

Zdravstveni pokazatelji iz baza podataka Hrvatskoga zavoda za javno zdravstvo u evaluaciji perinatalne zaštite

Urelija Rodin

Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Sažetak

Dojenačku i perinatalnu smrtnost ubrajamo u najvažnije pokazatelje zdravstvenog stanja stanovništva. Hrvatski zavod za javno zdravstvo značajno sudjeluje u procesu osiguranja kvalitete podataka vezanih uz određivanje uzroka dojenačkih i perinatalnih smrti te niza drugih pokazatelja neophodnih za ocjenu kvalitete perinatalne zaštite. Hrvatska je zadnjih desetak godina imala stopu dojenačke smrtnosti oko 5/1.000 živorođenih, a u 2012. godini dolazi do značajnog pada na 3,6/1.000 živorođenih. Najčešći uzroci dojenačkih smrti su stanja iz perinatalnog razdoblja povezana s komplikacijama trudnoće (60%) i kongenitalne malformacije (30%). Smanjenje dojenačke i perinatalne smrtnosti u najvećem dijelu ovise o mogućnostima preživljavanja djece niskih težinskih skupina iz prijevremenih poroda. Bez ovih osnovnih pokazatelja perinatalne zaštite te drugih pokazatelja perinatalne statistike koji se prikupljaju i analiziraju u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo nije moguće planiranje ni evaluacija organizacijskih promjena i različitih intervencijskih mjera koje mogu doprinijeti značajnom smanjenju perinatalnog i dojenačkog pomora.

Ključne riječi kvaliteta podataka, perinatalna statistika, organizacija perinatalne zaštite

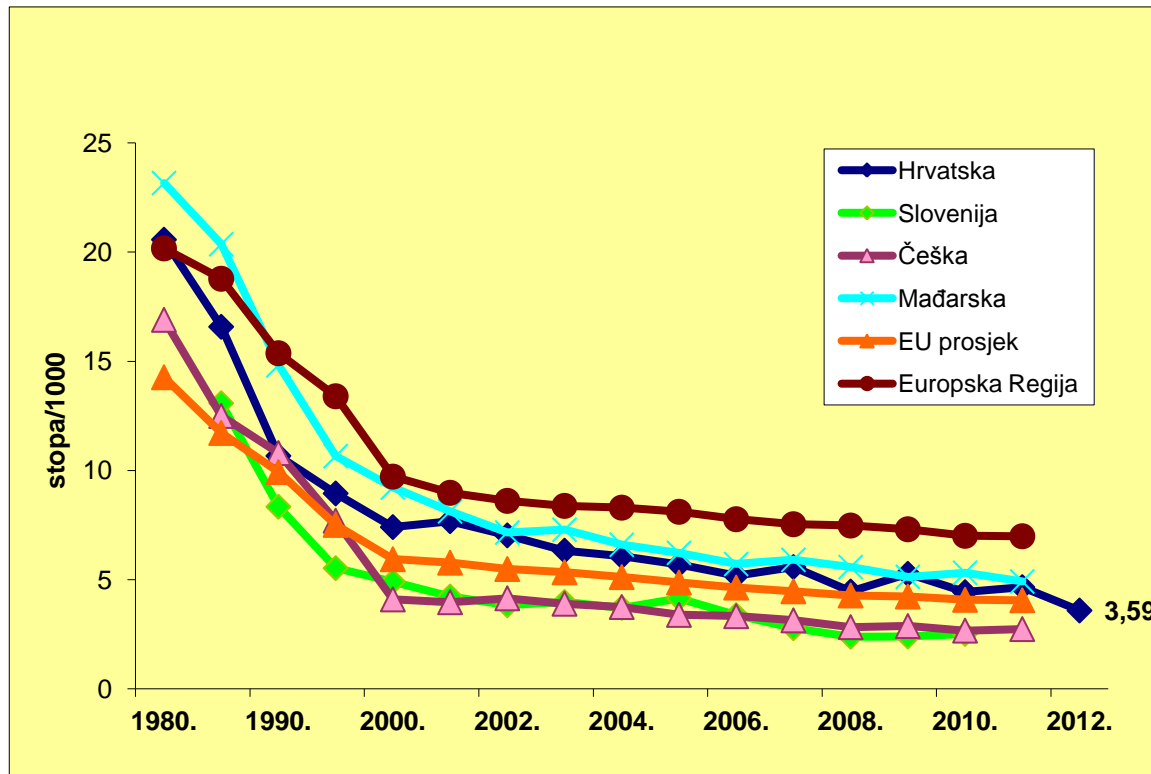
1. Uvod i cilj

Podaci iz redovitih zdravstveno-statističkih istraživanja, ukoliko su točni i potpuni, temeljeni na suradnji zdravstvenih radnika iz zdravstvenih ustanova i zavoda za javno zdravstvo koji ih obrađuju i analiziraju služe u ocjeni zdravstvenog stanja i kvalitete rada. Cilj ovog rada je pokazati kako možemo koristiti podatke s prijava poroda, prijava perinatalnih smrti i potvrda o smrti u evaluaciji perinatalne zaštite i perinatalnih ishoda. U Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo se u okviru rutinskih zdravstveno-statističkih istraživanja uvedenih 2000. godine (prijava poroda, prijava perinatalne smrti) prikupljaju, obrađuju i analiziraju podaci kojima procjenjujemo zdravstvenu zaštitu vezano uz sigurno majčinstvo.

2. Rezultati i rasprava

Početak 90-tih godina prošlog stoljeća obilježenih značajnim političkim, a potom i socijalno-gospodarskim promjenama u Europi, postupno dolazi do smanjenja regionalnih razlika u dojenačkoj smrtnosti između zemalja “starih” članica EU-a i novopriključenih članica. Međutim, ove razlike su još uvijek izražene te prosjek EU članica 2012. godine iznosi 4/1.000 živorođenih, EU-15 “starih” članica 3,6/1.000 živorođenih, a “novih” članica 5,8/1.000 živorođenih. Dojenačka smrtnost cijele Europske regije SZO-a (52 zemlje) puno sporije pada, od 9,7‰ u 2000. godini do 6,97‰ u 2011. godini (slika 1.). Ova razlika je u skladu s poznatim činjenicama da je dojenačka smrtnost povezana s djelotvornošću i mogućnostima sustava zdravstvene zaštite, ali i socijalno-gospodarskim prilikama stanovništva i visinom bruto društvenog proizvoda.

Slika 1. Kretanje dojenačke smrtnosti u Hrvatskoj u odnosu na EU prosjek, SZO-ER prosjek i neke posttranzicijske zemlje



Hrvatska je 1985. godine imala stopu dojenačke smrtnosti od 16,6/1.000, u 1990. godini 10,7/1.000, ratnih godina 1991/92 je došlo do porasta na 11,6/1.000, a nakon toga do postupnog pada smrtnosti na oko 5/1000 živorođenih kroz višegodišnje razdoblje. Prvi put se značajniji pad događa u 2012. godini, na 3,6/1000. U Hrvatskoj najviše dojenčadi umire u prvih sedam dana života, oko 60%, od toga u prvom danu života više od 30%. Udio kasnih neonatalih smrti (u dobi 7-27 navršenih dana života) je oko 15%, a u postneonatalnom razdoblju (od drugog mjeseca života do navršene godine dana) oko 25%. Slična podjela smrtnosti u odnosu na dojenačku dob je u razvijenim zemljama dok u nerazvijenim zemljama dojenčad u većem udjelu umire u postneonatalnom razdoblju. Oko 50-60% uzroka dojenačkih smrti u razvijenim zemljama čine

određena patološka stanja vezana uz trudnoću ili porod (stanja iz perinatalnog razdoblja) povezana s majčnim komplikacijama u trudnoći i preranim porodom nezrelog djeteta. Sve češći uzroci preranih poroda su infekcije, višeploidna trudnoća, umjetna oplodnja u starijih prvorotki. Drugu skupinu uzroka dojenačkih smrti, u oko 30% slučajeva čine prirodene malformacije i kromosomopatije teško spojive sa životom, na čiji se ishod kirurškim ili drugim oblicima medicinske skrbi i liječenja malo ili nimalo ne može utjecati. Među ostalim uzrocima nalazi se sindrom iznenadne dojenačke smrti, rijetke bolesti dišnog, probavnog ili živčanog sustava te ozljede (tablica 1.).

Tablica 1. Smrtnost dojenčadi u Hrvatskoj prema vodećim uzrocima u 2012. godini

	broj	% u ukupnim smrtima
P02 Fetus i novorođenče na koje djeluju komplikacije posteljice, pupkovine i ovojnica	17	11,3
P01 Fetus i novorođenče na koje djeluju komplikacije trudnoće u majke	13	8,7
P07 Kratko trajanje gestacije i niska porodna težina	13	8,7
P22 Respiracijski distres novorođenčeta	10	6,7
Q79 Prirodene malformacije mišično –košt. sustava(dijafragmalna hernija)	7	4,7
R95 Sindrom iznenadne dojenačke smrti	7	4,7
Q90 Downov sindrom	6	4,0
Q91 Edwardsov i Patauov sindrom	6	4,0
P21 Porodajna asfiksija	5	3,3
P39 Druge infekcije specifične za perinatalno razdoblje	5	3,3

P36 Bakterijska sepsa u novorođenčeta	3	2,0
Q23 Prirođene malformacije aortalnih i mitralnih valvula	3	2,0
Q24 Ostale prirodene malformacije srca	3	2,0
Q33 Prirođene malformacije pluća	3	2,0
VODEĆI UZROCI SMRTI	101	67,3
UKUPNI BROJ UMRLE DOJENČADI	150	100

Izvor podataka: Potvrde o smrti za 2012. godinu, DEM-2 obrasci vitalne statistike. Državni zavod za statistiku, 2013. godine

Obrada podataka: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2013. godine

Za razliku od nekadašnjih jednostavnih mjera u smanjenju dojenačke smrtnosti koje su se odnosile na higijenske mjere i liječenje zaraznih i dišnih bolesti, danas nove tehnologije često nisu dovoljne da uspješno održe prerano rođeno dijete na životu i omoguće mu potpuno sazrijevanje organa i funkcija i budući razvoj zdrave osobe. Budući da danas najveći broj perinatalno umrlih pripada djeci niske porodne težine može se zaključiti da na kretanje smrtnosti znatno utječe mogućnost preživljavanja djece niskih težinskih skupina. Smanjenju smrtnosti u perinatalnom razdoblju, uz povoljne socijalno-gospodarske prilike i prosvjećenost stanovništva, najviše doprinosi odgovarajuća zdravstvena zaštita u trudnoći i porodu (antenatalna i partalna skrb). Dobra antenatalna zaštita koja podrazumijeva odgovarajući broj pregleda u trudnoći i kvalitetu pregleda, sigurno može utjecati na tijek i ishod trudnoće. U Hrvatskoj je godinama udio roditelja s nekontroliranom ili nedovoljno kontroliranom trudnoćom ispod 5%, od toga s potpuno nekontroliranom trudnoćom 2-3%. Najveći je udio trudnica s primjerenim brojem pregleda u trudnoći (preko 90% trudnica s više od 6 pregleda u trudnoći). Značajan pokazatelj antenatalne zaštite je i vrijeme prvog pregleda u trudnoći koje bi u dobro kontroliranim trudnoćama trebalo

biti do 10. tjedna trudnoće što nalazimo u više od 60% naših trudnica. Mogućnosti uspješnog zbrinjavanja rođenih izrazito niske (500-999 grama) i vrlo niske porodne težine (1.000-1499 grama) se značajno razlikuju među zemljama i na njih utječe i organizacija perinatalne zaštite (postoji li razvrstavanje rodilišta u određene kategorije I-III razine s osiguranjem tehnoloških mogućnosti primjerenih predviđenoj razini zaštite). Udio rođenih niske porodne težine (ispod 2.500 grama) u Hrvatskoj je godinama 5-6%. Učestalost prijevremenog rađanja u hrvatskim rodilištima ne razlikuje se u odnosu na većinu razvijenih zemalja, a perinatalno umrli niskih težinskih skupina čine gotovo 70% od ukupno perinatalno umrle djece. Među njima novorođenčad vrlo niske porodne težine (do i uključujući 1.499 grama) čine oko 50% perinatalno umrlih, od kojih je 70% izrazito niske porodne težine, ispod 1000 grama. Teorijskoj granici smanjenja perinatalne smrtnosti od 22 tjedna i 500 grama najviše su se približile najbogatije zemlje poput skandinavskih zemalja i Japana u kojima je stopa perinatalnog mortaliteta među najnižima u svijetu, 2-3/1.000 ukupno rođenih. Ovisno o kvaliteti perinatalne zaštite, njezinoj organizaciji i dostupnosti, u pojedinim su zemljama granice preživljavanja znatno različite.

Mjere za smanjenje perinatalne smrtnosti detaljno su razrađene u Programu mjera zdravstvene zaštite i provode se prema stručnim postupnicima kroz sustav primarne zdravstvene zaštite žena i rodilišnu skrb za normalnu, zdravu trudnoću te kroz sustav specijalističko-konzilijarne i bolničke zdravstvene zaštite za trudnice s patološkom trudnoćom, dok se novorođenčad s težim patološkim stanjima pri rođenju zbrinjava u okviru jedinica intenzivne njege i liječenja novorođenčadi.

Ipak, ne treba zanemariti i utjecaj socijalnih čimbenika, jer ga nije moguće odijeliti od utjecaja bioloških čimbenika i rada zdravstvenih službi. Od značajki socijalno-gospodarskog okruženja majki koje povezujemo s tijekom i ishodom trudnoće posebno izdvajamo: bračno

stanje, dob, stupanj obrazovanja, zanimanje i radne uvjete, dohodak obitelji, urbano ili ruralno prebivalište, zdravstveno osiguranje i potrebu za socijalnom potporom. Niži obrazovni status, izvanbračno rađanje, velik broj ranijih poroda i mali razmaci između dva poroda često su povezani s nedovoljnom zdravstvenom skrbi, upravo zbog društvene i gospodarske drugorazrednosti ovih skupina trudnica. Na rizična zdravstvena ponašanja majke poput pušenja, većeg prirasta težine u trudnoći i nedovoljnog stručnog praćenja tijekom trudnoće (antenatalne skrbi) moguće je i potrebno utjecati zdravstvenim prosvjećivanjem, pružanjem standardne zdravstvene zaštite i mjerama socijalne potpore.

3. Zaključak

Perinatalna statistika Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo je značajan izvor informacija o mogućim rizičnim čimbenicima socijalne i medicinske prirode na perinatalni i dojenački ishod. Izvještaji o porodima i perinatalno umrlima koje Zavod redovito publicira na godišnjoj razini mogu poslužiti Ministarstvu zdravlja i stručnim tijelima te stručnim društvima za evaluaciju perinatalne zaštite i planiranje daljnjih organizacijskih mjera u svrhu postizanja boljih perinatalnih ishoda. Prema analiziranim pokazateljima može se zaključiti da poboljšanje organizacije i tehnoloških uvjeta intenzivnog neonatalnog liječenja kojem prethodi dobra antenatalna dijagnostika i intervencijske mjere prije poroda mogu doprinijeti značajnom smanjenju perinatalnog i dojenačkog pomora.

Literatura

1. European Health for all Database. Regional Office for Europe. World Health Organisation, July 2013 Dostupno na: <http://data.euro.who.int/hfad/> Datum pristupa informaciji: 30.09.2013.

2. Rodin U, Belić D. Izvješće o dojenačkim smrtima u Hrvatskoj u 2011. godini. Hrvatski zavod za javno zdravstvo 2012. godine. Dostupno na: www.hzjz.hr Datum pristupa informaciji: 05.09.2012.
3. Rodin U, Filipović-Grčić B, Kos M, Dražančić A. Razine i uzroci perinatalnih i dojenačkih smrti u Hrvatskoj u 2011. godini. *Gynaecol Perinatol* 2012; 21(Suppl.1):S145-50.
4. Vieux R, Fresson J, Hascoet JM, Blondel B, Truffert P, Roze JC, Matis J, Thiriez G, Arnaud C, Marpeau L, Kaminski M; EPIPAGE Study Group. Improving perinatal regionalization by predicting neonatal intensive care requirements of preterm infants: an EPIPAGE-based cohort study. *Pediatrics* 2006;118(1):84-90.
5. Plan i program mjera zdravstvene zaštite. *Narodne novine* 126/06
6. Black RE, Cousens S, Johnson HL, Lawn JE, Rudan I, Bassani DG, Jha P, Cambell H, Walker CF, Cibulskis R, Eisele T, Liu L, Mathers C. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *Lancet* 2010;375:1969-87.
7. Rodin U, Filipović-Grčić B, Dražančić A. Rađanje i perinatalna smrtnost djece vrlo niske porodne težine u Hrvatskoj 2001.-2010. godine. *Gynaecol Perinatol* 2011; 20(Suppl.2):S46-S50
8. Beeckman K, Louckx F, Downe S, Putman K. The relationship between antenatal care and preterm birth: the importance of content of care. *Eur J Public Health* 2013; 23 (3):366-71.