

Novi pristupi bržem razvoju perinatalne skrbi u Hrvatskoj (New approaches to perinatal care development in Croatia)

Ankica Smoljanović, Ivana Bočina, Marijana Mijaković

Odjel za praćenje i promicanje zaštite materinstva i djeteta
Služba za socijalnu medicinu
Zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije

Sažetak

U Hrvatskoj se još uvijek primarno promatra i nadzire somatski aspekt zdravstvenog stanja trudnice/trudnoće, dok je u zemljama sa zavidnim perinatalnim ishodima, područje perinatalne skrbi prošireno izvan striktno medicinskih posjeta/pregleda na javno zdravstvenu intervenciju.

Kako je populacija perinatalno umrlih u Hrvatskoj relativno mala, zbog bržeg poboljšanja određivanja zdravstvenog stanja i potreba te populacije, podatke o mortalitetu obvezno i nužno je nadopuniti statističkim podacima o morbiditetu kao i svim dostupnim podacima standardiziranih socijalno-bioloških obilježja.

Informatizacija hrvatskog javnog zdravstva omogućava pretraživanje i valjano povezivanje podataka iz/između različitih izvora podataka, jer se podatkom o trudnici/rodilji/majci slijede i vežu podatci o novorođenčetu, što omogućava izradu recentnih i relevantnih pokazatelja maternalnih i novorođenačkih ishoda, te mjerenje učinkovitosti svake sastavnice skrbi i primjenjenih zdravstvenih mjera odnosno intervencija.

U svrhu ostvarenja očekivane potpore svih uključenih djelatnosti na svim razinama zdravstvene zaštite u davanju svog doprinosa zdravom materintvu, nužno je uspostaviti sofisticirane metode za prikupljanje podataka o perinatalnim ishodima i formirati sveobuhvatni, nacionalni elektronski zapis, kako bi na znanstveno utemeljen način procijenili odnose određenih mjera/intervencija s ishodima, te odgovorili zahtjevima vremena u kojem živimo.

Ključne riječi: perinatalna skrb, perinatalna obilježja, informatizacija perinatalne skrbi, organizacija perinatalne skrbi

Uvod

U prilikama razvijene perinatalne skrbi u Hrvatskoj, pokazatelji sastavnica i ukupne perinatalne smrtnosti ne mogu biti dostatni niti smatrani najznačajnijim pokazateljima perinatalnih zbivanja, kvalitete zdravstvene skrbi, a također ni našeg društveno-gospodarskog razvoja. Statistički podatci o gestacijskoj dobi u kojoj se dogodila smrt, porodnim težinskim skupinama i uzrocima smrti samo otkrivaju stručno istražen i definiran vrh sante leda perinatalnih zdravstvenih zbivanja. U svakoj procjeni zdravstvenog stanja ove populacije, analiza kretanja smrtnosti je iznimno važna zbog smještanja postojećeg stanja u epidemiološke izgleda budućnosti, a time i planiranja razvoja perinatalne skrbi (Ruzicka LT, Lopez AD, 1990). U malim populacijama kao što je populacija perinatalno umrlih u Hrvatskoj (218 mrtvorodenih i 137 umrlih u dobi 0-7 dana u 2004.) zbog poboljšanja u određivanju zdravstvenog stanja ove populacije, podatke o mortalitetu obvezno i nužno je nadopuniti statističkim podacima o morbiditetu kao i svim dostupnim podacima standardiziranih socijalno-bioloških obilježja.

Rezultati istraživanja Vidaeff AC i sur. (2003.) o tradicionalnom pogledu na to kako prenatalna skrb poboljšava ishode trudnoće, pokazali su metodološke, sadržajne i konceptualne probleme. Naime, tradicionalni prenatalni protokoli temeljeni su na sustavu zdravstvene skrbi usmjerene na pojedinca, dok su perinatalni ishodi mjereni korištenjem parametara za populaciju. Intervencije koje bi trebale unaprijediti materinske i neonatalne ishode na populacijskoj razini vjerojatnije su socijalne i ekonomske intervencije, nego zdravstvene intervencije od slučaja do slučaja.

Cilj

Predstaviti potrebu uključivanja, analiziranja i praćenja osobitih bioloških, socijalnih i psihološko-emozivnih značajki i zdravstvenih potreba svih trudnica/rodilja odnosno značajnih obilježja svih rođenih, na razini pojedinca, svake ove populacije i populacija međusobno, zbog neophodnosti razvoja i usvajanja novih nekompromisnih pristupa u evaluaciji novih dokaza, intervencija i tehnologija unutar perinatalne skrbi, kako bi se održavalo kontinuirano poboljšavanje kvaliteta perinatalne skrbi, te eliminirala prepoznata neučinkovita medicinska praksa.

U cilju bržeg unapređenja materinskih i neonatalnih ishoda pojedinačno i na razinama njihovih populacija, trebalo bi uvesti stručno i neovisno revidiranje i analiziranje svakog slučaja perinatalne smrti, čiji bi se zaključci i preporuke obvezno poslali kao pismo upoznavanja s nepovoljnim

perinatalnim ishodom svakom liječniku uključenom u zdravstvenu zaštitu odnosno trudnice/trudnoće na primarnoj razini zdravstvene zaštite, odnosno ginekologu i liječniku obiteljske medicine.

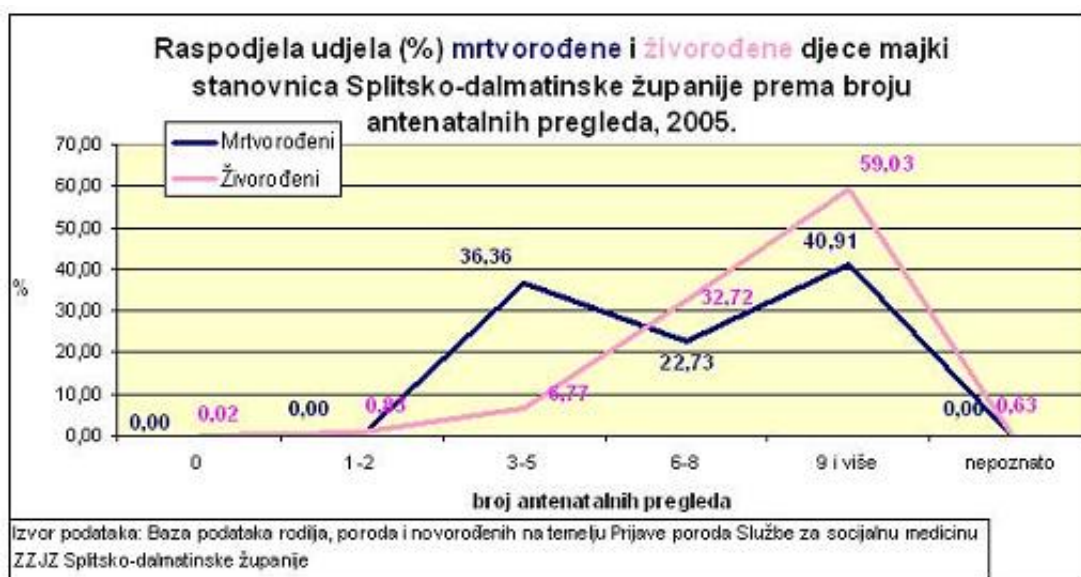
Subjekti i metode

Podaci o biološkim, socijalnim i zdravstvenim značajkama istraživanih subjekata tj. trudnica/rodilja/svih rođenih, osiguravaju se u Hrvatskoj redovnim standardiziranim individualnim obrazacima/ izvješćima bolničke zdravstvene statistike i individualne medicinske dokumentacije, te putem individualnih vitalno-statističkih obrazaca za događaje rođenja i smrti.

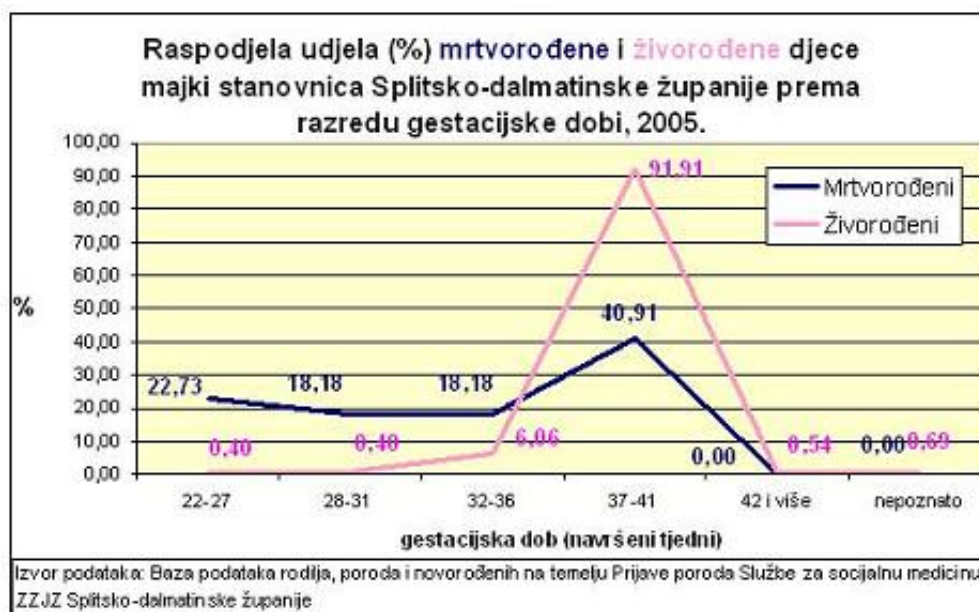
Za odabir uključenih obilježja, definicije obilježja, kritičnih vrijednosti obilježja, te njihovo šifriranje primjenjuju se međunarodne preporuke čime se osigurava usporedivost.

Informatizacija javnog zdravstva omogućava pretraživanje i valjano povezivanje podataka iz/između različitih izvora podataka, jer se podatkom o trudnici/rodilji/majci slijede i vežu podatci o novorođenčetu, što omogućava izradu recentnih i relevantnih pokazatelja maternalnih i novorođenačkih ishoda, te mjerenje učinkovitosti svake sastavnice skrbi i primjenjenih zdravstvenih mjera odnosno intervencija.

Informatizacijom Službe za socijalnu medicinu Zavoda Split izgrađena je struktura baze podataka, u koju upisujemo podatke sa standardiziranih obrazaca Prijave poroda i Prijave perinatalne smrti. Ove baze podataka omogućavaju izdvajanje svih upisanih slučajeva mrtvorođenih, rano neonatalno umrlih, njihovu raspodjelu prema svim uočenim kombinacijama obilježja ili bilo kojeg broja pojavnosti bilo kojih drugih odabranih obilježja entiteta poroda, rodilje, ili novorođenčeta u odnosu na sva druga obilježja, pojedinačna ili u kombinaciji (Slika 1., Slika 2., Slika 3., Slika 4.).



Slika 1.



Slika 2.



Slika 3.

TRUDNOĆA MRTVOROĐENIH		MRTVOROĐENO NOVOROĐENČE					
Patološko stanje u trudnoći	Druge bolesti u trudnoći	Patologija	Kongenitalne malformacije	Druga patološka stanja	Broj	Porodna težina	Gestacijska dob
Bez patološkog stanja		Drugo		P025	2	3000-3499	37,41
Bez patološkog stanja		Drugo		P025	1	3500-3999	37,41
Bez patološkog stanja		Drugo		P025,P95	1	3500-3999	37,41
Prijeteci porođaj, Insuficijencija cerviksa sa seklažom	0342	Drugi respiracijski poremećaji povezani s neznošću			1	500-999	22,27
Prijeteci porođaj, Preeklampsija	0364,0342	Drugi respiracijski poremećaji povezani s neznošću			1	1000-1499	28,31
Prijeteci porođaj, Sumnja na IUGR		Drugi respiracijski poremećaji povezani s neznošću			1	1500-1999	32,36
Prijeteci porođaj, Atrupcija placente, Preeklampsija, Sumnja na IUGR	0321,0410	Drugi respiracijski poremećaji povezani s neznošću			1	1500-1999	32,36
Prijeteci porođaj	L93,0364	Drugo		P95	1	1000-1499	28,31
Prijeteci porođaj	0321	Drugo		P95	1	2000-2499	32,36
Prijeteci porođaj	0364	Drugi respiracijski poremećaji povezani s neznošću			1	500-999	22,27
Prijeteci porođaj	0410	Drugi respiracijski poremećaji povezani s neznošću			1	1500-1999	28,31
Prijeteci porođaj	042,0300	Drugi respiracijski poremećaji povezani s neznošću			1	500-999	22,27
Prijeteci porođaj, Infekcija mokraćnog sustava u trudnoći		Drugi respiracijski poremećaji povezani s neznošću			1	2500-2999	32,36
Gestacijska hipertenzija	0300,0364	Drugo		P95	1	ispod 499	37,41
Drugo	0359	Drugo	O897		1	1000-1499	22,27
Drugo	0362	Drugi respiracijski poremećaji povezani s neznošću, Kongenitalne malformacije			1	1000-1499	22,27
Drugo	0364	Drugi respiracijski poremećaji povezani s neznošću		P95	1	1000-1499	28,31
Drugo	0364	Drugi respiracijski poremećaji povezani s neznošću		P025,P95	1	3000-3499	37,41
Drugo	0364,0342	Drugo		P95	1	3000-3499	37,41
Drugo	048,0364	Drugo		P025	1	4000-4499	37,41
Drugo	0364	Drugo		P95	1	3500-3999	37,41

Slika 4.

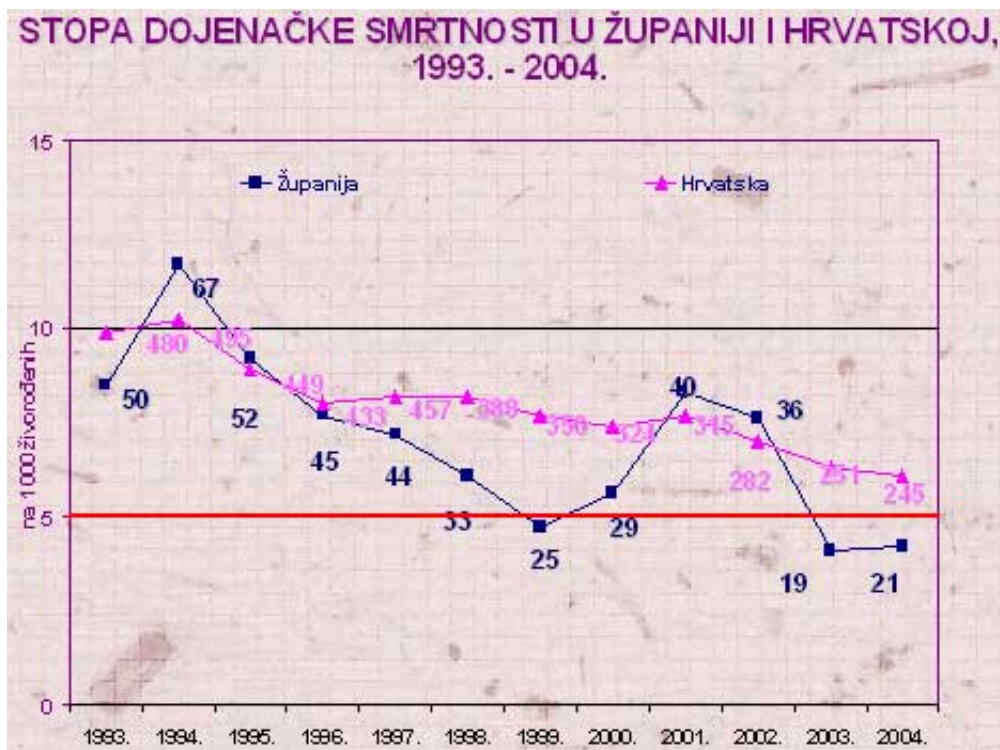
Navedeno nam daje mogućnost istraživanja statističkih značajnosti svih mogućih međuovisnosti svih zabilježenih stanja trudnice/rodilje, eventualnih rizika i opterećenja trudnoće i poroda s nepovoljnim ishodom, što je glavni cilj medicine temeljene na dokazima. Takvim istraživanjima možemo uočiti statistički značajne povezanosti među obilježjima, te potvrditi postojeće spoznaje ili steći nove. Veće područje istraživanja zahvatili bi uključivanjem većeg broja obilježja koja bi se bilježila za svaku trudnicu, porod i novorođenče, a kvalitetu tih podataka sasvim sigurno bi povećalo upisivanje

navedenih podataka u računalu na mjestu poroda, odnosno u samom rodilištu. Naša Služba sada ima posve nove smjernice u radu kojima se problemu pristupa multidisciplinarno, s različitim aspektata uz timski rad u kojem se kombinira znanje i stručnost liječnika u klinici, javnom zdravstvu i informatičara-statističara. Ovakv zajednički proces stvaranja pokazatelja, analize i interpretacije rezultata ima za cilj postizanje bolje kvalitete perinatalne skrbi .

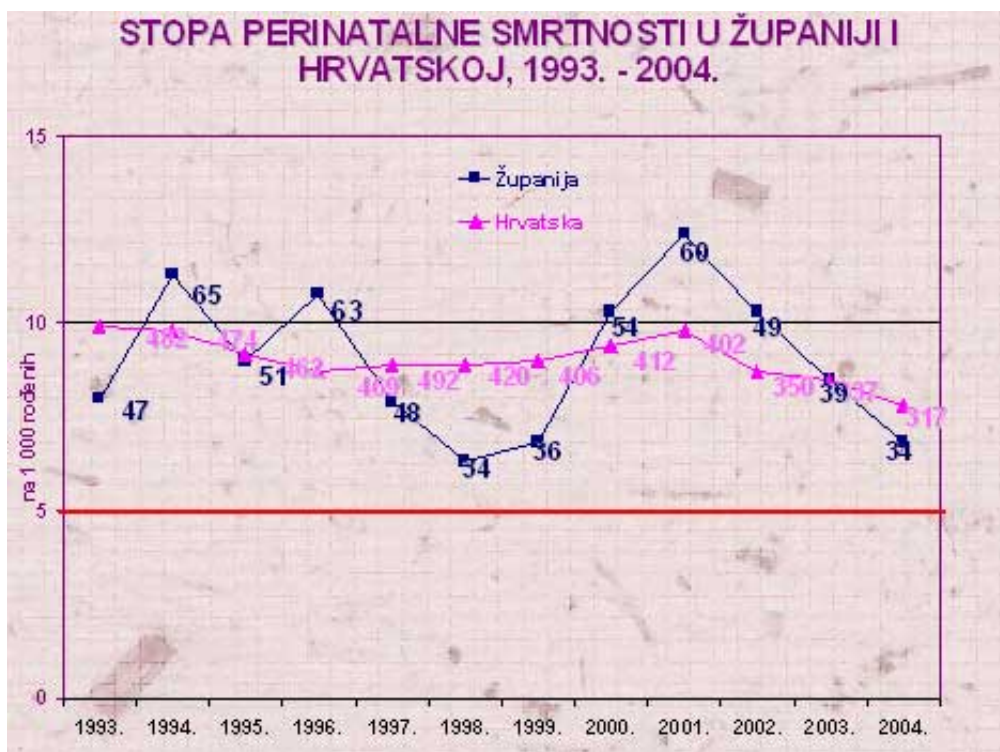
Rasprava

Hrvatsko stanovništvo se nekoliko posljednjih desetljeća ne obnavlja, te se smanjuje ukupno i u pojedinim generacijama (Wertheimer-Baletić, 2006.).

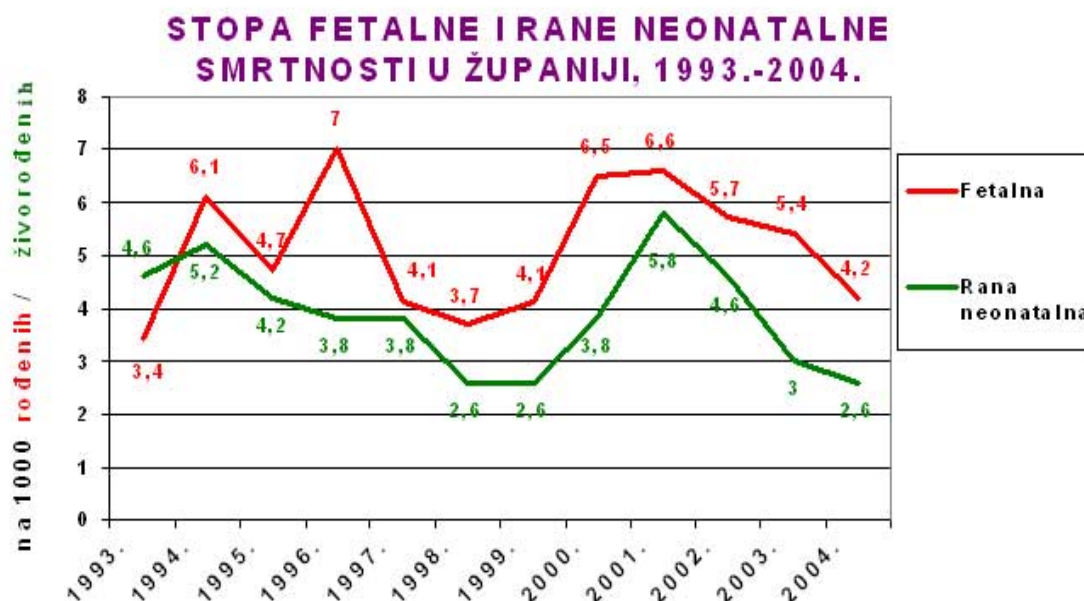
Prema stopi perinatalnog mortaliteta (PNM) koja iznosi 5.79/1000 rođenih u 2004., Hrvatska se još uvijek ne može svrstati među zemlje s najboljim perinatalnim ishodima, odnosno među zemlje koje imaju razinu PNM ispod 5 na 1000 rođenih (graf linij PNM,DM;sast PNM.Slika 5., Slika 6., Slika 7.).



Slika 5.



Slika 6.



Slika 7.

Dražančić (2006.) je procjenio da je u Hrvatskoj u četrnaestgodišnjem razdoblju 1991.-2004. ukupan broj perinatalno umrle djece iznosio 5 668, što nije utjecalo u smislu bitnog pogoršanja demografskog zdravlja, ali je ustvrdio da je nižim perinatalnim mortalitetom od 4.0 na 1000 rođenih u istom razdoblju moglo preživjeti 3000 djece. Istakao je da je cilj kvalitetne perinatalne zaštite rađenje živog, zdravog i za kvalitetan život sposobnog djeteta.

Guala i sur. (1983.) su još prije dvadesetak godina naglašavali da svaki trud treba biti učinjen da bi se smanjila, ne samo stopa PNM, nego i da bi se spriječilo potencijalne hendikepe.

Prema Dražančiću i sur. (1991.) ovakva stopa PNM upućuje na još nedostatnu kvalitetu antenatalne skrbi i slab probir ugroženih/poremećenih trudnoća unatoč znakovitom poboljšanju intrapartalne skrbi i ranog neonatalnog preživljavanja.

U zemljama s vrlo razvijenom perinatalnom skrbi, međunarodno dogovoreni kvantitativni pokazatelji kvalitete zdravstvene zaštite kao što su pokazatelji sastavnica i ukupne stope PNM te prosječan broj antenatalnih kliničkih i UZ pregleda nisu dostatni pokazatelji za određivanje kvalitete antenatalne skrbi (Bočina, 2005).

U Hrvatskoj se još uvijek primarno promatra i nadzire somatski aspekt zdravstvenog stanja trudnice/trudnoće. U zemljama sa zavidnim perinatalnim ishodima, područje perinatalne skrbi prošireno je izvan striktno medicinskih posjeta/pregleda na javnozdravstvenu intervenciju.

U izvješću konferencije «Poboljšanja maternalne zdravstvene skrbi» (2000.) s temom otvaranja «Jesmo li spremni procijeniti sadržaj prenatalne skrbi?» postavljen je novi izazov za znanstvenike, jer je činjenica da se namjena i sadržaj antenatalne skrbi mijenjaju i nastavljaju mijenjati kroz vrijeme. Također je prepoznato da je antenatalna skrb proširena od početne medicinske/obstetričke intervencije na širu, javno zdravstvenu intervenciju, koja obuhvaća: (1) detekciju, prevenciju i tretman maternalnih, fetalnih i dojenačkih ishoda, te (2) poboljšanje štetnih zdravstvenih ponašanja i socijalno-ekonomskih uvjeta. Sudionici konferencije složili su se da zasad postoji malo konačnih informacija o tome koliko je važna i učinkovita svaka pojedina sastavnica standardne antenatalne skrbi u smanjivanju ili preveniranju različitih ishoda trudnoće, ovisno o specifičnim medicinskim stanjima i posebnim socijalno-ekonomskim prilikama trudnice/rodilje. Postignut je opći dogovor da korist od antenatalne skrbi nije jednaka za sve podskupine populacije, te da mogu postojati razlike u korištenju i ishodima trudnoće temeljene na socijalno-ekonomskim, demografskim, kulturalnim i medicinskim rizičnim čimbenicima. U svezi postavljanja i poboljšanja kvalitete skrbi predloženo je da se ispitivanjem modela dosadašnje/stare prakse trebaju osigurati iskoristive informacije o razvojnim strategijama za eliminaciju neučinkovitih intervencija koje se još uvijek bezrazložno primjenjuju.

Naime, stručnjacima javnog zdravstva i perinatologije u Hrvatskoj trebao bi biti interesantan zaključak konferencije da su sofisticirane metode za sakupljanje podataka o perinatalnim iskustvima neophodne kako bi se mogle povezati određene intervencije s ishodima na znanstveno ispravan način, te da se procjena kvalitete zasniva na posjedovanju sveobuhvatnog, nacionalnog elektronskog zapisa.

Jedna od postavki ove konferencije, ujedno bliska hrvatskoj stvarnosti, jest i postavka o formiranju foruma koji bi trebao djelotvorno uspostaviti zajedničko spajanje medicinskih i javno zdravstvenih

zajednica s dijalogom u «koracima». Njihov je prijedlog oživotvoriti istraživanja i edukaciju kako bi se stvorilo ozračje u kojem će političari, osiguravatelji skrbi, osiguranici, pacijenti i zakonodavci prepoznati vrijednost prakse temeljene na dokazima.

Filipović-Grčić B. i sur. (2005.) također ističu obvezu točnog, potpunog i pravovremenog izvješćivanja o vitalnim događajima u novorođenčadi i dojenčadi. U očekivanju najavljene informatizacije zdravstvenog sustava upućuju nas na mogućnost planiranja razvoja, upošljavanja i edukacije kadrova, nabave opreme i organizacije zdravstvene zaštite putem potpunijih podataka i odgovarajuće analize. Isti autori ističu da su u Hrvatskoj ovim radom prvi put prikupljeni i analizirani podatci o mortalitetu do otpusta iz bolnice za novorođenčad svih težinskih skupina!?

Rodinova (2005.), već više od desetljeća u Hrvatskoj, nastoji pružiti potporu hrvatskim perinatolozima praćenjem pravovremenih relevantnih pokazatelja o perinatalnim zbivanjima i njihovim odnosima za različite pod/kategorije trudnica/rodilja/novorođenih. Ona ističe da je kvaliteta rodilišnih podataka nakon pet godina od uvođenja novih evidencija poroda i perinatalnih smrti znatno poboljšana, a da bi još više tome doprinijela informatizacija rodilišta, ujedno naznačena i kao potreba i u Milenijskim razvojnim ciljevima, koji ističu važnost perinatalne skrbi i njeno praćenje u zemljama članicama UN-a.

Dražančić (2005.), priznati kliničar i doajen hrvatske perinatalne zaštite, ponavlja kao i prethodnih desetljeća stručno utemeljenu potrebu regionalne organizacije perinatalne zaštite, koja je još uvijek fakultativna i nije institucionalizirana. Također naglašava da bez pravih i pravodobnih podataka nema planiranja medicinske skrbi, a u nas je je perinatalna medicinska informatizacija u razvoju!

Zaključak

Navedeni citati hrvatskih perinatologa iz samo posljednje 2005. godine ne mogu ostaviti ravnodušnim nikoga tko ima aktivni pristup perinatalnoj skrbi. Još nam ostaje nekoliko pitanja za razmišljanje. Kako objasniti hrvatskoj javnosti da su njeni interesi i potrebe u području perinatalne zaštite bili godinama zastupani od strane njenih nositelja ali s neostavrenim ciljem! Kako uvjeravati nositelje ovog dijela zdravstvene djelatnosti, te one koji su na njih svakodnevno upućeni sa svojim nemalim očekivanjima, da je za hrvatsku opću i zdravstvenu politiku važna svaka trudnica i njezino živo i zdravo, te za neovisan i kvalitetan život sposobno i radosno dijete. Vodeći stručnjaci ovog područja u Hrvatskoj još uvijek obazrivo ukazuju i čekaju dosljednost mjerodavnih u zastupanju svojim odlukama stručno utemeljenih i potrebitih intervencija u korist naše djece koju želimo i trebamo.

Literatura

1. Conference Summary Report. Improving Maternal Health Care: The next Generation of Research on Quality, Content, and Use of Services. September 18.-19. 2000. Airlie Conference Center. Warrenton, VA. AHRQ Publication No. 02-0025. June 2002: 1-13.
2. Dražančić A. Fertilitet i perinatalna zaštita u Hrvatskoj. Demografska kretanja u Hrvatskoj, str.7-8. Sažeci radova sa znanstvenog skupa. HAZU. Zagreb, 2006.
3. Filipović-Grčić B, Kniewald H, Grizelj-Šovagović R, Rodin U, Dorčić D, Peter B, Juretić E. Smrtnost novorođenčadi u Republici Hrvatskoj u 2004. godini. Gynaecol Perinatol 2005; 14 (suppl. 3) S27-32.
4. Dražančić A, Fudurić I, Polak-Babić J. Perinatalna zaštita. Liječ Vjesn, 113: 116-24, 1991.
5. Dražančić A, Rodin U. Perinatalni mortalitet u Republici Hrvatskoj u 2004. Gynaecol Perinatol 2005; (suppl. 3): S1-S22.
6. Guala G, Rivetti S, Faletto P, Gandolfo MT. Perinatal mortality in various weight classes: evaluation of data. Ann Ospedale Maria Vittoria Torino, 26: 69-80, 1983.
7. Rodin U. Rodilišni pokazatelji perinatalne skrbi. Gynaecol Perinatol 2005; (suppl.3):S23-S26.
8. Smoljanović A, Bočina I. Organizacija i provedba antenatalne zdravstvene zaštite. Gynaecol Perinatol 2004; 13 (suppl.):33-35.
9. World Health Organisation. Health for all Statistical Database. Copenhagen, Regional Office for Europe, January 2005.
10. Wertheimer-Baletić A. Depopulacija, starenje stanovništva i populacijska politika u Hrvatskoj (Uvodno predavanje). Demografska kretanja u Hrvatskoj, str. 5-6. Sažeci radova sa znanstvenog skupa. HAZU, Zagreb, 2006.
11. Bočina I. Model podijeljene antenatalne skrbi: Unapređenje zdravstvene zaštite trudnica u Splitsko-dalmatinskoj županiji. HČJZ, Vol.1, br.4, 2005.
12. Ruzicka LT, Lopez AD. The use of cause-of-death statistics for health situation assesment: national and international experiences. World health statistics quarterly, 43:249-258(1990).
13. Vidaeff AC, Franzini L, Low MD. The unrealized potential of prenatal care. A population health approach. J Reprod Med, 2003. Nov; 48(11): 837-42.

Kontakt: Mr. sc Ankica Smoljanović, dr.med.

Služba za socijalnu medicinu

Zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije

Tel: 021 48 02 69

Mob: 091 45 12 036

e-mail: ankica.smoljanovic@st.htnet.hr