

Primarna pedijatrijska zdravstvena zaštita - trenutno stanje i mogućnosti unapređenja

Milivoj Jovančević

Hrvatsko društvo za preventivnu i socijalnu pedijatriju

Sažetak

Pedijatrijsku primarnu zaštitu opterećuju problemi nedostatka pedijataru, visoka prosječna dob i veliki broj djece u skrbi po pojedinom timu. Sve veći broj psihosocijalne problematike, kronično bolesne i invalidne djece traži novi organizacijski model primarne zdravstvene zaštite djece.

Ključne riječi: pedijatrija, primarna zdravstvena zaštita, organizacija, normativ

Trenutno se u Republici Hrvatskoj zdravstvena skrb za djecu predškolskog uzrasta pruža u ordinacijama primarne zdravstvene zaštite temeljem ugovora sa HZZO-om, i to za oko 220.000 djece u pedijatrijskim ugovornim ordinacijama i za oko 75.000 djece u ordinacijama opće/obiteljske medicine (Tablica 1; prema podacima iz HZZO-a iz travnja 2004. godine). Obzirom da se većina ordinacija nalazi u statusu zakupaca, pojavljuje se problem nepovezanosti djelovanja na razinama lokalne zajednice. Timovi se nalaze u rascjepu između rastućih financijsko – administrativnih i stručnih obveza s jedne strane, i imperativa zadovoljavanja svih potreba djece i materijalnog opstanka ordinacije.

Unatrag desetak godina se bilježi sustavno smanjenje izdvajanja državnih sredstava za pedijatrijsku primarnu zaštitu. Na početku tog perioda povećan je normativ sa 850 na 1000 osiguranika po timu, ukida se član tima (viša medicinska sestra) dok istovremeno broj novorođene djece drastično opada a zbog tehnološkog napretka medicine raste broj djece sa različitim zdravstvenim poteškoćama. Iako u mreži primarne zdravstvene zaštite nedostaje pedijataru, timovi se ukidaju a izostaje skrb o školovanju novih pedijataru. U proteklih desetak godina nije bilo upućivanja na specijalizaciju iz pedijatrije za potrebe primarne zdravstvene zaštite, tek je 2004. godine pokrenuto 16 specijalizacija.

Zabrinjava visoka prosječna dob trenutno djelujućih pedijataru zbog koje se može u narednih par godina očekivati odljev od oko 20% timova. Posljedice ovog procesa koji se dogodio u Hrvatskoj zadnjih dvanaest godina smo pokušali prikazati utvrđivanjem dobne strukture pedijataru u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Prva analiza učinjena je početkom 2001. godine i temeljila se na podacima Hrvatske liječničke komore. Relevantni podaci bili su dostupni za 265 pedijataru, što predstavlja 96 % ukupnog njihovog broja od 276. Prema podacima o dobnoj strukturi udio mlađih od 39 godina u ukupnom broju od 265 pedijataru iznosi samo 4%, dok udio pedijataru starijih od 60 godina iznosi 17%. Ostale dobne skupine zastupljene su u ujednačenim postocima, što govori o kontinuiranom školovanju tijekom sedamdesetih i osamdesetih godina.

U travnju 2004. godine ponovno smo analizirali broj zaposlenih pedijataru u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Prema najnovijim podacima broj pedijataru bio je 261, što je u odnosu na njihov broj pred tri godine, kada ih je bilo 276, predstavlja smanjenje od 6%. Proteklih godina, osim prirodnog odljeva umirovljenjem, oko 30% odljeva pedijataru uzrokovano je bolešću ili smrću.

Na ovaj način koncipiran sustav ne zadovoljava stručnim zahtjevima iz više razloga:

1. Dnevna opterećenja su prevelika, prosječno se pregleda 56 djece a u vršnim opterećenjima i preko 100. U takvim uvjetima, koji prelaze predviđeni normativ i do 300% upitna je stručna razina kurativnih i preventivnih aktivnosti.

2. U slučaju bolesti ili drugog razloga izostanka iz ordinacije pedijatar ne može pronaći odgovarajuću zamjenu. Financijski učinak duljeg izostanka iz ordinacije dovodi u pitanje funkcioniranje ordinacije obzirom na neriješena pitanja iz ugovora sa Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje. Izlaskom iz domova zdravlja, izostaje organizacijska i stručna koordinacija djelovanja timova. Stručnu koordinaciju pokušavaju ostvariti stručna društva koja djeluju pri Hrvatskom liječničkom zboru, dok je organizacijska koordinacija i potpora tek sporadična i sasvim nedostatna.

3. Cjelokupna skrb je orijentirana na predominantno pasivno rješavanje problema tjelesnog zdravlja. Danas susrećemo veliki broj djece sa "novim bolestima" („new morbidity“- termin kojim se označavaju psihosocijalni problemi, problemi psihomotornog i emocionalnog sazrijevanja, bolesti ovisnosti, obiteljska problematika, spolne bolesti, traume i drugo) te se javlja potreba za snažnom promocijom zdravlja i cijelim nizom dobro koordiniranih programa (edukacijski programi, centri za zbrinjavanje kronično oboljelih, programi za siromašne zajednice i slično) (1,2). Klasični pristup, u kojem liječnik koji je manje ili više biološki orijentiran i fokusiran na postavljanje dijagnoze i određivanje terapije, čekajući „pacijenta“ u svojoj ordinaciji, više ne može zadovoljiti potrebe skrbi za kronično bolesnu, invalidnu djecu i cjelovite skrbi za djecu sa psihosocijalnim poteškoćama.

Nedostaje skrb za razvojne probleme duševnog, komunikacijskog i edukacijskog zdravlja. Navedene službe doduše postoje, no na razinama sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, nedostatnih su kapaciteta i neujednačene rasprostranjenosti. Za ilustraciju, u Republici Hrvatskoj trenutno djeluje 30 dječjih psihologa, većinom lociranih u većim gradskim središtima. Obzirom na oko 310.000 predškolske i oko 567.000 školske djece razvidno je da većina potreba ne može biti pokrivena, kako u kurativi tako i u preventivnim aktivnostima. Jednako tako, niti šezdesetak logopeda ne može riješiti sve probleme dječje populacije.

4. Skrb o zdravlju je segmentirana; o medicinskom zdravlju brine sustav zdravstva, o socijalnom sustav socijalne skrbi, a o edukacijskom zdravlju institucije odgoja i obrazovanja. Navedeni sustavi unutar sebe su dobro koordinirani, no međusobna, integrirajuća suradnja je manjkava. Jednako tako, u velikoj mjeri je

zanemarena i uloga lokalne zajednice koja bi trebala imati zadaću angažirati ostale resurse u pružanju pomoći i provođenju, za tu zajednicu, specifičnih preventivnih i kurativnih programa. Neučinkovitost i skupocjenost pružanja usluga kronično oboljelima i invalidnima u bolničkim ustanovama, veliki broj djece sa "novim bolestima" (termin kojim se označavaju psihosocijalni problemi, problemi psihomotornog i emocionalnog sazrijevanja, bolesti ovisnosti, obiteljska problematika, spolne bolesti, traume i drugo) te potreba za snažnom promocijom zdravlja pokreće cijeli niz dobro koordiniranih programa (edukacijski programi, centri za zbrinjavanje kronično oboljelih, programi za siromašne zajednice i slično) (3).

Uloga lokalne zajednice i ljudi koji žive u neposrednom okruženju bolesnika u pružanju pomoći najugroženijem dijelu populacije je u našoj sredini iznimno mala ili gotovo ne postoji. Uistinu neshvatljivo, umjesto manje skupe, te značajno učinkovitije i humanije pomoći na razini lokalne zajednice, proces zdravstvene zaštite se odvija u skupim i otuđenim visoko specijaliziranim institucijama.

Tablica 1. Prikaz broja djece u pedijatrijskim timovima i timovima opće/obiteljske medicine po županijama (izlist iz baze podataka HZZO-a za travanj 2004. godine):

PU	0-7					7-15			15-18			7-18				
	ukupno u bazi	ukupno ugovoreni	razlika baza - ugovoreno	opća	ped	ukupno	opća	ped	ukupno	opća	ped	ukupno u bazi	ukupno ugovoreni	razlika baza - ugovoreno	opća	ped
4 PU Bjelovar	8.902	8.717	185	1.428	7.289	12.233	9.008	3.119	4.874	4.816	16	17.107	16.959	148	13.824	3.135
10 PU Čakovec	9.077	8.799	278	3.748	5.051	11.410	9.503	1.594	4.819	4.671	2	16.229	15.770	459	14.174	1.596
18 PU Dubrovnik	9.704	9.180	524	1.837	7.343	12.789	10.436	2.032	4.802	4.638	35	17.591	17.141	450	15.074	2.067
26 PU Gospić	3.244	2.937	307	618	2.319	4.242	2.634	1.295	1.615	1.392	104	5.857	5.425	432	4.026	1.399
34 PU Karlovac	7.823	7.437	386	1.888	5.549	10.571	8.736	1.564	4.685	4.570	30	15.256	14.900	356	13.306	1.594
37 PU Koprivnica	8.685	8.331	354	2.087	6.244	11.269	9.960	853	4.488	4.415	1	15.757	15.229	528	14.375	854
40 PU Krapina	9.845	9.597	248	5.046	4.551	12.953	10.400	2.387	5.372	5.321	26	18.325	18.134	191	15.721	2.413
60 PU Osijek	23.030	21.887	1.143	7.350	14.537	30.922	27.462	2.277	12.730	12.426	6	43.652	42.171	1.481	39.888	2.283
65 PU Pazin	12.132	11.579	553	3.757	7.822	16.985	13.691	2.976	7.945	7.805	14	24.930	24.486	444	21.496	2.990
72 PU Rijeka	17.142	16.513	629	3.740	12.773	23.363	12.470	10.253	10.519	9.216	1.055	33.882	32.994	888	21.686	11.308
78 PU Sisak	12.132	11.590	542	2.131	9.459	15.713	12.097	2.909	6.405	6.220	28	22.118	21.254	864	18.317	2.937
79 PU Požega	6.578	6.058	520	3.167	2.891	9.136	8.320	679	3.440	3.395	0	12.576	12.394	182	11.715	679
80 PU Slavonski Brod	13.855	13.282	573	6.835	6.447	18.105	16.887	912	7.194	7.046	4	25.299	24.849	450	23.933	916
82 PU Špiš	36.534	34.156	2.378	3.229	30.927	46.549	31.283	14.069	18.259	17.458	450	64.808	63.260	1.548	48.741	14.519
83 PU Šibenik	7.541	7.010	531	1.579	5.431	10.212	7.668	2.219	3.980	3.878	27	14.192	13.792	400	11.546	2.246
88 PU Varaždin	12.995	12.509	486	4.662	7.847	16.649	12.863	3.414	7.052	6.932	2	23.701	23.211	490	19.795	3.416
90 PU Vinkovci	15.420	14.417	1.003	7.557	6.860	19.655	18.358	603	7.836	7.635	2	27.491	26.598	893	25.993	605
91 PU Virovitica	6.804	6.506	298	3.887	2.619	9.182	8.170	919	3.663	3.619	5	12.845	12.713	132	11.789	924
100 PU Zadar	12.137	11.561	576	3.433	8.128	16.469	14.202	1.858	6.085	5.902	27	22.554	21.989	565	20.104	1.885
114 PU Zagreb	75.834	72.519	3.315	6.418	66.101	95.897	61.683	28.335	37.649	35.866	716	133.546	126.600	6.946	97.549	29.051
UKUPNO	309.414	294.585	14.829	74.397	220.188	404.304	305.831	84.267	163.412	157.221	2.550	567.716	549.869	17.847	463.052	86.817

KAKO U REPUBLICI HRVATSKOJ PRILAGODITI ZDRAVSTVENU ZAŠTITU POTREBAMA DJECE?

Koje su temeljne odrednice djeteta u jednom društvu (etička, populacijska, politička i ekonomska pitanja) i ima li država posebni interes kada su u pitanju djeca?

Djeca su najvredniji no ujedno i najvulnerabilniji dio jednog naroda. Njihova vrijednost se očituje kroz ogromni stvaralački potencijal i mogućnosti učinkovitog utjecanja na njihovo zdravlje, rast i razvoj. Vulnerabilnost djece proističe iz njihovog visokog stupnja egzistencijalne i razvojne ovisnosti o pomoći odraslih i iz nerazvijenih mehanizama odbrane (4). S ekonomskog stajališta ulaganje u djecu predstavlja najunosniju investiciju (WHO European Office for Investment for Health and Development). S etičkog stajališta, svako društvo bi u prioritetu svog djelovanja trebalo pružiti najbolju moguću zaštitu najvulnerabilnijem dijelu populacije. Stoga smatramo da Republika Hrvatska, kao socijalna država koja se nalazi u fazi poslijeratnog oporavka i tranzicije treba obratiti posebnu pozornost na skrb o cjelokupnom zdravlju djece (tjelesnom, duševnom, socijalnom i edukacijskom zdravlju). Stoga je nužno donijeti stratešku odluku na najvišoj razini o stručnim i financijskim akcijama koje će napraviti odmak od dosadašnjeg deklarativnog stajališta prema konkretnim programima.

Kako organizirati zdravstvenu zaštitu djece prema definiranim potrebama i strateškim opredjeljenjima i koje su struke nositelji?

Zdravstvena zaštita djece se treba temeljiti na najjeftinijim i najučinkovitijim principima, a to su prevencija (primarna, sekundarna i tercijarna), rana intervencija uz holistički (interdisciplinarni) pristup. Izvršitelji skrbi trebaju biti visoko educirani i dostupni svoj djeci (5,6). Samo ovako organizirana skrb može prevenirati poremećaje zdravlja koji se javljaju u adolescenciji i odrasloj dobi.

Hrvatsko društvo za preventivnu i socijalnu pedijatriju predlaže slijedeći model zdravstvene zaštite djece:

Centar za koordinaciju zdravstvene zaštite

1.) Na razini bivših domova zdravlja treba formirati savjetovanišne centre (kolokvijalna terminologija upotrebljava nazive: centar za koordinaciju zdravstvene zaštite, obiteljski centar ili komunalni centar).

2.) Uspostaviti suradnju službi medicinskog, socijalnog i edukacijskog zdravlja na lokalnoj razini.

U centru bi se putem predstavnika službi zdravstva, socijalne skrbi, odgoja i obrazovanja te lokalne zajednice pružala koordinirana pomoć najugroženijima te kreirali i provodili programi prevencije i rane intervencije.

Sastav tima: pedijatar, socijalni radnik, predstavnik predškolske odgojno – obrazovne ustanove, patronažna sestra, predstavnik službe školske medicine i epidemiološke službe (HZZJZ), predstavnik lokalne zajednice, dječji psiholog.

3.) U okviru Centra formirati jedinicu za zdravstvenu zaštitu mentalnog zdravlja djece. Trenutno, iako to zakon o zdravstvenoj zaštiti predviđa, nema zaposlenih stručnjaka ovog profila na razini primarne zdravstvene zaštite. Skrb o mentalnom zdravlju je u cijelosti oslonjena na bolničke ustanove a nedostaju i preventivni

programi za najmlađe dobne skupine. Trenutno u RH djeluje 30 dječjih psihologa koji su većinom locirani u većim gradovima a zbog velike učestalosti govornih poremećaja (oko 30% djece ima neku od komunikacijskih poteškoća, od toga 12-15% ima teže poremećaje komunikacije) također je nedostatan i broj logopeda (ukupno oko 100 logopeda u RH, uglavnom u gradovima). Stoga bi se u jedinici za zaštitu mentalnog zdravlja djece trebali nalaziti slijedeći stručni profili: dječji psiholog, logoped, medicinska sestra i administrativni djelatnik. Zadaća: kurativno i preventivno zbrinjavanje djece na pripadajućem području.

Osim navedenih aktivnosti u centru na razini doma zdravlja bi se vršila supervizija i konzultacije sa kolegama iz obiteljske medicine koji imaju u skrbi djecu predškolskog uzrasta.

4.) Potrebno je na razini županija osigurati model koordinacije rada između PZZ i županijskih ureda za zdravstvo i socijalnu skrb te područnog ureda HZZO-a i HZZJZ-a kako bi se učinkovito vršila prilagodba zdravstvene zaštite prema specifičnim potrebama osiguranika u pojedinim područjima.

Ciljevi :

1. Uspostaviti skrb za psihološko zdravlje na razini primarne zdravstvene zaštite te unutar te službe provoditi preventivne (većim dijelom) i kurativne (manjim dijelom) aktivnosti. Preciznije, treba osigurati ranu prevenciju psihosocijalnih i tjelesnih poteškoća i pomagati obiteljima s djecom koja su postala invalidi, kronični bolesnici s ratnim traumama ili pokazuju neki od oblika socijalne patologije.

2. Uspostaviti koordinaciju i suradnju sa službom za socijalnu skrb i institucijama odgoja i obrazovanja (predškolske ustanove, škole) na razini lokalne zajednice, te na taj način osigurati holistički (cjeloviti) pristup pružanja zdravstvene zaštite sa osloncem na lokalnu zajednicu.

3. Definirati programe koji će pokriti slijedeće visoko rizične skupine: neželjena djeca, djeca male porodne težine (nedostašćad i prematurusi), blizanci, djeca majki narkomanki, djeca roditelja alkoholičara, djeca adolescentnih majki, djeca neudatih majki, djeca majki koje nisu završile osnovnoškolsko obrazovanje, djeca nezaposlenih roditelja (oba nezaposlena), djeca roditelja sa PTSP-om, djeca obitelji koje primaju potporu službe za socijalnu skrb, djeca sa tjelesnim poteškoćama (dijabetes, celijakija, cistična fibroza, distoni sindrom, cerebralna paraliza i dr.).

4. Potrebno je na razini županija osigurati model koordinacije rada između PZZ i županijskih ureda za zdravstvo i socijalnu skrb te područnog ureda HZZO-a i HZZJZ-a kako bi se učinkovito vršila prilagodba zdravstvene zaštite prema specifičnim potrebama osiguranika u pojedinim područjima.

Timovi primarne zdravstvene zaštite djece predškolske dobi

Kako bi mogli provoditi zakonom propisane djelatnosti iz područja preventive, kurative i izvještavanja potrebno je smanjiti standardni broj osiguranika po timu – sa sadašnjih 1000 na nekadašnjih 850.

Sastav tima: specijalist pedijatar; medicinska sestra koja treba proći tečaj edukacije za provođenje preventivnih mjera, rada sa cjepivima i rada u savjetovalištu (provođenje edukacijskih programa); administrativni djelatnik.

Potrebno je provesti neodložnu informatizaciju cjelokupnog poslovanja u pedijatrijskoj PZZ i to na način umrežavanja, stalne povezanosti sa središnjom bazom podataka uz potpuno izbacivanje papirnatih obrazaca. Svakako bi trebalo revidirati opseg i vrstu podataka koji se prate i objediniti ih u jednoj bazi kako bi se izbjeglo nepotrebno dupliciranje unosa. Potrebno je također osigurati i određenu razinu dostupnosti podataka kako bi svaki sudionik PZZ mogao pratiti parametre svojeg rada i zdravstvenog stanja populacije za koju skrbi (kontinuirana evaluacija rada i znanstveno istraživanje).

Literatura

1. American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health The pediatrician and the "new morbidity." Pediatrics 1993, 92:731-733.
2. Haggerty, R.J. Child health 2000: new pediatrics in the changing environment of children's needs in the 21st century. Pediatrics 1995, 96:804-812.
3. Bithoney, W.G., McCarthy, P., McGravey, A., et al. Training Residents to Serve the Underserved: A Resident Education Curriculum. McClean, VA: Ambulatory Pediatric Association, 1993.
4. Knežević M, Jovančević M: The IFEEL pictures: Psychological trauma and perception and interpretation of child's emotions. Nordic Journal of Psychiatry, 2004, 58(2): 139-145.
5. M. Jovančević, J.Grgurić, M. Knežević: Organizacija pedijatrijske primarne zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj danas i sutra. Medix 2004, 56/57:128-132.
6. M. Jovančević: Obiteljski centar – prijedlog organizacijskog modela, Dijete i društvo 2002, 3/4:357-374.