Method of performing of prevention programs of pre-school children in Celje region in the years 1999–2003.

Polivalentni zdravniki Polyvalent FPs	Monovalentni zdravniki Monovalent FPs	Obe vrsti zdravnikov Both types of FPs
Gornji Grad	Brežice	Slovenske Konjice
Kozje	Celje	Šentjur pri Celju
Ljubno	Rogaška Slatina	Dobje
Luče	Sevnica	Laško
Mozirje	Šmarje pri Jelšah	
Nazarje	Šmartno ob Paki	
Podčetrtek	Šoštanj	
Radeče	Velenje	
Rogatec	Vojnik	
Štore	Zreče	
Vitanje	Braslovče	
Bistrica ob Sotli	Dobrna	
Solčava	Polzela	
	Prebold	
	Tabor	
	Vransko	
	Žalec	

jur je do leta 2003, poleg monovalentnih zdravnikov na sedežu zdravstvenega doma, v dislociranih ambulantah opravljal preventivo otrok polivalentni družinski zdravnik; občino Dobje sem dal v to skupino, ker nima zdravnika in prebivalci obiskujejo zdravnika v občini Šentjur; v občini Slovenske Konjice še danes opravljata preventivo otrok tako polivalentni družinski zdravnik kot monovalentni drugi specialist).

Zdravnike sem razdelil na tiste, ki delajo monovalentno, in tiste, ki delajo polivalentno.

Podatki o precepljenosti, dobljeni iz programa CEPI, se nanašajo na občine kot celote.

Ob analiziranju podatkov sem se zavedal, da zaradi pomanjklivosti programa (bom razložil v razpravi) ne gre za absolutne vrednosti in da so v resnici rezultati precepljenost višji, kot so prikazani s tem programom. Vendar v primeru, ki ga obravnavam, podatki lahko služijo za primerjavo med raziskovanimi kategorijami, kar je namen mojega prispevka.

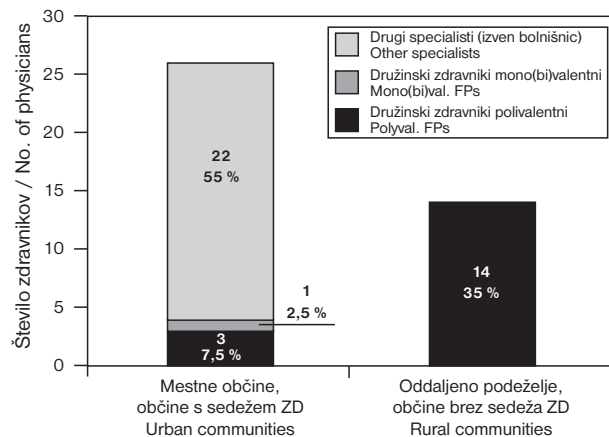
Za testiranje razlik med kategorijami sem uporabil metodo Chi kvadrat (χ^2).

Rezultati

Od šestindvajsetih polivalentnih družinskih zdravnikov v Sloveniji, v letih 1999 in 2003, ki so otroke cepili, jih je bilo v regiji Celje sedemnajst, v regiji Ljubljana štiri, v regiji Novo mesto trije, v regiji Ravne in Nova Gorica po eden, v preostalih štirih regijah nobeden. (Po letu 2003 je polivalentnih družinskih zdravnikov, ki opravljajo tudi preventivo otrok, v regiji še štirinajst, v Sloveniji pa dvaindvajset. V nekaterih perifernih ambulantah so preventivo otrok prevzeli monovalentni drugi specialisti).

Vseh zdravnikov v regiji Celje, ki obvezno cepijo otroke, je bilo v letih 1999–2003, štirideset (danes jih je sedemtrideset).

Od polivalentnih zdravnikov, ki so opravljali preventivno dejavnost pri otrocih, so bili vsi družinski zdravniki. Njihov delež med leti 1999–2003, je bil 43-odstoten. Med monovalentnimi zdravniki, je bil le eden družinski zdravnik, ostali pa so bili drugi specialisti (Sl. 1). Z analizo podatkov, dobljenih iz programa CEPI,^{1, 12–14} sem ugotovil, da je bila v perifernih občinah, kjer so polivalentni družinski zdravniki otroke cepili, bazič-



Sl. 1. Zdravniki primarne ravni, ki opravljajo obvezno cepljenje predšolskih otrok, v regiji Celje v letih 1999–2003, po izobrazbi, načinu in umeščenosti dela.

Figure 1. Distribution of physician profile and practice location in Celje Region (1999–2003 regarding the vaccination of pre-school children).

na precepljenost za Di-Te-Per je za 1,3 % višja kot v občinah, kjer so jih cepili drugi specialisti, za 1,1 % višja od občin, ko so jih cepili oboji, za 1,1 % višja od povprečja celjske regije in za 4,3 % višja od slovenskega povprečja brez regije Celje.

Bazična precepljenost za OMR je bila v perifernih občinah, kjer so polivalentnimi družinski zdravniki sami cepili otroke, za 0,4 % nižja kot v občinah, kjer so jih cepili drugi specialisti, za 0,2 % nižja od občin kjer so jih cepili oboji, za 0,3 % nižja od povprečja celjske regije in za 1,8 % višja od slovenskega povprečja brez regije Celje. (Razpr. 2, 3, Sl. 2)

Ničelna hipoteza 1

Ni razlik v številu proti Di-Te-Per cepljenih otrok v primerjavi z obvezniki po različnih tipih ambulant v regiji Celje, če je porazdelitev napak v evidenci cepljenosti otrok slučajna in enakomerno porazdeljena. P vrednost za napako je 5 %.

Po računu: $\chi^2 = 2,24$, $sp = 2$, $p < 0,05$. Ni razlik, ničelna hipoteza ostane.

Razpr. 2. Bazična precepljenost predšolskih otrok proti Di-Te-Per v letih 1999–2003, regija Celje.

Table 2. Mean vaccination status of pre-school children, Di-Te-Per 1999–2003 Celje region.

	Obvezniki za baz. cep. Children obligated to vaccination	Cepljeni baz. cep. Performed basic vaccination	Necepljeni Non vaccinated children	Odstotek baz. cep. Relative performed bas. vacc.
Občine s polivalentnimi ambulantami Regions with polyvalent FPs	2686	2543	143	94,7 %
Občine s perifernimi polivalentnimi amb. * Rural areas with polyvalent FPs *	1746	1663	83	95,2 %
Občine z monovalentnimi ambulantami Regions with monovalent FPs	13292	12485	807	93,9 %
Občine regije z mešanim tipom ambulant Regions with mixed type of FPs	3198	3009	189	94,1 %
Celjska regija skupaj Celje region total	19176	18037	1139	94,1 %

(* podatek vključen v skupno število polivalentnih ambulant/ data included in the number of all polyvalent FPs)

Razpr. 3. *Bazična precepljenost predšolskih otrok proti Di-Te-Per v letih 1999–2003.*Table 3. *Mean vaccination status of pre-school children, Di-Te-Per 1999–2003.*

	Obvezniki za baz. cep. Children obligated to vaccination	Cepljeni baz. cep. Performed basic vaccination	Necepljeni Non vaccinated children	Odstotek baz. cep. Relative performed bas. vacc.
Slovenija brez regije Celje / Slovenia without Celje region	106836	97150	9686	90,9 %
Celjska regija / Celje region	19176	18045	1131	94,1 %

Ničelna hipoteza 2

Ni razlik v številu proti Di-Te-Per cepljenih otrok v primerjavi z obvezniki med regijo Celje in ostalo Slovenijo ob pogoju, da je porazdelitev napak v evidenci cepljenosti otrok slučajna in enakomerno porazdeljena. P vrednost za napako je 5 %.

Po računu: $\chi^2 = 207,96$, $sp = 1$, $p < 0,05$.
Celjska regija ima značilno večji delež proti Di-Te-Per cepljenih otrok kot ostala Slovenija.

Razpr. 4. *Bazična precepljenost predšolskih otrok proti OMR v letih 1999–2003, regija Celje.*Table 4. *Mean vaccination status of pre-school children, OMR 1999–2003, Celje region.*

	Obvezniki za baz. cep. Children obligated to vaccination	Cepljeni baz. cep. Performed basic vaccination	Necepljeni Non vaccinated children	Odstotek baz. cep. Relative performed bas. vacc.
Občine s polivalentnimi ambulantami Regions with polyvalent FPs	2688	2534	154	94,3 %
Občine s perifernimi polivalentnimi amb. Rural areas with polyvalent FPs *	1755	1659	96	94,5 %
Občine z monovalentnimi ambulantami Regions with monovalent FPs	13712	13019	693	94,9 %
Občine regije z mešanim tipom ambulant Regions with mixed type of FPs	3194	3024	170	94,7 %
Celjska regija skupaj Celje region total	19594	18577	1017	94,8 %

* podatek vključen v skupno število polivalentnih ambulant/ data included in the number of all polyvalent FPs)

Ničelna hipoteza 3

Ni razlik v številu OMR cepljenih otrok v primerjavi z obvezniki med posameznimi tipi ambulant ob pogoju, da je porazdelitev napak v evidenci cepljenosti

otrok slučajna in enakomerno porazdeljena. P vrednost za napako je 5 %.

Po računu: $\chi^2 = 2,24$, $sp = 2$, $p < 0,05$. Ničelne hipoteze ne zavrnamo.

Razpr. 5. *Bazična precepljenost predšolskih otrok proti OMR v letih 1999–2003.*Table 5. *Mean vaccination status of pre-school children, OMR 1999–2003.*

	Obvezniki za baz. cep. Children obligated to vaccination	Cepljeni baz. cep. Performed basic vaccination	Necepljeni Non vaccinated children	Odstotek baz. cep. Relative performed bas. vacc.
Slovenija brez regije Celje / Slovenia without Celje region	105428	97763	7665	92,7 %
Celjska regija / Celje region	19594	18577	1017	94,8 %

Ničelna hipoteza 4

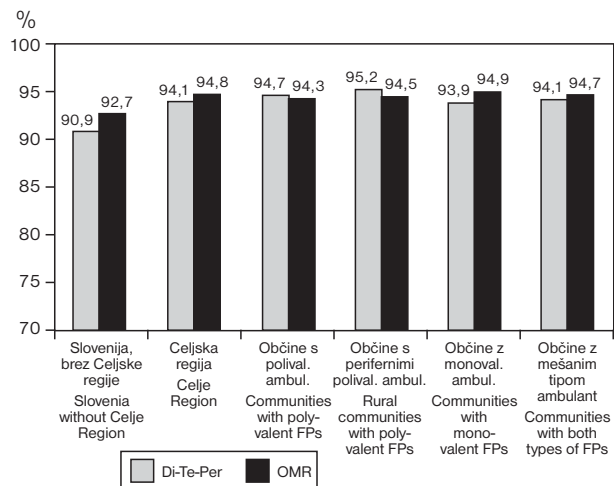
Ni razlik v številu proti OMR cepljenih otrok v primerjavi z obvezniki med regijo Celje in ostalo Slovenijo; porazdelitev napak v evidenci cepljenosti otrok slučajna in enakomerno porazdeljena po vsej Sloveniji. P vrednost za napako je 5 %. Po računu: $\chi^2 = 3178,764$, $sp = 1$, $p < 0,05$.

Celjska regija ima značilno večji delež cepljenosti otrok proti OMR, v primerjavi z ostalo Slovenijo (Sl. 2).

Razpravljanje

S statističnim računom sem ob primerjanju precepljenosti po različnih kategorijah v okviru regije Celje ovrgel postavljeno hipotezo, ker nisem dokazal statističnih razlik med posameznimi kategorijami. Dokazal pa sem razlike v odnosu regije do preostale Slovenije, v prid regiji.

Program CEPI ima vrsto pomanjkljivosti, ki vplivajo na to, da podatki niso stvarni (v resnici so namreč višji). Ob predvidevanju, da so napake enakomerno porazdeljene, služi za primerjavo med posameznimi kategorijami.



Sl. 2. Precepljenost predšolskih otrok proti Di-Te-Per in OMR v letih 1999–2003 iz programa CEPI.

Figure 2. Mean vaccination status of pre-school children, Di-Te-Per and OMR 1999–2003.

Pomanjkljivosti programa CEPI:

- izgubljanje podatkov pri prenosu iz Centralnega registra prebivalstva na IVZ ter potem na ZZV in na cepilna mesta;
- izgubljanje podatkov pri prenosu iz cepilnih mest na ZZV in na IVZ (prenos ni elektronski in on-line, ampak gre preko disket);
- natančnost pri vpisovanju opravljenih cepljenj na cepilnih mestih,
- direktna povezava on-line med cepilnimi mesti ni mogoča; če gre obveznik na drugo cepilno mesto, je potrebno že opravljena cepljenja vpisovati znova (dvojniki),
- obvezniki so lahko cepljeni drugje in niso vpisani na cepilnem mestu,
- program upošteva le obveznike do določene starosti.

Predvidevam, da razlike v bazični precepljenosti proti Di-Te-Per na podlagi podatkov, dobljenih z analizo programa CEPI za obravnavano obdobje, med posameznimi kategorijami, odsevajo dejansko razmerje uspešnosti cepljenja.

Razlike v bazični precepljenosti med posameznimi kategorijami proti OMR so sicer statistično nepomembne, vendar so verjetno v resnici manjše, kot prikazuje program CEPI (oziroma bi lahko bilo razmerje celo obratno, torej v prid polivalentnim zdravnikom), zaradi nekaterih dejstev in domnev, iz katerih lahko sklepam, da se v populaciji otrok nekaj dogaja.

V občinah, v katerih polivalentni družinski zdravniki cepijo otroke in v katerih ni drugega specialista, nekateri starši (če to niso storili že takoj), otroke peljejo k le-temu v drugo občino v kasnejših mesecih, pogosto po že opravljenem bazičnem cepljenju proti Di-Te-Per. To se v večini primerov dogaja enosmerno (od družinskega zdravnika k drugemu specialistu).

Napaka v programu CEPI se pojavi pri selitvah otrok v druge občine, kar je lastnost predvsem perifernih občin. Ob selitvah je, v primeru manjšega števila otrok oz. v manjših občinah, odstopanje rezultatov večje.

Domnevam, da je bilo v perifernih občinah, kjer so zdravniki opravljali polivalenco, slabšanje precepljenosti pred OMR pri družinskih zdravnikih administrativno in da so nanj vplivali tisti otroci, ki so zamenjali cepitelja in odšli v drugo občino v kasnejših mesecih, po že opravljenem bazičnem cepljenju pred Di-Te-Per.

To domnevo delno potrjuje dobra bazična precepljenost pred Di-Te-Per. Slabša je pred OMR v teh perifernih občinah, nekoliko slabša bazična precepljenost pred Di-Te-Per in nekoliko narasla pred OMR v občinah, kjer so otroke cepili oboji in povečanje precepljenosti pred OMR v občinah z monovalenco.

Predvidevam, da v občinah, kjer so cepili otroke oboji, ni bilo večjega odliva obveznikov v druge občine (če so starši želeli otroka peljati namesto k družinskemu zdravniku, k drugemu specialistu, je le-le-ta bil na razpolago v njihovi občini), predvidevam pa priliv k monovalentnemu zdravniku iz drugih občin. Tak priliv še v večji meri predvidevam za občine, kjer predšolske otroke cepijo samo monovalentni zdravniki. Pri spraševanju polivalentnih družinskih zdravnikov, koliko otrok je v letih 1999–2003 »ušlo« njihovemu obveznemu bazičnemu cepljenju, so odgovorili, da so razen tistih s kontraindikacijami, in tistih, ki so se izpisali in vpisali drugje, imeli vse obveznike bazično cepljene.

Ker program CEPI upošteva otroke do točno določenih starosti in ne zajema otrok nad to starostjo, čeprav so bili cepljeni in evidentirani, dobljeni rezultati za bazično cepljenje ravno zaradi omenjene pomanjkljivosti programa nakazujejo pravočasnost izvedbe bazičnega cepljenja v obravnavanem obdobju.

V letih 1999–2003 je bila precepljenost regije, izračunana iz naključnega vzorca predšolskih obveznikov, s strani IVZ RS, tako proti Di-Te-Per kot OMR, nad slovenskim povprečjem.⁹ To, ob dejstvu, da so v regiji za določen del obveznega cepljenja otrok bili odgovorni družinski zdravniki, daje možnost ugodnemu vplivu le-teh na rezultat njihove bazične precepljenosti. V prid temu govori tudi analiza rezultatov programa CEPI za bazično cepljenje, za obravnavano obdobje. V bazični precepljenosti otrok v regiji glede na vse obravnavane kategorije (periferija-centri, polivalenca-monovalenca, družinski zdravniki – drugi specialiti), v obdobju 1999–2003, nisem dokazal statistično pomembnih razlik in postavljene hipoteze nisem potrdil. V regiji Celje pa je precepljenost statistično pomembno večja od precepljenosti v ostali Sloveniji.

Manjše statistično nepomembne spremembe v regiji v prid drugim specialistom, ob cepljenju proti OMR, smatram zgolj kot organizacijsko administrativne narave. Nastajajo tudi zaradi neurejenega statusa družinskega zdravnika in prej obravnavanih posledic v preventivi otrok.

Precepljenost je eden od kazalcev kvalitete dela določenega zdravnika s področja preventive otrok. Rezultati bazične precepljenosti posredno govorijo tudi o tem, da so otroci bili na preventivnih pregledih: zagotovo takrat, ko je potekalo cepljenje.

Ponekod zakoreninjenim, ponekod občasnim, večkrat večplastnim in predvsem enostranskim dvomom, da morda družinski zdravniki le nismo oziroma ni-

mamo pogojev biti dovolj usposobljeni za opravljanje preventivnih pregledov (skupaj z obveznim cepljenjem) otrok, morda tudi v okoljih, kjer jih še opravljamo, bi lahko postavili proti pomislek npr. ali bi bilo morda smiselno, da bi na oddaljenem podeželju preventivne preglede otrok večkrat opravljali družinski zdravniki (ki bi se seveda za to usposobili)?

Zatečeno stanje v Sloveniji pripisujem raznim vzrokom, skoraj vsi pa tičijo v državni in tudi krajevni zdravstveni politiki iz preteklosti, ki vpliva tudi na današnje stanje miselnosti. Na celjskem območju živimo družinski zdravniki in drugi specialisti v bivanjsko strokovnem sožitju glede na tradicijo in delamo oboji optimalno v prid otrokovega zdravja in sodelujemo. Medsebojno sožitje se pozna v pozitivno izstopajočih rezultatih nad slovensko povprečje.

Starši hočejo svojemu otroku najboljše in ob tem so nekateri pod pritiskom dvomov, ki jih vanje vcepljajo bodisi tisti starši, ki s svojim otrokom že obiskujejo drugega specialista, bodisi jih zasejejo vanje morda že v porodnišnici ali pa kje drugje. Ti so pogosto zmedeni glede odločitve, kdo je najbolj ustrezen zdravnik za njihovega otroka. Nekateri lahko ob kakšnem nestrinjanju z mnenjem družinskega zdravnika ali pa čisto neopazno, pa vendar učinkovito, podlegajo pritiskom svojih dvomov in se odločajo za drugega specialista, včasih takoj, včasih pa v kasnejših mesecih, čeprav sugestije, ki so jih deležni, od kogar koli že, največkrat pa od splošnega v širšem slovenskem prostoru sprejete »mnenja«, nimajo dokazane strokovne osnove.

Zaradi kakšnega posebnega otrokovega zdravstvenega problema, ko je potrebno bolj specialno vodenje, pa usmeri starše k drugemu specialistu na primarni ravni seveda že družinski zdravnik.

Marsikateri od otrok, ki ga starši peljejo drugam, se tudi kasneje, ko odraste, ne vrača več k družinskemu zdravniku v svojo občino, kar dolgoročno pomeni tudi postopno zmanjševanje možnosti za obstoj podeželskega družinskega zdravnika v majhnih podeželskih občinah.

Delo polivalentnih družinskih zdravnikov, ki otroke še cepimo, zahteva dodatno znanje in odgovornost. Obravnavanje majhnega števila otrok zahteva večjo potrebo po obnavljanju znanj, po pogostejšem posvetovanju z drugimi specialisti in po pogostejših napotitvah na sekundarno raven.

Družinske zdravnike, ki to delo opravljamo, otrokovi starši še posebej opazujejo in jim moramo pogosto dopovedovati, da je v našem okolju pač normalno, da smo cepitelji njihovih otrok.

Izpostavljeni smo tudi očem predvsem ožje strokovne javnosti, ki je ponekod pod vplivom načel zakonodajalca, ki jim včasih dajejo slutiti, da naše poslanstvo še ni jasno določeno; torej, v sistemu preventive otrok izjemoma še obstajamo, vendar naj bi morda čas pokazal smisel tega obstoja.

Ravno takšen odnos do problematike pa je nesmiseln, kajti tam kjer smo, smo bili že dolgo prej, preden smo postali iz »znanih« vzrokov »izjeme«.

Družinski zdravniki obravnavamo otrokove zdravstvene probleme pogosto v širokem problemskem polju in v interakciji z vsemi dejavniki tako makro okolja, kjer otrok živi in še bolj mikro okolja, to se pravi

družine, ki jo, kot družinski zdravniki, dobro poznamo, kar ima vrsto pozitivnih vplivov, tudi za obravnavo v otrokovi preventivi. To prihaja še bolj do izraza na podeželju, predvsem, če živimo v kraju, kjer tudi delamo.

Družinski zdravniki poznamo vsako družino in vsakega otroka, ker jih nimamo veliko. Zato zelo hitro ugotovimo, ali otroka starši ne pripeljejo na cepljenje; potem sprožimo alarm ...

Zaključki

Družinski zdravniki v regiji Celje, ki cepimo otroke, svoje delo opravljamo tako dobro, da je smiselno, da ga v bodočnosti nadaljujemo.

Predstavljamo večino slovenskih družinskih zdravnikov, kateri v okviru preventive otrok le-te tudi cepimo. Naše število pa se v Sloveniji in regiji z leti niža.

Ker nas je vedno manj, ker delamo dobro in ker tudi marsikje v tujini družinski zdravniki pomembno sodelujejo v primarni preventivi otrok, je skrajni čas, da se za začetek vsaj tisti, ki smo še ostali, tudi z zdravstveno zakonodajo zaščitimo in namesto ponesrečenega izraza »izjeme« postanemo, če že ne »pravilo«, vsaj enakovredni partnerji.

Zaradi tega je smiselno:

- da svoje delo opravljamo naprej;
- da regija Celje s svojo organizacijsko shemo otroškega preventivnega zdravstvenega varstva postane vzorec dobre prakse za Slovenijo in mesto nadaljnjih raziskav na tem področju;
- dodatno izobraževanje s področja problematike, ki jo moramo obvladati pri opravljanju preventivnega dela otrok, v okviru trojne pripravljenosti (obe stroki, politika);
- da se zdravstvena politika in stroka ozaveštuje, da je za slovenski prostor potrebno, da vsaj ohrani tudi družinskega zdravnika kot cepitelja in širše tudi kot preventivnega zdravnika otrok, vsaj tam, kjer je že do sedaj obstajal, a ne le kot izjemo, ampak kot enakovrednega partnerja, v pogojih podeželja. Vendar ni dovolj samo ozaveščenost, ampak zdravstveno politična volja, ki jo je potrebno tudi zapisati.

Ni vse slabo, kar izhaja iz izročila.

Stari podeželski zdravnik ima polivalenco skupaj s kompletno preventivo otrok že v genih stroke in je eden svetlih odsevov naše strokovne preteklosti. Če ga bomo uničili v njegovi prvobitnosti, bomo za večno izgubili z njim tudi del sebe.

Ker ponekod na podeželju še obstajamo, slutimo, kakšni smo bili, in morda tudi, kakšni bi morali biti.

Literatura

1. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Analiza izvajanja imunizacijskega programa in drugih ukrepov za varstvo prebivalstva pred nalezljivimi boleznimi v Sloveniji v letu 1999. Zdrav Var 2000; 39 Suppl 6: 5-81.
2. Likar M. Cepiva, vodnik za zdravnike. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije; 2007; 57-62.
3. Kraigher A. Cepljenje otrok v Sloveniji. Preventivno zdravstveno varstvo predšolskih otrok. Slov Pediatr 2006; 13 Suppl 1: 235-9.

4. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Analiza izvajanja imunizacijskega programa in drugih ukrepov za varstvo prebivalstva pred nalezljivimi boleznimi v Sloveniji v letu 2000. Zdrav Var 2001; 40 Suppl 6: 36–89.
5. Kraigher A. Pogledi na cepljenje. Zdrav Var 2003; 42: 127–8.
6. Emiglu N. Bolezni, ki jih lahko preprečujemo s cepljenjem in program imunizacije v evropski regiji SZO: sedanje stanje in prednostne naloge. Zdrav Var 2003; 42: 135–7.
7. Kraigher A, Sočan M, Kuhelj, Šmon L. Cepljenje in cepiva: navodila in priporočila. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, IVZ RS; 2002.
8. Kraigher A. Varno cepljenje, preskrba s cepivi, pomen hladne verige v okviru DSP na nacionalnem nivoju. In: Učna delavnica Zagotavljanje cepiv-hladna veriga pri transportu in shranjevanju cepiva. Dobra skladiščna praksa. Zagotavljanje varnega cepljenja. Ljubljana: IVZ RS; 2003.
9. Plevnik-Vodušek V. Preventiva v predšolskem obdobju. In: Švab I, Rotar-Pavlič D, et al. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD in Katedra za družinsko medicino MF v Ljubljani; 2001. p. 631–42.
10. Analiza izvajanja imunizacijskega programa za leto 2005. IVZ RS 2006. Dosegljivo na www.ivz.si
11. Slivnik M. Preventivno zdravstveno varstvo predšolskih otrok. Slov Pediatr 2006; 13 Suppl 1: 248–52.
12. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Analiza izvajanja imunizacijskega programa in drugih ukrepov za varstvo prebivalstva pred nalezljivimi boleznimi v Sloveniji v letu 2001. Zdrav Var 2002; 39 Suppl 6: 36–87.
13. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Analiza izvajanja imunizacijskega programa in drugih ukrepov za varstvo prebivalstva pred nalezljivimi boleznimi v Sloveniji v letu 2003. IVZ RS 2004. Dosegljivo na www.ivz.si
14. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Analiza izvajanja imunizacijskega programa in drugih ukrepov za varstvo prebivalstva pred nalezljivimi boleznimi v Sloveniji v letu 2004. IVZ RS 2005. Dosegljivo na www.ivz.si.

Prispelo 2008-03-25, sprejeto 2008-11-18
