

Sustav zdravlja u području rane intervencije u djetinjstvu

Tena Matijaš¹, Jasmina Ivšac Pavliša², Marta Ljubešić²

Potaknuta potrebama obitelji i postojećim stanjem rane intervencije u Republici Hrvatskoj, Hrvatska udruga za ranu intervenciju u djetinjstvu pokrenula je stvaranje jedinstvene baze podataka o uslugama rane intervencije u Republici Hrvatskoj. Cilj baze podataka je omogućiti jednostavan pristup sveobuhvatnim i provjerenim informacijama o uslugama rane intervencije u djetinjstvu, koje se pružaju u Republici Hrvatskoj u području predškolskog odgoja, sustava zdravlja i socijalne skrbi. U ovom radu bit će prikazani podatci dobiveni u državnim i privatnim zdravstvenim ustanovama radi uvida u trenutno stanje pružanja usluga u domeni rane intervencije u djetinjstvu na području Republike Hrvatske u sustavu zdravlja. Podatci su prikupljeni putem anketnog upitnika u obliku internetske aplikacije. Uzorak su činile 41 državna i 32 privatne zdravstvene ustanove prijavljene u sustavu zdravstva. Rezultati upućuju na geografsku centraliziranost stručnjaka koji pružaju usluge u domeni rane intervencije u sustavu zdravlja, te ih je najviše na području Grada Zagreba. No nije evidentirana statistički značajna razlika između županija u odnosu na vrstu teškoća kojima se bave, stručnjaka koje zapošljavaju i usluga koje se pružaju. Usporedba između privatnih i državnih zdravstvenih ustanova pokazala je da su privatne organizacije po strukturi zaposlenih i vrsti usluga bliže suvremenom konceptu rane intervencije, koji se fokusira i na dijete i na njegove roditelje te nije dominantno usmjeren na motorički aspekt djetetovog razvoja. Tako privatni sektor dopunjava ono što državni ne daje, ali te usluge roditelji moraju sami plaćati.

Ključne riječi: zdravstveni sustav; rana intervencija; baze podataka; teškoće u razvoju; dijete; obitelj

UVOD

Rođenje djeteta za većinu roditelja je razdoblje radosti i pozitivnog uzbuđenja. No za roditelje koji u tim trenutcima prime uznemirujuće vijesti o zdravlju svoga djeteta, ovo razdoblje može postati razdoblje stresa i očaja. Ovi se roditelji moraju nositi s mnogo neizvjesnosti oko djetetovog zdravstvenog stanja i prognoze, prolaziti česte liječničke preglede i medicinske postupke te dodatne terapijske postupke. Sve navedeno utječe na bračne i obiteljske odnose, rad i karijeru, čime se često stvaraju dodatne napetosti u obitelji i narušava se obiteljska dinamika. Za samo dijete nastaju dodatne nepovoljne okolnosti, jer se zbog povišenog roditeljskog stresa narušava i kakvoća interakcija roditelj - dijete. Interakcije su važne stoga jer su one za dijete rane životne dobi važne epizode učenja (1). Tako neurorizičnom ili zdravstveno ugroženom dojenčetu biva dvostruko uskraćeno – osim neurobioloških ograničenja za rano učenje i same prilike za učenje, tj. rane interakcije bivaju narušene. Stoga programi rane intervencije imaju za cilj jačati zaštitne

čimbenike u obitelji te povećati socijalnu potporu u lokalnoj zajednici, pa i šire (2). Rana intervencija u djetinjstvu podrazumijeva pružanje potpore i resursa za obitelji male djece od strane članova društvene neformalne i formalne mreže te članova koji izravno i neizravno utječu na dijete, roditelje i obiteljsko funkcioniranje, koje će dovesti do optimalnog blagostanja i djeteta i obitelji (3). Istraživanja su pokazala kako je za poboljšanje u razvoju djece potrebno s terapijom započeti što ranije te, ako je to moguće, u djetetovom prirodnom okruženju (4). Ujedinjeni narodi 2002. godine donose načela „*World Fit for Children*“, prema kojima svako dije-

¹ Centar za rehabilitaciju Zagreb, Podružnica Slobošćina, Nikole Andrića 3, Zagreb

² Odsjek za logopediju, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

Adresa za dopisivanje:

Tena Matijaš, Centar za rehabilitaciju Zagreb, Podružnica Slobošćina, Nikole Andrića 3, Zagreb, e-mail: tena.matijas@gmail.com

Primljeno/Received: 13. 5. 2014., Prihvaćeno/Accepted: 10. 10. 2014.

te treba biti „fizički zdravo, psihički i emocionalno zaštićeno, socijalno kompetentno i sposobno učiti“ (5). Navedene načela, kroz holistički pristup, obuhvaćaju i programi rane intervencije. Europska agencija za razvoj obrazovanja za posebne potrebe (*European Agency for Development in Special Needs Education*), 2005. godine naglašava važnost decentralizacije usluga, kako bi se osiguralo bolje poznavanje prirodnog okruženja u kojem dijete živi, s naglaskom na važnost pružanja jednake kakvoće usluga, usprkos zemljopisnim razlikama, čime bi se izbjegla preklapanja i nepotrebno putovanje. Uz to upućuju na važnost osluškivanja potreba obitelji i djeteta kroz dobro informiranje i suradnju stručnjaka i obitelji u donošenju odluka i provedbi programa (6, 7). U Republici Hrvatskoj pružanje usluga za djecu s neurorazvojnim rizikom i razvojnim odstupanjima još i sad je izrazito centralizirano (8). Republika Hrvatska je trenutno na početku zakonodavne i praktične primjene suvremenog shvaćanja rane intervencije. Tako se 2011. godine prvi put rana intervencija uvodi u hrvatski zakonodavni okvir u Zakonu o socijalnoj skrbi, koji preuzima i novi Zakon o socijalnoj skrbi koji je stupio na snagu 1. 1. 2014. godine. Veliki problem za obitelji suočene sa činjenicom da je zbog neurorazvojnih rizika ili djetetovog zdravstvenog stanja ugrožen razvojni ishod i činjenica da usluge koje su potrebne obitelji pružaju stručnjaci zaposleni u više različitih sustava: uz sustav zdravlja tu su i oni socijalne skrbi, obrazovanja i nevladin sektor, tj. usluge dolaze iz različitih sustava među kojima nema suradnje i usklađivanja.

Postojeće stanje rane intervencije u Republici Hrvatskoj i potrebe obitelji potakli su Hrvatsku udrugu za ranu intervenciju u djetinjstvu da u suradnji s uredom UNICEF-a u Republici Hrvatskoj pokrene projekte „E-informacijski i referentni centar za ranu intervenciju u djetinjstvu“, kao i druge projekte i aktivnosti (9). Ciljevi projekata usmjereni su na pružanje potpore obiteljima djece s neurorazvojnim rizicima ili/i razvojnim poteškoćama, kao i obiteljima koje u ponašanju svog djeteta uoče znakove koji ih brinu ili mogu upućivati na određeno odstupanje, pa je važno da što prije nađu potrebnu pomoć i osnaže svoje intuitivno roditeljstvo (10).

Iz navedenih projekata proizašla je zamisao stvaranja jedinstvene baze podataka o uslugama rane intervencije u Republici Hrvatskoj. Baza podataka namijenjena je obiteljima djece s neurorazvojnim rizicima ili/i razvojnim teškoćama, kao i široj javnosti, kako bi u što kraćem mogućem roku dobili potrebnu pomoć, provjerenu informaciju i potporu. Baza je namijenjena i stručnjacima koji se bave područjem rane intervencije, kako bi se međusobno povezali i podigli razinu stručnosti i usklađenosti u pružanju potpore. Današnje vrijeme informacijsko-komunikacijskih tehnologija i medija omogućuje roditeljima pristup velikom broju informacija, no one su često neselektivne, a katkad i neproverene, pa



SLIKA 1. Prikaz mrežne stranice <http://trazilica.ranaintervencija.org/>, u sklopu koje su se prikupljali podatci za bazu podataka

mogu dovesti do nepotrebne uznemirenosti i zbunjenosti roditelja (8). Stoga je baza osmišljena kao sustav sveobuhvatnih i provjerenih informacija koje su lako dostupne svima. Sustav podataka je javan i dostupan na internetskim stranicama <http://trazilica.ranaintervencija.org/> (Slika 1), a sadrži informacije o uslugama u domeni rane intervencije u području predškolskog odgoja, sustava zdravlja i socijalne skrbi. Budući da prikupljanje podataka za svaki od tih triju sustava obuhvaća opsežan i dugotrajan proces, u ovom će radu biti prikazani podatci dobiveni u sustavu zdravlja.

Kroz razvoj rane intervencije na međunarodnoj razini dolazi i do promjena u području sustava zdravlja te se naglasak s tretmana pomiče na prevenciju, uz naznaku potrebe za suradnjom s obrazovnim i socijalnim uslugama (11). Važnost sustava zdravlja, između ostalog, povezuje se s činjenicom da djeca i obitelji najčešće ulaze u sustav rehabilitacije kroz procese probira ili dijagnostike, koji se primarno odvijaju u zdravstvenim ustanovama (12). Osim toga, bez aktivne i kontinuirane uključenosti sustava zdravlja u djetetov razvoj može se propustiti pravodobno uočavanje odstupanja kao i zdravstvenih teškoća koje prate ili su uzrok nekim razvojnim odstupanjima. To je nužna pretpostavka da se djetetu osigura optimalni razvoj te se spriječi da se neki razvojni problemi prepoznaju tek pri polasku djeteta u predškolski sustav ili čak i kasnije. Uz to zdravstveni sustav ima zadaću povezati sustave koji se bave djecom putem uspostavljanja standarda prevencije, poboljšanja sustava praćenja i nadziranja, upućivanja obitelji na usluge unutar lokalne zajednice te suradnju s ustanovama koje nude programe u njoj (13). Iako postupak dijagnostike razvojnih teškoća mogu pokrenuti i sami roditelji, zbog svoje zabrinutosti za djetetov razvoj, ipak najčešće liječnici i drugi stručnjaci prvi uoče odstupanje i predlažu da roditelji traže stručnu pomoć i informacije (12). Stoga je važno omogućiti dobar početak svoj djeci, osiguravajući im lako dostupan pristup u zdravstvene i razvojne usluge.

CILJ RADA

Cilj ovog rada je prikazati trenutno stanje u sustavu zdravlja u području pružanja usluga u ranoj intervenciji u djetinjstvu na području Republike Hrvatske. U skladu s dobivenim podacima cilj je upozoriti na postojeće prednosti i nedostatke koji se u tom području javljaju.

ISPITANICI I METODE

Podatci su prikupljeni uz suglasnost Ministarstva zdravlja i socijalne skrbi. Kriteriji za odabir namjernog uzorka ispitanika bili su da ustanova prima djecu bilo koje dobi od rođenja do polaska u školu koja imaju neurorazvojni rizik ili razvojna odstupanja te da uz liječnike imaju zaposlene neke nezdravstvene djelatnike (logoped, psiholog, rehabilitator) ili terapeute (fizioterapeut, radni terapeut). Najprije su prikupljeni podatci o ustanovama koje su u nadležnosti Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi (danas Ministarstvo zdravlja) ili lokalne uprave (od studenog 2011. do veljače 2012. godine) (14), a zatim o privatnim ustanovama prijavljenim u sustavu zdravstva (od siječnja 2013. do svibnja 2013. godine). Podatci su prikupljeni putem anketnog upitnika u obliku mrežne (web) aplikacije, koju su osmislili autori uz suradnju sa stručnjacima Fakulteta za elektrotehniku i računarstvo (10), pri čemu su se podatci neposredno nakon ispunjavanja pohranjivali u bazu. Nakon dugotrajnog procesa prikupljanja općih informacija o ustanovama i kontaktiranja s njima sastavljen je uzorak koji su činile 54 zdravstvene ustanove u nadležnosti Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi (danas Ministarstvo zdravlja) ili lokalne uprave i 50 privatnih ustanova prijavljenih u zdravstveni sustav. Od toga su se 41 državna i 32 privatne ustanove odazvale pozivu na istraživanje i ispunile anketni upitnik te čine namjerni uzorak ove analize.

Anketni upitnik sadržavao je 18 pitanja. Početna pitanja (ukupno 5) odnose se na opće podatke o ustanovi i odjelu, ambulanti ili odsjeku na kojem se pružaju usluge za djecu s neurorazvojnim rizikom ili/i razvojnim poteškoćama, te su odgovori bili deskriptivni. Iduća pitanja (ukupno njih 12) odnose se na usluge koje pruža ustanova za djecu s neurorazvojnim rizikom ili/i razvojnim teškoćama. Pitanja se odnose na dob djece za koju se pruža usluga, na to koja se djeca primaju s obzirom na prisutne poteškoće ili neurorazvojne rizike, vrsti i načinu pružanja usluga za ovu djecu, broj i vrsta stručnjaka koji se bave djecom s neurorazvojnim rizikom ili/i razvojnim teškoćama, vrijeme čekanja na pojedine usluge te uvjeti uključivanja i ostvarivanja usluga koje ustanova nudi. Odgovori su bili na zaokruživanje i numerički.

Statistička obrada i analiza podataka obavljena je licenciranim programom STATISTICA 8.0 Stat.Soft inc. 1983-2007.

Rabljene su sljedeći moduli tog programa: osnovna statistika i tablice (Basic Statistika/Tables); opisna statistika za obradu kvantitativnih odgovora te frekvencijske i kontingencijske tablice za obradu kvalitativnih odgovora. Neparometrijska statistika rabljena je za testiranje razlike između županija u odnosu na dijagnostiku i terapiju te broj stručnjaka; Hi-kvadrat test za testiranje razlika između opisnih podataka, jer je riječ o nominalnim podacima, te Kruskal-Wallis analiza za testiranje razlika između pojedinih kategorija podataka u odnosu na numeričke podatke (broj stručnjaka i vrste teškoća), jer su mjereni u ordinalnoj ljestvici. Rezultati dobiveni statističkom obradom prikazani su grafički i numerički (tabelarno). Statističko testiranje provedeno je na razini značajnosti od 95 % ($p < 0,05$).

REZULTATI

Od 21 županije u Republici Hrvatskoj (15), od državnih zdravstvenih ustanova sudjelovalo je njih 18, pri čemu se Međimurska i Zadarska županija nisu odazvale, a u Zagrebačkoj županiji nije evidentirana niti jedna zdravstvena ustanova, u nadležnosti Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi ili lokalne uprave, koja pruža usluge rane intervencije za djecu s neurorazvojnim rizikom ili/i razvojnim teškoćama. Kod privatnih ustanova odazvale su se one s područja 9 županija, i to iz županije Grad Zagreb, Bjelovarsko-bilogorske županije, Istarske, Primorsko-goranske, Međimurske, Sisačko-moslavačke, Šibensko-kninske, Virovitičko-podravске i Zagrebačke. Kao što se može vidjeti iz tablice 1, najveći broj i državnih i privatnih ustanova smješten je na području Grada Zagreba.

Prema vrsti ustanova, s obzirom na ustrojstvo, organizaciju i širinu pružanja usluga, obavezama, prostornoj i lokalitetnoj organizaciji i dr., od državnih ustanova odazvao se najveći broj općih bolnica (16 ustanova), zatim specijalnih bolnica (7) i poliklinika (6) te nakon toga domova zdravlja (5), kliničkih bolničkih centara (4) i klinika (2), dok je najmanji broj centara za rehabilitaciju (1). Od privatnih ustanova odazvao se najveći broj logopedskih kabineta (12), zatim ordinacija za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju (8), psiholoških ordinacija i udruga (po 3), edukacijsko-rehabilitacijskih kabineta i poliklinika (po 2) te jedan centar za savjetovanje i edukaciju te jedna pedijatrijska ordinacija.

Kao što je vidljivo iz slike 1, najveći broj ustanova, i državnih i privatnih, navodi da osigurava rad s djecom u dobi od rođenja do polaska u školu, dok značajno manji broj ustanova prima djecu u kasnijoj dobi, tek od treće ili četvrte godine života. U anketnom upitniku osma godina je navedena kao krajnja granica, iako većina ustanova prima djecu i nakon te dobi, jer se polazak u školu u Hrvatskoj, kao i u drugim zemljama, smatra dobnom granicom pružanja usluga rane intervencije.

TABLICA 1. Broj zdravstvenih ustanova koje su sudjelovale u istraživanju, po županijama

Županije	Broj državnih ustanova	Broj privatnih ustanova
Bjelovarsko-bilogorska	2	1
Brodsko-posavska	3	
Dubrovačko-neretvanska	2	
Grad Zagreb	9	15
Istarska	1	3
Karlovačka	4	
Koprivničko-križevačka	1	
Krapinsko-zagorska	2	
Ličko-senjska	1	
Međimurska		1
Osječko-baranjska	4	
Požeško-slavonska	2	
Primorsko-goranska	1	5
Sisačko-moslavačka	1	1
Splitsko-dalmatinska	3	
Šibensko-kninska	1	1
Varaždinska	1	
Virovitičko-podravska	1	1
Vukovarsko-srijemska	2	
Zagrebačka		4

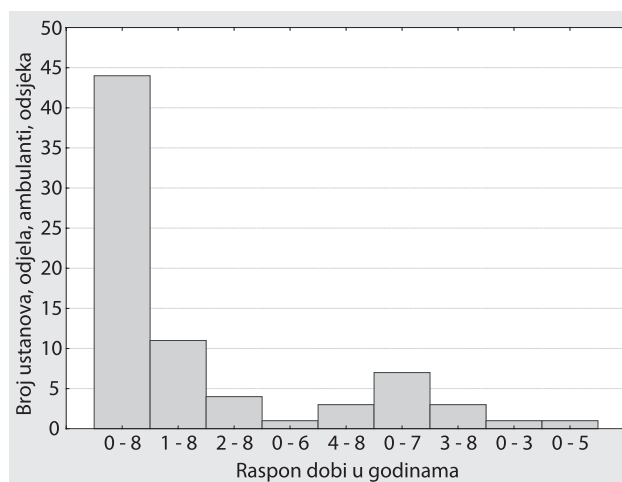
TABLICA 2. Raspodjela prema vrsti teškoća

Vrsta teškoća	Broj državnih ustanova (ambulantni/odjela/odsjeka)	Broj privatnih ustanova
Genetički sindromi	33	17
Glasovno govorno jezične teškoće	27	19
Intelektualne teškoće	37	19
Kronične bolesti	27	11
Motoričke teškoće	41	26
Neurorazvojni rizik	46	28
Oštećenje sluha	21	9
Oštećenje vida	17	7
Poremećaj iz autističnog spektra	29	21
Poremećaj pažnje i hiperaktivnosti	31	20
Poremećaji u ponašanju	29	13
Višestruke teškoće	39	18
Ostalo	6	10

Prema tablici 2 vidljivo je da najviše državnih i privatnih ustanova pruža usluge za djecu s neurorazvojnim rizikom, zatim slijede djeca s motoričkim teškoćama. Dok su kod privatnih ustanova na trećem mjestu djeca s poremećajima iz autističnog spektra, to mjesto u državnim ustanovama broj-

čano zauzimaju djeca s višestrukim poteškoćama. I kod državnih i kod privatnih ustanova najmanje je onih koje su razvile oblik rada za djecu s oštećenjem vida i sluha. Naime, djeca s neurološkim oštećenjima upućuju se na ustanove specijalizirane za rad s djecom oštećena vida ili sluha, pa ne postoji ni potreba za njihovim dodatnim razvojem.

Unutar 41 zdravstvene ustanove u nadležnosti Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi ili lokalne uprave od nezdravstvenih i terapijskih struka zaposleno je oko 256-ero fizioterapeuta, 129-ero logopeda, 59-ero psihologa, 42-je radnih terapeuta, 24-ero rehabilitatora i 1 specijalist rane intervencije (Slika 2). Razlika između županija u odnosu na vrstu stručnjaka testirana je Kruskal-Wallis analizom te se pokazalo da nema statistički značajne razlike ($p>0,05$). U 32 privatne ustanove prijavljene u sustav zdravstva zaposleno je 25-ero fizioterapeuta, 25-ero logopeda, 11-ero psihologa, 6-ero radnih terapeuta, 9-ero rehabilitatora i 1 specijalist rane intervencije (Slika 2).



SLIKA 2. Grafički prikaz pružanja usluga u odnosu na dob djece

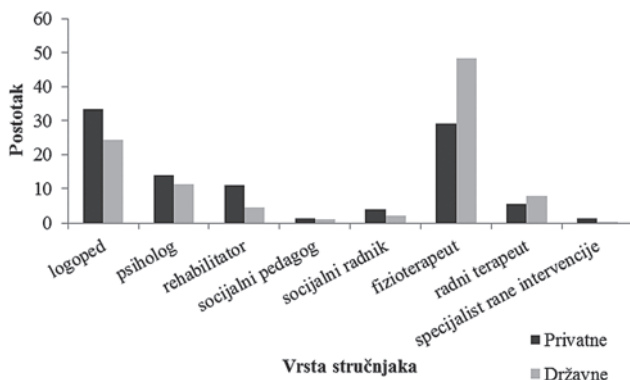
Testiranje razlika Hi-kvadrat testom ($p>0,05$) između županija u odnosu na vrste stručnjaka pokazalo je da ne postoji statistički značajna razlika. Isti rezultati dobiveni su pri testiranju razlika Hi-kvadrat testom ($p>0,05$) između županija i gradova u odnosu na vrstu dijagnostičkih i terapijskih usluga koje se nude u državnim i privatnim ustanovama. Uzrok ovakvih rezultata je mali uzorak ispitanika koji ne može postići statističku značajnost, pa je potrebna detaljnija analiza dobivenih podataka. Treba naglasiti kako su primjerice 2/3 broja logopeda u državnim ustanovama, dobivenog ovim istraživanjem, zaposleno u poliklinikama za rehabilitaciju slušanja i govora SUVAG Zagreb (čak 48-ero logopeda), što upućuje na određeni stupanj centralizacije ovih usluga u metropoli. Od ukupnog broja fizioterapeuta u državnim ustanovama, dobivenih, ovim istraživanjem, 53% radi u specijalnim bolnicama smještenim na području Zagreba, Vela

Luke, Krapine i Makarske, a 42% rehabilitatora djeluje na području Grada Zagreba. Kod privatnih ustanova od 25-ero logopeda većina njih (80%) djeluje na području Grada Zagreba. Više od polovine psihologa (54%) i šestero od devetero rehabilitatora također djeluje na području Zagreba. Navedeni podatci upućuju na problem dostupnosti određenih usluga samo u specijalnim bolnicama ili pak samo u glavnome gradu.

U tablici 3 prikazana je strukturna raspodjela broja stručnjaka u državnim i privatnim ustanovama te je Hi-kvadrat testom utvrđeno da je u državnim zdravstvenim ustanovama zaposleno statistički značajno više terapeuta nego u onim privatnim. U odnosu na broj nezdravstvenih djelatnika statistički je značajno veći broj zaposlen u privatnim ustanovama. Na slici 3 vidljiva je razlika postotka zaposlenih stručnjaka u državnim i privatnim ustanovama, koja je testirana Hi-kvadrat testom ($p < 0,05$). Rezultat testa je pokazao da ne postoji statistički značajna razlika između postotka zaposlenih logopeda (u državnim 24% i privatnim 33%), psihologa (11% i 14%), socijalnih pedagoga (1% i 1%), socijalnih radnika (2% i 4%), radnih terapeuta (8% i 5%) i specijalista rane intervencije (0% i 1%) u državnim i privatnim ustanovama. Statistički značajna razlika utvrđena je između postotka zaposlenih rehabilitatora i fizioterapeuta. U državnim ustanovama zaposlen je statistički značajno veći broj fizioterapeuta (48%) u odnosu na privatne ustanove (29%) te statistički značajno manji broj rehabilitatora (6%) nego u privatnim ustanovama (11 %).

TABLICA 3. Prikaz strukture terapeuta i nezdravstvenih djelatnika u državnim i privatnim zdravstvenim ustanovama

Vrsta ustanova	Terapeuti	Ne zdravstveni djelatnici	Ukupan broj djelatnika
Državne zdravstvene ustanove	25	47	72
Privatne zdravstvene ustanove	298	231	529
Hi-kvadrat test ($p < 0,05$)	11,91 $p = 0,0006$		



SLIKA 3. Grafički prikaz zastupljenosti stručnjaka u državnim i privatnim ustanovama

Rezultati vezani za usluge stručne potpore u obitelji pokazali su da veći broj državnih zdravstvenih ustanova koje su sudjelovale u ispitivanju ne nudi ovakav oblik usluge. Od devet ustanova koje nude stručnu potporu u obitelji u šest slučajeva je riječ o zdravstvenim uslugama patronažne sestre, a samo u jednoj ustanovi uslugu stručne potpore u obitelji nude edukacijski rehabilitator, logoped i psiholog. Kod privatnih ustanova situacija je nešto drukčija, od 32 ustanove njih 15 pruža neki oblik stručne potpore u obitelji. Prema vrsti stručnjaka koji nude ovaj oblik usluge najveći je broj logopeda (8 ustanova), zatim slijede fizioterapeuti (6 ustanova), rehabilitatori (2 ustanove), radni terapeut (1 ustanova), senzorno integracijski Ayres terapeut (1 ustanova) i učitelj (1 ustanova), dok je jedna ustanova navela da nudi usluge edukacije odgojiteljima i učiteljima u redovitom sustavu odgoja i obrazovanja.

RASPRAVA I ZAKLJUČCI

Promatrajući dobivene rezultate, može se uočiti kako se većina ustanova u sustavu zdravstva koje pružaju usluge u ranoj intervenciji nalazi na području Grada Zagreba, čime se potvrđuje centraliziranost pružanja ove vrste usluga u glavnom gradu. Iako je rasprostranjenost ustanova po županijama relativno ujednačena, rezultati, a i klinička praksa, pokazuju da postoji neravnomjerna raspodjela broja stručnjaka, a samim time i obujma usluga u odnosu na cijelu državu. Sve češće se spominje i generalni nedostatak broja stručnjaka koji se bave područjem rane intervencije, kao i medicinskih struka (16). Važno je naglasiti kako je većina stručnjaka, osobito terapeutskih struka, naglašavalo u upitniku kako njihovo područje rada obuhvaća šire područje od samo pružanja usluga u ranoj intervenciji, već se bave i drugim problemima (npr. rehabilitacije nakon fraktura i dr.). Sve to dovodi do prekapacitiranosti brojem klijenata te se djeca mogu primati u vrlo velikim vremenskim razmacima (u obliku savjetovanja svaka tri ili više mjeseci), što je protivno načelima rane intervencije, koja zagovaraju pravodobnu i kontinuiranu stručnu potporu. Rezultati također pokazuju kako i državne i privatne ustanove u najvećem broju primaju djecu koja su najbrojnija u ranoj dobi, to jest djecu s neurorazvojnim rizikom, što nam govori da su i jedni i drugi otvoreni prema modelu rane intervencije, ali pitanje je kakvoće usluga koje se pružaju. Iskustva iz kliničke prakse govore o velikom broju obitelji koje sa svojom djecom s neurorazvojnim rizikom ili/i razvojnim teškoćama često putuju u Zagreb radi dijagnostike ili terapije, a neki čak mijenjaju i mjesto življenja iz istog razloga. Uspoređujući ta iskustva s dobivenim rezultatima, može se zaključiti da je u Republici Hrvatskoj još prisutna slaba povezanost između stručnjaka različitih profesija, ali i ustanova koje se bave uslugama u području rane intervencije. Razlog migracija može biti i ne-

dostatna informiranost obitelji o uslugama u njihovoj lokalnoj zajednici.

Struktura raspodjele stručnjaka, osobito u državnim ustanovama, pokazuje da su potrebe roditelja i njihovog suočavanja sa činjenicom da podižu dijete s rizikom na razvojni ishod zanemarene, te da rana intervencija u sustavu zdravstva nema dva fokusa: dijete i obitelj. Obitelj je prirodno okruženje u kojem djeca rane dobi stječu svoje kognitivne i socijalne vještine, pa su roditeljske interakcije s djetetom ono što je centralno za učinkovitost rane intervencije u okviru sistemskog pristupa (1). Takva rana intervencija je ujedno i ono što je obiteljima potrebno da bi razvojni ishod postao najbolji (17). Pritom treba reći kako prvi autor članka iz svog osobnog iskustva ima primjere brojnih inicijativa djelatnika zdravstvenih ustanova za pružanje potpore roditeljima, no sustav to nažalost još ne prepoznaje i ne omogućava uvođenje novih usluga. I podaci pokazuju da motorički aspekt razvoja ima istaknutiji položaj (o tome govori broj fizioterapeuta u odnosu na ostale struke). To upućuje na interpretaciju da se u sustavu zdravlja zasad u nedostatnoj mjeri na male bolesnike primjenjuje holistički usmjeren pristup. Jedna od pozitivnih naznaka promjena je i djelatnost patронаžnih sestara, gdje su dijagnostičko terapijski postupci usmjereni potrebama cijele obitelji, te ova djelatnost postaje jedna od važnih karika u onom dijelu rane intervencije koju pruža zdravstveni sustav (18).

Stoga se može zaključiti kako još i sad postoji nedovoljna educiranost stručnog kadra o načelima i metodama rane intervencije, zbog čega se roditelji usmjeravaju prema lokacijama koje nude veći spektar usluga. Navedeno upućuje na potrebu za promoviranjem načela rane intervencije kao i za dodatnim edukacijama stručnjaka, kako bi usluge postale sveobuhvatnije i kvalitetnije. Prije navedeni nedostatak stručnjaka također je jedan od glavnih razloga migracija obitelji u potrazi za uslugama. Da suvremena načela rane intervencije još nisu sasvim zaživjela u zdravstvenom sektoru, pokazuje i podatak da velika većina državnih ustanova ne pruža usluge stručne potpore u obitelji, no na nužnost takvih promjena upućuju rezultati dobiveni kod privatnih ustanova, koje u većem postotku nude ovaj vid usluga.

Stvaranje jedinstvene baze podataka jedan je od mogućih doprinosa za rješavanje ovih problema. Internet omogućava relativno jednostavan pristup informacijama koje su, za one koji imaju pristup mreži, gotovo besplatne. Stoga su podaci prikupljeni na ovaj način dostupni svima, pa se tako i roditeljima djece s neurorazvojnim rizikom ili/i razvojnim teškoćama skraćuje vrijeme i olakšava traganje za potrebnom potporom i pomoći. Služeći se bazom podataka, stručnjaci koji se bave područjem rane intervencije vjerojatno će pridonijeti i povezivanju stručnjaka različitih struka i iz različitih ustanova, čime se također pridonosi decentralizaciji usluga.

Ujedno prikupljeni podaci daju smjernice za daljnje unapređenje sustava rane intervencije u Republici Hrvatskoj. Ono se treba ponajprije temeljiti na socijalnom modelu razumijevanja razvojnih teškoća.

NOVČANA POTPORA/FUNDING

Nema/None

ETIČKO ODOBRENJE/ETHICAL APPROVAL

Nije potrebno/None

DOPRINOSI AUTORA/DECLARATION OF AUTHORSHIP

Svi autori jednako su doprinijeli izradi rada/All authors have equally contributed to a manuscript writing.

SUKOB INTERESA/CONFLICT OF INTEREST

Autori su popunili *the Unified Competing Interest form* na www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (dostupno na zahtjev) obrazac i izjavljuju: nemaju potporu niti jedne organizacije za objavljeni rad; nemaju financijsku potporu niti jedne organizacije koja bi mogla imati interes za objavu ovog rada u posljednje 3 godine; nemaju drugih veza ili aktivnosti koje bi mogle utjecati na objavljeni rad./All authors have completed the *Unified Competing Interest form* at www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (available on request from the corresponding author) and declare: no support from any organization for the submitted work; no financial relationships with any organizations that might have an interest in the submitted work in the previous 3 years; no other relationships or activities that could appear to have influenced the submitted work.

LITERATURA

- Guralnick MJ. Why early intervention works: A system perspective. *Infants Young Child*. 2011;24:6-28. <http://dx.doi.org/10.1097/IYC.0b013e3182002cfe>
- Barnett D, Clements M, Kaplan-Estrin M, Fialka J. Building new dreams supporting parents' adaptation to their child with special needs. *Infants Young Child*. 2003;16:184-200. <http://dx.doi.org/10.1097/00001163-200307000-00002>
- Roper N, Dunst CJ. Early childhood intervention competency checklists. *CASE tools*. 2006;7:1-14.
- Medved K, Begovac I. Terapijske intervencije kod kuće u djece s poremećajima autističnog spektra. *Paediatr Croat*. 2013;57:73-8.
- United Nations. A world fit for children: Resolution adopted by the General Assembly. 2002. <http://www.unicef.org/specialsession/wffc/index.html>, 2013.
- European Agency for Development in Special Needs Education. Early Childhood Intervention - Analysis of Situation in Europe: Key Aspects and Recommendations - Summary Report. Brussels: European Agency for Development in Special Needs Education; 2005.
- European Agency for Development in Special Needs Education. Early Childhood Intervention - Progress and Developments 2005-2010. www.european-agency.org, 2013.
- Ljubešić M. Model dijagnostičko-savjetodavnog praćenja ranog dječjeg razvoja i podrške obitelji s malom djecom. U: Ljubešić M. Biti roditelj. Zagreb: Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži; 2003:17-40.
- Hrvatska udruga za ranu intervenciju u djetinjstvu. www.hurid.hr, 2013.
- E-informacijski i referalni centar za ranu intervenciju u djetinjstvu. <http://www.ranaintervencija.org/>, 2013.
- Roberts RN. Stating the obvious: Why do we care about access to health care? *J Early Interv*. 2002;25:12-4. <http://dx.doi.org/10.1177/105381510202500102>
- Guralnick MJ. A developmental systems model for Early Intervention. *Infants Young Child*. 2001;1:1-18. <http://dx.doi.org/10.1097/00001163-200114020-00004>

13. Van Landeghem K, Abrams M. Reasons and Strategies for Strengthening Childhood Development Services in the Healthcare System. Portland: National Academy for State Health Policy; 2002.
14. Matijaš T. Uloga zdravstvenog sustava u domeni rane intervencije u djetinjstvu. Specijalistički rad, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Sveučilište u Zagrebu; 2012.
15. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske: Mjesečno statističko izvješće. 2011. http://www.dzs.hr/Hrv_Eng/msi/2011/msi-2011_12.pdf. 2013.
16. Jovančević M, Grgurić J, Knežević M. Organizacija pedijatrijske primarna zdravstvena zaštita u Republici Hrvatskoj danas i sutra. Hrvatsko društvo za preventivnu i socijalnu pedijatriju. 2004. <http://www.pedijatrija.org/>. 2013.
17. Bruder MB. Early childhood intervention. A promise to children and families for their future. CEC. 2010;76:339-55. <http://dx.doi.org/10.1177/001440291007600306>
18. Ban I, Car-Čuljak I, Domitrović DA, Sviben B, Tikvić M, Županić M. Smjernice za provođenje zdravstvene njege u patronažnoj djelatnosti, Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2013.

SUMMARY

Health care system in the domain of Early Childhood Intervention

T. Matijaš, J. Ivšac Pavliša, M. Ljubešić

Inspired by the current state of Early Childhood Intervention in the Republic of Croatia and the needs of families, the Croatian Association for Early Childhood Intervention has initiated development of a unique database of the Early Childhood Intervention services at the national level. Creating a database aims to provide easy access to comprehensive and reliable information about services in the field of Early Childhood Intervention provided in the Republic of Croatia in the preschool education, health care and social welfare systems. This paper presents data obtained in the public and private health care institutions in order to get an insight into the current state of service delivery in the field of Early Childhood Intervention all over Croatia. Data were collected through questionnaire in the form of Internet application. The sample consisted of 41 public health care institutions and 32 private institutions registered in the health care system. Results indicated abundance of centralization of institutions that provide services in the field of Early Childhood Intervention within the health care system in the City of Zagreb. At the same time, no statistically significant differences were found among counties and different kinds of disabilities, professionals and services provided. Comparison between public and private health care institutions showed the structure of the employees as well as the type of services at private institutions to be closer to the contemporary concept of early intervention. Namely, their focus is on the child and their parents rather than on the motor aspect of the child's development. Private sector brings what public sector does not offer, but parents have to pay for services in the former.

Keywords: delivery of health care; early intervention; databases as topic; developmental disabilities; child; family