

Model podijeljene antenatalne skrbi: Unapređenje zdravstvene zaštite trudnica u Splitsko-dalmatinskoj županiji

Ivana Bočina

Zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije

Sažetak

Antenatalna (prenatalna) skrb definira se kao kompleks intervencija koje primaju trudnice od službi organizirane zdravstvene zaštite.

Značenje ovog pojma u razvijenim zemljama je od strogo medicinskih, opstetričkih pregleda prošireno na javno zdravstvenu intervenciju koja obuhvaća: a) otkrivanje, liječenje i prevenciju nepovoljnih ishoda za trudnicu i dijete, te b) unapređenje zdravstvenog ponašanja i poboljšanje socijalno-ekonomskih prilika trudnica.

U Hrvatskoj propisani «Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz osnovnog zdravstvenog osiguranja» (NN, 30/2002.) utvrdio je subjekte, mjere i način provođenja mjera antenatalne zaštite.

Međutim, pokazatelji o provedenoj antenatalnoj zaštiti u Hrvatskoj u 2003 godini: prosječno izvršena 7.4 ginekološka pregleda po trudnici, nedovoljan udio trudnica s obavljenih 9 i više antenatalnih kliničkih pregleda (56.2%), relativno visok udio trudnica koje se uključuju u sustav antenatalne zaštite nakon 7. mjeseca trudnoće (6%) i niska, a ne vrlo niska stopa perinatalnog mortaliteta (8.5 ‰), upućuju na zaključak da sadašnja organizacija i provedba antenatalne skrbi nije dostatno učinkovita i prilagođena gospodarskoj zbilji i standardu građana, te znanju i vještinama zdravstvenih stručnjaka.

Uspostavom i provedbom modela podijeljene antenatalne skrbi uključuje se liječnik obiteljske medicine koji pasivan pristup zdravstvenoj zaštiti trudnica mijenja u aktivan s dispanzerskom metodom rada. Naime, liječnik obiteljske medicine kao dobar poznavatelj zdravstvenog stanja i socijalno-ekonomskog okruženja trudnice, može utjecati na zdravstveno ponašanje trudnice i primjereno intervenirati u specifičnim zdravstvenim stanjima ili posebnim socijalno-ekonomskim prilikama, prilagođeno njenim individualnim potrebama.

Ovim modelom ostvaruje se i suradnja između obiteljskog liječnika i ginekologa primarne razine zdravstvene zaštite, a trudnica postaje ravnopravan partner zdravstvenim stručnjacima koji za nju skrbe.

Uspostavljanje i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite uključuje identifikaciju i eliminaciju neučinkovite i/ili štetne prakse. Mijenjanjem postojećeg u model podijeljene skrbi, očekuje se veća učinkovitost provedenih mjera, brže poboljšanje perinatalnih ishoda i veće zadovoljstvo trudnica pruženom skrbi uz jednaka financijska ulaganja.

Ključne riječi: antenatalna skrb, organizacija, podijeljena skrb, liječnik obiteljske medicine

UVOD

Trudnoća je jedno od najznačajnijih i najzahtjevnijih razdoblja u životu žene i njene obitelji, a svojim socijalnim implikacijama bitna je za društvo u cjelini.

Slogan ovogodišnjeg Svjetskog dana zdravlja «Svaka majka i dijete su važni» (Make Every Mother and Child Count), pokazuje da su dobrobit i napredak svakog suvremenog društva neposredno povezani sa zdravljem i blagostanjem majke i djeteta.

Politika «Zdravlje za sve u 21. stoljeću» i Konvencija o pravima djeteta (Članak 24., UN, 1989.) čine dva dokumenta od strateškog značaja za unapređenje zdravlja majke i djeteta, u kojima se zemlje potpisnice zalažu za osiguravanje antenatalne i postnatalne skrbi kao jednih od osnovnih mjera sigurnog majčinstva.

Antenatalna ili prenatalna skrb definira se kao kompleks intervencija koje primaju trudnice od službi organizirane zdravstvene zaštite (1). Svrha je antenatalne skrbi prevenirati, identificirati i liječiti stanja/bolesti koja bi mogla ugroziti zdravlje majke i/ili djeteta, te omogućiti svakoj ženi da trudnoći i porodu pristupi kao pozitivnom iskustvu, odnosno svakom novorođenom djetetu zdrav i kvalitetan početak života. Značenje pojma antenatalne skrbi danas je u razvijenim zemljama od strogo medicinskih, opstetričkih pregleda prošireno na javno zdravstvenu intervenciju koja obuhvaća: a) otkrivanje, liječenje i prevenciju nepovoljnih ishoda za trudnicu i dijete, te b) unapređenje zdravstvenog ponašanja i poboljšanje socijalno-ekonomskih prilika trudnica (2).

Prvi pokušaji stvaranja javno zdravstvenih programa za unapređenje zdravlja trudnica nastali su u Europi krajem 19. stoljeća, kada su se za zdravlje majki i djece zainteresirale vlade zbog svojih ekonomskih i političkih ciljeva. U Velikoj Britaniji je 1913. godine sastavljen prvi «protokol» provođenja antenatalne skrbi (Ballantyne) u svrhu smanjivanja mortaliteta majki i perinatalnog mortaliteta. U njemu su po prvi put definirane interakcije nekoliko medicinskih disciplina u sklopu provedbe antenatalne skrbi. Tijekom 1930.-ih istaknuta je i ostvarena potreba specifične edukacije zdravstvenih profesionalaca koji su skrbili za trudnice, da bi 1950. bio postavljen standardni model provedbe antenatalne skrbi u kojem je definiran sadržaj i broj (12-16) antenatalnih

posjeta/pregleda trudnica.

Današnji standardi provođenja antenatalne skrbi usvojili su navedeni («tradicionalni») model provođenja antenatalne skrbi, unatoč činjenici da ne postoje dokazi o njegovoj znanstvenoj utemeljenosti (evidence-based) ni učinkovitosti antenatalnih intervencija koje se njime provode (3, 4, 5, 6).

Tijekom vremena zdravstveni profesionalci iz područja antenatalne zaštite suočili su se s izazovom mijenjanja sadržaja i namjene antenatalne skrbi u skladu s razvojem medicinskih spoznaja, iskustava i tehnologije. Tako su «tradicionalnom» modelu antenatalne skrbi pridružene i uvedene u rutinsku primjenu i neke medicinsko-tehnološke novine, kao što su ultrazvučni pregledi, različita laboratorijska testiranja, procjena rizičnih čimbenika u trudnoći, itd. Suvremena antenatalna skrba vremenski obuhvaća prekonceptijsko razdoblje, trudnoću, porod, postpartalno i rano neonatalno razdoblje.

Danas više ne vrijedi ni povijesna paradigma o adekvatnosti kvalitete antenatalne zaštite povezane isključivo s niskom stopom mortaliteta majki i perinatalnog mortaliteta, visokim prosječnim brojem provedenih antenatalnih posjeta/pregleda po trudnici (u razvijenim zemljama taj broj varira od 12 do 16 posjeta/pregleda, u zemljama u razvoju je značajno niži), te ranim uključivanjem u antenatalnu skrba uz procjenu rizičnosti trudnoće (podjela na trudnoće s visokim i niskim rizikom). Naime, «tradicionalni» model provedbe antenatalne skrbi pokazuje niz nedostataka: a) povećanjem učestalosti posjeta ne postižu se bolji perinatalni ishodi; b) većina trudnoća napreduje bez komplikacija, tako da se uloga antenatalna zaštite uglavnom temelji na osiguravanju zdravstvene skrbi za trudnice s normalnom trudnoćom i na preveniranju mogućih komplikacije u trudnoći; c) u većini trudnoća, koje se drže visoko-rizičnim, ne dolazi do razvijanja komplikacija, za razliku od trudnoća koje se smatraju nisko-rizičnim i u kojima se često razvijaju komplikacije koje rezultiraju nepovoljnim ishodom (7, 8, 9).

Zbog svega navedenog, očita je potreba mijenjanja pristupa antenatalnoj zaštiti, njenog sadržaja i kvalitete u smislu ostvarivanja cjelokupne i sveobuhvatne brige za zdravlje trudnice/žene. Antenatalna skrba bi trebala biti integrirana u širi koncept općeg zdravlja žene, jer svaka žena ima svoje zdravstvene potrebe i prije i nakon trudnoće, a sama trudnoća za zdravlje žene nije jedino rizično razdoblje.

Jedan od modela koji predstavlja iskorak u pristupu antenatalnoj zaštiti, a kojim se omogućava ostvarivanje sveobuhvatne zdravstvene zaštite trudnice/žene, jest model podijeljene antenatalne skrbi. Podijeljena antenatalna skrba definira se kao dijeljenje antenatalne skrbi između dvoje ili više zdravstvenih profesionalaca. Podijeljena antenatalna skrba označava mogućnost prakticiranja kooperativne, holističke zdravstvene i opstetričke skrbi u kojoj se kombiniraju specifična znanja i umijeća liječnika obiteljske medicine i/ili primalje s kliničkim znanjem i vještinama ginekologa/opstetričara u svrhu ostvarivanja prihvatljive i kvalitetne antenatalne zdravstvene zaštite.

Postoji više modela provođenja podijeljene antenatalne skrbi. Jedan od najčešćih modela predstavlja dijeljenje antenatalne skrbi između obiteljskih liječnika i/ili primalja u lokalnim zajednicama i drugih zdravstvenih profesionalaca, obično ginekologa/opstetričara, koji obavljaju periodične kliničke preglede trudnica i vode porode (10).

Modelom podijeljene antenatalne skrbi potiče se pristup i podržava kontinuitet antenatalne skrbi, te se ostvaruje strategija ciljne intervencije u kojoj se ponašanje trudnice/žene promatra u sklopu njenog socijalnog okruženja. U životu žene postoji nekoliko razina koje utječu na njeno ponašanje u trudnoći, a to su: obitelj, socijalna mreža i socijalna okolina, gdje se osobito ističe uloga i važnost obiteljskog liječnika. Naime, liječnik obiteljske medicine kao dobar poznavatelj zdravstvenog stanja i socijalno-ekonomskog okruženja trudnice, može utjecati na zdravstveno ponašanje trudnice i primjereno intervenirati u specifičnim zdravstvenim stanjima ili posebnim socijalno-ekonomskim prilikama, prilagođeno njenim individualnim potrebama.

Jedan od češće primjenjivanih protokola podijeljene skrbi razvijen je u SAD-u, sredinom 90.-ih godina prošlog stoljeća, zajedničkim radom stručnjaka American Academy of Pediatrics i American College of Obstetricians and Gynaecologists u svrhu sveobuhvatnog zbrinjavanja antenatalnom zaštitom trudnica iz ruralnih područja. Međutim, taj se protokol zbog svoje praktičnosti, učinkovitosti i mogućnosti prilagodbe počeo primjenjivati i u urbanim područjima. Istraživanje provedeno u SAD-u tijekom 1996. pokazalo je da se provođenjem takvog modela podijeljene skrbi povećao broj trudnica koje su koristile skrba, da su se trudnice ranije uključivale u sustav antenatalne skrbi, da se smanjio broj prijama u bolnicu zbog komplikacija u trudnoći, smanjio broj dana hospitalizacije (ostvarivanje cost-benefita), te da su trudnice iskazale veliko zadovoljstvo u odnosu na pružene zdravstvene usluge i održanu dobru komunikaciju s obiteljskim liječnikom (11).

PROBLEM

Propisani Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz osnovnog zdravstvenog osiguranja (NN, 30/2002.), usvojen od HZZO-a i koordiniran od HZJZ-a, čijom se provedbom jamči pravo svakoj trudnici na zdravstvenu zaštitu iz osnovnog zdravstvenog osiguranja, utvrdio je subjekte i mjere koji su ih dužni provoditi, te način provođenja tih mjera (12).

Navedenim dokumentom jamči se pravo svakoj trudnici na devet antenatalnih kliničkih i dva UZ pregleda u trudnoći uz povećanje broja istih pregleda prema medicinskim indikacijama, a koje izvršava izabrani tim za zdravstvenu zaštitu žena na primarnoj razini (specijalist ginekologije i porodništva, te medicinska sestra). Međutim, navedeni Plan i program mjera zdravstvene zaštite, kao ni mnogi slični dokumenti istog područja, nisu ni predvidjeli ni uključili liječnika obiteljske medicine u provođenje mjera antenatalne skrbi, iako izabrani

liječnik obiteljske medicine predstavlja nositelja primarne razine zdravstvene zaštite. Liječnik obiteljske medicine je najbolji poznavatelj zdravstvenog stanja i socijalno-ekonomskih prilika trudnice/žene, o kojoj skrbi i prije i poslije trudnoće i predstavlja osobu koja je sastavni dio socijalnog okruženja trudnice, te stručnjaka njenog povjerenja od kojeg trudnica očekuje stručnu pomoć, savjetovanje, svesrdnu potporu i zaštitu.

U Hrvatskoj ne postoji ni obveza formalne profesionalne komunikacije između izabranog liječnika obiteljske medicine i izabranog specijaliste ginekologa na primarnoj razini zdravstvene zaštite, koji u praksi skrbe za istu trudnicu/ženu neovisno jedan o drugom uz odsustvo zajedničke, koordinirane suradnje u svrhu unapređenja zdravlja trudnice i djeteta.

Do sada u nas nije izvršena evaluacija učinkovitosti provođenja mjera antenatalne zaštite, kao ni ispitivanje kvalitete provedenih mjera antenatalne zaštite, pa se u procjeni učinkovitosti antenatalne skrbi koriste isključivo podatci koji se rutinski prikupljaju putem obrasca «Prijava poroda» i koji prikupljaju «tradicionalne» tj. međunarodno dogovorene, kvantitativne pokazatelje kvalitete zdravstvene zaštite (stopa perinatalnog mortaliteta i mortaliteta majki, prosječan broj antenatalnih kliničkih pregleda, prosječan broj UZ pregleda, itd.) (13). Međutim, dok su «tradicionalni» antenatalni protokoli temeljeni na sustavu zdravstvene skrbi usmjerene na pojedinca, ishodi trudnoće mjere se pokazateljima usmjerenima na populaciju, pa se postavlja pitanje prikladnosti takvih pokazatelja.

Broj živorođene djece u Hrvatskoj kontinuirano pada iz godine u godinu (65 598 živorođenih u 1983. g., 48 535 u 1993. g. i 39 668 u 2003. g.), a stopa perinatalnog mortaliteta stagnira već više od desetljeća.

Hrvatska se po stopi perinatalnog mortaliteta, kao jednom od najosjetljivijih pokazatelja kvalitete antenatalne zaštite, još uvijek ne može svrstati među zemlje s najboljim perinatalnim ishodima u koje se svrstavaju one sa stopom perinatalnog mortaliteta manjom od 5 na 1000 ukupno rođenih (Andora 1.3‰ u 2001.; Finska 3.3‰ u 2001.; Austrija 3.6‰ u 2003.; Češka 3.6‰ u 2003.; Island 3.8‰ u 2001.; Norveška 4.8‰ u 2000.; Slovenija 4.3‰ u 2003. i Malta 5‰ u 2001.) (14).

Tablica 1. Stopa perinatalnog mortaliteta u Hrvatskoj i Splitsko-dalmatinskoj županiji u razdoblju 1994.-2003. godine

Stopa perinatalnog mortaliteta (‰)										
Splitsko-dalmatinska županija	1994.	1995.	1996.	1997.	1998.	1999.	2000.	2001.	2002.	2003.
	11.2	8.9	10.7	7.8	6.2	6.8	10.3	12.4	10.3	8.4
Republika Hrvatska	9.7	9.2	8.7	8.8	8.9	8.9	9.4	9.8	8.7	8.5

Izvor: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2003. godinu, HZJZ

Prema podacima primarne zdravstvene zaštite žena u Hrvatskoj, u razdoblju 1985.-1991. g. kod izabranog ginekologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, svaka trudnica bila je pregledana prosječno 6 puta. U razdoblju 1992. - 1994. g. prosjek je iznosio 5.7-5.9 pregleda po trudnici, u razdoblju 1995. - 1999. g. nešto iznad 6 pregleda, 2000. i 2001. godine iznosio je 7.2 pregleda, 2002. godine 6.3 pregleda, a 2003. godine 7.4 pregleda po trudnici.

Tablica 2. Udio trudnica prema broju provedenih antenatalnim kliničkim pregleda u Hrvatskoj i Splitsko-dalmatinskoj županiji u 2003. godini

Udio trudnica prema broju provedenih antenatalnih kliničkih pregleda (%)						
Broj pregleda	0	1-2	3-5	6-8	≥9	Ukupno
Splitsko-dalmatinska županija	0.7	1.1	6.8	35.2	56.2	100.0
Republika Hrvatska	1.7	2.5	11.0	36.0	48.8	100.0

Izvor: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2003. godinu, HZJZ

Tablica 3. Udio trudnica prema vremenu izvršavanja prvog antenatalnog pregleda u trudnoći u Hrvatskoj i Splitsko-dalmatinskoj županiji u 2003. godini

Navršeni mjeseci trudnoće				
Vrijeme pregleda	< 3	4 - 6	≥ 7	Ukupno
Splitsko-dalmatinska županija	3023 (77%)	719 (18%)	190 (5%)	3932 (100%)
Republika Hrvatska	31 235 (74%)	8561 (20%)	2422 (6%)	42218 (100%)

Izvor: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2003. godinu, HZJZ

Predstavljeni ostvareni rezultati o provedenim mjerama antenatalne skrbi upućuju na zaključak da je sadašnja organizacija antenatalne zaštite u Hrvatskoj tek djelomično učinkovita (stagnacija stope perinatalnog mortaliteta, nedovoljan prosječan broj antenatalnih kliničkih pregleda po trudnici uz odlaganje uključivanja u sustav antenatalne skrbi), nedostavno prilagođena novim zahtjevima i izazovima, te da u ovom obliku nije u mogućnosti ostvariti brže poboljšanje perinatalnih ishoda i poboljšanje kvalitete antenatalne skrbi.

Ovakav oblik provođenja antenatalne zaštite u Hrvatskoj, nažalost, predstavlja već prevladani model antenatalne skrbi u kojem o javno zdravstvenoj intervenciji ne može biti niti govora.

CILJ

Opći je cilj ovog projekta uključivanjem liječnika obiteljske medicine u antenatalnu skrb promijeniti sadašnji, pasivan pristup zdravstvenoj zaštiti trudnice u aktivan pristup s dispanzerskom metodom rada.

Uključivanjem izabranog liječnika obiteljske medicine u model podijeljene antenatalne skrbi podržava se i potiče kontinuitet antenatalne skrbi, te se otvara mogućnost otkrivanja i pravovremenog interveniranja u slučaju pojave zdravstvenih i/ili socijalnih problema trudnice/žene. Time se ostvaruje strategija kvalitetnog menagementa koja osigurava razvoj sustava antenatalne skrbi na sveobuhvatan način kojim bi se odgovorilo na individualne potrebe trudnica/žena, jer «svaka je trudnoća rizik».

METODE RADA I PLAN AKTIVNOSTI

1. Oformiti radnu skupinu za izradu protokola podijeljene antenatalne skrbi. Radna skupina je sastavljena od predstavnika Zavoda za javno zdravstvo, liječnika obiteljske medicine, ginekologa na primarnoj i sekundarnoj razini zdravstvene zaštite, te predstavnika HZZO-a. Članovi radne skupine bi individualno i zajednički proveli pretraživanje i proučavanje svih dostupnih podataka i rezultata istraživanja o organizaciji i kvaliteti podijeljene antenatalne skrbi, te bi na zajedničkoj raspravi donijeli konsenzus o protokolu podijeljene antenatalne skrbi. Svaki član radne skupine sudjelovao bi u radu skupine s aspekta svoje profesionalne orijentacije.
2. Na zajedničkom sastanku članova radne skupine donijeti odluku o uspostavi Protokola podijeljene antenatalne skrbi u kojem bi se strogo odredile i odijelile obveze i aktivnosti tijekom provođenja mjera antenatalne skrbi za liječnike opće medicine i specijaliste ginekologe na primarnoj razini zdravstvene zaštite.
3. U organizaciji ZZJZ SDŽ održati stručni sastanak (bodovan od HLK) za liječnike obiteljske medicine i specijaliste ginekologe na primarnoj razini zdravstvene zaštite na području Splitsko-dalmatinske županije, na kojem bi članovi radne skupine predstavili protokol podijeljene skrbi, te njegov sadržaj i namjenu.
4. U ZZJZ SDŽ održati tiskovnu konferenciju, te osim medija pozvati i predstavnike zainteresiranih nevladinih udruga (npr. «Roda», Klub trudnica «Beba Eva» i sl.), na kojoj će članovi radne skupine predstaviti javnosti model podijeljene antenatalne skrbi.
5. U organizaciji Službe za socijalnu medicinu ZZJZ SDŽ izraditi promotivne materijale o podijeljenoj skrbi, te anketirati sve izabrane obiteljske liječnike o želji za sudjelovanjem u projektu podijeljene antenatalne skrbi, te o njihovim razmišljanjima i očekivanjima.
6. Za sve obiteljske liječnike, koji su izrazili želju za sudjelovanjem u projektu podijeljene prenatalne skrbi, održati dvodnevni edukacijski trening (bodovan od HLK) o podijeljenoj antenatalnoj skrbi u sklopu kojeg bi se provelo i pismeno testiranje usvojenog znanja, te dodijelio certifikat koji bi omogućio sudjelovanje u projektu.
7. Nakon prethodno obavljenih priprema, započeti s provođenjem projekta tijekom godine dana na području Splitsko-dalmatinske županije.
8. U tijeku provođenja projekta anketirati svaku trudnicu (u trenutku uključivanja u projekt i nakon poroda) koja je dobrovoljno prihvatila sudjelovanje u projektu.
9. Anketirati sve obiteljske liječnike i ginekologe primarne zdravstvene zaštite, sudionike u projektu, nakon završetka projekta, o razini zadovoljstva primjene modela podijeljene skrbi.
10. Evaluirati kvantitativne pokazatelje učinkovitosti podijeljene antenatalne skrbi.
11. Evaluirati kvalitativne pokazatelje antenatalne skrbi, usporedbom anketa provedenih prije i nakon provođenja projekta od strane svih sudionika projekta (liječnici obiteljske medicine, specijalisti ginekolozi na primarnoj razini zdravstvene zaštite i trudnice/žene).

PLAN RADA, VRIJEME I POTREBNA SREDSTVA

1. Formiranje radne skupine i upoznavanje svih članova radne skupine s dosadašnjim spoznajama o podijeljenoj antenatalnoj skrbi i iskustvima primjene protokola podijeljene skrbi trajalo bi 3 mjeseca uz sudjelovanje svih članova skupine i međusobnu razmjenu informacija i saznanja. Troškovi komunikacije e-

mailom i telefonom, održavanje radnih sastanaka, kupovanje ili posuđivanje potrebne literature, te putni i ostali troškovi iznosili bi 10 000,00 kn.

2. Vrijeme potrebno za odabiranje i prilagođavanje protokola podijeljene skrbi uvjetima u našoj Županiji, te njegovo uspostavljanje na zajedničkom sastanku radne skupine koji će se održati u prostoru ZZJZ SDŽ trajati će mjesec dana, a troškovi bi iznosili 1000,00 kn. Troškovi tiskanja protokola, koji će se podijeliti na stručnom sastanku za obiteljske liječnike i ginekologe iz primarne zaštite, iznosili bi 1000,00 kn.

3. Služba za socijalnu medicinu ZZJZ SDŽ izraditi će promotivne materijale o podijeljenoj skrbi, koji će se podijeliti na stručnom sastanku za liječnike i ginekologe iz primarne zaštite, u roku od mjesec dana. Troškovi izrade i tiskanja promotivnih materijala iznose 3 000,00 kn.

4. Služba za socijalnu medicinu ZZJZ SDŽ izraditi će anketne upitnike koji će biti podijeljeni obiteljskim liječnicima i ginekolozima primarne zaštite na stručnom sastanku kako bi se odredio broj zainteresiranih za sudjelovanje u projektu. Potrebno vrijeme izrade mjesec dana, a ukupni troškovi 5000,00 kn.

5. Stručni sastanak za obiteljske liječnike i ginekologe iz primarne zdravstvene zaštite s bodovanjem od HLK u svezi predstavljanja protokola održati će se vikendom u prostoru KB Split. Troškovi održavanja sastanka iznose 5000,00 kn.

6. Održavanje tiskovne konferencije radi upoznavanja javnosti s protokolom, održati će se u ZZJZ SDŽ uz dijeljenje promotivnih materijala. Troškovi tiskovne konferencije iznose 2000,00 kn.

7. Služba za socijalnu medicinu ZZJZ SDŽ analizirati će rezultate ankete podijeljene obiteljskim liječnicima i ginekolozima, te zainteresiranima za sudjelovanje u projektu poslati pozive za edukacijski trening. Potrebno vrijeme iznosi tjedan dana, a troškovi izrade, tiskanja i slanja poziva iznose 1 000,00 kn.

8. Služba za socijalnu medicinu ZZJZ SDŽ izraditi će, u dogovoru s radnom skupinom, pismeni test za ispitivanje znanja usvojenog edukacijskim treningom. Vrijeme izrade testa 3 dana, troškovi 500,00 kn.

9. Edukacijski trening o podijeljenoj skrbi održati će se tijekom vikenda (subota i nedjelja, plaćeni ručak) uz testiranje znanja u kongresnoj sali hotela Marjan. Troškovi predavača i održavanja treninga iznose ukupno 40 000,00 kn.

10. Služba za socijalnu medicinu ZZJZ SDŽ pregledati će testove znanja i poštom poslati certifikate kojima se omogućava sudjelovanje u projektu. Troškovi izrade certifikata i poštarine iznositi će 1000,00 kn.

11. Služba za socijalnu medicinu ZZJZ SDŽ izraditi će obrazac informiranog pristanka za trudnice koje će sudjelovati u projektu, te ga dostaviti liječnicima-sudionicima projekta. Troškovi iznose 1000,00 kn.

12. Služba za socijalnu medicinu ZZJZ SDŽ izraditi će ankete kojima će se ispitati mišljenje sudionika ankete na početku provođenja i na kraju projekta koji će poslužiti za evaluaciju projekta. Vrijeme potrebno za izradu anketa iznosi 2 mjeseca, troškovi tiskanja i diseminiranja anketa iznose 5000,00 kn.

13. Služba za socijalnu medicinu ZZJZ SDŽ prikupljati će tijekom provođenja projekta ankete sudionika, te će na kraju projekta statistički analizirati dobivene podatke i napraviti evaluaciju projekta određivanjem stupnja zadovoljstva sudionika projektom podijeljene antenatalne skrbi. Vrijeme potrebno za analizu i evaluaciju iznosi 2 mjeseca.

14. Članovi radne skupine predstaviti će dobivene rezultate zdravstvenim profesionalcima na stručnom sastanku koji će se održati u prostoru KB Split. Troškovi iznose 5000,00 kn.

15. U ZZJZ SDŽ održati će se tiskovna konferencija na kojoj će se javnosti predstaviti rezultati projekta. Troškovi konferencije iznose 2000,00 kn. Ukupni troškovi projekta iznose: 82 500,00 kn.

Ukupno vrijeme trajanje projekta iznosi » 18 mjeseci (6 mjeseci priprema za projekt i 12 mjeseci za provođenje projekta).

SURADNICI U IZRADI

Radna skupina biti će sastavljena od tri liječnika predstavnika ZZJZ SDŽ (Ivana Bočina, dr. med. kao koordinator radne skupine, mr. sc. Ankica Smoljanović, dr. med., specijalist socijalne medicine, voditeljica Službe za socijalnu medicinu ZZJZ SDŽ, Mladen Smoljanović, dr. med., specijalist epidemiologije, ravnatelj Zavoda), dva predstavnika Klinike za ženske bolesti i porode KB Split, dva predstavnika ginekologa primarne razine zdravstvene zaštite, dva predstavnika liječnika obiteljske medicine i predstavnika HZZO-a (Katarina Radman, dr. med., specijalist opće medicine, voditeljica Odjela za medicinske poslove HZZO-a Područni ured Split).

Suradnici će biti djelatnici Službe za socijalnu medicinu ZZJZ SDŽ, djelatnici ZZJZ SDŽ, djelatnici DZ Split (liječnici obiteljske medicine, ginekolozi na primarnoj razini zdravstvene zaštite, medicinske sestre, patronažne sestre), djelatnici KB Split, djelatnici Medicinskog fakulteta u Splitu, predstavnici medija i nevladinih udruga, te naposljetku trudnice sa svojim obiteljima.

OČEKIVANI REZULTATI I DOPRINOS PROJEKTA

Provođenjem projekta podijeljene antenatalne skrbi, za očekivati je da će se unaprijediti zdravstvena zaštita trudnica i prilagoditi njihovim individualnim potrebama, te da će trudnice/žene biti zadovoljnije pružanjem takve skrbi jer će i tijekom trudnoće ostati u komunikaciji sa svojim obiteljskim liječnikom. Za očekivati je i da će liječnici uključeni u ovaj projekt imati bolji nadzor nad zdravstvenim stanjem pacijentica za koje skrbe, te da će moći lakše intervenirati u cilju smanjivanja nepovoljnih ishoda trudnoće.

OČEKIVANE POTEŠKOĆE U RADU

Može se pretpostaviti da određeni broj trudnica neće željeti sudjelovati u projektu radi trenutno nedovoljne

senzibilizacije javnosti u odnosu na prihvaćanje novih modela antenatalne zaštite. Također se može očekivati da će se, unatoč činjenici da je koordinirana suradnja obiteljskog liječnika i ginekologa primarne zaštite poželjna, određeni broj ginekologa opirati bilo kakvoj suradnji, zbog želje da spriječe uvid u svoj profesionalni rad, odnosno njegove nedostatke.

EVALUACIJA USPJEŠNOSTI PROJEKTA

Evaluacija projekta provoditi će se trostruko:

1. Radna skupina će na osnovu već uspostavljenih kvantitativnih pokazatelja kvalitete antenatalne skrbi, statističkom analizom rezultata projekta i usporedbe s drugim podacima, evaluirati vrijednost projekta podijeljene antenatalne skrbi. Dobiveni rezultati pokazati će postoji li poboljšanje kvantitativnih pokazatelja.
2. Na osnovu kvalitativne analize dviju anketa (na početku i na kraju projekta) svih obiteljskih liječnika uključenih u projekt istražiti će se odnos između očekivanih i postignutih rezultata podijeljene skrbi. Također će se ispitati i razina zadovoljstva zdravstvenih profesionalaca primjenom modela podijeljene skrbi, te će se usporediti s razinom zadovoljstva trudnica/žena.
3. Kvalitativnom analizom dviju anketa (prigodom uključivanja u projekt i nakon poroda) ispitati će se razina zadovoljstva trudnica/žena modelom podijeljene skrbi, jer se zadovoljstvo žena pruženom skrbi ocjenjuje vrlo osjetljivim indikatorom promjena u kvaliteti skrbi, čak i prije no što ih zdravstveni sustav utvrdi.

LITERATURA

1. Dodd JM, Robinson JS, Crowther CA. Guiding antenatal care. MJA 2002; 176(6): 253-254.
2. Improving maternal health care: The next generation of research on quality, content, and use of services. AHRQ Publication No. 02-0025, June 2002.
3. Hunt JM, Lumley J. Are recommendations about routine antenatal care in Australia consistent and evidence-based? MJA 2002; 176: 255-259.
4. Langer A, Villar J. Promoting evidence-based practice in maternal care. BMJ 2002; 324:928-929.
5. Villar J, Bergsjö P. Scientific basis for the content of routine antenatal care. I. Philosophy, recent studies, and power to eliminate or alienate adverse maternal outcomes. Acta Obstet Gynecol Scand. 1997 Jan; 76 (1): 1-14.
6. Langer A, Villar J, Romero M et al. Are women and providers satisfied with antenatal care? Views on, a standard and simplified, evidence-based model of care in four developing countries. BMC Woman's Health, 2002; 2:7.
7. Villar J, Carolli G, Gulmezoglu AM. The gap between evidence and practice in maternal healthcare. Int J Gynaecol Obst. 2001 Nov; 75 Suppl 1. S47-54.
8. Villar J, Carolli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gulmezoglu AM. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2001 Oct; 10(5): 325-38.
9. What is antenatal (or perinatal) care? What are its boundaries? What is the efficacy/effectiveness of antenatal care? What are the financial and organizational implications of antenatal care? WHO, December 2003., HEN.
10. Cohen D, Guirguis-Blake J, Jack B, Chetty VK, Green LA, Fryer GE, Philips RL. Family physicians make a substantial contribution to maternity care: Case of the state Maine. Robert Graham Center: Policy studies in family practice and primary care. August, 2003.
11. Boyle GB, Banks JW 3rd, Petrizzi MJ, Larimore WL. Sharing maternity care. Fam Pract Manag 2003. Mar; 10(3):37-40.
12. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz osnovnog zdravstvenog osiguranja. NN, br. 30 / 2002.
13. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2003. godinu. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb, 2004.
14. Rodin U. Pokazatelji zdravstvenog stanja i zdravstvene zaštite majki i djece u Hrvatskoj. HČJZ, Vol 1, Broj 2, travanj 2005.