

Od modela dobre prakse do evaluiranih intervencija

Perjanice Hrvatske mreže zdravih gradova

Zašto smo kao temu broja odabrali javnozdravstvene intervencije?

S Konferencije iz Osla održane 2013. godine na temu Sustavi zdravstva i ekonomska kriza, Svjetska je zdravstvena organizacija europskim zemljama poslala dramatičnu poruku - prevencija je naša jedina nada. Uz negativne trendove starenja stanovništva i porasta kroničnih bolesti samo jačanjem prevencije možemo obuzdati pritisak (zahtjeve za uslugama) na sustav zdravstvene zaštite i zdravstvenu potrošnju održati ekonomski održivom. Generacijama mojih studenata medicine pojašnjenje započinjem pričom: „Šećući obalom rijeke prolaznik uoči osobu kako se utapa. Ne oklijevajući skoči u rijeku, spasi osobu i dovuče je na obalu. Tek što je pomogao prvoj osobi ugleda i drugu osobu kako se utapa. Nedugo potom rijeka je puna osoba koje traže pomoć pa se i broj spasitelja neprekidno trebao povećavati. Na nesreću neki od utopljenika nisu mogli biti spašeni, a drugi su nakon izvlačenja ponovo pali u vodu. U tom trenutku jedan od spasitelja odluči otići uzvodno. „Kamo odlaziš“, povikali su drugi već iscrpljeni spasitelji. „Idem uzvodno vidjeti zašto ti ljudi stalno upadaju u rijeku“, odgovori im odlazeći spasitelj. Pokazalo se da most koji se nalazio uzvodno i povezivao obale, ima veliku rupu kroz koju su ljudi padali u rijeku.“ Zakrpati rupu i time spriječiti da

ljudi propadnu kroz nju u rijeku, parafrazira suštinu preventivne medicine. Iako su mjere primarne prevencije zaslužne za najsajnije uspjehe javnog zdravstva (eradikacija bolesti rutinskim cijepljenjem, kontrola hidričnih epidemija izgradnjom vodoopskrbe i kanalizacije, sprečavanje trovanja olovom odstranjivanjem olovnih cijevi, boja, olova iz benzina, zabrana pušenja u zatvorenim prostorima, zabrana prodaje alkohola maloljetnicima, vezanje sigurnosnih pojaseva, stolci za djecu u automobilu i druge), kompleksni izazovi 21. stoljeća - traže kompleksnija rješenja. Iako je u početku definicija primarne prevencije bila okrenuta bolesti, danas taj termin koristimo u širem smislu uključujući intervencije u šire socijalne, ekonomske i okolišne čimbenike koji ugrožavaju ljudsko zdravlje i blagostanje (socijalni gradijent, nezaposlenost, transport, zagađenje zraka, urbano planiranje i drugo) koje, u velikoj mjeri, implementiraju upravo naši gradovi i županije. U posljednje desetljeće vrlo popularan termin „ići uzvodno“ znači tražiti uzroke i poduzimati aktivnost prije nego li se problem stvori. Operativno znači razvijati politike i implementirati aktivnosti kojima se „krpa“ metaforička rupa na mostu (i jasno njome uzrokovane bolesti i povrede). Važno je znati da su aktivnosti primarne prevencije po definiciji proaktivne i da ciljaju na populaciju (ne samo pojedince), a korist donose svima – kako onima koji su pod

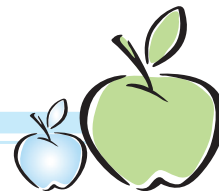
najvećim rizikom „da propadnu kroz rupu na mostu“, tako i spasiteljima (profesionalcima) i onima koji za njihov rad plaćaju (lokalnoj, regionalnoj i nacionalnoj upravi).

Stanje sada

I zato Svjetska zdravstvena organizacija ističe da je „javno zdravstvo dio rješenja“.

Je li tome tako i u Hrvatskoj? Nažalost, ne baš sasvim. U pismu urednici časopisa Acta Medica Croatica (Šogorić S., Iza kulisa stručne rasprave o uspješnosti implementacije programa odgađanja ranog pijenja kod mladih u Hrvatskoj, http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=209809) konstatacijom da je „za tango potrebno dvoje“ detaljno opisujem međudnosno javnozdravstvene profesije i politike te lokalne i nacionalne razine odlučivanja. Radi ilustracije koristila sam (relativno svjež) primjer programa „Zdrav za 5“ koji nije bio pilotiran, ni validiran, ali je (pritiskom triju Ministarstava na Zavode za javno zdravstvo) bio implementiran, iako su lokalno već godinama provedeni (na dokazima temeljeni) programi odgađanja ranog pijenja mladih. Protivnici (validiranih, kontinuiranih, dugotrajnih, zahtjevnih i skupih) lokalnih programa napokon su „došli na svoje“. Postojanje nacionalnog programa bio je odličan povod za ukidanje financijske i ine pomoći gradskim i županijskim programima. Time se vraćamo barem desetak godina unazad. Nastranu uloženi trud i znanje, ključno je pitanje kakvi su očekivani trendovi vezani uz rano pijenje mladih, odnosno posljedice ove odluke. Što kaže profesija? Iako je javnozdravstvena profesija već na 2. Hrvatskom kongresu preventivne medicine i unapređenja zdravlja (2010. godine) odlučila da treba uspostaviti hrvatski registar javnozdravstvenih, validiranih programa, to se nije dogodilo. Barijera nije nepostojanje web platforme nego pisanje (prijavljivanja projekata) i validacija (recenzija i postavljanje čvrstih kriterija mjerenja uspješnosti) programa. Bez razvoja Registra vrednovanih preventivnih programa te razrade i objedinjavanja instrumenta i vodiča za primjenu (postupnici, algoritmi, smjernice rada) za vodeće javnozdravstvene izazove danas naša, javnozdravstvena profesija ne može braniti svoj kredibilitet. Stav „mi znamo najbolje sami“ iskaz je nesposobnosti komunikacije i ne prepoznavanja resursa drugih - zajednica





i profesija. Postojeće akumulirano znanje zemalja koje nas dramatično nadmašuju i brojem eksperata i sredstvima kojima raspolažu (na primjer CDC Community Guide, SAD ili NICE, UK) ne smije, našom bahatom samouvjerenošću, biti ignorirano.

Moguća unapređenja - što i kako radimo?

Supportivni centar Hrvatske mreže zdravih gradova (smješten na Školi narodnog zdravlja „A.Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu) je 2014. godine kroz dva partnerska sastanka s predstavnicima Ministarstva zdravlja, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Hrvatskog društva za javno zdravstvo pokrenuo razvoj hrvatskog Registra vrednovanih preventivnih programa. Cilj aktivnosti je prikupiti i sistematično preispitati dokaze učinkovitosti provedenih programa (intervencija) na nacionalnoj razini te naučeno pretočiti u preporuke i smjernice za unapređenje politike i prakse javnozdravstvenog djelovanja lokalno i nacionalno. Ključna riječ cjelokupnog procesa je evaluacija - sistematičan proces koji nam pomaže razumjeti što program čini i koliko to dobro ostvaruje. A dobar uvod u evaluaciju je registriranje modela najbolje prakse. Koristeći međunarodna iskustava (CDC Community Guide) istraživački je tim razvio obrazac (matricu opisa programa) kojom smo se služili u sistematičnom prikupljanju informacija o aktivnostima, obilježjima i učinku provedenih programa, prvo unutar Hrvatske mreže zdravih gradova. Kako bi unaprijedili kvalitetu obrascem prikupljenih informacija, tijekom 2015. godine organizirali smo tri „radionice upisa programa“ u Zagrebu na Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“. Na prvu „pilot“ radionicu, održanu 12. svibnja 2015. ciljano su bili pozvani odabrani voditelji programa, gradski/županijski koordinatori i predstavnici županijskih zavoda za javno zdravstvo iz grada Zagreba, Dubrovnika, Vinkovaca, Zaboka, Poreča, Labina, Rijeke i Opatije te županija: Istarske, Zadarske, Zagrebačke, Vukovarsko-srijemske, Primorsko-goranske i Krapinsko-zagorske. Uz „navođenje“ stručnog tima tijekom upisa prikupili smo tridesetak strukturirano napisanih modela dobre prakse. Svaki od njih ima dokumentiran proces implementacije aktivnosti, opisana glavna obilježja, ishode i učinak - kako na ciljanu populaciju tako i na proveditelje (u smislu ostvarivanja zacrtanih ciljeva programa i ocjenu učinkovitosti primijenjenih strategija). Na drugu (održanu 1. srpnja 2015.) i treću radionicu upisa



(održanu 2. rujna 2015.) bili su pozvani svi gradovi i županije članovi Mreže. Prikupljene su intervencije (njih šezdesetak) dostavljene timovima eksperata. Njihovom revizijom utvrdit će se najefikasniji (odrađeni s najmanje sredstava i napora) i najučinkovitiji (najbolji rezultati) načini postizanja zadanog cilja, koji počivaju na ponovljivim procedurama potvrđenim tijekom vremena na većem broju ljudi.

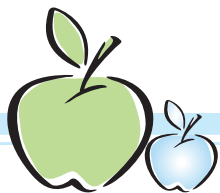
Što očekujemo dobiti?

Dobitak za svaki pojedinačni registrirani program bit će, kroz povratnu informaciju o mogućim unapređenjima, bolji rezultat provođenja i ojačan kredibilitet provoditelja. Dobitak za cijelu Mrežu je generirano znanje koje je moguće prenijeti u druge sredine. Formiranje će Registra vrednovanih programa omogućiti razvoj (i širenje) kulture informiranog odlučivanja u planiranju budućih intervencija. Kriterij odabira intervencija napokon će biti njihova dokaziva (argumentirana) učinkovitost.

Što prikazujemo u ovom broju Epohe?

Urednički kriterij odabira intervencija za ovaj broj Epohe bio je da, uz dokazanu uspješnost u onome što rade, intervencije nisu (ili nisu već dugo) prikazane u našem časopisu. Drugi kriterij odabira bio je da odabrana intervencija mora biti kvalitetan prototip programa. Naime da bi postigle učinak sveobuhvatne (popularni je termin komprehenzivne) javnozdravstvene intervencije primjenjuju višestruke (multiple) strategije. Strategije su grupirane u komponente programa kao što su npr. mobilizacija zajednice, nove politike

ili regulativne aktivnosti, strateško korištenje medija i zdravstvena komunikacija, zagovaranje (utjecaj na nacionalne regulatorne agencije), financiranje „perjanica“ (najstaknutijih programa), intervencije direktnom uslugom (npr. uvođenje besplatnog doručka ili voćnog obroka u vrtiće), istraživački projekti (npr. napor da se utvrdi mogu li razlike u zdravlju pripadnika različitih etničkih grupa biti smanjene), edukacijski programi (npr. edukacija teško zaposljivih pripadnika zajednice s ciljem smanjivanja nezaposlenosti) i slično. Stoga smo ih i mi, radi lakše razumljivosti, prikazali prema dominantnoj komponenti programa. Ono što javnozdravstvena profesija zna (od doba prije Štampara) jest da na zdravstveno stanje stanovništva utječe mnogo faktora koji se nalaze izvan domene sustava zdravstva, i da upravo ti vanjski, makro-socijalni faktori (kulturalni, politički, socioekonomski, okolišni, edukacijski) imaju značajno veći utjecaj na zdravlje nego sam sustav zdravstva. U projektu Zdravi grad/županija najčešće koristimo model primarne intervencije - u socijalne i okolišne čimbenike zdravlja. Teorijska podloga koja odlično pojašnjava razloge naše uspješnosti (Lomas J., McKnight J.L.) kaže da se socijalni sistem zajednice, relevantan za zdravlje, sastoji od najmanje tri elementa: fizikalne strukture, socijalne strukture i socijalne kohezije. Fizikalna struktura zajednice, određena urbanim dizajnom naselja, ima utjecaj na zdravlje kroz izravnu izloženost riziku neadekvatnog stanovanja, zagađenja zraka, buke i drugo te indirektnu, kroz stvaranje ili zanemarivanje stvaranja fizikalnog okoliša koji podržava zdravlje (kako će se ljudi sastajati, djeca igrati, voziti bicikl ako za to ne stvorimo uvjete). Socijalna struktura zajednice jača omogućavanjem interakcije, postojanjem mjesta za susretanje i stvaranjem prilike



za izmjenu iskustva žitelja, postojanjem mehanizama preraspodjele dohotka i slično. Ona također ima neposredan učinak na zdravlje, stvaranjem bazičnih preduvjeta za zdravlje, i indirektni, kroz facilitiranje zajedničkog rješavanja problema ili putem formiranja zajedničkog identiteta (uz pomoć vrtića, škole, centara za kulturu, sportskih, kulturno-umjetničkih društva i slično). Socijalna kohezija je proizvod adekvatne fizikalne i socijalne strukture zajednice. Zajedno s kulturalnom ili socijalnom homogenošću zajednice njezina će fizikalna i socijalna struktura ili učvrstiti ili onemogućiti postojanje međusobne brige i podrške, osjećaja samopouzdanja i pripadanja, te obogatiti socijalne odnose. U ovom ćemo broju Epohe primjerima uspješnih intervencija hrvatskih zdravih gradova i županija ilustrirati međudnos ranije izloženih „akademskih“ koncepata.

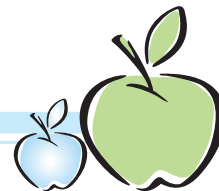
Intervencije prema dominantnoj komponenti programa

straživanja pokazuju da su intervencije dizajnirane s ciljem direktnog djelovanja na pojedinačno rizično ponašanje manje učinkovite od intervencija kojima se ciljaju socijalni i okolišni čimbenici, čija promjena dovodi i do promjene zdravstvenog stanja i ponašanja pojedinca. Najmoćnija grupa

intervencija, koja ima veliki potencijal „ići uzvodno“ adekvatno su izrađene i dobro implementirane politike i strategije. Najbolji prototip ili perjanica među našim politikama je Strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom. Iako programi kojima se adresiraju potrebe osoba s invaliditetom postoje u hrvatskim zdravim gradovima od pokretanja projekta sredinom osamdesetih godina prošlog stoljeća, sasvim novu dimenziju provedbe donosi usvajanje Nacionalne strategije izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom u razdoblju od 2007. do 2015. Strategiju je donijela Vlada Republike Hrvatske 2007. godine čime je jasno odredila svoje djelovanje prema osobama s invaliditetom. Prihvatila je socijalni model inkluzije temeljen na promicanju ljudskih prava osoba s invaliditetom. Premisa je da je položaj osoba s invaliditetom društveno uvjetovan te se stoga društvo treba prilagođavati njihovim potrebama. U Završnim odrednicama Vlada je obvezala jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave da izrade lokalne strategije čiji opis (s rezultatima implementacije) ovdje donosimo (Zagrebačka strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom u razdoblju od 2011. do 2015., Dubrovačka, Osječka ...). Tekst o Domu Duga Zagreb također odlično ilustrira implementaciju (dijela) strategije

prevencije nasilja u obitelji u gradu Zagrebu. Intervencije u okruženje (ranije u tekstu nazvano fizikalna odnosno socijalna struktura zajednice) mogu biti dijelom implementacije politike ili strategije. Intervencije u fizikalno okruženje mogu biti manje ili više impresivni infrastrukturni projekti koji donose značajnu promjenu, kao na primjer riječke plaže za osobe s invaliditetom, Gradski vrtovi Zagreb, izgradnja i opremanje šetnica u Puli, Opatiji, Karlovcu, izgradnja biciklističkih staza, da spomenem samo neke. Ili djeluju na odstranjivanje čimbenika rizika iz okruženja, kao na primjer prevencija alergijskih dišnih bolesti u Vinkovcima, uklanjanje ambrozije u Osijeku, unapređenje higijenske ispravnosti vode za piće Krapinsko-zagorske županije i slično. Intervencije u socijalno okruženje mogu uključivati povećanu mogućnost zapošljavanja za teško zaposlive grupe kao npr. Vinkovački/Vukovarsko-srijemski program socijalnog uključivanja osoba s invaliditetom u društveni i gospodarski život zajednice kroz zapošljavanje radno-okupacijskim aktivnostima na primjeru izgradnje platenika ili zapošljavanje gerontodomačica (Koprivničko-križevačka, Zagrebačka županija). Drugi mehanizam interveniranja u socijalno okruženje ide kroz razvoj koalicija u zajednici s ciljem promjene sustava. Riječke sportske igre za djecu s teškoćama u razvoju, klub 60+





Opatija ili Naša dnevna zajednica (program poludnevni boravaka za osobe s intelektualnim teškoćama u Istarskoj županiji) su odlični primjeri istog. Akcije mobilizacije zajednice djeluju na razvoj zajednice i jačanje socijalne kohezije. Perjanice Hrvatske mreže zdravih gradova u tom su segmentu programi razvoja volonterstva društva Naša djeca Zabok, program Vršnjak pomagač Poreč, samoorganiziranje mladih Primorsko-goranske županije, Forum mladih Dubrovnik i Zagor - Zelena dvorana Krapinsko-zagorske županije. Strateškim korištenjem medija utječe se na javno mnijenje. U tu svrhu koristimo kampanje, tematska prigodna događanja ili obilježavanje značajnih datuma. Naše perjanice u tom su segmentu: Biciklijada Zadarske županije, godišnji susreti promicanja rekreacije u gradu Puli, Ekosajam Čazma, obilježavanje Svjetskog dana zdravlja u gradu Osijeku te obilježavanje značajnih datuma grada Pule. Edukacijske intervencije podijeljene su na intervencije koje prenose znanje i intervencije koje ciljaju na promjenu ponašanja (bihevioralne intervencije). Edukacijski programi odnosno intervencije vezane (samo) uz pružanje informacija nastoje promijeniti znanje, stavove ili norme. Metode koje koriste uključuju instruiranje (razredi, skupštine) te male (brošure, letci, poster, pisma, novosti) ili velike medije (televizija, radio, tisak, billboardi). Prototip te grupe intervencija su npr. Vodič za stare (Zagreb, Karlovačka županija), za invalide (Zagreb), slobodno vrijeme mladih (Poreč, Pula, Crikvenica), pješačenje u prirodi (Pula), vodič kroz ustanove zdravstvene i socijalne skrbi (Zagrebačka županija), vodič za volontere (Zagreb, Split), za jednoroditeljske obitelji (Dubrovnik), za prehranu djece (Kašeta zdravlja Zadarske županije i program promocije pravilne prehrane Istarske županije itd.) Bihevioralne intervencije nastoje promijeniti ponašanje učenjem / usvajanjem neophodnih vještina ili davanjem potrebnih sredstava (za primjenu željenog ponašanja kao npr. besplatno

dijeljenje kondoma, dječjih sjedalica itd.). Metode mogu uključivati demonstraciju, roll-modeling, roll-playing, participativni razvoj vještina, uključuju feedback, nagradu i kaznu. Ove metode ciljaju specifične grupe npr. vrtička djeca (Zadarska županija - Srca mala kažu hvala, Labin - PATHS-rastem), školska djeca (Primorsko-goranske i Zadarska županija - program trening životnih vještina, BUBA Dubrovnik), adolescenti (Cyber-bulling Labin), odrasli (Istra LYH), stari (Sveučilište za treću dob Rijeka), i/ili edukatore specifičnih grupa te roditelje (npr. Istra - Zajednice koje brinu, Poreč - priprema za vrtić, školu itd.). Intervencije direktnom uslugom mogu biti usmjerene individualno, na pacijenta, s ciljem povećanja dostupnosti i osiguravanja korištenja medicinske usluge (primjer usluga rane intervencije kod djece s neurorizikom, Mala Tereza Vinkovci, dostava toplih obroka socijalno ugroženim starijim osobama, Krapinsko-zagorska županija, prijevoz osoba s invaliditetom, Istarska županija). Javnozdravstvene ili intervencije sustava zaštite zdravlja ciljane su na sam sustav zdravstva koji teže promijeniti radi unapređenja ili povećanja broja usluga koje pruža. Intervencije kroz sustav zdravstva i srodne sustave rade na unapređenju pristupačnosti, približavaju sustav korisnicima razvojem novih usluga (savjetovništvo za reproduktivno zdravlje adolescenata Zagreb, besplatna fizikalna terapije za osobe s invaliditetom Zagreb, Check point Zgb i druge) ili unapređuju (uspostavljaju) kontinuitet skrbi (kao na primjer sestrinsko otpusno pismo u skrbi za kronično psihički bolesne osobe Primorsko-goranske županije).

Umjesto zaključka

Iz svega navedenog jasno je da očekivanja od različitih grupa intervencija ne mogu biti ista. Jer one nemaju identičnu mogućnost ostvarivanja učinka. Planiranje komprehenzivnih intervencija predstavlja velik (profesionalni) izazov „poslagivanja“ i

istovremene primjene višestrukih strategija te njihovog umrežavanja i koordiniranja u procesu provedbe. Zato ne može biti „odrađen“ amaterski (pri čemu aludiram na ponašanje i struke i politike). Za kompleksne izazove nema brzih rješenja pa ne vjerujte onima koji vam ih nude. Politika želi rezultate odmah, a mi (dokazano) znamo da takva mogućnost postoji samo kroz stvaranje legislativnog bypassa (što je u slučaju ranog pijenja mladih bio Zakon o trgovini - zabrani prodaje alkoholnih pića i duhanskih proizvoda maloljetnicima) uz uvjet da se strogo kontrolom provođenja isti i primjenjuje. Velik je posao tek pred nama. Evaluacija naših prikupljenih intervencija, u najboljem se slučaju svodi na praćenje pokazatelja procesa implementacije. Evaluaciju učinka i ishoda rijetko nalazimo. Ima iznimaka, no mjerenje kratkoročnih i srednjoročnih promjena na sudionicima programa koje su nastale kao rezultat projekta kao na primjer novo znanje, osviještenost, promjene u stavovima, vjerovanju, socijalnim normama, promjene u ponašanju, rijetko se istražuju i bilježe. Promjene u politici (legislativne, proceduralne, ...), promjene na razini zajednice (grada, susjedstva, cijele škole, radne organizacije, društva ili okruženja) kao i dugoročni rezultati intervencija - zdravstveni ishodi (mortalitet, morbiditet, promjene u zdravstvenom statusu) koji su dokazivo rezultat naših napora - u prikupljenim intervencijama nisu zabilježeni.



Prof. dr. Selma Šogorić
Nacionalna koordinatorka
Hrvatska mreža zdravih gradova
ssogoric@snz.hr