
**Analiza perinatalnih kazalnikov in kazalnikov
patronažnega zdravstvenega varstva pri ženskah
iz populacije ranljivih skupin prebivalstva
z namenom ocene stanja na področju socialnega
in zdravstvenega varstva pri delu z ranljivimi
družinami v času nosečnosti in po rojstvu otroka**

Prvih 1000 dni
POROČILO PROJEKTA

Vodja projekta:
Victoria Zakrajšek

Avtorice:
Maja Starc, Victoria Zakrajšek, Martina Horvat, Neža Karo,
Petra Nadrag, Andreja Rudolf, Eva Štromajer.

Ljubljana, 2026

Naslov publikacije: Analiza perinatalnih kazalnikov in kazalnikov patronažnega zdravstvenega varstva pri ženskah iz populacije ranljivih skupin prebivalstva z namenom ocene stanja na področju socialnega in zdravstvenega varstva pri delu z ranljivimi družinami v času nosečnosti in po rojstvu otroka – Prvih 1000 dni. Poročilo o izvedeni raziskavi.

Uredila: Victoria Zakrajšek

Izdajatelj: Nacionalni inštitut za javno zdravje,
Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenija
Naslov za e-pošto: info@nijz.si
Telefon: +386 1 2441 400
Spletna stran: <https://nijz.si>

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2025

Elektronska izdaja: <https://nijz.si/publikacije>

Gradivo ni lektorirano.

Zaščita dokumenta ©2023 NIJZ

Vse pravice pridržane. Reprodukcijska po delih ali v celoti na kakršenkoli način in v kateremkoli mediju ni dovoljena brez pisnega dovoljenja avtorja. Kršitve se sankcionirajo v skladu z avtorsko in kazensko zakonodajo.

Raziskovalna skupina

Vodja projekta:

Victoria Zakrajšek, dr. med., spec

Članice projektne skupine:

Maja Starc, dr. med., spec

Neža Karo,

Martina Mutter,

Petra Nadrag,

Andreja Rudolf



Vsebina

POVZETEK	6
ABSTRACT	8
SIMBOLI IN KRATICE	10
UVOD	11
Breme bolezni, povezanih z OIO v Sloveniji: pomen zgodnje preventive.....	12
Značilnosti slovenskega zdravstvenega sistema v obdobju prvih 1000 dni.....	13
Ginekologija na primarni ravni, spremljanje nosečnic.....	13
Priprava na porod in starševstvo.....	13
Patronažno zdravstveno varstvo	14
Pedriatrija na primarni ravni.....	15
Socialno varstvo	15
Strokovnjaki s področja duševnega zdravja	15
Ranljivost v Sloveniji: pogostost slabših socialno-ekonomskih in družinskih razmer.....	17
Definicija ranljivosti.....	17
Viri podatkov in analitični okvir.....	17
NAMEN IN CILJI PROJEKTA.....	19
METODOLOGIJA.....	19
REZULTATI	20
Analiza ranljivosti	20
Socialno-zdravstvene ranljivosti mater	23
Uporaba podatkov eSZBO-NOST za spremljanje preseganja duševnih motenj pri ženskah ..	24
Analiza ranljivosti družin v Sloveniji glede na izbrane skupine dejavnikov.....	24
Socialno-ekonomske ranljivosti	25
Ranljivosti povezane z družinskim okoljem	27
Oblika družine	27
Nasilje v družini in drugi skrbniki v posebnih situacijah	28
Ranljivosti povezane z materjo	29
Starost matere.....	29
Odvisnosti.....	30
Duševne bolezni	31
Rezultati analize podatkov iz zbirke SZBO_PATR.....	31

Pregled mednarodnih izkušenj v podpori zgodnjemu razvoju	34
Avstrija.....	34
Finska.....	37
Primeri iz drugih držav	38
Ekonomska upravičenost vlaganj v prvih 1000 dni.....	39
ZAKLJUČNE MISLI.....	40
VIRI	43

POVZETEK

IZHODIŠČE

Obdobje prvih 1000 dni življenja otroka je ključno za telesni, nevrološki in čustveni razvoj, zato različni socialni in zdravstveni dejavniki v tem času imajo velik vpliv na njegovo dolgoročno zdravje in počutje. Obremenjujoče izkušnje v otroštvu (OIO) predstavljajo enega najpomembnejših tveganj, saj lahko povzročijo toksični stres ter povečajo verjetnost za kronične bolezni, duševne motnje in slabše življenjske izide v odrasli dobi. Zgodnje intervencije, krepitev starševskih kompetenc in celostna podpora ranljivim družinam dokazano zmanjšujejo negativne posledice OIO in preprečujejo neenakosti v zdravju. Projekt Prvih 1000 dni zato analizira potrebe teh družin ter obstoječe podporne sisteme, da bi vzpostavil podlago za učinkovite, na dokazih utemeljene ukrepe v prihodnje.

NAMEN

Namen projekta je analiza prevalence socialnih, ekonomskih in zdravstvenih dejavnikov tveganja, ki lahko vplivajo na razvoj OIO v obdobju nosečnosti, poroda in prvih dveh let po porodu ter raziskovanje povezave med temi dejavniki tveganja in perinatalnimi izidi; identifikacija dejanskih potreb ranljivih skupin prebivalstva z namenom ocene stanja na področju socialnega in zdravstvenega varstva pri delu z ranljivimi družinami v času nosečnosti in po rojstvu otroka.

METODE

Raziskava predstavlja presečno epidemiološko študijo na podlagi podatkov iz nacionalnih podatkovnih zbirk NIJZ za obdobje 2023–2024. Analiza je zajela socialno-ekonomske značilnosti nosečnic, dejavnike življenjskega sloga, izide nosečnosti ter kazalnike ranljivosti, vključno z duševnim zdravjem in nasiljem. Podatki so bili statistično obdelani v programu SPSS 25 z uporabo multivariatnih analiz.

REZULTATI

Analiza podatkov je pokazala, da ima približno tretjina mater z novorojenčkom zabeleženo vsaj eno ranljivost, pri čemer prevladujejo zdravstvene ranljivosti, med socialnimi pa neudeležba na Pripravi na porod in starševstvo, priseljenški status, neustrezni bivalni pogoji ter socialno-ekonomske in duševne stiske. Socialne ranljivosti so bile prisotne pri 12,4 % mater, ki so imele statistično značilno večje tveganje za neugodne izide nosečnosti in poroda, kot so preeklampsija, prezgodnji porod, nizka porodna teža ter pozitivni presejalni testi za depresijo. Ranljive matere pogosteje kadijo, imajo višji ITM in redkeje vzpostavijo dojenje ob odpustu iz porodnišnice. Prvi patronažni obisk novorojenčka v 24 urah po odpustu iz porodnišnice je bil izveden le v 71 % primerov, povprečno število preventivnih obravnav otročnice pa je znašalo 1,8 namesto predvidenih 2. Povezljivost podatkov je bila dosežena za skoraj 90 % mater, vendar je poročanje o presejanju duševnih motenj v nosečnosti še vedno prenizko (<10 %) za ustrezno spremljanje.

ZAKLJUČKI

Rezultati raziskave so pokazali, da lahko primeri dobrih praks iz tujine ter razvoj in nadgradnja podatkovnih zbirk pomembno prispevajo k izboljšanju podpore ranljivim družinam v zgodnjem obdobju otrokovega razvoja. Analiza podatkov je omogočila boljši vpogled v delo izvajalcev patronažnega zdravstvenega varstva in odprla priložnosti za nadaljnji razvoj kompetenc. Izzivi, kot so omejena povezljivost podatkov, neenotno poročanje in pomanjkljiva dostopnost obporodne duševne zdravstvene podpore, kažejo na potrebo po nadaljnji krepitvi sistema in tesnejšem sodelovanju zdravstvenih ter socialnih služb. Rezultati projekta tako predstavljajo pomembno izhodišče za razvoj učinkovitih ukrepov, ki bodo dolgoročno izboljšali zdravje in blaginjo mater, otrok in družin.

ABSTRACT

BACKGROUND

The first 1000 days of a child's life are crucial for physical, neurological and emotional development, and various social and health factors during this time have a major impact on their long-term health and well-being. Adverse childhood experiences (ACEs) represent one of the most important risks, as they can cause toxic stress and increase the likelihood of chronic diseases, mental disorders and poorer life outcomes in adulthood. Early interventions, strengthening parenting skills and comprehensive support for vulnerable families have been shown to reduce the negative consequences of ACEs and prevent health inequalities. The First 1000 Days project therefore analyses the needs of these families and existing support systems in order to establish the basis for effective, evidence-based measures in the future.

PURPOSE

The purpose of the project is to analyze the prevalence of social, economic and health risk factors that may influence the development of ACEs during pregnancy, childbirth and the first two years after childbirth, and to explore the connection between these risk factors and perinatal outcomes; identify the actual needs of vulnerable population groups in order to assess the state of social and health care in working with vulnerable families during pregnancy and after childbirth.

METHODS

The research represents a cross-sectional epidemiological study based on data from the national databases of the National Institute of Public Health for the period 2023–2024. The analysis covered the socio-economic characteristics of pregnant women, lifestyle factors, pregnancy outcomes, and indicators of vulnerability, including mental health and violence. The data were statistically processed in the SPSS 25 program using multivariate analyses.

RESULTS

Data analysis showed that nearly one third of mothers had at least one recorded vulnerability, predominantly health-related, while social vulnerabilities included non-participation in the Parenthood Preparation Program, immigration status, inadequate living conditions, and socio-economic or mental distress. Social vulnerabilities affected 12.4% of mothers and were associated with significantly higher risks of adverse pregnancy and birth outcomes, including preeclampsia, preterm birth, low birth weight, and positive depression screening, as well as higher smoking prevalence, higher BMI, and lower breastfeeding initiation rates. The first post-discharge home visit within 24 hours occurred in only 71% of cases, the average number of preventive visits was 1.8 instead of the planned two, and although data linkage covered nearly 90% of mothers, reporting on perinatal mental health screening remains insufficient (<10%).

CONCLUSIONS

The results of the research showed that examples of good practices from abroad and the development and upgrading of databases can significantly contribute to improving support for vulnerable families in the early period of child development. Data analysis provided better

insight into the work of the maternity service and opened opportunities for further development of competencies, especially in the area of identifying mental distress. Challenges such as limited data connectivity, inconsistent reporting and lack of accessibility of postpartum mental health support indicate the need for further strengthening of the system and closer cooperation between health and social services.

SIMBOLI IN KRATICE

eSZBO – elektronsko spremljanje zunajbolnišničnih obravnav

ITM – Indeks telesne mase

NIJZ - Nacionalni inštitut za javno zdravje

OIO - Obremenjujoče izkušnje v otroštvu (ang. Adverse Childhood Experiences, ACE)

OR – Razmerje obetov (ang. odds ratio)

PIS RS – Perinatalni informacijski sistem Republike Slovenije

PZV – Patronažno zdravstveno varstvo

SURS – Statistični urad Republike Slovenije

SZBO_NOST – Podatkovna zbirka spremljanja obravnav v nosečnosti

SZBO_PATR – Podatkovna zbirka spremljanja obravnav patronažnega zdravstvenega varstva

SZO – Svetovna zdravstvena organizacija (ang. World Health Organization, WHO)

UVOD

Obdobje prvih 1000 dni, ki zajema čas od spočetja do dopolnjenega drugega leta starosti, predstavlja kritično obdobje razvoja, kjer se oblikujejo temelji zdravja in dobrega počutja skozi vse življenje. V tem času poteka intenziven telesni in nevrološki razvoj, oblikujejo se temelji za čustveno in socialno zrelost ter psihično zdravje ter sposobnost za obvladovanje stresa. Dejavniki, ki delujejo v obdobju prvih 1000 dni tako določajo zdravstvene, kognitivne in socialne izide v kasnejših življenjskih obdobjih, pri čemer neugodni pogoji povečujejo tveganje za nekatere kronične bolezni in zasvojenosti (1–4). Raziskave kažejo, da lahko dejavniki, kot so kakovost zdravstvene oskrbe, duševno zdravje staršev ter socialno okolje, dolgoročno vplivajo na tveganje za kronične bolezni, učno uspešnost in celo ekonomsko produktivnost (5–8). Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) poudarja, da je vlaganje v prvo obdobje življenja ena najučinkovitejših javnozdravstvenih strategij, saj omogoča zmanjševanje neenakosti v zdravju ter krepitev socialne kohezije (9).

V tem okviru je pomembno razumevanje obremenjujočih izkušenj v otroštvu (OIO, angl. Adverse Childhood Experiences, ACE), ki predstavljajo enega ključnih socialnih determinant zdravja. Prva raziskava Felitti in sod. (10), izvedena v devetdesetih letih prejšnjega stoletja na vzorcu več kot 17.000 odraslih, je pokazala močno povezavo med izpostavljenostjo OIO in tveganjem za kronične bolezni, duševne motnje ter krajšo življenjsko dobo. V koncept OIO so bile zajete različne oblike zlorabe in zanemarjanja ter disfunkcionalne razmere v družini (nasilje med starši, duševne bolezni, zasvojenosti, razveze, zaporna kazen starša). Kasnejše raziskave pa koncept OIO uporabljajo širše ter vključujejo tudi druge neugodne življenjske okoliščine, kot so revščina, diskriminacija in izpostavljenost nasilju v skupnosti (11).

Otroci, ki so izpostavljeni OIO, pogosteje razvijejo občutke strahu, negotovosti in ogroženosti, kar vodi v disregulacijo stresnega odziva. Dolgotrajna aktivacija stresnih sistemov povzroči tako imenovani toksični stres, ki vpliva na nevrološki, endokrini in imunski sistem (3,12). Posledično se povečuje tveganje za vedenjske motnje, slabši šolski uspeh, zasvojenosti, kronične telesne bolezni, depresijo in anksiozne motnje (8).

Raziskave so pokazale, da tveganja naraščajo eksponentno s številom OIO. Posamezniki s štirimi ali več OIO imajo bistveno večjo verjetnost za neugodne zdravstvene izide in krajšo pričakovano življenjsko dobo, v povprečju za 20 let (10,13). V Sloveniji so OIO prav tako zelo razširjene. Panelna raziskava iz leta 2019 je pokazala, da je 76,5 % odraslih poročalo o vsaj eni OIO, 27,3 % pa o štirih ali več (14). Najpogosteje so anketiranci poročali o čustvenem in fizičnem nasilju ter o podpovprečnem materialnem položaju v otroštvu. Ti podatki kažejo, da revščina in socialna izključenost predstavljata pomembna dejavnika tveganja, saj povečata verjetnost za kopičenje OIO in s tem za neugodne zdravstvene izide (15).

Poseben izziv predstavlja medgeneracijski prenos OIO. Starši, ki so bili sami izpostavljeni neugodni izkušnji v otroštvu, imajo večjo verjetnost, da bodo preko vedenjskih vzorcev in fizioloških odzivov svoje izkušnje prenesli na potomce (16). Dokazi kažejo tudi na epigenetske mehanizme, ki lahko povežejo starševsko travmo z odzivom na stres pri otroku (17). Kljub temu negativni izidi niso neizogibni. Pomembno vlogo imajo varovalni dejavniki in odpornost, ki lahko ublažijo posledice (18).

Zaradi visoke prevalence in obsežnih posledic OIO predstavljajo pomemben javnozdravstveni problem. Mednarodne in nacionalne raziskave potrjujejo, da lahko zgodnje intervencije, ki podpirajo družine, krepijo starševske kompetence in zmanjšujejo izpostavljenost otrok OIO, dolgoročno zmanjšajo breme kroničnih bolezni ter duševnih stisk (8,19). Podpora staršem v zgodnjem obdobju je tako ključna strategija za preprečevanje neenakosti v zdravju in spodbujanje zdravega razvoja otrok.

Projekt Prvih 1000 dni izhaja iz teh spoznanj. Osredotoča se na analizo potreb nosečnic in družin z majhnimi otroki, na prepoznavanje dejavnikov tveganja ter na pregled obstoječih oblik podpore v zdravstvenem in socialnem sistemu. S tem se vzpostavlja empirična podlaga za prihodnje ukrepe, ki bodo namenjeni preprečevanju negativnih posledic OIO, krepitvi telesnega in duševnega zdravja ter zmanjševanju neenakosti v zdravju. V tem kontekstu se vse bolj uveljavlja koncept celostne obravnave, ki presega tradicionalne zdravstvene intervencije in vključuje tudi socialno podporo, psihološko svetovanje in programe krepitve starševskih kompetenc. Poudarek na zgodnjem obdobju tako postaja ključni del sodobnih politik javnega zdravja, ki prepoznavajo, da so prve izkušnje v življenju temelj zdravja in blaginje skozi celotno življenjsko obdobje.

Analiza stanja temelji na uporabi obstoječih nacionalnih podatkovnih zbirk, ki omogočajo vpogled v ključne kazalnike zdravja, socialnega okolja in neenakosti. Takšen pristop zagotavlja celovitejše razumevanje potreb ciljnih skupin ter omogoča oblikovanje ukrepov, ki so utemeljeni na dokazih in prilagojeni dejanskim razmeram v populaciji.

Breme bolezni, povezanih z OIO v Sloveniji: pomen zgodnje preventive

Slovenska raziskava o obremenjujočih izkušnjah v otroštvu (14,20) je pokazala, da je kar 76,5 % odraslih poročalo o vsaj eni OIO, več kot četrtina (27,3 %) pa o štirih ali več. Najpogosteje so bili anketiranci izpostavljeni čustvenemu in fizičnemu nasilju ter podpovprečnemu materialnemu položaju v otroštvu. Udeleženci s štirimi ali več OIO so imeli do trikrat višje tveganje za bolezni ščitnice, revmatoidni artritis, migrene, srčne bolezni in kronične bolečine v hrbtenici ali sklepah v primerjavi z osebami brez OIO. Rezultati so potrdili tudi izrazite razlike glede na socialno-ekonomski položaj. Večje breme OIO je bilo prisotno pri nižje izobraženih, revnejših in socialno izključenih skupinah prebivalstva.

Takšni podatki jasno kažejo, da OIO pomembno prispevajo k bremenu kroničnih bolezni in k poglabljanju neenakosti v zdravju v Sloveniji. Čeprav raziskava temelji na retrospektivnem poročanju odraslih, so ugotovljene povezave jasne: posledice izpostavljenosti OIO se uresničujejo skozi celotno življenjsko obdobje in povečujejo obremenitev zdravstvenega sistema.

Zato je pomen zgodnje preventive izjemen. Pravočasno prepoznavanje ranljivih družin ter ustrezna podpora nosečnicam in staršem v prvih letih otrokovega življenja lahko preprečita nastanek ali zmanjšata intenzivnost OIO. S tem ne zmanjšujemo le bremena kroničnih bolezni v odraslosti, temveč dolgoročno prispevamo k boljšemu duševnemu zdravju, večji socialni koheziji in zmanjšanju stroškov zdravstvenega sistema.

Značilnosti slovenskega zdravstvenega sistema v obdobju prvih 1000 dni

Ginekologija na primarni ravni, spremljanje nosečnic

Zdravstveno varstvo nosečnic na primarni ravni je v Sloveniji dobro organizirano. Vodenje nosečnosti vključuje redne preventivne preglede, ki so opredeljeni v Pravilniku o izvajanju preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Pravilnik) (21). Ti pregledi zajemajo klinično spremljanje nosečnice, laboratorijske in ultrazvočne preiskave ter presejalne teste za zgodnje odkrivanje zapletov. Preventivni pregledi vključujejo tudi preverjanje zdravstvenih dejavnikov tveganja in življenjskega sloga, ki lahko vplivajo na potek nosečnosti in razvoj ploda. V primeru ugotovljenih tveganj ali zapletov izbrani ginekolog nosečnico napoti na specialistično obravnavo ali v porodnišnico.

Z nadgradnjo Pravilnika leta 2023 je del sistematične obravnave nosečnic in otročnic postalo tudi presejanje duševnega zdravja. Vključeni so presejalni testi za depresijo, anksioznost, nasilje v partnerskih odnosih ter uporabo alkohola, nikotina in prepovedanih drog. Presejanje se izvaja ob prvem pregledu nosečnice, ki je priporočljiv do 12. tedna, nato pa ponovno v 24. in 32. tednu nosečnosti ter ob poporodnem pregledu približno šest tednov po porodu (22,23). Uporabljajo se naslednji vprašalniki:

- Whooleyjevi vprašanja za prepoznavanje depresije,
- EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) – Edinburška lestvica poporodne depresije,
- GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder Scale) – kratka lestvica za anksioznost,
- NADO – presejalni vprašalnik za nasilje, alkohol, droge in odvisnosti,
- WAST (Woman Abuse Screening Tool) – vprašalnik za zaznavanje nasilja v partnerskem odnosu.

Namen presejanja je prepoznavanje ranljivih skupin nosečnic, predvsem tistih z duševnimi težavami, in napotitev na nadaljnjo obravnavo, torej k psihiatru, kliničnemu psihologu, socialnemu delavcu ali drugemu strokovnjaku. Rezultati presejanja se od leta 2023 tudi beležijo v nacionalnem informacijskem sistemu SZBO-NOST, kar omogoča enotno spremljanje in boljše razumevanje pojavnosti duševnih težav v perinatalnem obdobju. Poročanje v informacijski sistem za zdaj še ni obvezno.

Priprava na porod in starševstvo

Priprava na porod in starševstvo je del preventivnega zdravstvenega varstva, namenjen opolnomočenju bodočih staršev za obdobje nosečnosti, poroda in zgodnjega starševstva. Programi potekajo v obliki organiziranega tečaja za starše, ki jih izvajajo zdravstveni delavci in so dostopni nosečnicam ter njihovim partnerjem. Podatek o udeležbi nosečnice na tečaju se sistematično beleži ob sprejemu porodnice v porodnišnico in je del Perinatalnega informacijskega sistema Republike Slovenije (P₁S RS).

Patronažno zdravstveno varstvo

Patronažno zdravstveno varstvo (PZV) je sestavni del primarnega zdravstvenega sistema in ima pomembno vlogo pri zagotavljanju preventivne obravnave nosečnic, otročnic, novorojenčkov, dojenčkov in otrok do tretjega leta starosti. Zanj je temeljni terenski koncept dela na geografsko opredeljenem območju z družinsko obravnavo pacientov v vseh življenjskih obdobjih in v njihovem domačem okolju. Usmerjeno je predvsem v obravnavo geografsko opredeljenega terenskega območja kot celote, s tem pa tudi v obravnavo posameznika, družine in skupnosti v njihovem življenjskem okolju (48). Diplomirane medicinske sestre v PZV kot družinske medicinske sestre znajo upoštevati celotno sliko skupnosti in kulturnega konteksta, v katerem živi posamezna družina ter odnose med družinskimi člani (49). So koordinatorice vseh oblik pomoči na domu in vez med posameznikom in njegovim osebnim zdravnikom (50). Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje PZV kot posebno obliko zdravstvenega varstva, ki zajema aktivno zdravstveno in socialno varstvo posameznika, družine in skupnosti, ki so zaradi bioloških lastnosti ali določenih obolenj posebno občutljivi na vplive okolja (51). Njegov namen je obravnavati posameznikov, družin in lokalne skupnosti ter zgodnje odkrivanje morebitnih zdravstvenih, socialnih ali družinskih tveganj, ki bi lahko vplivala na razvoj otroka in dobrobit družine. Rešitve išče v povezovanju z drugimi izvajalci zdravstvene dejavnosti na primarni ravni kot tudi z lokalno skupnostjo in nevladnimi organizacijami (52).

Ogrodje za izvajanje preventivnih obravnav v PZV predstavlja Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (53). V njem so za obdobje prvih 1000 dni opredeljene obravnave nosečnice, otročnice, novorojenčka, dojenčka in otroka v 2. in 3. letu starosti. V nosečnosti je predvidena obravnavo v zadnjem trimesečju, novorojenčku/dojenčku pripada šest rednih preventivnih obravnav do enega leta starosti in otročnici dve. Pravilnik določa, da se mora obravnavo novorojenčka izvesti v 24 urah po odpustu iz porodnišnice. Po ena obravnavo se izvede še v 2. in 3. letu starosti otroka. V okviru projektov Model skupnostnega pristopa krepitve zdravja in zmanjševanja neenakosti v lokalnih skupnostih (2017–2020) (54) in Krepitev zdravja za vse (2018–2019) (55) se je pripravila nadgradnja preventivnih obravnav v PZV, ki se od leta 2021 izvajajo na vseh terenskih območjih. Pri obravnavah otročnice novorojenčka in dojenčka je posodobljena časovnica preventivnih obiskov, dodane so nove vsebine in možnost dodatnih preventivnih obiskov (stopnjevanje intervencije) za ranljivejšo populacijo otročnic in dojenčkov oziroma družin na podlagi prepoznavanja „kriterijev ranljivosti“ (56). Del preventivne obravnave otročnice je tudi ugotavljanje tveganja za obporodno depresijo. Ob ugotovljenih kriterijih ranljivosti so možni še do 3 dodatni obiski ob prisotnih ranljivostih in 2 dodatna obiska ob povečanem tveganju za depresijo (57).

V okviru preventivnih obravnav medicinska sestra v PZV opravi celovito oceno zdravstvenega stanja posameznika (nosečnice otročnice, novorojenčka, dojenčka, malega otroka) in družine, bivalnih pogojev ter morebitnih kriterijev ranljivosti. Obravnave izvaja v skladu z Navodilom za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev v PZV s prilogami (Priporočena časovna shema za izvedbo preventivnih obravnav otročnice ter novorojenčka/dojenčka, vprašalnik EPDS z navodili za točkovanje, Seznam kriterijev ranljivosti, Sezname za preverjanje varnosti doma, Vprašalnik Družina in problemi v družini, Vprašalnik Družinski Apgar I), ter obrazci za beleženje obravnav (58). Ocena temelji na strokovni presoji, pogovoru z družino in opazovanju

življenjskih okoliščin. Podatki se beležijo v enoten informacijski sistem (eSZBO_PATR), kar omogoča natančen vpogled in analizo izvedenih obravnav v PZV.

Pedriatrija na primarni ravni

Na primarni ravni zdravstveno varstvo otrok v Sloveniji izvajajo izbrani pediatri. Del sistematičnih pregledov, ki je opredeljen s Pravilnikom o izvajanju preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, so poleg spremljanja rasti in razvoja otroka ter svetovanje staršem glede dojenja, cepljenja, varne nege in spodbujanja zgodnjega učenja, tudi ocena nevrološkega in psihosocialnega razvoja. Na nacionalnem nivoju nimamo vzpostavljenega enotnega sistema oziroma centralizirane baze podatkov, ki bi omogočala zbiranje in analizo podatkov iz primarne ravni.

Socialno varstvo

Socialno delo je v obdobju nosečnosti in prvih mesecih po porodu pomemben del sistema podpore družini. Na ravni centrov za socialno delo se izvajajo naloge, povezane z uveljavljanjem denarne socialne pomoči, otroških dodatkov, starševskih nadomestil ter dostopa do različnih oblik pomoči in podpore. Posebno vlogo ima socialno delo pri obravnavi družin, ki živijo v neugodnih socialno-ekonomskih razmerah, so izpostavljene nasilju, zasvojenostim ali drugim oblikam ranljivosti. Socialno delo v tem primeru nudi različne oblike zaščite otrok v primeru, da starši zaradi različnih okoliščin ne morejo ustrezno poskrbeti zanje. Gre bodisi za vključevanje rejniške družine ali druge oblike zaščite otrok, kot so krizne namestitve in začasne institucionalne namestitve, ki se uporabijo ob nujni odstranitvi otroka iz ogrožajočega okolja. Ti ukrepi dopolnjujejo podporo družinam v stiski ter zagotavljajo varno, stabilno in strokovno podprto okolje v obdobjih, ko otroci ne morejo ostati doma.

Strokovnjaki s področja duševnega zdravja

Vloga podpore duševnemu zdravju v obdobju nosečnosti in prvih let otrokovega življenja je v slovenskem zdravstvenem sistemu čedalje bolj prepoznana. Vključuje sodelovanje različnih strokovnjakov, med katerimi imajo osrednjo vlogo psihologi in psihiatri predvsem, če se že v nosečnosti, med porodom ali v poporodnem obdobju odkrije duševna stiska matere (npr. depresija, anksioznost, poporodna psihoza, odvisnost, izkušnja nasilja). Njihovo delo je usmerjeno v obravnavo duševnih stisk pri nosečnicah in tudi starših otrok na osnovi napotitve s strani izvajalcev primarnega ali sekundarnega zdravstvenega varstva. Zaradi presejalnih testiranj in zgodnjega odkrivanja obporodnih duševnih težav je pričakovati večje potrebe, zato je pomembna dobra strokovna povezanost, hitra obravnava in minimalna čakalna doba.

V tabeli 1 so prikazane preventivne zdravstvene obravnave v obdobju nosečnosti in prvih let po porodu, tako za mamo kot otroka, ki so predvidene v slovenskem zdravstvenem sistemu.

Tabela 1: Pregled rednih preventivnih zdravstvenih obravnav za ciljne skupine

Obdobje	Patronaža	Ginekolog	Pediatr	Priprava na porod in starševstvo	Socialna služba
Nosečnica	1 obisk v zadnjem trimesečju nosečnosti	10 preventivnih pregledov nosečnice, prvi pregled pred 12. tednom nosečnosti		Prvo srečanje 12.-18. teden nosečnosti Nadaljevanje 28.-35. teden nosečnosti	Svetovanje in pomoč socialne delavke v porodnišnici, povezava s CSD ob socialnih stiskah.
Otročnica in novorojenček ter dojenček	4 obiski otročnica (2 + 2 dodatna ob ugotovljenih kriterijih ranljivosti*) 9 obiskov novorojenček/dojenček (6 + 3 dodatni ob ugotovljenih kriterijih ranljivosti*)	Pregled otročnice pri ginekologu	Pregled novorojenčka v porodnišnici 5 preventivnih pregledov dojenčka 2 namenska pregleda dojenčka		obvezna vključitev CSD ob zaznani ogroženosti; možnost rejništva, krizne namestitve.
Otrok v 2. in 3. letu starosti	1 obisk otroka v 2. letu starosti 1 obisk otroka v 3. letu starosti		2 preventivna pregleda predšolskega otroka pri pediatru, vključno s psihološkim testom		Spremljanje družine preko CSD ob obstoječi ogroženosti; programi za krepitev starševskih kompetenc.

**Ugotovljeno povečano tveganje za poporodno depresijo (pozitiven presejalni test) ali kriteriji ranljivosti pri otročnici, novorojenčku in dojenčku ali v družini, ki so določeni v protokolu obravnave.*

Ranljivost v Sloveniji: pogostost slabših socialno-ekonomskih in družinskih razmer

Definicija ranljivosti

V sistemu patronažnega zdravstvenega varstva Slovenije se ranljivost opredeljuje na podlagi enotne metodologije Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ), ki določa kriterije za beleženje socialno-ekonomskih, zdravstvenih in družinskih okoliščin ob obisku p medicinske sestre v PZV. Namen spremljanja je pravočasno prepoznavanje družin z večjim tveganjem za neugodne zdravstvene in socialne izide ter usmerjanje k ustreznim podporam.

Ranljivosti so razdeljene v tri glavne skupine (NIJZ, metodološka navodila Spremljanje patronažnega zdravstvenega varstva, SZBO_PATR)(59):

Ranljivosti vezane na mater (otročnico/nosečnico): mlajša od 20 let, priseljenka (v Sloveniji <1 leto ali brez znanja jezika), neudeležba v šoli za starše, posebne potrebe ali učne težave, nizka izobrazba, kronične bolezni, bolezni odvisnosti, duševne motnje, pozitiven presejalni test na poporodno depresijo, težave z dojenjem.

Ranljivosti vezane na otroka (dojenčka): nedonošenost (< 34. teden), nizka porodno teža ob terminu, prirojene anomalije ali kronične bolezni, težave pri dojenju/hranjenju, zlatenica, podaljšano celjenje popka.

Ranljivosti vezane na družinsko okolje: huda socialno-ekonomska stiska, neustrezni bivalni pogoji, enostarševska družina ali smrt partnerja, partnerjeva zasvojenost ali duševna bolezen, nasilje v družini, nedavna smrt ali huda bolezen družinskega člana, skrb za dojenčka s strani drugega družinskega člana zaradi materine bolezni ali smrti.

Vsaka posamezna ranljivost lahko sama po sebi vpliva na razvoj otroka in dobrobit družine, še pomembnejše pa je, da te okoliščine pogosto nastopajo sočasno in učinkujejo medsebojno, kar močno povečuje tveganja za neugodne zdravstvene in socialne izide. Ranljivosti kot jih opredeljuje NIJZ, so prikazane v tabeli 2.

Viri podatkov in analitični okvir

Podatki o ranljivostih se zbirajo v okviru primarnega zdravstvenega varstva v PZV. Medicinske sestre v PZV ob obiskih na domu sistematično beležijo prisotnost ranljivosti pri otročnici, dojenčku in družini. Ob vsakem obisku na domu medicinska sestra v PZV oceni, ali so prisotne katere od definiranih ranljivosti. To stori na podlagi pogovora z družino, opazovanja življenjskih razmer in lastne strokovne presoje. Možno je hkrati označiti več ranljivosti pri isti družini. Če se v času nadaljnjih obiskov pojavi nova okoliščina tveganja, se to lahko dodatno zabeleži. Beleženje poteka po enotnih metodoloških navodilih, ki jih pripravlja NIJZ, podatki pa se vnašajo v enotni informacijski sistem, ki omogoča spremljanje in analizo podatkov na področju celotne države. Podatkovna zbirka Spremljanje patronažnega zdravstvenega varstva (SZBO_PATR) tako omogoča spremljanje razširjenosti posameznih ranljivosti ter njihovih kombinacij v celotni populaciji.

Tabela 2: Kriteriji ranljivosti (60)

Nosečnica/otročnica	
1.	Starost manj kot 20 let
2.	Priseljenka (v Sloveniji manj kot 1 leto oziroma se ne sporazumeva v slovenskem jeziku)
3.	Ženska, ki ni nikoli obiskovala Priprave na porod in starševstvo
4.	Ženska s posebnimi potrebami (slepa, slabovidna, gluha, gibalno ovirana, ...)
5.	Ženska z učnimi težavami, ne pismena, duševno manj razvita (končana ali nedokončana največ osnovna šola ali šol)
6.	Ženska s kronično boleznijo ali drugimi bolezenskimi stanji, ki vplivajo na možnost skrbi zase in novorojenčka
7.	Ženska z boleznijo zasvojenosti (nedovoljene droge, alkohol, psihotropna zdravila in druge oblike)
8.	Ženska z drugo znano duševno boleznijo (shizofrenija, bipolarna motnja, depresija, generalizirana anksiozna motnja, id
9.	Ženska s pozitivnim rezultatom na presejalnem testu za poporodno depresijo (rezultat EPDS 10 ali več)
10.	Ženska z drugimi težavami v duševnem zdravju
11.	Ženska, ki ni uspela vzpostaviti dojenja, oziroma je prenehala dojiti prej kot 6 tednov poporodu
Otrok	
12.	Nedonošenček rojen pred 37. tednom gestacije
13.	Otrok z nizko porodno težo ob terminu - zahiranček (< 2500 g pri 37.tednih gestacije ali več)oziroma ustrezna diagnoza
14.	Otrok s prirojeno anomalijo, kronično boleznijo ali trajno prizadetostjo (genetske bolezni, cerebralnaparaliza, ...)
15.	Zakasnelo celjenje popka (pordel, zagnojen popek,...)
16.	Zlatenica oziroma sum na zlatenico
17.	Težave pri vzpostavljanju dojenja oz. pri dojenju pri otroku brez zdravstvenih posebnosti
18.	Ne pridobivanje na teži
Družinske okoliščine	
19.	Družina v hudi socialno-ekonomski stiski (prejemniki denarne socialne pomoči, prejemniki pomoči RK, Karitas, ZPM in drugih nevladnih organizacij,...)
20.	Neustrezni bivalni pogoji (elektrika, voda, ogrevanje, vlaga, prenatrpanost)
21.	Ženska, ki ni v partnerski zvezi, smrt partnerja
22.	Partner z boleznijo zasvojenosti ali drugo neurejeno duševno boleznijo
23.	Nasilje v družini (že znana situacija ali sum na nasilje v družini)
24.	Nedavna smrt družinskega člana ali huda bolezen v družini
25.	Oče ali drug družinski član, ki skrbi za dojenčka (v primeru hude bolezni ali smrti matere)

NAMEN IN CILJI PROJEKTA

Namen: Prepoznati značilnosti, potrebe in obstoječe vire podpore nosečnicam ter družinam z otroki do tretjega leta starosti, z namenom priprave podlage za nadaljnje ukrepanje in razvoj ustreznih programov zgodnje pomoči.

Cilji:

1. Izvesti analizo stanja na področju podpore nosečnicam in družinam z majhnimi otroki v Sloveniji.
2. Ugotoviti število družin, ki sodijo v ciljno populacijo, ter pregledati razpoložljive podatke o njihovem telesnem in duševnem zdravju ter socialnem položaju.
3. Analizirati delo patronažne službe na terenu – koliko družin dosežejo, katere potrebe zaznavajo in s kakšnimi izzivi se srečujejo.
4. Pregledati organizacijo zdravstvenega varstva in socialnega varstva na področju zgodnje pomoči nosečnicam in družinam z otroki do tretjega leta starosti.
5. Pripraviti priporočila za nadaljnje korake in možnosti oblikovanja multidisciplinarnih mobilnih timov ter izobraževanja kadra v prihodnje.

METODOLOGIJA

Raziskava predstavlja presečno epidemiološko študijo, temelječo na podatkih nacionalnih podatkovnih zbirk NIJZ za obdobje 2023-2024.

Iz podatkovnih zbirk spremljanja obravnav patronažnega varstva (SZBO_PATR), nosečnosti (SZBO_NOST) in Perinatalnega informacijskega sistema Republike Slovenije so se za leto 2023 analizirale spremenljivke, ki opredeljujejo socialno-ekonomske značilnosti nosečnic in žensk po porodu, posebnosti življenjskega sloga in izide nosečnosti, v povezavi s kriteriji ranljivosti. V patronažnem varstvu so se na podlagi poročanja o ranljivostih v času nosečnosti predvsem pa po porodu analizirali podatki o zdravstveno-socialnih problemih ter vprašalniki EPDS za depresijo. Analizirali so se tudi podatki, ki jih poročajo ginekološke ambulate na primarnem nivoju o preseganju nosečnic na depresijo (Whooley in EPDS), anksioznost (GAD-2) in nasilje (WAST) z vprašalniki. Dejavniki tveganja v nosečnosti so se analizirali v povezavi z zapleti med nosečnostjo in porodom (prezgodnji porod, preeklampsija ali hipertenzija v nosečnosti, diabetes, carski rez, porodna teža pri otroku ter primernost za gestacijsko starost, ocena po Apgarjevi po 5 in 10 minutah, oživljanje, premestitev na intenzivno nego) ter v povezavi s socialnimi dejavniki (stopnja izobrazbe, zaposlenost, zakonski stan, izobrazba očeta, BMI, kadilka).

Za statistično obdelavo podatkov je bil uporabiljen računalniški program SPSS 25. Statistična značilnost povezav je preverjena s pomočjo multivariatne analize.

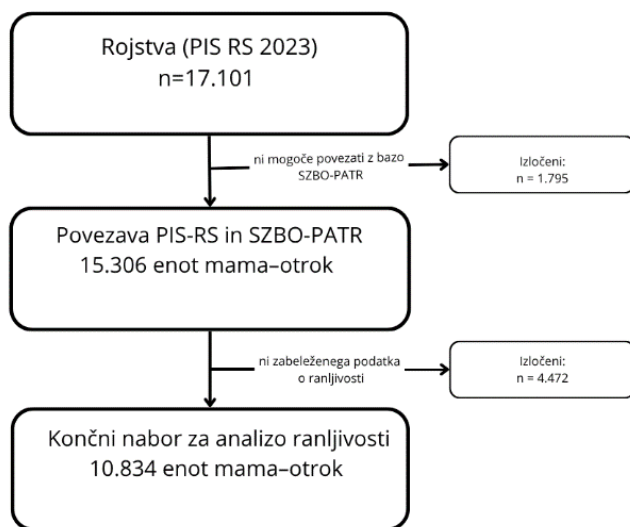
Ciljna skupina: nosečnice, otročnice in družine z otroki do tretjega leta starosti, pri katerih so prisotne ena ali več okoliščin tveganja, opredeljene kot kriteriji ranljivosti, v patронаžnem zdravstvenem varstvu. Med njih sodijo zdravstvene težave matere ali otroka, socialno-ekonomske stiske ter neugodne družinske razmere, ki lahko vplivajo na zgodnji razvoj otroka.

REZULTATI

Analiza ranljivosti

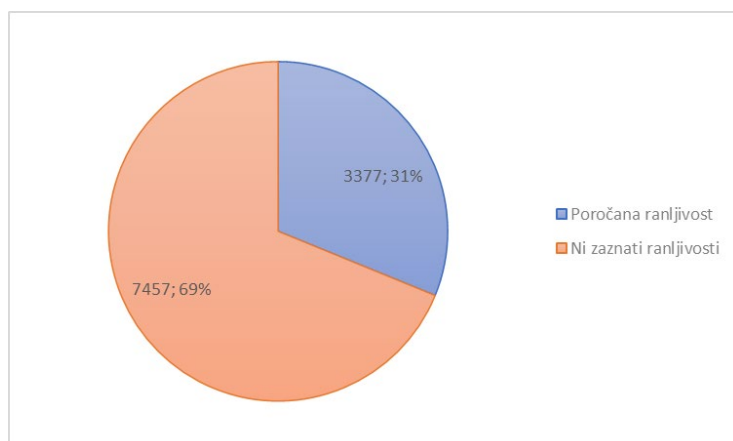
V letu 2023 je bilo po podatkih PIS RS v Sloveniji zabeleženih 17.101 rojstev. Na osnovi enotnega identifikatorja matere (EMŠO) je bilo mogoče povezati podatke iz PIS RS ter zbirke SZBO-PATR za 15.306 mater z otrokom, kar predstavlja 89,5 % vseh zapisov. Med povezanimi zapisi je bil podatek o ranljivosti vnesen pri 10.834 materah z otrokom, kar predstavlja 70,8 % zapisov, pri katerih je bila vzpostavljena povezava med obema zbirkama, oziroma 63,4 % vseh rojenih otrok v letu 2023 (Slika 1).

Slika 1: Shema povezovanja podatkov in vključitve matere z otrokom v analizo (flow chart)



Analiza ranljivosti zato temelji na podskupini 10.834 mater z otrokom, pri katerih je bila uspešno izvedena povezava podatkov in je bil s strani patронаžne službe poročan podatek o ranljivosti. Vse nadaljnje analize v poročilu se nanašajo na to podskupino. Pri 7.457 materah z otrokom ni bilo zabeležene nobene ranljivosti, pri 3.377 pa je bila zabeležena ena ali več ranljivosti (Slika 2). Vseh poročanih ranljivosti je bilo 4.928, pri 2.303 otročnicah je bila poročana ena ranljivost, pri 750 dve, pri 252 tri ranljivosti in pri 72 več kot 3 ranljivosti. Porazdelitev števila poročanih ranljivosti je prikazana na sliki 3.

Slika 2: Delež mater z otrokom glede na prisotnost ranljivosti (Slovenija, 2023)



Slika 3: Porazdelitev mater z otrokom glede na število poročanih ranljivosti (Slovenija, 2023)

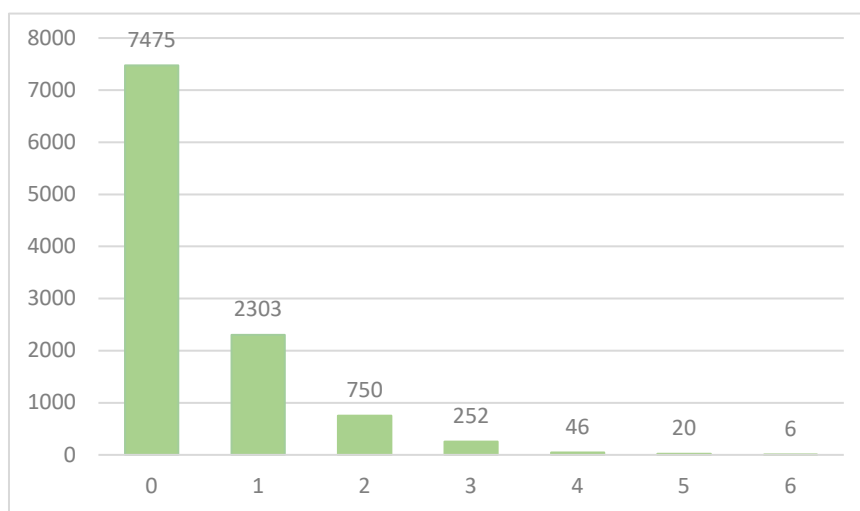


Tabela 3 prikazuje porazdelitev posameznih kategorij ranljivosti, zabeleženih v povezanih zapisih PIS RS in SZBO-PATR ($n = 10\,834$). V zadnjem stolpcu so prikazane teoretične vrednosti, ki ponazarjajo, koliko primerov posamezne ranljivosti bi pričakovali, če bi bili podatki na voljo za celotno populacijo rojstev v letu 2023 ($n = 17\,101$). Te vrednosti so zgolj orientacijske ocene, saj temeljijo na predpostavki, da je struktura ranljivosti v analizirani podskupini enaka kot v celotni populaciji. Ker so v analizo vključene le matere z otrokom, kjer je bila uspešno izvedena povezava in zabeležen podatek o ranljivosti, lahko dejanska razporeditev v populaciji nekoliko odstopa. Kljub temu pa teoretični izračun omogoča boljšo predstavbo o obsegu in potencialnem javnozdravstvenem pomenu posameznih ranljivosti na ravni vseh rojstev v Sloveniji. Večina zabeleženih ranljivosti se nanaša na zdravstvene dejavnike, zlasti na težave, povezane z dojenjem, rastjo in zdravstvenim stanjem novorojenčka. Socialne in psihološke oblike ranljivosti (npr. socialno-ekonomska stiska, duševne motnje, nasilje v družini) so bile zabeležene bistveno redkeje. To kaže, da so ranljivosti, ki jih patronažne službe najpogosteje prepoznajo in evidentirajo, predvsem zdravstvene narave ter neposredno povezane z otrokom.

Tabela 3: Število in delež ranljivosti, ki so bile poročane ter ocena števila ranljivosti za populacijo ob predpostavki, da je struktura ranljivosti enaka (Slovenija, 2023)

	Ranljivost	Št. poročenih	Delež	Ocena
1.	Starost manj kot 20 let	61	1.3%	96
2.	Priseljenka (v Sloveniji manj kot 1 leto oziroma se ne sporazumeva v slovenskem jeziku)	488	10.0%	770
3.	Ženska, ki ni nikoli obiskovala Priprave na porod in starševstvo	646	13.2%	1020
4.	Ženska s posebnimi potrebami (slepa, slabovidna, gluha, gibalno ovirana, ...)	15	0.3%	24
5.	Ženska z učnimi težavami, ne pismena, duševno manj razvita (končana ali nedokončana največ osnovna šola ali šol	31	0.6%	49
6.	Ženska s kronično boleznijo ali drugimi bolezenskimi stanji, ki vplivajo na možnost skrbi zase in novorojenčka	75	1.5%	118
7.	Ženska z boleznijo zasvojenosti (nedovoljene droge, alkohol, psihotropna zdravila in druge oblike)	7	0.1%	11
8.	Ženska z drugo znano duševno boleznijo (shizofrenija, bipolarna motnja, depresija, generalizirana anksiozna motnja)	44	0.9%	70
9.	Ženska s pozitivnim rezultatom na presejalnem testu za poporodno depresijo (rezultat EPDS 10 ali več)	21	0.4%	33
10.	Ženska z drugimi težavami v duševnem zdravju	48	1.0%	76
11.	Ženska, ki ni uspela vzpostaviti dojenja, oziroma je prenehala dojit prej kot 6 tednov po porodu	224	4.6%	354
12.	Nedonošenček rojen pred 37. tednom gestacije	259	5.3%	409
13.	Otrok z nizko porodno težo ob terminu - zahiranček (< 2500 g pri 37.tednih gestacije ali več oziroma ustrezna diagnoza	109	2.2%	172
14.	Otrok s prirojeno anomalijo, kronično boleznijo ali trajno prizadetostjo (genetske bolezni, cerebralna paraliza, ...)	50	1.0%	79
15.	Izrazitejše težave pri dojenju zaradi otrokovih zdravstvenih posebnosti	94	1.9%	148
16.	Družina v hudi socialno-ekonomski stiski (prejemniki denarne socialne pomoči, prejemniki pomoči RK, Karitas, ZPM in d	33	0.7%	52
17.	Neustrezni bivalni pogoji (elektrika, voda, ogrevanje, vlaga, prenatrpanost)	47	1.0%	74
18.	Ženska, ki ni v partnerski zvezi in nima druge ustrezne socialne opore	12	0.2%	19
19.	Partner z boleznijo zasvojenosti ali drugo neurejeno duševno boleznijo	2	0.0%	3
20.	Nasilje v družini (že znana situacija ali sum na nasilje v družini)	5	0.1%	8
21.	Nedavna smrt družinskega člana ali huda bolezen v družini	29	0.6%	46
22.	Oče ali drug družinski član, ki skrbi za dojenčka (npr. zaradi bolezni ali smrti matere)	1	0.0%	2
23.	Zakasnelo celjenje popka (pordel, zagnojen popek,...)	191	3.9%	302
24.	Zlatenica oziroma sum na zlatenico	599	12.3%	946

25.	Težave pri vzpostavljanju dojenja oz. pri dojenju pri otroku brez zdravstvenih posebnosti	1323	27.1%	2088
26.	Ne pridobivanje na teži	465	9.5%	734
	Skupaj	4879	100.0%	7703

Socialno-zdravstvene ranljivosti mater

V nadaljevanju smo se osredotočili samo na socialno in zdravstveno pomembne ranljivosti mater (kriteriji 1 –11 in 16 – 22), zato smo iz analize izločili tiste, ki se nanašajo bodisi na klinične posebnosti poroda oziroma novorojenčka (rojstvo pred dopolnjenim 37. tednom starosti, nizka porodna teža ob terminu, otrok s prirojeno anomalijo, kronično boleznijo ali trajno prizadetostjo, težave z dojenjem pri otrocih z zdravstvenimi težavami, zakasnelo celjenje popka, zlatenica, težave pri dojenju pri zdravih otrocih, ne-pridobivanje telesne teže).

Socialno-zdravstvene ranljivosti so bile ugotovljene pri 1.353 materah z otrokom, kar predstavlja 12,4 % proučevane populacije in 40,1 % vseh ranljivih mater z otrokom. Poročanih je bilo 1.565 ranljivosti. Od tega je najpogostejše poročana ranljivost »Neudeležba na pripravah na porod in starševstvo«. Priseljenske, ki so v Sloveniji manj kot eno leto ali se ne sporazumevajo v slovenskem jeziku, predstavljajo drugo najpomembnejšo skupino socialno-zdravstvenih ranljivosti. Pogoste so psihosocialne ranljivosti, torej tiste, ki se nanašajo na duševno zdravje mater. Manj pogosto so poročane socialne ranljivosti (neustrezni bivalni pogoji in socialno-ekonomska stiska). Ostale ranljivosti so poročane redko (na primer nasilje v družini, partnerjeva zasvojenost, smrt družinskega člana, nizka starost matere).

Zanimala nas je tudi povezava med prisotnostjo socialno-zdravstvene ranljivosti in izbranimi anamnestičnimi podatki, zapleti ter izhodi nosečnosti. Za analizo povezanosti smo uporabili hi-kvadrat test. Poleg p-vrednosti smo izračunali tudi razmerje obetov (OR) in 95-odstotni interval zaupanja. Rezultati so prikazani v tabeli 4. Pri večini kazalnikov so bile razlike med ranljivimi in neranljivimi materami statistično značilne, pri čemer so ranljive matere pogostejše izkazovale neugodne izide.

Tabela 4. Primerjava izbranih perinatalnih in vedenjskih kazalnikov med ranljivimi in neranljivimi materami z otrokom

	Ranljive	Neranljive	OR (95%IZ)	p-vrednost
<i>Anamnestični podatki</i>				
Kajenje v nosečnosti	19,0%	11,5%	1,8 (1,6 - 2,1)	p < 0,01*
ITM nad 30 ob začetku nosečnosti	16,6%	13,8%	1,2 (1,1 - 1,4)	p < 0,01*
<i>Zapleti v nosečnosti</i>				
Gestacijski diabetes	22,7%	22,7%	1,0 (0,9 - 1,1)	p = 0,9
Gestacijska hipertenzija	3,8%	2,8%	1,4 (1,0 - 1,9)	p = 0,03
Preeklampsija v nosečnosti	2,4%	1,3%	1,8 (1,2 - 2,7)	p < 0,01*
<i>Izhodi poroda</i>				
Porod s carskim rezom	25,0%	21,4%	1,2 (1,1-1,4)	p < 0,01*
Prezgodnji porod	9,1%	5,5%	1,6 (1,3 - 2,0)	p < 0,01*

Nizka porodna teža otroka	9,1%	5,0%	1,6 (1,6 - 2,3)	p < 0,01*
Posebna nega otroka v porodnišnici	20,5%	17,7%	1,2 (1,0 - 1,4)	p < 0,01*
Ne dojenje ob odpustu	8,3%	2,3%	3,8 (3,1 - 4,9)	p < 0,01*
Pozitiven EPDS test	7,8%	1,5%	5,4 (3,5 - 8,4)	p < 0,01*

OR – razmerje obetov (odds ratio), IZ – interval zaupanja, * – statistično značilna vrednost

Rezultati kažejo, da imajo ranljive matere v primerjavi z neranljivimi v večini kazalnikov statistično značilno večje tveganje za prekomerno telesno maso (ITM nad 30) ob začetku nosečnosti in so bolj verjetno kadilke. Pri materah z otrokom, ki imajo socialno-zdravstveno ranljivost se pogosteje razvije preeklampsija ali gestacijska hipertenzija, ne pa tudi gestacijski diabetes. Prav tako je pri teh ranljivih materah večji delež porodov s carskim rezom, prezgodnjih porodov in novorojenčkov z nizko porodno težo. Ranljive matere pogosteje porajajo otroke, ki potrebujejo posebno nego v porodnišnici, ter redkeje dojijo ob odpustu iz porodnišnice. Opazno večji delež pozitivnih rezultatov EPDS testa kaže tudi na večjo ogroženost za poporodno depresijo. Ti rezultati potrjujejo, da socialna ranljivost pomembno vpliva na zdravje mater in otrok ter da je zgodnje prepoznavanje ranljivosti ključni element pri načrtovanju ciljno usmerjenih podpornih ukrepov.

Uporaba podatkov eSZBO-NOST za spremljanje presejanja duševnih motenj pri ženskah

V okviru analize smo želeli vključiti tudi podatke iz zbirke SZBO-NOST, ki je relativno nova podatkovna zbirka. Ginekološki dispanzerji na primarni ravni vanjo vnašajo podatke tudi o izvedbi presejanja duševnih motenj pri ženskah in o rezultatih presejalnih testov. Namen je bil preveriti, v kolikšni meri se presejanje izvaja in kakšni so rezultati glede na zaznane ranljivosti.

Analiza je pokazala, da zaradi kratkega obdobja zbiranja podatkov (vnos se je pričel v letu 2023) ter neobveznega poročanja podatki trenutno ne omogočajo oblikovanja zanesljivih zaključkov o izvajanju presejanja. Delež poročenih je manj kot 10% tako za leto 2023 kot leto 2024. V posameznih regijah so bili zabeleženi posamezni vnosi, vendar preveč nepopolni in neskladni za primerjalno obdelavo. Kljub temu zbirka predstavlja pomemben potencialni vir informacij za spremljanje duševnega zdravja žensk v perinatalnem obdobju, zato bo v prihodnje ključno vlagati v izboljšanje kakovosti in popolnosti podatkov ter razmisliti o vzpostavitvi obveznega poročanja.

Analiza ranljivosti družin v Sloveniji glede na izbrane skupine dejavnikov

Ranljivosti, ki vplivajo na zdravje in dobrobit matere ter otroka v prvih 1000 dneh, so med seboj tesno prepletene in jih v praksi redko obravnavamo ločeno. Socialno-ekonomski dejavniki

vplivajo na družinsko dinamiko, zdravstveno stanje matere in razvoj otroka, hkrati pa se posledice posamezne ranljivosti pogosto prenašajo med generacijami. Kljub temu smo za potrebe tega poglavja pripravili razčlenitev po tematskih sklopih, ki omogoča bolj sistematičen pregled ter prepoznavanje področij, kjer so potrebne ciljno usmerjene oblike podpore. Analiza temelji na pregledu že objavljenih podatkov in kazalnikov uradnih institucij ter na dostopni strokovni in znanstveni literaturi, kar omogoča oblikovanje strnjene pregleda obsega in značilnosti ranljivosti v Sloveniji.

Takšen pristop prispeva k boljšemu razumevanju povezav med posameznimi vrstami ranljivosti in lahko v prihodnje služi kot dodatna podlaga za načrtovanje nadgradnje programov ter za razmislek o ustrezni strukturi in usposobljenosti strokovnega kadra za delo z ranljivimi družinami.

Socialno-ekonomske ranljivosti

Socialno-ekonomske razmere predstavljajo enega najmočnejših in najdoslednejših napovednikov zdravja matere in otroka v obdobju prvih 1000 dni. Revščina, materialna prikrajšanost, nestabilni bivalni pogoji, nižja izobrazba ter status preseljenke vplivajo na prehrano, življenjske navade, dostopnost zdravstvenih storitev, raven stresa in zmožnost zagotavljanja varnega ter spodbudnega okolja za otroka. Raziskave dosledno potrjujejo, da se neugodne socialno-ekonomske okoliščine kopičijo in poglobljajo, njihovi učinki pa segajo od obdobja pred zanositvijo do zgodnjega otroštva ter pomembno oblikujejo zdravstvene in razvojne izide.

Socialno-ekonomske ranljivosti predstavljajo najširši okvir tveganj, saj izhajajo iz strukturnih pogojev, na katere vplivajo družbene, gospodarske in politične odločitve. Ti dejavniki določajo materialne pogoje življenja družin ter oblikujejo priložnosti, ki so otroku na voljo že od najzgodnejšega obdobja.

Podatki Inštituta Republike Slovenije za socialno varstvo in Eurostata za obdobje 2023 kažejo, da se je položaj gospodinjstev z otroki v zadnjem desetletju sicer izboljševal, vendar ostajajo določene skupine družin izrazito izpostavljene socialno-ekonomskim tveganjem, ki pomembno vplivajo na zdravje in dobrobit matere in otroka v prvih 1000 dneh (25,26). Najbolj ranljive so enostarševske družine, kjer je stopnja tveganja revščine leta 2022 znašala 16,5 %, dolgotrajno tveganje revščine pa 8,3 %. Poleg tega je bila socialna izključenost v gospodinjstvih z otroki 10,6 %, kar odraža kombinacijo dohodkovne revščine, materialne prikrajšanosti in nizke delovne intenzivnosti. Pomemben delež otrok izkuša tudi hudo materialno prikrajšanost (3,3 %) in energetska revščino (4 %), kar neposredno vpliva na bivalne pogoje, dostop do ustrezne prehrane in stabilnost vsakdanjega življenja.

Takšne okoliščine se v najzgodnejšem obdobju odražajo v povečani izpostavljenosti mater kroničnemu stresu, slabših zmožnostih za odzivno in varno skrb ter v večji verjetnosti neugodne prehrane in obremenitev iz okolja, kar so dokazani dejavniki tveganja za slabše zdravstvene in razvojne izide otrok. Čeprav socialni transferji v Sloveniji tveganje revščine v gospodinjstvih z otroki zmanjšajo za več kot polovico, ostaja zaščita najbolj krhka prav za enostarševske in nizko delovno intenzivne družine, kar pomeni, da se del teh otrok prvega

življenjskega obdobja še vedno razvija v razmerah dolgotrajne materialne in socialne negotovosti.

Po podatkih PIS RS se je delež porodnic z osnovnošolsko izobrazbo ali manj v zadnjem desetletju postopno zmanjševal: z 7,3 % v letu 2015 na 4,9 % v letu 2024, kar kaže na ugoden trend izboljševanja izobrazbene strukture mater. Podatki NIJZ jasno kažejo, da je izobrazba eden najmočnejših socialno-ekonomskih napovednikov zdravja matere in otroka v Sloveniji. Nosečnice z nizko izobrazbo imajo v primerjavi z visoko izobraženimi bistveno večje tveganje za ključne dejavnike tveganja in neugodne izide nosečnosti: 7,7-krat večje tveganje za kajenje v nosečnosti, 1,6-krat večje tveganje za prekomerno telesno težo, 4,2-krat večjo verjetnost pozne vključitve v predporodno obravnavo ter 7,6-krat večje tveganje, da se ne udeležijo priprav na porod in starševstvo. Prav tako imajo 3,9-krat večje tveganje, da ne opravijo presejalnih preiskav. Neugodni izidi nosečnosti so pri tej skupini prav tako pogostejši: tveganje za prezgodnji porod je 1,2-krat, za nizko porodno težo 1,5-krat, tveganje za perinatalno smrt pa 2,4-krat večje (27). Ti kazalniki potrjujejo, da je nizka izobrazba pomemben strukturni dejavnik tveganja, ki se prek življenjskih navad, dostopa do zdravstvenih storitev in psihosocialnih obremenitev prenaša neposredno na zdravje ploda in novorojenčka ter vpliva na izide, ki so ključni za razvoj otroka v prvih 1000 dneh.

Slovenske raziskave dosledno potrjujejo, da je višja izobrazba mater povezana z boljšim zdravjem in razvojem otroka v najzgodnejšem obdobju, saj prispeva k večji odzivnosti staršev, kakovostnejši skrbi in boljšemu psihičnemu počutju matere po porodu. V raziskavi o slovenskih materah je višja izobrazba pomenila boljšo poporodno kakovost življenja na vseh področjih, povezanih s skrbjo za novorojenčka (28). Druga slovenska študija je pokazala, da je med ženskami z najnižjo izobrazbo, v romskih naseljih je takih skoraj 12-krat več kot v splošni populaciji, tveganje za prezgodnji porod (11,6 %) in nizko porodno težo (17 %) občutno višje, medtem ko v splošni populaciji ti stopnji znašata 7,3 % oziroma 6,2 % (29). Ti podatki potrjujejo, da je materina izobrazba pomemben zaščitni dejavnik zdravja in razvoja otroka v prvih 1000 dneh.

Delež mater tujk med vsemi porodnicami v Sloveniji se v zadnjih letih izrazito povečuje. Iz približno 11 % v letu 2019 na skoraj 19 % v letu 2024, kar pomeni več kot 40-odstotno rast v petih letih. Več kot polovica vseh mater tujk prihaja iz držav zahodnega Balkana, predvsem iz Bosne in Hercegovine in s Kosova, manjši, a stabilen delež pa predstavljajo državljanke držav članic EU. Povečevanje deleža porodnic tujk ima pomembne implikacije za perinatalno obravnavo, dostopnost informacij, jezikovne in kulturne ovire ter za razvoj ciljnih podpornih programov v okviru prvih 1000 dni.

V Sloveniji ni vzpostavljenega sistematičnega spremljanja nosečnic z ozadjem priseljevanja ali prosilk za azil, saj zdravstveni registri ne zajemajo podatkov o državi rojstva ali statusu migrantke. Kljub temu imajo prosilke za azil in begunke pravico do nujne in osnovne zdravstvene oskrbe v nosečnosti, vključno s predporodnimi pregledi in porodom, vendar ni podatkov o tem, v kolikšni meri to oskrbo dejansko prejemajo. Edina objavljena slovenska analiza perinatalnih izidov pri tej skupini (30) je v obdobju 2015–2016 zaznala 12 porodov, med katerimi je bilo kar 25 % prezgodnjih in 16 % nujnih carskih rezov, kar kaže na bistveno slabše izide kot v splošni populaciji. Hkrati je študija izpostavila odsotnost nacionalnih podatkov in

pomanjkljivo organizacijo oskrbe, zaradi česar zdravstvene potrebe te ranljive skupine ostajajo večinoma nevidne.

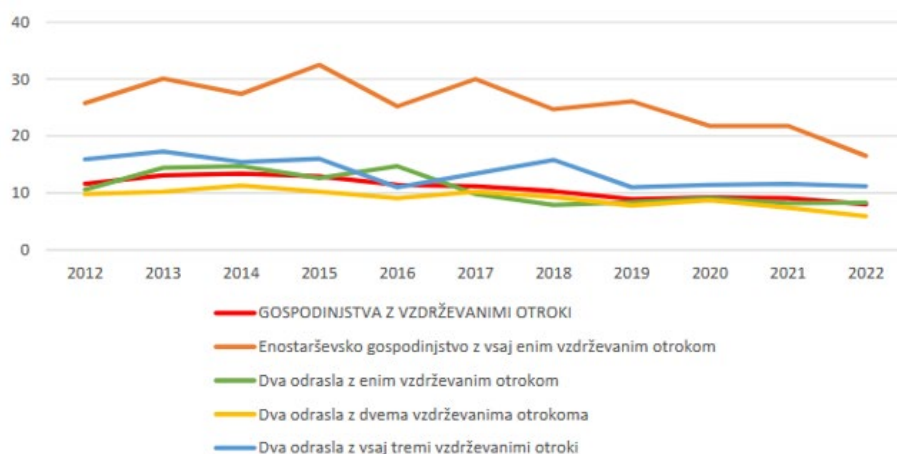
Ranljivosti povezane z družinskim okoljem

Oblika družine

Samske matere predstavljajo eno najbolj izpostavljenih skupin med ranljivimi družinami, saj poleg skrbi za otroka pogosto nosijo tudi celotno breme finančne, čustvene in organizacijske odgovornosti. To se še posebej odraža v obdobju prvih 1000 dni, ko sta stabilnost in podpora ključni za zdrav razvoj otroka in psihološko dobrobit matere.

V Sloveniji živi približno 240.000 družin z otroki, od tega je 15 % enostarševskih (25). Tveganje revščine pri enostarševskih družinah znaša kar 16,5 %, kar je skoraj dvakrat več kot pri vseh gospodinjstvih z otroki (8,9 %), dolgotrajno tveganje revščine pa se povzpne na 8,3 %. Poleg finančne negotovosti se te družine pogosteje srečujejo tudi z energetske revščino (4 %) in hudo materialno prikrajšanostjo, ki vpliva na 3,3 % otrok. Po podatkih SURS je bilo leta 2021 v Sloveniji 11.249 mater, ki same skrbijo za otroke, mlajše od dveh let, med njimi več kot 8.000 v prvem letu otrokovega življenja. Ti podatki kažejo, da imajo samske matere v najbolj občutljivem obdobju starševstva pogosto omejen dostop do virov, podpore in stabilnih pogojev, kar povečuje tveganja za socialno in zdravstveno neenakost.

Slika 4: Stopnja tveganja revščine gospodinjstev z vzdrževanimi otroki (v %), Slovenija 2012-2022. Vir: IRSSV, SiStat 2023



Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (31) je bilo v Sloveniji 11.249 mater, ki same skrbijo za otroke, mlajše od dveh let. Med njimi je bilo 4.336 mater z novorojenčki in 3.681 mater z enoletnimi otroki, kar pomeni, da več kot osem tisoč žensk v Sloveniji v prvem letu otrokovega življenja skrbi za otroka brez prisotnosti druge odrasle osebe v gospodinjstvu.

Podatki SURS kažejo, da se je število enostarševskih družin z materjo in otroki, starimi 0–4 leta, med letoma 2015 in 2021 v vseh statističnih regijah zmanjšalo. Na ravni države je njihovo

število v tem obdobju upadlo z 19.158 (2015) na 16.593 (2021), kar predstavlja približno 13-odstotni padec (tabela 5). Največ samskih mater z majhnimi otroki živi v Osrednjeslovenski, Podravske in Savinjski regiji, vendar tudi v teh regijah opazimo izrazit trend zmanjševanja. Upad je lahko povezan z demografskimi spremembami, manjšim številom rojstev ter spremembami družinskih struktur. Podatki SURS kažejo, da so enostarševske družine z očetmi bistveno redkejša od tistih z materami. Število samskih očetov z otroki starimi 0–4 leta se je med letoma 2015 in 2021 zmanjšalo z 5.619 na 3.400, kar potrjuje podoben, a še izrazitejši trend upadanja kot pri samskih materah.

Tabela 5: Samske matere in samski očetje z otroki v starosti 0–4 let po statističnih regijah, Slovenija 2015–2021. Vir: SiStat

Leto	Samske matere			Samski očetje		
	2015	2018	2021	2015	2018	2021
Slovenija	19158	18263	16593	5619	5410	3400
Pomurska	1071	992	863	223	200	111
Podravska	3489	3208	2767	641	666	435
Koroška	556	550	464	172	130	82
Savinjska	2639	2419	2232	659	748	458
Zasavska	472	470	402	126	123	70
Posavska	564	596	561	223	245	122
Jugovzhodna Slovenija	1223	1189	1200	516	471	300
Osrednjeslovenska	4964	4759	4465	1613	1587	1042
Gorenjska	1666	1641	1509	572	459	272
Primorsko-notranjska	385	401	318	138	126	81
Goriška	995	946	843	337	286	178
Obalno-kraška	1134	1092	969	399	369	249

Nasilje v družini in drugi skrbniki v posebnih situacijah

V Sloveniji je nasilje nad ženskami razširjeno. Po podatkih iz nacionalne raziskave je 56 % žensk po 15. letu starosti doživelo eno izmed oblik nasilja, 5,5 % pa tudi v nosečnosti. Leta 2023 je Policija obravnavala 1.312 primerov nasilja v družini ter 788 primerov zanemarjanja in surovega ravnanja z mladoletnimi osebami. Nasilje in zanemarjanje sta najpogostejša razloga za urgentne odvzeme najmlajših otrok, kar potrjujejo podatki kriznih centrov za otroke Palčica in Palček: v letih 2023–2024 je bilo v obeh centrih nameščenih več kot 90 otrok, večina mlajših od štirih let, okoli petina pa mlajših od enega leta. Povprečna starost ob namestitvi je znašala okoli 3,5 leta. Najpogostejši razlogi za namestitve so bili zanemarjanje, nasilje v družini in neprimerne bivalne razmere, pri čemer je velik del otrok bival v krizni namestitvi dlje od predvidenega obdobja, kar kaže na to, da se razmere v družinah pogosto ne izboljšajo dovolj hitro za varen povratak. Podobne ranljivosti potrjujejo tudi materinski domovi, kjer so leta 2024 v Ljubljani namestili 17 mater z 32 otroki, v Mariboru pa med 30 in 56 oseb letno. Ti podatki kažejo, da so dojenčki in malčki pogosto neposredno izpostavljeni okoliščinam nasilja,

zanemarjanja ali socialne ogroženosti. V prvih 1000 dneh so takšne izkušnje posebej škodljive, saj vplivajo na čustveni razvoj, stresno odzivnost in dolgoročno zdravje.

Raziskava NANOS, izvedena na Ginekološki kliniki v Ljubljani let 2014, je ena redkih slovenskih študij, ki sistematično preučuje nasilje med nosečnostjo. V vzorcu 1.018 nosečnic, starejših od 18 let, je bila med nosečnostjo ugotovljena razširjenost nasilja takole: telesno nasilje je doživela okoli 1,0 % nosečnic, psihično nasilje okoli 3,2 %, spolnega nasilja pa ni navajala nobena od anketiranih. Najpogostejši povzročitelj je bil intimni partner oziroma zasebna oseba, ki jo ženska pozna. Med dejavniki tveganja je bila statistično pomembna zgodovina nasilja – ženske, ki so doživljale nasilje pred nosečnostjo, so imele večje tveganje za nadaljevanje nasilja med nosečnostjo. Žrtve psihičnega ali fizičnega nasilja so pogosteje poročale o slabšem zdravstvenem stanju, nespečnosti, anksioznosti in depresiji. Izhodišča raziskave opozarjajo, da je presejanje nasilja v nosečnosti ključno, saj nosečnost ne pomeni zaščite pred nasiljem, nasprotno – intimnopartnersko nasilje se lahko nadaljuje ali celo zaostri v tem občutljivem obdobju (23,32). Študija opozarja, da pomoč poišče precej manj žensk, kot jih nasilje dejansko prizadene (npr. pri fizičnem nasilju le 10,9 %). Ker imajo zdravstvene službe edinstven dostop do skoraj vseh nosečnic, raziskovalci poudarjajo potrebo po sistematičnem, večkratnem in empatičnem preverjanju izpostavljenosti nasilju v nosečnosti. Učinkovita identifikacija nasilja je ključni pogoj za aktiviranje mehanizmov zaščite mater in najmlajših otrok v obdobju, ko je tveganje za dolgoročne posledice najvišje.

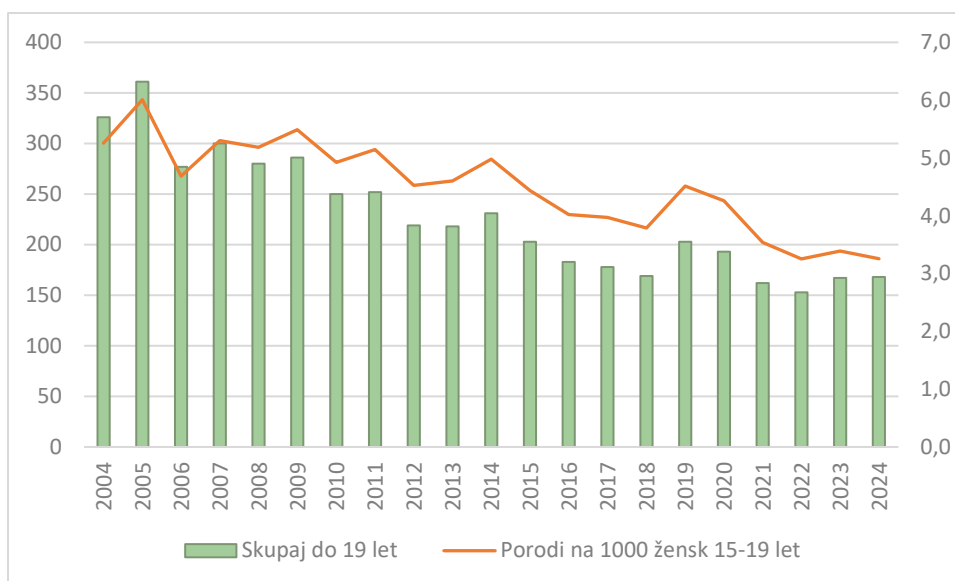
V Sloveniji ni na voljo statistično zanesljivih podatkov o partnerjevi odsotnosti, duševnih boleznih ali drugih okoliščinah, ki bi omogočali kvantitativno oceno njihovega vpliva na zgodnji razvoj otroka. Prav tako ne obstajajo sistematično zbrani podatki o smrti ali hudi bolezni družinskega člana, saj teh informacij ne zajema noben nacionalni register, zato so dostopne le v obliki posameznih, nepovezanih evidenc ali raziskav.

Ranljivosti povezane z materjo

Starost matere

Nizka starost matere predstavlja pomemben dejavnik tveganja, saj je povezana z večjim deležem socialno-ekonomskih stisk, manjšo socialno podporo ter pogostejšimi neugodnimi izidi nosečnosti. Matere, mlajše od 20 let, so ena izmed najbolj ranljivih skupin, saj se pogosteje soočajo z revščino, prekinitvijo šolanja in omejeno socialno podporo, kar lahko pomembno vpliva tudi na razvoj otroka.

Slika 5: Število žensk do 19. leta starosti, ki so rodile v obdobju 2004 – 2024 v Sloveniji ter stopnja rodnosti (število porodov na 1000 žensk do 19. leta starosti), PIS RS, NIJZ



V Sloveniji se je stopnja rodnosti med dekleti, starimi do 15 do 19 let, v zadnjem desetletju znižala z okoli 4,5 na približno 3,3 rojstev na 1.000 deklet v tej starosti, kar potrjuje dolgoročen trend zniževanja nosečnosti v tem starostnem obdobju (slika 5). Na ravni regij je rodnost večinoma nizka, izjema pa je Jugovzhodna Slovenija, kjer stopnja rodnosti v tej starostni skupini vztrajno presega 12–15 na 1.000 in je večkrat višja od državnega povprečja. Kljub regionalnim razlikam ostaja delež najstniških nosečnosti v Sloveniji med najnižjimi v Evropski uniji.

Porodi pri materah, mlajših od 15 let, ostajajo izjemno redki, med 9 in 12 primeri na petletno obdobje. Nosečnost v tako zgodnji starosti je skoraj praviloma povezana z resnimi socialnimi problemi, zlorabami ali neugodnimi odnosi ter predstavlja pomembno tveganje tako za zdravje deklice kot za razvoj otroka.

Odvisnosti

Po podatkih PIS RS je v letu 2024 kadilo 9,9 % nosečnic, pri čemer je delež kadilk v populaciji nosečnic že več let razmeroma stabilen. Razlike so izrazite po izobrazbi in starosti. Med najmanj izobraženimi je delež kadilk več kot sedemkrat višji kot med visoko izobraženimi, nosečnice s srednjo izobrazbo pa kadijo približno štirikrat pogosteje kot najvišje izobražene. Po starosti je delež kadilk najvišji pri najmlajših nosečnicah, do vključno 24. leta jih je kadilo 16,6 %, medtem ko je med nosečnicami, starimi 25–34 let in več kot 35 let, delež znašal 9,1 %. Raziskave dosledno potrjujejo, da je pri kadilkah več zapletov v nosečnosti, zlasti večje tveganje za zastoj rasti ploda, prezgodnji porod in nizko porodno težo novorojenčka (27)

V Sloveniji se z alkoholom med nosečnostjo sreča okoli 27 % nosečnic, izpostavljenost pa lahko povzroči širok spekter fetalnih alkoholnih motenj, vključno z nizko porodno težo, prezgodnjim porodom, nevrološki motnjami in kognitivnimi težavami. Po podatkih PIS RS je bilo leta 2024 med porodicami zabeleženih 22 primerov odvisnosti od alkohola (0,1 %), kar je skoraj zagotovo podcenjena vrednost, saj je težave z alkoholom pogosto težko zaznati in se redko evidentirajo. Mednarodne ocene kažejo, da je prevalenca fetalnih alkoholnih motenj v Sloveniji okoli 2,1 %, kar je nad svetovnim povprečjem, zato je prepoznavanje in preprečevanje pitja alkohola v času nosečnosti izjemno pomembno (33).

Po podatkih PIS RS je bilo leta 2024 med porodicami evidentiranih 57 bivših odvisnic (0,3 %) in 28 aktivnih odvisnic od injiciranja prepovedanih drog (0,2 %). Delež je verjetno podcenjen, saj se težave z uporabo drog pogosto ne razkrijejo ali pa niso zajete v zdravstveni dokumentaciji. Tudi literatura navaja, da je v Sloveniji dejanska prevalenca odvisnosti v nosečnosti težko ocenljiva. V programih zdravljenja prepovedanih drog je med letoma 2012 in 2016 rodilo le 15–29 žensk letno (26 v 2012, 29 v 2013, 26 v 2014, 15 v 2015 in 16 v 2016), kar predstavlja zgolj tisti del odvisnic, ki so vključene v zdravljenje. Zato se ocenjuje, da je skupno število nosečnic z odvisnostjo od drog višje od uradno zabeleženega (34).

Duševne bolezni

Obporodno obdobje je za velik delež žensk čas povečane ranljivosti, saj hormonske, telesne in psihosocialne spremembe lahko sprožijo ali poslabšajo duševne težave. Po slovenskih podatkih med najpogostejše obporodne duševne motnje sodita anksioznost in depresija, ki se pojavita pri približno 10–15 % nosečnic in 13–20 % mater po porodu (35). Tveganje je bistveno večje pri ženskah iz ranljivih skupin, med katere se uvrščajo ženske s preteklo duševno boleznijo, izkušnjo nasilja, socialno-ekonomskimi stiskami, migrantskim ali begunskim statusom, zlorabo psihoaktivnih substanc, pa tudi pri zelo mladih materah in tistih z omejeno socialno podporo.

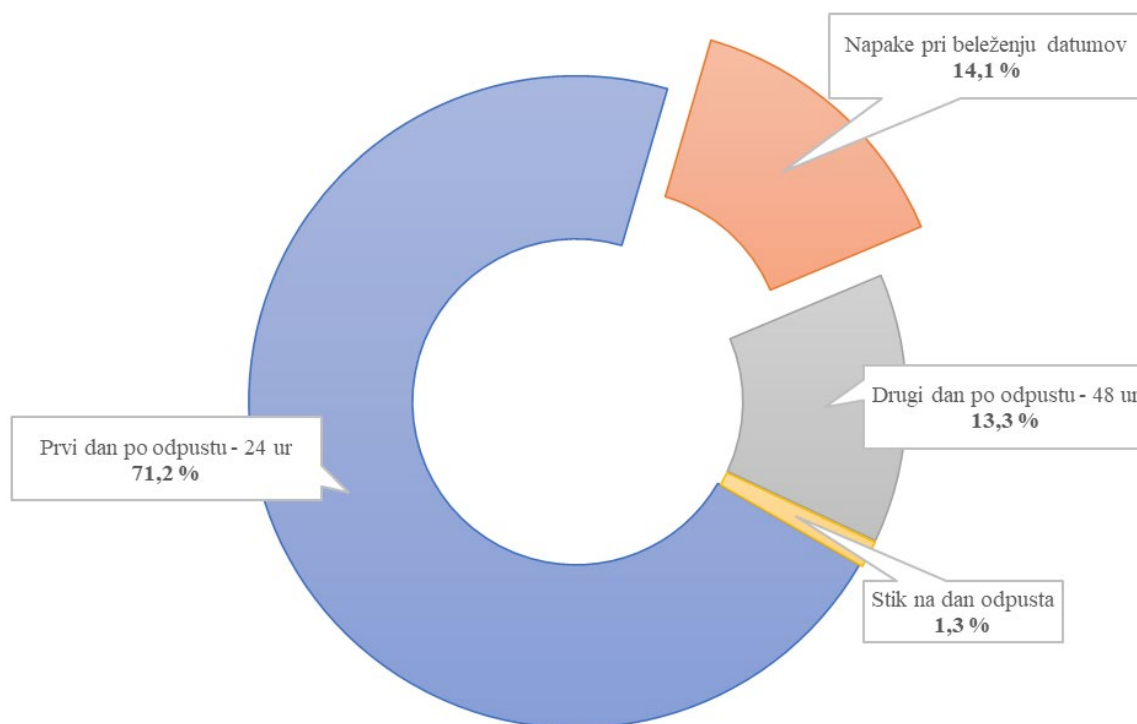
Obporodna depresija se najpogosteje razvije v prvih treh mesecih po porodu in lahko pomembno vpliva na materino funkcioniranje, odnos z otrokom in otrokovo zgodnje razvojne izide. Pri težjih motnjah, kot so bipolarna motnja ali poporodna psihoza, ki se pojavi pri 1–2 na 1000 porodov, je potreben nujen specialistični pristop zaradi visokega tveganja za samomorilnost ali ogrožanje otroka.

Rezultati analize podatkov iz zbirke SZBO_PATR

V letu 2023 smo pričeli z uvajanjem posodobljenega spremljanja zunajbolnišničnih obravnav SZBO_PATR, ki bo omogočal poglobljene analize izvedenega dela in s podatki podprt razvoj strokovnega področja. Podatki, zbrani po prenovljenem sistemu zbiranja, uvedenem v letu 2023, so bili vključeni v analizo v letu 2025. Zaradi obsežnosti podatkovne zbirke ter potrebe po vzpostavitvi celotnega sistema na novo smo se v tej fazi odločili za analizo omejenega nabora podatkov. V prihodnjih letih načrtujemo postopno širitev nabora, pri čemer je predvideno letno vključevanje dodatnih podatkovnih sklopov.

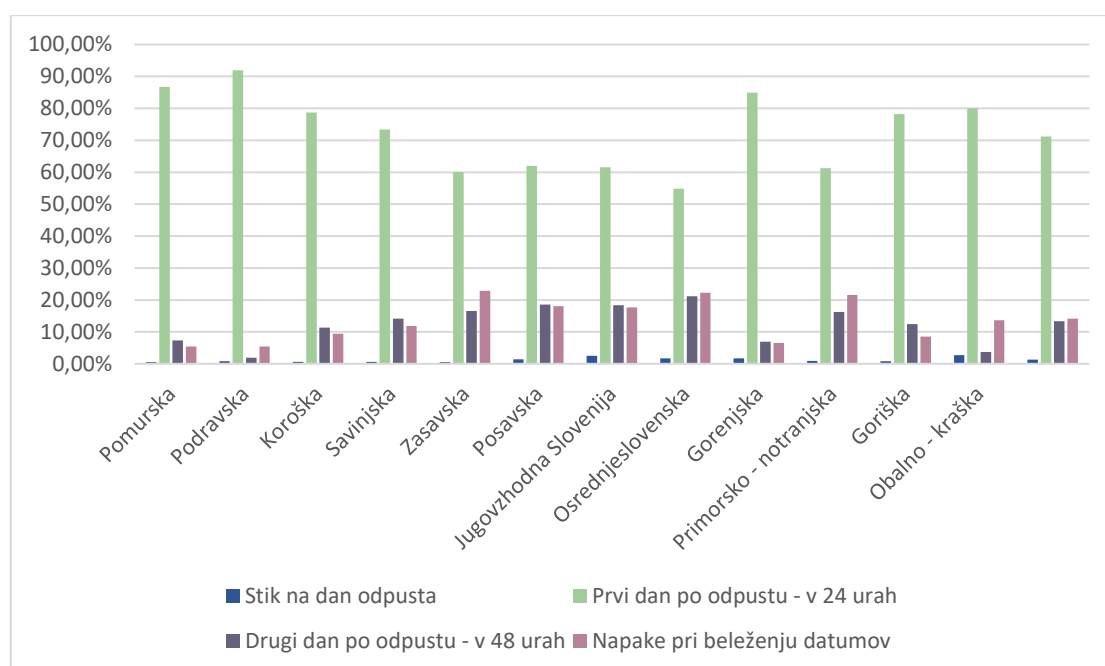
Pravilnik o izvajanju preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni določa, da mora medicinska sestra v PZV novorojenčka obiskati v 24 urah po odpustu iz porodnišnice. Ta cilj je v praksi dosežen samo v 71 % primerov (Slika 6), kar vzbuja skrb. Predvideni razlogi so navedeni na koncu te analize.

Slika 6: Število dni od odpusta novorojenčka do prvega obiska medicinske sestre v PZV, SZBO_PATR, NIJZ, 2023



Na Sliki 7 so prikazani časovni okviri prvega obiska novorojenčka po odpustu iz porodnišnice po statističnih regijah. Največ novorojenčkov je v prvih 24 urah po odpustu in v skladu s Pravilnikom, obiskano v Podravski regiji, najmanj pa v Osrednjeslovenski regiji.

Slika 7: Prvi stik medicinske sestre v PZV z novorojenčkom po regijah, SZBO_PATR, NIJZ, 2023



Na podlagi ugotovljenih kriterijev ranljivosti imajo tako otročnice kot dojenčki možnost dodatnih patronažnih obravnav. Medicinska sestra v PZV razpolaga z naborom 26 različnih kriterijev, ki so razvrščeni v štiri kategorije: otročnica, novorojenček, družina in krajši kriteriji.

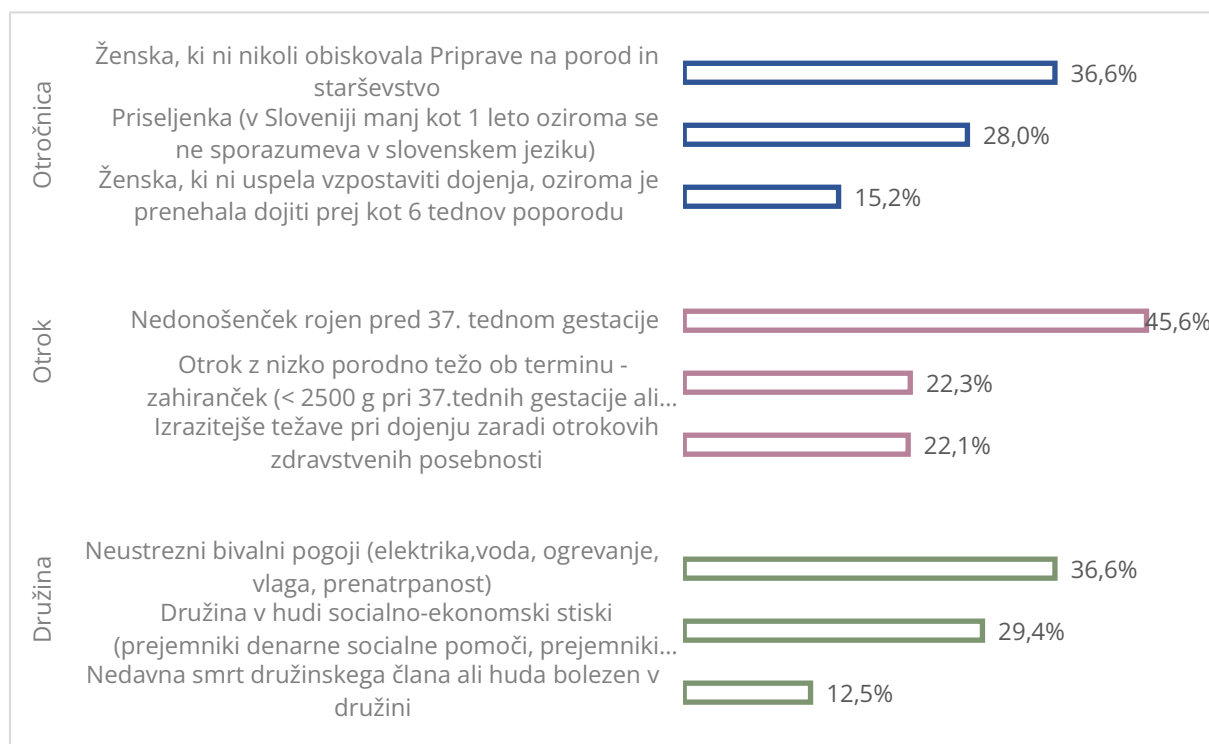
Na sliki 8 so prikazani trije najpogostejše poročani kriteriji iz prvih treh kategorij. Za namen tega poročila krajših kriterijev, ki se nanašajo predvsem na fiziološki razvoj otroka, ne bomo predstavljali. Pri otročnicah izstopajo ženske, ki niso obiskovale priprave na porod in starševstvo in priseljenke. Pri družini so najpogostejši neustrezni bivalni pogoji in huda socialno-ekonomska stiska. Pri otrocih pa je najbolj izstopajoč kriterij ranljivosti nedonošenost pred 37. tednom gestacije.

Pravilnik določa dva obiska medicinske sestre v PZV pri otročnici. Prvi je predviden v prvem tednu po odpustu in drugi najmanj štiri do največ šest tednov po porodu. Pri analizi podatkov smo ugotovili, da je bilo v letu 2023 povprečno število stikov patronažne MS z otročnico 1,8, kar pomeni, da pri nekaterih otročnicah nista bili izvedeni niti dve preventivni obravnavi. Zato nas lahko upravičeno skrbi, ali je zagotovljena ustrezna pripravljenost in zmožnost izvedbe dodatnih obravnav, predvidenih ob prisotnosti kriterijev ranljivosti. Tudi pri teh podatkih smo zaznali razlike med regijami, kar dodatno prispeva k poglobljanju neenakosti v zdravju in povečuje tveganje, da najbolj ranljive skupine ostajajo brez potrebne podpore. Podatki se nanašajo na obdobje od 1. 1. 2023 do 31. 10. 2023.

V nadaljevanju so navedeni ključni izzivi in posebnosti v načinu dela izvajalcev, ki lahko pojasnijo odstopanje rezultatov analize podatkov od predvidenih izhodišč Pravilnika:

- Obveščanje izvajalcev PZV o porodih in rojstvih ni sistemsko urejeno. Nekatere porodnišnice jih ne obveščajo o odpustih otročnic in novorojenčkov. Velikokrat to nalogo preložijo na starše. Rešitev vidimo v vključitvi terenske mreže patronažnega zdravstvenega varstva v centralni register podatkov o pacientu in v državni spletni portal.
- Zaradi različnega načina organizacije in delovanja patronažnih služb se težave pojavljajo predvsem pri popoldanskem delu in delu ob sobotah, nedeljah ter praznikih, kjer je usklajevanje oteženo. Zaradi tega se v vseh okoljih obiski novorojenčka ne izvedejo v 24 urah po odpustu iz porodnišnice. Rešitev vidimo v sprejetju Pravilnika o organizaciji in delovanju PZV.
- Pomanjkanje dodatnih usposabljanj izvajalcev PZV s področja zdravstvene nege otročnice, novorojenčka, dojenčka in družine. Študijski programi prve stopnje zdravstvena nega niso zasnovani tako, da bi obravnavali dovolj vsebin s področja zdravstvenega varstva na primarni ravni, zato je ključno, da bomo v prihodnje načrtovali in izvajali dodatne module, ki bodo naslovili to vrzel.
- Nezavedanje izvajalcev PZV o pomenu obiskov otročnic, ki imajo več otrok. Kljub strokovnim navodilom se velikokrat dogaja, da izvajalci PZV število obravnav otročnic in novorojenčkov v družinah, ki že imajo otroka, zmanjšajo in opravijo samo 1-2 obravnavi. Rešitev vidimo v dodatnih izobraževanjih in rednem izvajanju modula Obravnava otročnice, novorojenčka in dojenčka v PZV.
- Izjemno povečanje obravnav/storitev zdravljenja na domu zaradi katerih se zmanjšuje obseg izvajanja preventivnih obravnav. Rešitev vidimo v sprejetju sistemskih ukrepov, ki bodo omogočali nadaljnji razvoj patronažnega zdravstvenega varstva in krepitev njegove vloge v javnem zdravju.

Slika 8: Najpogostejši kriteriji ranljivosti, SZBO_PATR, NIJZ, 2023



Vse navedeno predstavlja pomembno priložnost za izboljšave in dodatno podporo v okviru nacionalno regijske koordinacije PZV, ki jo od leta 2021 izvajamo na NIJZ in jo moramo v prihodnje še okrepiti. To bo omogočalo, da se bodo ključni izzivi na tem področju naslavljali na sistemski ravni. Samo tako se bo zagotovila poenotena, kakovostna obravnava posameznikov in družin v vseh okoljih, kar bo prispevalo k zmanjšanju neenakosti do zdravja.

Pregled mednarodnih izkušenj v podpori zgodnjemu razvoju

Avstrija

V Avstriji se je kot osrednji nacionalni program zgodnjih intervencij uveljavil program Frühe Hilfen (v prevodu: 'Zgodnja pomoč'), namenjen nosečnicam ter družinam z majhnimi otroki. Program se je iz pilotnih regij razvil v celovito nacionalno mrežo zgodnjih intervencij, ki danes pokriva vseh 116 avstrijskih okrožij. Namenjen je družinam v ranljivih življenjskih okoliščinah, pri čemer se kot ključna načela poudarjajo prostovoljnost, dostopnost storitev (nizkopražnost), krepitev kompetenc staršev (opolnomočenje), preprečevanje stigme in spoštovanje kulturnih razlik (36,37).

Organizacija in delovanje programa

Program temelji na regionalno organiziranih mrežah, ki vključujejo multidisciplinarne time. Med njimi so babice, socialni delavci, psihologi, terapevti in specializirani pedagogi. Temeljna

značilnost programa so strukturirani obiski na domu, kjer družinski spremljevalci skupaj s starši ocenijo razmere, prepoznajo vire in tveganja ter oblikujejo individualiziran načrt pomoči. Spremljanje je fleksibilno in prilagojeno družinski situaciji. V nekaterih primerih je kratkotrajno in informativno, v drugih pa dolgotrajno, z rednimi obiski več mesecev ali let. Vloga spremljevalca družine ni omejena na strokovno svetovanje, temveč predvsem na vzpostavljanje zaupanja in stalne podpore ter na povezovanje družine z razpoložljivimi storitvami.

Vključitev v program je prostovoljna, pristop je možen na dva načina: samoiniciativno, pogosto po priporočilu znancev, zdravstvenega osebja ali lokalnih služb, ali prek napotitve iz porodnišnic, ginekoloških ambulant, pediatričnih služb ali centrov za socialno delo. Skoraj polovica družin vstopi samoiniciativno, kar odraža visoko stopnjo zaupanja v mrežo Frühe Hilfen visoko stopnjo zaupanja. Velik delež družin se v program vključi zgodaj in sicer približno četrtnina že med nosečnostjo in ena tretjina družin pa ima otroka, ki je ob prvem stiku mlajši od treh mesecev (38).

Profil vključenih družin

Program se osredotoča najbolj na družine v socialni, zdravstveni ali psihološki stiski. Podatki za leto 2023 kažejo, da je bilo v program vključenih 3.674 družin, od tega je bilo novih primerov 2.336, kar kaže na naraščajoč trend vključenosti v zadnjih letih. Med njimi je bilo 58 % družin pod pragom tveganja revščine, 44 % mater z migrantskim ozadjem in 25 % enostarševskih družin. Desetina otrok je imela sum na razvojne zamude, 15 % pa posebne zdravstvene potrebe. Pogosta so bila tudi bivalna tveganja kot so prenatrpanost ali negotova stanovanjska situacija, brezposelnost in nizka izobrazba staršev, psihosocialne stiske ter nasilje v družini. Podatki potrjujejo, da program dosega širok spekter najbolj ranljivih skupin prebivalstva (38).

Oblike pomoči

Oblike pomoči v okviru programa Frühe Hilfen se razlikujejo po intenzivnosti, trajanju in vsebini. Nekatere družine potrebujejo dolgotrajno spremljanje z rednimi obiski na domu, druge le kratkotrajno podporo v obliki nekaj svetovalnih srečanj ali telefonskih pogovorov. V določenih regijah pa so na voljo tudi skupinski in specializirani pristopi, namenjeni krepitvi starševskih kompetenc, zmanjševanju občutka osamljenosti ter spodbujanju socialne vključenosti. Takšna raznolikost oblik omogoča, da je pomoč prilagojena potrebam posamezne družine in da lahko program učinkovito nagovarja zelo različne vrste stisk.

- **Dolgotrajno spremljanje:** najpogostejša oblika podpore, ki obsega redne obiske družinskega spremljevalca na domu, čustveno oporo, svetovanje glede starševstva, zdravja in razvoja otrok ter povezovanje z drugimi institucijami (npr. socialnimi službami, psihoterapijo, finančno pomočjo, vrtcem). Traja več mesecev, po potrebi tudi leto ali več.
- **Kratkoročna podpora:** praviloma 1–3 obiski ali telefonski pogovori, namenjeni usmeritvi, informiranju in pomoči pri dostopu do ustreznih storitev.
- **Skupinski pristopi in specializirane intervencije:** v nekaterih regijah so organizirane tematske skupine za matere, individualna psihoterapevtska srečanja ali podporne skupnosti, ki krepijo starševske kompetence in zmanjšujejo izolacijo.

Vloga spremljevalcev družin je predvsem v ustvarjanju varnega odnosa, ki omogoča zmanjšanje stiske, orientacijo in aktivacijo notranjih virov družine. Pristop je zasnovan tako, da zmanjšuje občutke stigme ter krepi pripravljenost družin za sodelovanje.

Učinki in evalvacija

Meritve učinkov potekajo preko nacionalnega sistema FRÜDOK, vprašalnikov za družine in regionalnih evalvacij. V letu 2023 je skoraj polovica družin poročala o izboljšani interakciji z otrokom, več kot tretjina o boljšem obvladovanju vsakodnevnih izzivov, optimizmu in boljšem zdravju, petina pa o izboljšani finančni in bivanjski situaciji. Pri družinah, kjer so ob začetku zaznali znake poporodne depresije, je več kot polovica mater ob zaključku spremljanja poročala o izboljšanju duševnega zdravja. Prav tako se je zmanjšalo poročanje o nasilju v družini, povečalo pa povezovanje z zdravstvenimi in socialnimi službami. Tudi sicer rezultati meta-analize programov zgodnjih intervencij v nemško govorečih državah potrjujejo, da so tovrstni pristopi povezani z ugodnimi razvojnimi, zdravstvenimi in socialnimi izidi za otroke in družine (39).

Podatki za obdobje 2019–2023 kažejo, da se je število družin, ki vstopajo v program Frühe Hilfen stalno povečevalo. Med letoma 2019 in 2023 se je število vključenih družin skoraj podvojilo, z 2.058 na novo vključenih v letu 2019 na približno 4.000 v letu 2023, pri čemer so deleži zgodnjih vključitev niso bistveno spremenili (25–30 % med nosečnostjo, 34–40 % otrok mlajših od treh mesecev ob prvem stiku).

Ekonomska učinkovitost

Avstrijska zdravstvena raziskovalna ustanova, Gesundheit Österreich GmbH, je leta 2021 izvedla analizo stroškovne učinkovitosti nacionalnega programa Frühe Hilfen z uporabo simuliranih študij primerov, ki so modelirale življenjske poteke otrok in njihovih družin z in brez vključitve v program (40,41). Rezultati so pokazali, da se v srednjeročnem obdobju, to je do dopolnjenega 18.–20. leta starosti, vsak vložen evro povrne v razmerju od 1 : 1,5 do 1 : 10,6. V dolgoročni perspektivi (do 65. leta starosti) pa je ob upoštevanju prihodnjih učinkov dohodka in produktivnosti razmerje še ugodnejše, med 1 : 16 in 1 : 25. Analiza je zajela širok spekter potencialnih učinkov zgodnjih intervencij, vključno z izboljšanim duševnim in telesnim zdravjem, boljšimi učnimi in socialnimi izidi, zmanjšano pojavnostjo vedenjskih težav ter nižjo potrebo po kasnejših socialnih in zdravstvenih intervencijah. Tudi ob konservativnih predpostavkah, ki produktivnost v odraslosti izključujejo, se dolgoročne koristi programa ohranjajo na razmerjih med 1 : 4 in 1 : 13. Rezultati tako nakazujejo, da zgodnje intervencije predstavljajo stroškovno učinkovito obliko podpore družinam v ranljivih okoliščinah (40).

Izzivi in prihodnji razvoj

Avstrijski model Frühe Hilfen predstavlja primer dobre prakse celostne, medsektorske in evalvirane podpore družinam v ranljivih okoliščinah. Zgodnje intervencije hkrati zmanjšujejo socialne neenakosti in zmanjšujejo tveganje za neugodne zdravstvene izide, hkrati se program družinam približa tam, kjer živijo, jih obravnava spoštljivo, partnersko in brez stigme. Kljub doseženim uspehom evalvacije programa opozarjajo na nekatere izzive. Največ težav povzroča doseganje romskih družin, kjer dostop omejujejo stigma, nezaupanje v institucije in kulturne razlike (36). V odgovor so bile uvedene prilagoditve, kot so večjezični informativni materiali, sodelovanje z zaupanja vrednimi osebami v skupnosti ter dodatna usposabljanja

strokovnjakov za kulturno kompetenco. Izziv ostajajo tudi regionalne razlike v dostopnosti in kadrovske pokritosti ter potreba po še tesnejšem povezovanju zdravstvenega in socialnega sistema (38).

Finska

Organizacija in delovanje programa

Finski sistem perinatalnega in otroškega varstva temelji na zgodnjem vključevanju družin, tesni integraciji zdravstvenih in socialnih storitev ter močnem poudarku na enakosti, saj so vse storitve dostopne prebivalcem z namenom zmanjševanja socialnih razlik v zgodnjem življenjskem obdobju brezplačne in dostopne vsem. Sistem predporodne oskrbe in zdravstvenega varstva otrok organiziran na občinski ravni in integriran v mrežo primarnega zdravstva. Osrednjo vlogo imajo tako imenovane 'neuvola' klinike, specializirane ambulante za nosečnice, dojenčke in otroke do šolskega obdobja, ki delujejo v okviru osnovnega zdravstvenega varstva (42).

Značilnost finskega sistema je model osebne medicinske sestre (angleško 'personal nurse model'), v katerem isto strokovno osebje spremlja družino med nosečnostjo in po porodu. V tem modelu medicinske sestre s posebnimi znanji iz javnega zdravja (angleško 'public health nurses'), ki poleg spremljanja nosečnic in otrok, izvajajo preventivne storitve, presejanje in svetovanje ter nudijo podporo družinam pri psihosocialnih in socialnih vprašanjih. Nekateri med njimi imajo opravljeno dodatno usposabljanje iz babištva in lahko opravljajo tudi naloge babic. Standardna obravnava pred porodom sicer vključuje najmanj dva zdravniška pregleda ter osem do devet obiskov pri medicinski sestri/babici, pri čemer se število dodatnih obiskov določa glede na potrebe družine.

Posebnost sistema so razširjeni zdravstveni pregledi, ki jih kot tim izvajata zdravnik in medicinska sestra /babica. Pregledi so tudi del nacionalnih smernic in potekajo med 13. in 18. tednom nosečnosti ter kasneje pri štirih in 18 mesecih otrokove starosti. Vključujejo celostno oceno telesnega zdravja, duševnega počutja, socialno-ekonomskega položaja, družinskih odnosov, izkušenj iz otroštva in morebitnih travm. Razširjeni zdravstveni pregledi so tudi del nacionalnih smernic za predporodno in otroško zdravstveno oskrbo, katerih namen je zagotavljati enotno kakovost in dostopnost teh storitev po vsej državi (43)

Dodatna značilnost finskega sistema je univerzalni paket za družino (angleško 'baby box'), ki ga prejme vsaka nosečnica ob prvem obisku v okviru predporodne oskrbe. Paket vsebuje osnovne potrebščine za nego in varnost novorojenčka in sicer oblačila, odeje, pripomočke za nego, ležišče za otroka in podobno. Ukrep je namenjen spodbujanju enakega začetka za vse otroke in zmanjševanju socialnih razlik. Družine se lahko namesto paketa odločijo za denarno nadomestilo (42).

Oblike podpore

Storitev 'neuvola' je izrazito preventivna in usmerjena v celotno družino. Poseben poudarek je na pripravi na starševstvo z vključitvijo v multidisciplinarnega skupinskega izobraževanja (finsko 'perhevalmennus'). V teh pripravah sodelujeta oba starša skupaj z drugimi družinami, vodijo

pa jih medicinske sestre/babice, pogosto ob sodelovanju psihologov, socialnih delavcev in drugih strokovnjakov. Programi vključujejo informacije o nosečnosti, porodu, zgodnji interakciji z otrokom in partnerskih odnosih ter hkrati omogočajo zgodnje prepoznavanje socialnih in duševnih težav in gradnjo podpornih mrež (43). Dodatno je razvita mreža družinskih centrov (Vnsko 'perhekeskus'), ki pod eno streho povezujejo zdravstvene, socialne in nevladne storitve, kar omogoča enotno vstopno točko za družine.

Poleg univerzalnih storitev sistem vključuje tudi ciljno usmerjene intervencije, kot so domači obiski za ranljive družine z dojenčkom (poimenovane Gugalnica, Vnsko 'Kiikku'), program za matere z depresivnimi simptomi (Skrbi in igray se, finsko 'Hoivaa ja leiki'), ki je v randomizirani kontrolirani študiji pokazal zmanjšanje simptomov depresije in izboljšanje interakcije z otrokom, ter program (Drži se, finsko 'Piidä kiinni') (44,45).

Učinkovitost in evalvacija

Univerzalna pokritost storitev se odraža v tem, da več kot 99 % nosečnic vstopi v sistem predporodne oskrbe (42). Raziskave so potrdile ugodne učinke ciljno usmerjenih programov. Raziskave o učinkovitosti različnih programov podpore staršem kažejo obetavne rezultate. Randomizirana kontrolirana študija programa za matere z depresivnimi simptomi je pokazala statistično pomembne izboljšave v materini mentalizaciji in čustveni dostopnosti ter zmanjšanje depresivnih simptomov (Salo idr., 2019). Evalvacije domačih obiskov za ranljive družine z dojenčkom so razkrile, da program prispeva k boljši interakciji med starši in otrokom ter spodbuja boljši jezikovni razvoj otrok pri petih letih starosti (Sajaniemi in Mitts, 2004). Program namenjen materam z odvisnostmi pa je bil povezan z izboljšanjem materine reflektivne funkcije in vzpostavitev bolj stabilnega odnosa z otrokom, čeprav raziskave niso vključevale kontrolne skupine (44).

Izzivi

Kljub močni integraciji obstajajo izzivi, povezani predvsem z dostopnostjo storitev za duševno zdravje in regionalnimi razlikami v kakovosti storitev (42). V osnovnih službah je psihosocialna podpora pogosto omejena, kar lahko vodi v prepozno obravnavo duševnih težav staršev. Prav tako so storitve za migrante in priseljenske družine v praksi manj enotno dostopne.

Primeri iz drugih držav

Združeno kraljestvo

V Združenem kraljestvu sistem 'Health Visiting' temelji na univerzalnih obiskih medicinskih sester na domu v prvih letih življenja otroka. Vsaka družina ima imenovano sestro, ki jo obišče po porodu ter v kasnejših razvojnih obdobjih. Podpora zajema svetovanje o dojenju, spanju in hranjenju, presejanje duševnega zdravja ter usmerjanje v socialne storitve. Posebne pozornosti so deležne ranljive družine, kjer se obiski izvajajo pogosteje. Raziskave kažejo na pozitivne učinke pri zgodnjem prepoznavanju duševnih težav, podpori dojenju in izboljšanju starševskih kompetenc.

Nizozemska

Nizozemska ima sistem 'Kraamzorg', ki zagotavlja pomoč na domu za vse družine po porodu. Obiske izvajajo posebej usposobljene medicinske sestre. Obiski trajajo več ur na dan, do 8–10 dni po porodu, vključujejo pa praktično pomoč pri negi novorojenčka, podporo materi in gospodinjsko pomoč. Sistem je mednarodno prepoznan kot primer dobre prakse, saj združuje univerzalnost in hkrati prilagoditev glede na potrebe družine.

Nemčija

Nemčija je razvila program 'Frühe Hilfen', ki temelji na mrežah med zdravstvenim in socialnim sektorjem. Program vključuje prostovoljne obiske na domu in podporo družinam v ranljivih okoliščinah. Glavno vlogo imajo družinski spremljevalci, ki povezujejo družine z zdravstvenimi in socialnimi službami, nudijo svetovanje in psihosocialno oporo. Meta-analize kažejo na ugodne učinke programov zgodnjih intervencij v nemško govorečih državah, vključno z izboljšanjem razvojnih in socialnih izidov otrok.

Švedska

Na Švedskem so zdravstvene in socialne storitve za družine z majhnimi otroki integrirane v posebne centre 'Barnavårdscentrale'. Ti centri ponujajo rutinske zdravstvene preglede, cepljenja, podporo dojenju ter skupinske dejavnosti za starše. Vključujejo tudi presejanje duševnega zdravja in obiske na domu, zlasti za ranljive skupine. Značilnost sistema je skoraj popolna vključenost prebivalstva in nizka socialna neenakost pri dostopu do storitev.

Islandija

Na Islandiji program izvajajo centri primarnega zdravstva. Obiski na domu po rojstvu so obvezni in jih izvajajo medicinske sestre. Družinam nudijo svetovanje o dojenju, prehrani in spanju, spremljanje razvoja otroka ter podporo pri duševnih in socialnih izzivih. Značilnost sistema je skoraj popolna vključenost družin ter zgodnje prepoznavanje težav, kar prispeva k zelo ugodnim zdravstvenim in socialnim kazalnikom.

Ekonomska upravičenost vlaganj v prvih 1000 dni

Empirične raziskave s področja ekonomije človeškega razvoja dosledno kažejo, da imajo naložbe v kakovostne zgodnje intervencije poleg razvojnih tudi pomembne dolgoročne ekonomske koristi (6). James Heckman, Nobelov nagrajenec za ekonomijo, je med prvimi kvantificiral donosnost naložb v zgodnje otroštvo. Analiza programa Perry Preschool je pokazala, da je letni donos znašal med 7 % in 10 %, z upoštevanjem učinkov, kot so boljši izobraževalni izidi, višja zaposlenost in nižji stroški v zdravstvenem ter pravosodnem sistemu (46). Nadaljnje raziskave, ki so zajemale intervencije od rojstva do petega leta starosti, so pokazale še višji letni donos, tudi do 13 %. Podobne ugotovitve je potrdil tudi program Nurse-Family Partnership, ki ga je v ZDA razvil David Olds. Gre za strukturiran program obiskovanja ranljivih družin na domu z namenom krepitev starševskih kompetenc, izboljšanja otrokovega

razvoja in zmanjševanja tveganja za negativne izkušnje v otroštvu. Ekonomske analize kažejo, da vsak vložen dolar v program prinese med 5,7 in 6,2 ameriških dolarjev koristi, pri čemer največji prihranki izvirajo iz zmanjšanja stroškov v zdravstvu, socialnem varstvu in pravosodju.

Tudi evropske študije potrjujejo ekonomsko breme, ki ga predstavljajo neugodna doživetja v otroštvu. Meta-analiza je pokazala, da so obremenjujoče izkušnje v otroštvu povezane s številnimi zdravstvenimi izidi, kot so zloraba alkohola in drog, duševne motnje ter kronične bolezni. Ocene stroškov, pripisanih OIO, so vključevale do 6 % BDP v posameznih državah, s čimer so avtorji opozorili na visoke družbene stroške neukrepanja ter poudarili nujnost vlaganj v preventivne programe (47). Sistemski pregled in meta-analiza raziskav o OIO v 28 evropskih državah razkriva, da so le-te povezane z velikimi zdravstvenimi in ekonomskimi bremenami. Študija je analizirala razširjenost OIO ter povezane tveganje za 12 zdravju škodljivih vedenj in bolezni (npr. alkoholizem, kajenje, debelost, depresija, srčno-žilne bolezni, nasilje). Avtorji so na osnovi podatkov iz literature izračunali delež obolevnosti in invalidnosti (DALY) ter ocenili stroške, ki jih imajo posamezne države zaradi teh posledic. Ugotovitve kažejo, da so OIO povezane z izgubami, ki znašajo od 1,1 % (npr. Švedska, Turčija) do kar 6,0 % BDP (npr. Ukrajina). Največji delež bremena so predstavljali medosebno nasilje, zloraba drog in alkohola ter anksiozne motnje. Finančno gledano so največji stroški nastali zaradi bolezni kot so rak, srčno-žilne bolezni ter posledice kajenja in alkohola. Čeprav so bile med državami razlike v razpoložljivih podatkih, je bilo skupno sporočilo jasno: OIO povzročajo veliko breme za posameznike, zdravstvene sisteme in družbo kot celoto (8).

Ekonomske učinki posameznih programov v tujini, ki smo jih pregledali so opisani v poglavju Pregled mednarodnih izkušenj v podpori zgodnjemu razvoju. Raziskave podpirajo sklep, da so vlaganja v zgodnje otroštvo, še posebej za ranljive skupine, ne le etično in socialno utemeljena, temveč tudi ekonomsko racionalna. Čeprav se metodološki pristopi med raziskavami razlikujejo, je skupna ugotovitev, da zgodnje intervencije zmanjšujejo dolgoročne stroške za državo in družbo.

ZAKLJUČNE MISLI

Projekt Prvih 1000 dni – I je pokazal, da ima Slovenija dobro izhodišče za razvoj celovite podpore nosečnicam in družinam z majhnimi otroki, saj že razpolaga z močno primarno zdravstveno mrežo, tradicijo preventivnega delovanja in dobro razvitim patronažnim sistemom. Kljub temu analiza razkriva pomembne vrzeli, ki vplivajo na enakost obravnave, prepoznavanje ranljivosti in pravočasno podporo družinam.

V okviru projekta Prvih 1000 dni - I smo pregledali in analizirali tuje programe, ki se ukvarjajo s podporo ranljivim družinam v obdobju nosečnosti in zgodnjega otroštva. Pregled je potrdil, da države z najbolj razvitimi sistemi zgodnje pomoči poudarjajo integracijo zdravstvenega in socialnega varstva, obiske na domu, stalno spremljanje družin v stiski ter dostopno psihosocialno podporo. Ti elementi predstavljajo pomembno usmeritev tudi za slovenski kontekst. V Sloveniji imamo sicer edinstveno organizacijo zdravstvenega varstva s pomembnim pomenom primarnega preventivnega varstva, ki del teh potreb že pokriva. V to

obdobje se sistematično vključuje socialna služba, ki je z zdravstveno delno povezana in druga pomembna področja kot je skrb za obporodno duševno zdravje. Pri oblikovanju nadaljnjih ukrepov bodo zato koristni razmisleki o oblikovanju multidisciplinarnih mobilnih timov, širjenju podpore družinskega spremljanja ter razvoju programov, ki krepijo starševske kompetence in zmanjšujejo tveganja za neugodne izide.

Raziskovanje v okviru projekta je bilo koristno za analizo in razvoj kakovosti novih podatkovnih zbirk, predvsem SZBO-PATR in SZBO-NOST, ki so v zadnjih letih šele začele nastajati. S podatki iz zbirke patronažnega varstva imamo zdaj boljši vpogled v delo patronažne službe, kar omogoča načrtovanje ukrepov, grajenje stroke ter jasnejšo komunikacijo z deležniki. Čeprav so podatki še nepopolni in poročanje neobvezno, se kaže velik potencial za nadaljnji razvoj analitičnih orodij, boljše načrtovanje storitev ter komunikacijo med sektorji. Prihodnji koraki so lahko usmerjeni v dodaten razvoj in izobraževanje patronažne službe, kjer se kaže potreba po nadgradnji kompetenc, zlasti na področju prepoznavanja in obravnave duševnih stanj.

Na področju spremljanja primarnega zdravstvenega varstva nosečnic si želimo izboljšav na področju boljšega vnosa rezultatov sistematičnega presejanja duševnih težav v nosečnosti, kar bi lahko dosegli s postopnim vključevanjem posameznih izvajalcev, izobraževanjem in uvedbo obveznega poročanja, kar pomeni dodatno pomembno administrativno delo za izvajalce. V prihodnje bi bilo smiselno raziskati načine, da bi presejanje predstavljalo za izvajalce manjši časovni in administrativni zalogaj, bodisi z elektronsko oblikovanimi vprašalniki in neposrednim vnosom v operacijski sistem in oblikovanjem opozoril za izvajalce, v kolikor bi bili presejalni testi pozitivni.

Kot ena pomembnih ugotovitev se je pokazal tudi zamik z dodelitvijo EMŠO šele po odpustu iz porodnišnice, kar otežuje povezljivost podatkov. V prihodnje bo zato pomembno poiskati tehnične ali administrativne rešitve, ki bodo omogočile neprekinjeno spremljanje od porodnišnice naprej. Dodatni napredek se pričakuje tudi z uvedbo pediatričnega e-kartona, ki bo omogočil mnogo bolj celostno spremljanje otrokovega razvoja. Podatkov, ki nastajajo na področju pediatričnega zdravstvenega varstva, v projektu nismo uporabili, saj niso zbrani v enotni, dostopni in primerljivi obliki, ki bi omogočala njihovo vključitev v analizo ter zanesljivo interpretacijo v okviru projektnih aktivnosti.

Posebej pomembna ugotovitev raziskave je potreba po zgodnejšem in učinkovitejšem prepoznavanju duševnih težav pri nosečnicah in mladih materah. V obstoječem sistemu je dostop do storitev in strokovnjakov za obporodno obdobje omejen, zato je nujno povečati usposobljenost kadra ter razviti ustrezne oblike podpore. Z usmerjenimi ukrepi, na primer izobraževanjem strokovnjakov, bi lahko bistveno izboljšali oskrbo nosečnic, otročnic in mladih staršev ter zmanjšali dolgoročne posledice neobravnavanih duševnih stisk. Kljub temu neodvisno od projekta nastajajo aktivnosti kot so na primer razvoj preventivnega programa Mamma Mia, ki vključuje presejalna orodja, informativne vsebine ter usmerjanje v strokovno pomoč, kar dodatno krepi možnosti za zgodnje prepoznavanje stisk in ustrezno napotitev nosečnic ter mladih mater. Postopoma se s strani NIJZ posodablja mreža strokovnjakov s področja duševnega zdravja v perinatalnem obdobju. Na Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana (UPK Ljubljana) naj bi v prihodnje načrtovali tudi vzpostavitev specializirane enote za

mater in novorojenčka oziroma dojenčka, kar bi omogočilo skupno hospitalizacijo matere in otroka ter obravnavo matere z duševno motnjo skupaj z otrokom v varnem okolju.

Tudi širši socialno-ekonomski dejavniki ostajajo pomemben napovednik tveganj. Analize kažejo, da revščina, neustrezni bivalni pogoji, migracijsko ozadje in enostarševstvo pomembno vplivajo na potek nosečnosti, zdravje novorojenčka in psihosocialno blagostanje družin. Zato je ključno, da se obstoječe zdravstvene storitve dopolnijo z bolj sistematičnim sodelovanjem s socialnimi službami, vključevanjem skupnosti ter razvijanjem dodatnih oblik pomoči, ki družinam omogočajo stabilno in varno okolje v najzgodnejšem obdobju otrokovega razvoja.

Skupno gledano rezultati raziskave potrjujejo, da ima Slovenija vse potrebne temelje za vzpostavitev sodobnega, učinkovitega in družinam prijaznega sistema zgodnje podpore ranljivim nosečnicam in mladim družinam. Potrebni so predvsem koraki k večji povezanosti podatkov, nadgradnji kompetenc, izboljšanju dostopnosti duševno-zdravstvenih storitev ter okrepitvi sodelovanja med sistemi. Z majhnimi, a premišljenimi izboljšavami lahko v prihodnjih letih dosežemo bistveno boljšo prepoznavo tveganj, bolj pravočasno pomoč družinam ter okolje, ki otrokom v najzgodnejšem obdobju ponuja kar najboljše možnosti za zdrav razvoj.

1. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, idr. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet Lond Engl*. 7. januar 2017;389(10064):77–90.
2. Indrio F, Dargenio VN, Marchese F, Giardino I, Vural M, Carrasco-Sanz A, idr. The Importance of – Strengthening Mother and Child Health Services during the First 1000 Days of Life: The Foundation of Optimum Health, Growth and Development. *J Pediatr*. junij 2022;245:254-256.e0.
3. National Scientific Council on the Developing Child. (2005/2014). Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: Working Paper 3. Updated Edition. <http://www.developingchild.harvard.edu>.
4. Williams RC. From ACEs to early relational health: Implications for clinical practice. *Paediatr Child Health*. oktober 2023;28(6):377–93.
5. Victora CG, Christian P, Vdaletti LP, Gatica-Domínguez G, Menon P, Black RE. Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: variable progress towards an unfinished agenda. *Lancet Lond Engl*. 10. april 2021;397(10282):1388–99.
6. Heckman JJ. The developmental origins of health. *Health Econ*. januar 2012;21(1):24–9.
7. Pierce M, Hope HF, Kolade A, Gellatly J, Osam CS, Perchard R, idr. Effects of parental mental illness on children's physical health: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. julij 2020;217(1):354–63.
8. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, idr. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. avgust 2017;2(8):e356–66.
9. World Health Organization. Improving early childhood development: WHO guideline [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [citirano 26. avgust 2025]. Dostopno na: <https://iris.who.int/handle/10665/331306>
10. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, idr. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. maj 1998;14(4):245–58.
11. Centers for Disease Control and Prevention. (2019). Preventing adverse childhood experiences (ACEs): Leveraging the best available evidence. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/preventingACES.pdf>.
12. National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development. From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development [Internet]. Shonkoff JP, Phillips DA, uredniki. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000 [citirano 23. september 2025]. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225557/>
13. Brown DW, Anda RF, Tiemeier H, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB, idr. Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *Am J Prev Med*. november 2009;37(5):389–96.
14. Kuhar M, Zager Kocjan G. Associations of adverse and positive childhood experiences with adult physical and mental health and risk behaviours in Slovenia. *Eur J Psychotraumatology*. 2021;12(1):1924953.
15. Bellis MA, Hughes K, Ford K, Hardcastle KA, Sharp CA, Wood S, idr. Adverse childhood experiences and sources of childhood resilience: a retrospective study of their combined relationships with child health and educational attendance. *BMC Public Health*. december 2018;18(1):792.
16. Schofield TJ, Lee RD, Merrick MT. Safe, stable, nurturing relationships as a moderator of intergenerational continuity of child maltreatment: a meta-analysis. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. oktober 2013;53(4 Suppl):S32-38.

17. Yehuda R, Lehrner A. Intergenerational transmission of trauma effects: putative role of epigenetic mechanisms. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. oktober 2018;17(3):243–57.
18. Masten AS. Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Dev*. 2014;85(1):6–20.
19. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, idr. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. april 2006;256(3):174–86.
20. Kuhar, M., Jeriček Klanšček, H., Zager Kocjan, G., Hočevár, A., Drglin, Z. in Mešl, N. (2020). Obremenjujoče izkušnje v otroštvu in posledice v odraslosti. Ljubljana: Univerza v Ljubljani in Nacionalni inštitut za javno zdravje.
21. Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Uradni list RS, št.19/98.
22. Jelenko-Roth P, urednik. Duševno zdravje v obporodnem obdobju. 2., posodobljena izd., elektronska izd. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2022.
23. Krajnc M, Vidmar Šimic M, Premru-Sršen T, Globevnik Velikonja V. Priporočila za izvajanje presejalnih testov – projekt PODN. *Perinatologija*; 2023. Dostopno na: https://perinatologija.si/wp-content/uploads/2023/04/Priporocila-za-izvajanje-presejalnih-testov_PODN.pdf.
24. Republika Slovenija. (1998). Pravilnik o izvajanju preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Uradni list RS, št. 19/98, s spremembami in dopolnitvami). Pravno-informacijski sistem RS. <https://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV10406>.
25. IRSSV. Socialni položaj v Sloveniji 2022–2023 – Končno poročilo. Ljubljana: IRSSV; 2024.
26. Eurostat. “Household composition - European Union”. *Statistics Explained*. 2025.
27. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Izzivi neenakosti v javnem zdravju: podatki in politike. Ljubljana: NIJZ; 2023.
28. Berčan T, Kovačević N, Cilenšek I, Podbregar I. Association of maternal antenatal education with quality of life after childbirth in the Slovenian population before and during the COVID-19 pandemic. *Healthcare*. 2023;11(11):1568. doi:10.3390/healthcare11111568.
29. Mihevc Ponikvar B, Krajnc Nikolić T, Zakrajšek V. Perinatal health indicators of women, living in Roma settlements in Slovenia. *Javno zdravje*. 2023;2023(1). doi:10.26318/JZ-2023-1.
30. Bombač L, Premru-Sršen T, Lučovnik M, Lipovec Čebren U. Perinatal outcomes of pregnant refugees/asylum seekers in Slovenia during the 2015–2016 humanitarian –corridor. *Gynaecol Perinatol*. 2018;27(3–4):53–58.
31. Statistični urad Republike Slovenije. SI-STAT podatkovni portal [Internet]. Ljubljana: SURS; 2025 [citirano 2025-05-08]. Dostopno na: <https://pxweb.stat.si>.
32. Leskošek V, Lučovnik M, Pavše L, Premru Sršen T, Krajnc M, Verdenik I, Globevnik Velikonja V. The role of health services in encouraging disclosure of violence against women. *Zdr Varst* 2017; 56(4): 220-226.
33. Kranjc K, Lipovec N, Benedik E. Uživanje alkohola med nosečnostjo. *Slov Pediatr*. 2023;30(1):10–14.
34. Mejak V. Doživljanje materinstva in potrebe po pomoči pri ženskah, odvisnih od prepovedanih drog [magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; 2010. Dostopno na: http://dk.fdv.uni-lj.si/magistrska/pdfs/mag_mejak-vesna.pdf.
35. Prepoznavanje ranljivih skupin žensk v obporodnem obdobju: (priročnik za zdravstvene delavce). Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino pri Slovenskem zdravniškem društvu; 2018. XII, 181.
36. Antony K, Stürzlinger H, Weigl M. Frühe Hilfen - Evidenz zur zeitlichen und inhaltlichen Konzeption eines universellen Basisangebots [Internet]. *Gesundheit Österreich GmbH*; 2014 [citirano 26. avgust 2025]. Dostopno na: <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.1.2906.0721>
37. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH.at). FRÜDOK Annual Report 2019 [Internet]. Vienna: NZFH.at; 2020 [cited 2025 Feb 26]. Available from: <https://nzfh.at>.

38. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH.at). FRÜDOK Annual Report 2023 [Internet]. Vienna: NZFH; 2024 [cited 2025 Feb 26]. Available from: https://nzfh.at/sites/nzfh.at/files/Early%20Childhood-Interventions_Figures%2C%20Data%20and%20Facts%202023_FR%C3%9CDOK%20Annual%20Report%2C%20Vienna%202024.pdf.
39. Taubner S, Wolter S, Rabung S. Effectiveness of early-intervention programs in German-speaking countries – a meta-analysis. *Ment Health Prev*. september 2015;3(3):69–78.
40. Juraszovich B. Zur Wirkung und Wirksamkeit von Frühen Hilfen – Darstellung von Kosten und Nutzen anhand exemplarischer Fallvignetten [Internet]. Wien: Gesundheit Österreich GmbH (GÖG); 2017 [cited 2025 Feb 26]. Available from: <https://fruehehilfen.at>.
41. Juraszovich B. Impact and effectiveness of early childhood intervention: a cost-benefit analysis based on representative snapshot case studies [Internet]. Vienna: Gesundheit Österreich GmbH (GÖG); 2017 [cited 2025 Feb 26]. Available from: <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/483/>.
42. Danielsdottir S, Ingudottir J. The First 1000 Days in the Nordic Countries: A Situation Analysis [Internet]. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2020 [cited 2025 Aug 26]. Available from: <https://pub.norden.org/nord2020-051/nord2020-051.pdf>.
43. Finnish Institute for Health and Welfare (THL). National guidelines for maternity and child health clinics. Helsinki: THL; 2019 [cited 2025 Feb 26]. Available from: <https://thl.fi>.
44. Pajulo M, Suchman N, Kalland M, Mayes L. Enhancing the effectiveness of residential treatment for substance abusing mothers: focus on maternal reflective functioning and mother–child relationship. *Infant Ment Health J*. 2012;33(1):70–81. doi:10.1002/imhj.20342.
45. Pajulo M, Savonlahti E, Sourander A, Helenius H, Piha J. An early parenting intervention for mothers with substance abuse problems: one-year follow-up. *Child Abuse Negl*. 2011;35(5):363–372. doi:10.1016/j.chiabu.2011.01.010.
46. Cunha F, Heckman JJ. The Economics and Psychology of Inequality and Human Development. *J Eur Econ Assoc*. 2009;7(2):320–64.
47. Hughes K, Ford K, Bellis MA, Glendinning F, Harrison E, Passmore J. Health and financial costs of adverse childhood experiences in 28 European countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. november 2021;6(11):e848–57.
48. Horvat, M. & Krajnc, A. 2019. Pomen geografske opredeljenosti terenskega območja nosilcev patronažnega varstva-analiza terenskega območja. In T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dvoršak, A. Kvas, & A. Prelec, eds., *Medicinske sestre in babice, zagovornice zdravja za vse* [Elektronski vir]: zbornik prispevkov z recenzijo; 12. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 9. in 10. maj 2019. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 487–489.
49. Horvat, M. & Pribaković Brinovec, R., 2024. Patronažno zdravstveno varstvo. [Pdf] Available at: https://nijz.si/wp-content/uploads/2024/07/Patronazno-zdravstveno-varstvo_2024.pdf
50. Železnik, D., Horvat, M., Panikvar Žlahtič, K., Filej, B. & Vidmar, I., 2011. Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
51. World Health Organization Expert Committee on Nursing, 1974. Community Health Nursing, Report of the WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 558. Geneva: World Health Organization; 1974.
52. Strategija razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva do leta 2031.
53. Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09, 17/15, 47/18, 57/18, 57/18, 57/21, 162/21, 39/23, 93/23, 125/23, 18/24 in 53/24.

54. <https://www.gov.si/zbirke/projekti-in-programi/most-model-skupnostnega-pristopa-zakrepitev-zdravja-in-zmanjsevanje-ineenakosti-v-zdravju-v-lokalni-skupnosti/>
55. <https://www.gov.si/novice/2020-12-09-zakljucno-delovno-srecanje-izvajalcev-projekta-krepitev-zdravja-za-vse>
56. Horvat, M., Janc Jagrič, J., Jagodic, R., Podvratnik, N., Mihevc Ponikvar, B., Krajnc, A., et al (2025). Navodilo za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev v patronažnem varstvu. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <https://nijz.si/zdravstveno-varstvo/patronazno-varstvo/navodilo-za-izvajanje-belezenje-in-obracunavanje-storitev-v-patronaznem-varstvu/>
57. Horvat, M., Janc Jagrič, J., Jagodic, R., Podvratnik, N., Mihevc Ponikvar, B., Krajnc, A., et al (2025). Navodilo za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev v patronažnem varstvu. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <https://nijz.si/zdravstveno-varstvo/patronazno-varstvo/navodilo-za-izvajanje-belezenje-in-obracunavanje-storitev-v-patronaznem-varstvu/>
58. Horvat, M., Janc Jagrič, J., Jagodic, R., Podvratnik, N., Mihevc Ponikvar, B., Krajnc, A., et al (2025). Navodilo za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev v patronažnem varstvu. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <https://nijz.si/zdravstveno-varstvo/patronazno-varstvo/navodilo-za-izvajanje-belezenje-in-obracunavanje-storitev-v-patronaznem-varstvu/>
59. Horvat, M., Janc Jagrič, J., Jagodic, R., Podvratnik, N., Mihevc Ponikvar, B., Krajnc, A., et al (2025). Navodilo za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev v patronažnem varstvu. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <https://nijz.si/zdravstveno-varstvo/patronazno-varstvo/navodilo-za-izvajanje-belezenje-in-obracunavanje-storitev-v-patronaznem-varstvu/>
60. Horvat, M., Janc Jagrič, J., Jagodic, R., Podvratnik, N., Mihevc Ponikvar, B., Krajnc, A., et al (2025). Navodilo za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev v patronažnem varstvu. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <https://nijz.si/zdravstveno-varstvo/patronazno-varstvo/navodilo-za-izvajanje-belezenje-in-obracunavanje-storitev-v-patronaznem-varstvu/>