

Perinatologija – ključno razdoblje za rast i razvoj djece

Milan Stanojević

Klinika za ginekologiju i porodništvo Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu,
Opća bolnica "Sveti Duh"

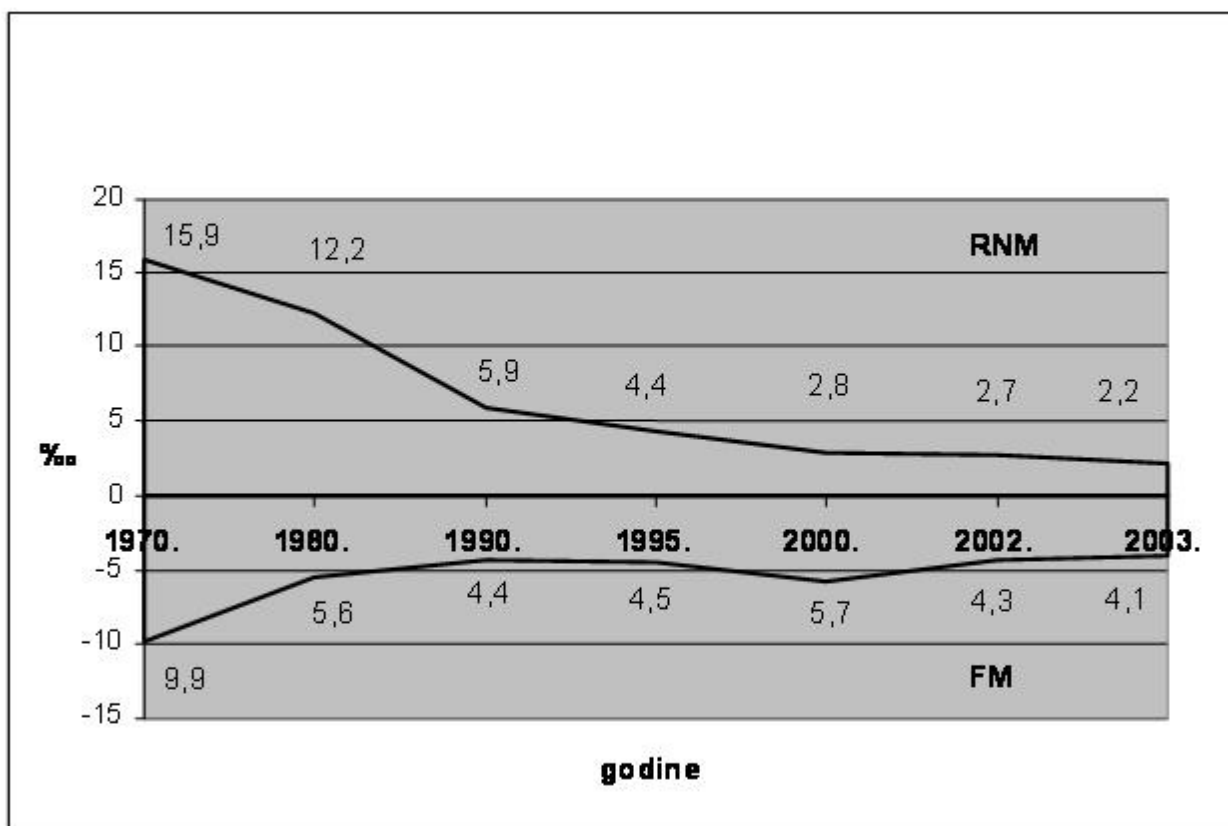
Sažetak

Perinatalno razdoblje se definira kao razdoblje od 22. tjedna trudnoće do 7 dana (168 sati) iza poroda. U tome razdoblju dešava se više smrti nego u slijedećih 30 godina ljudskoga života, a gotovo 4/5 dojenačke smrtnosti otpada na ranu neonatalnu smrtnost. Osim socioekonomskih činitelja, na smrtnost u perinatalnom razdoblju znakovito utječu i organizacija zdravstvene skrbi trudnica i novorođenčadi. Čini se da je do poboljšanja te skrbi došlo u proteklih 20 godina, jer je udio rane novorođenačke smrtnosti u odnosu na ukupnu perinatalnu smrtnost smanjio od 7,2‰ na 2,7‰. Osim razvoja medicinskih aspekata skrbi, važni su njezina organizacija, humanizacija, poštivanje prava djece i majki kao pacijenata, prema obitelji usmjerena zdravstvena skrb i druga pitanja kojima se u nas posvećuje premala pozornost. Cilj ovoga rada je prikazati neke organizacijske aspekte pružanja perinatalne zaštite u Republici Hrvatskoj tijekom 2000. godine na osnovu ankete provedene u hrvatskim rodilištima. Na anketu s pitanjima o organizaciji nekih aspekata perinatalne zaštite odgovorilo je 27(75%) od 36 hrvatskih rodilišta. Učestalost poroda carskim rezom bio je veći u klinikama (13,8%) nego u nekliničkim ustanovama (11,4%) ($\chi^2=51,95$, $P=0,00001$). Očevi su češće prisutni pri vaginalnom porodu u manjim nego kliničkim rodilištima (7,2% prema 6,4%; $\chi^2=7,79$; $P=0,005$). Kontakt „koža na kožu“ je prakticiran u 22 od 27 rodilišta, a novorođenče je ostalo s majkom u rađaonici u 18 od 27 rodilišta. U 8 rodilišta s 8436 poroda (22,3%) samo su anesteziolozi znali intubirati novorođenče, pružajući joj potrebnu razinu skrbi. Transport ugrožene novorođenčadi organiziran je „od sebe“ uz nedostatke opreme i obučenog osoblja. Zaključak je da je potrebna regionalizacija, humanizacija i edukacija u svrhu poboljšanja perinatološke skrbi u Hrvatskoj, uz financijsko ulaganje od oko 10 milijuna Eura, no neka bi se pitanja zasigurno mogla riješiti već sada boljom organizacijom i promjenom pristupa pacijentima. Time bi se poboljšali uvjeti rađanja i povećala šansa kvalitetnog preživljavanja svakog djeteta, što je u svjetlu negativnih demografskih zbivanja u Republici Hrvatskoj od velikoga značaja.

Ključne riječi: perinatalna zaštita, anketa, organizacija, Hrvatska

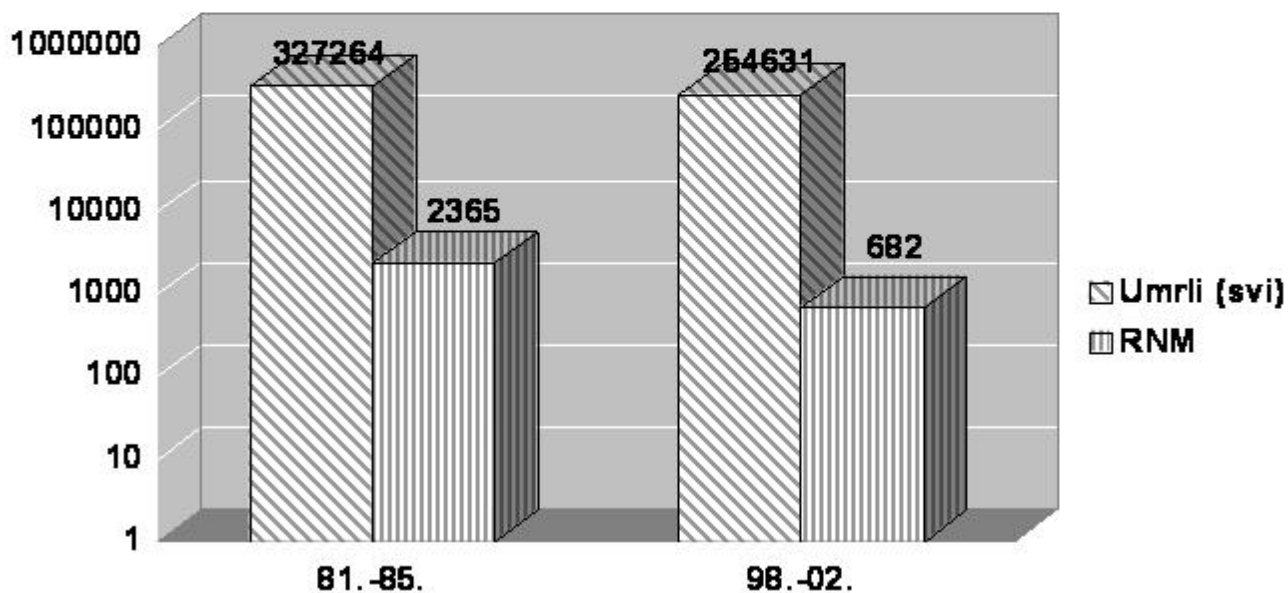
Uvod

Perinatalni mortalitet se u Hrvatskoj prati već godinama i pokazuje u posljednjih pedesetak godina tendenciju znakovitog smanjenja, dosežući potkraj devedesetih godina ispod 9 na 1000 rođenih, a u posljednje dvije godine čak je ispod 7‰, no još uvijek je gotovo dvostruko veći nego u nekim nama sličnim zemljama (Češka, Slovenija) (1, 2, 3). Na slici 1 je prikazano kretanje perinatalne smrtnosti u posljednjih pedesetak godina sve do 2003. godine. Smatra se da perinatalni mortalitet, među ostalima ovisi o organizaciji, dostupnosti, kvaliteti i standardu antenatalne, perinatalne i neonatalne skrbi (3, 4, 5, 6, 7). U dojenačkoj smrtnosti (smrtnost djece tijekom prvih 12 mjeseci života) na ranu novorođenačku smrtnost (smrtnost u prvih 7 dana nakon rođenja) u Hrvatskoj otpada više od 50%. Stoga je važno naglasiti da bismo daljnjim smanjenjem rane novorođenačke smrtnosti koja je u nas dvostruko veća nego u ranije spomenutim zemljama, mogli doprinijeti kvalitetnijem preživljavanju djece u Hrvatskoj. Udio novorođenačke smrtnosti u ukupnoj smrtnosti smanjio se u posljednjih 20 godina sa 7,2‰ na 2,7‰ (slika 2), što govori u prilog poboljšanja zdravstvene skrbi novorođenčadi. No ipak, uspoređujući perinatalnu zaštitu u Hrvatskoj, čini se da je njezina organizacija u usporedbi s razvijenim i nekim tranzicijskim zemljama zastarjela i neučinkovita (3, 4, 5, 6, 7).



RNM= rani neonatalni mortalitet **FM**= fetalni mortalitet

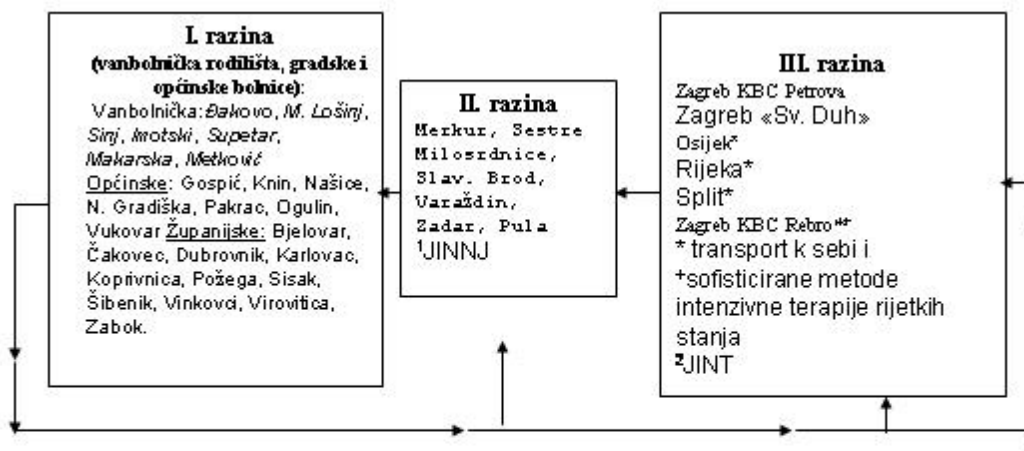
Slika 1. Perinatalna smrtnost u Republici Hrvatskoj od 1970. do 2003. godine



Slika 2. Udio rane novorođenačke smrtnosti u ukupnom broju umrlih u Republici Hrvatskoj u dva petogodišnja razdoblja

Prema Dunnu, perinatalno razdoblje obuhvaća svega 0,5% ukupnog života, a tijekom njega se umire češće nego tijekom slijedećih 30 godina ljudskoga života (8). S druge pak strane postoji koncepcija u kojoj se govori o fetalnom porijeklu bolesti u odrasloj dobi, tako da se tijekom toga razdoblja određuje budućnost i zdravstveno stanje naraštaja koji dolaze (9, 10, 11). Radi se o povezanosti između male porođajne težine s razvojem povišenog krvnog tlaka, šećerne bolesti tipa 2 i kardiovaskularnih bolesti u odraslih, bez prisutnosti klasičnih rizičnih faktora kao što su pušenje, prekomjerna tjelesna težina, društvena klasa, uživanje alkohola ili nedovoljna fizička aktivnost (9). Prema hipotezi «fetalnog programiranja» neki podražaj ili oštećenje koji djeluju tijekom kritičnog razdoblja rasta i razvoja mogu trajno izmijeniti strukturu i funkciju tkiva, te dovesti do gore navedenih bolesti (9). Među štetnim podražajima ili oštećenjima u tim osjetljivim razdobljima rasta i razvoja ploda mogu biti i neki medicinski postupci koji mogu imati dalekosežne i dugoročne posljedice na zdravlje. Tako se napr. prenatalnom primjenom kortikosteroida smanjuje težina respiratornog distresa, smanjuje se učestalost intrakranijalnih krvarenja, a ona može povoljno utjecati na postnatalni razvoj, dok s druge strane rana postnatalna primjena istih lijekova (naročito deksametazona) može izazvati neurorazvojne poremećaje i druge nepovoljne učinke. (12, 13, 14, 15, 16). Uz kratkoročne, ti postupci mogu imati i dugoročne neurorazvojne posljedice kao što su promjene ponašanja, školski neuspjeh pa čak i sklonost samoubojstvu (17, 18, 19). Neki jednostavni postupci kao što su kontakt «koža na kožu», rano dojenje, mogu utjecati na uspostavu majčinstva, odnose u obitelji, te emocionalni i psihomotorički kao i kognitivni razvoj (20).

Povezanost između organizacije perinatalne skrbi i perinatalnog ishoda više nije upitna, kao što nisu upitni niti organizacijski principi skrbi zdrave i bolesne novorođenčadi poput kontakta koža na kožu, ranog dojenja u rađaonici, prema obitelji usmjerene skrbi i humanizacije u perinatalnoj zaštiti. Regionalizacija perinatalne zaštite i organizacija transporta pokazuje dobre rezultate u najrazvijenijim zemljama svijeta već tridesetak godina, u nama susjednoj Sloveniji oko dvadesetak godina, a u zemljama u tranziciji (Češka, Poljska) u posljednjih pet godina (21, 22, 23). U tim je zemljama promjena organizacije perinatalne skrbi dovela do znakovitog smanjenja stopa perinatalnog mortaliteta (21, 22, 23). U nas je već više puta u posljednjih dvadesetak godina bilo pokušaja poboljšanja organizacije perinatalne skrbi i uvođenja regionalizacije, a posljednji pokušaj je bio 2003. godine (slika 3) (24, 25). U našem sustavu smo dokazali da je humanizacija izvodiva provođenjem inicijative «Bolnica prijatelj djece» u 15 bolnica širom države (26). Čini se da bi u cijelome sustavu perinatalne medicine trebalo unaprijediti poštivanje Povelje o pravima djeteta Ujedinjenih naroda, poboljšati humanizaciju i odnos prema pacijentu, te poboljšati uvjete rađanja, o čemu je bilo govora u Deklaraciji XX. perinatalnih dana «Ante Dražančić» (27, 28, 29). Ovom prilikom treba naglasiti nerazmjer između deklaracija i zbilje u pružanju perinatalne zaštite u Republici Hrvatskoj (30, 31).



| | | |
|--|---|--|
| <p>Upućivanje od I. razine prema II. razini Bolesnici koji ne iziskuju intenzivnu skrb a nisu u nadležnosti I. razine</p> <p>Upućivanje od razine I. prema razini III. Bolesnici koji iziskuju intenzivnu terapiju</p> <p>Nadležnosti I. razine: 1 Lakše bolesti majki i novorođenčadi koje ne iziskuju i ne predviđa se da će iziskivati kompliciranije postupke liječenja (adaptacijske poteškoće, kratkotrajna primjena kisika, itd.) 2 Fototerapija 3 Hitno liječenje neočekivanih komplikacija u majke i novorođenčeta</p> <p>Posebne usluge 1 Rano prepoznavanje visoko rizičnih bolesnika i pravovremeno upućivanje na višu razinu 2 Preventivna i socijalna skrb</p> | <p>Upućivanje od II. razine prema III. razini Teži bolesnici koji iziskuju intenzivnu terapiju</p> <p>1 Porod ispod 34 tjedna gestacije i/ili 1800 g 2 Teška izmuntuzacija 3 Teške kirurške i nekirurške komplikacije koje iziskuju posebne kirurške ili konzervativne postupke</p> <p>Nadležnosti II. razine - Jedinica intenzivne novorođenačke njege (¹JINNJ): 1 Liječenje novorođenađi >34 tjedna i >1800g 2 Potpuna skrb blaže ugrožene novorođenađi koja ne iziskuje intenzivnu terapiju 3 Eksangvinotransfuzija</p> <p>Posebne usluge 1 Kratkotrajna asistirana ventilacija novorođenađeta 2 Dostupnost laboratorija tijekom 24 sata 3 Dostupnost rentgena 24 sata 4 Dostupnost banke krvi 24 sata</p> | <p>Upućivanje od III. ili II. razine prema ishodišnoj bolnici dojenčadi koja više ne iziskuje intenzivnu terapiju</p> <p>Nadležnosti III. razine – Jedinica intenzivne novorođenačke terapije (²JINT): 1 Liječenje novorođenađi od 500-1800g 2 Potpuna skrb i intenzivno liječenje visoko rizične novorođenađi (RDS, sepsa, PPHN, MAS, NEC, ostale rijetke prirođene i stečene bolesti)</p> <p>Posebne usluge 1 24 satna dostupnost konzultacija za cijelo područje 2 Koordinacija i razvoj transportnog sustava 3 Razvoj i koordinacija programa izobrazbe za područje koje pokriva 4 Analiza zdravstveno statističkih podataka za cijelo područje koje pokriva</p> |
|--|---|--|

¹JINNJ – jedinica intenzivne novorođenačke njege

²JINT – jedinica intenzivne novorođenačke terapije

Slika 3. Regionalna organizacija perinatalne skrbi u Republici Hrvatskoj (prema Dražančiću)

Cilj ovoga rada je prikazati neke organizacijske aspekte pružanja perinatalne zaštite u Republici Hrvatskoj tijekom 2000. godine na osnovu ankete provedene u hrvatskim rođilištima.

Ispitanici i metode

Ispitanici

U Hrvatskoj ima 36 rođilišta od kojih su 2 s više od 4000 poroda godišnje, u 5 rođilišta ima od 2000-4000 poroda godišnje, u njih 8 ima od 1000 – 2000 poroda, a u 21 rođilištu ima manje od 1000 poroda godišnje. Među tim rođilištima je i 11 malih vanbolničkih rođilišta s manje od 500 poroda godišnje. U svim je rođilištima tijekom 2000. godine prema preliminarnim neslužbenim podacima bilo 44516 poroda. Među rođilištima ima 15 Bolnica prijatelja djece (BFH), u kojima se provodi „Deset koraka do uspješnog dojenja“ koje je propisala Svjetska zdravstvena organizacija i UNICEF.

Metode

Svim rođilištima je tijekom ožujka i travnja 2001. godine odaslan upitnik koji se je sastojao od nekoliko cjelina: postupci tijekom poroda (tko vodi porođaj, prisustvovanje oca pri porodu, način početka poroda, obezboljivanje i anestezija tijekom poroda, uspostava veze između majke i djeteta, te mogućnost izbora majke glede postupaka

tijekom poroda), postupci s novorođenčecom nakon poroda (reanimacija, oprema za reanimaciju, rutinski preventivni i drugi medicinski postupci, mogućnost zajedničkog boravka majke i djeteta, novorođenačka intenzivna skrb, oprema, školovanje osoblja, sustav transporta, banke žninoga mlijeka, obdukcija, evaluacija novorođenačke intenzivne skrbi). Upitnik je sastavljen i modificiran prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije (32). Za utvrđivanje razlika u frekvencijama među nekim osobinama korišten je χ^2 test.

Rezultati

Na upitnik je odgovorilo 27 (75%) od 36 rodilišta u kojima je tijekom 2000. godine bilo 37273 (83,7%) poroda. Od 27 bolnica bilo je 13 BFH, što iznosi 86,7% od svih BFH, a 14 nije imalo taj naziv, što iznosi 66,7% od svih bolnica koje nemaju naziv BFH.

Ukupno je bilo 12,6% induciranih poroda, te 12,5% carskih rezova. U kliničkim ustanovama učestalost carskih rezova je bila 13,8% u usporedbi s 11,4% u nekliničkim ustanovama ($\chi^2=51,95$, $P=0,00001$). Učestalost vakuuma ekstrakcija je ukupno bila 1,8% od čega je u klinikama bilo 1,2%, a u nekliničkim ustanovama 2,2%, što je bilo statistički znakovito više ($\chi^2=52,19$, $P=0,00001$). Očevi su bili prisutni kod 6,4% vaginalnih poroda, dok je na carskom rezu bilo samo 0,12% očeva. U nekliničkim ustanovama su očevi prisustvovali kod 7,2% vaginalnih poroda, a u kliničkim ustanovama kod 6,4%, što je statistički znakovita razlika ($\chi^2=7,79$, $P=0,005$), dok se učestalost prisustva očeva pri porodu nije razlikovala među BFH i ostalim bolnicama. Čak u 7 od 27 rodilišta očevima nije dopušteno nazočiti vaginalnom porodu, a u 26 od 27 rodilišta očevi ne smiju prisustvovati porodu carskim rezom. Epiduralna analgezija se primjenjuje kod 1,7%, a farmakološka analgezija kod 31% vaginalnih poroda. Ukupno se kod 7% poroda carskim rezom koristi regionalna anestezija, a kod ostatka opća anestezija. Na tablici 1 prikazana je mogućnost izbora roditelja glede nekih postupaka tijekom poroda. Majke nemaju mogućnost izbora: brijanja međice, načina dovršenja poroda, položaja za vrijeme poroda, vrste anestezije ili analgezije, elektroničkog monitoringa, ureza međice - epiziotomije i određenog liječnika ili primalje. Mogu izabrati osobu prisutnu tijekom poroda, dozvoljeno im je da vide i drže u naručju svoje mrtvorodeno ili nakazno dijete. Nema razlike između BFH i ostalih bolnica, te kliničkih i nekliničkih bolnica. Na tablici 2 prikazani su neka pitanja o postnatalnoj skrbi. Majke ostaju u rodilištima od 2 do 6 dana nakon poroda, ali mogu ostati i duže ako to iziskuje zdravstveno stanje njihovoga djeteta. Postoji mogućnost da starija djeca posjećuju majku u rodilištu, ali im nije dozvoljeno posjetiti i novorođenče. Savjet o planiranju obitelji majke dobiju u 15 od 27 rodilišta. Na tablici 3 prikazani su neki aspekti skrbi novorođenčeta u rađaonici. Kontakt djeteta i majke „koža na kožu“ prakticira se u 22 od 27 rodilišta u trajanju od 5 minuta (medijana), a u 19 od 27 rodilišta dojenje započinje u rađaonici u trajanju od 10 minuta (medijana). U 18 od 27 rodilišta majka i novorođenče prebivaju u rađaonici 30 minuta. Zanimljivo je da nije bilo razlika između BFH i ostalih rodilišta kao niti između kliničkih i nekliničkih rodilišta. Na tablici 4 prikazano je tko provodi mjere reanimacije novorođenčadi. Treba naglasiti da u 2 rodilišta (365 poroda - 0,9%) nije bila moguća endotrahealna intubacija (mjera reanimacije umetanja cjevčice u dušnik kroz usnu šupljinu i grkljan radi provođenja umjetnog disanja pomoću balona) zbog nedostatka medicinskog djelatnika koji bi zahvat znao izvesti, a u 8 rodilišta (8341 porod - 22,4%) gdje pedijatri vode skrb o novorođenčadi samo anesteziolozi znaju intubirati novorođenče. Opreme za reanimaciju ne nedostaje, osim endotrachealnih tubusa u jednom malom rodilištu. Na tablici 5 prikazani su rutinski preventivni postupci u novorođenčadi nakon poroda. Za prevenciju novorođenačkog konjunktivitisa (oftalmija) najčešće se koriste 4% sulfafurzol kapi za oči (12 rodilišta), 1% otopina srebrnog nitrata u 6 rodilišta, 1% kloramfenikol mast u 3 rodilišta, te 1% tetraciklinska mast, 0,5% eritromicinska mast i penicilin G kapi u po jednom rodilištu, a u 3 se prevencija oftalmije uopće ne provodi. Samo u 8 od 27 rodilišta se prevencija oftalmije provodi međunarodno priznatim učinkovitim lijekovima. Neselektivna prevencija hemoragijske bolesti novorođenčeta se provodi u 26 od 27 rodilišta, dok se selektivno još uvijek primjenjuje u jednom rodilištu. U 25 rodilišta vitamin K se daje intramuskularno u dozi od 0,5 do 1,0 mg, a u jednom rodilištu se on daje peroralno. Na tablici 6 su prikazana neka pitanja o organizaciji novorođenačke intenzivne skrbi. Vidljivo je da u 6 rodilišta nema neonatologa s punim radnim vremenom, te da nije organizirano praćenje visoko rizične novorođenčadi na nacionalnoj razini. U 13 od 20 rodilišta analiziraju se uzroci perinatalnih smrti, a u to su uključeni ginekolozi u 10 od 19 rodilišta. Organizacija transporta rizične novorođenčadi i potrebne opreme prikazana je na tablici 7. Vidljivo je da je transport organiziran samo na lokalnoj razini od sebe uz znakovit nedostatak opreme.

| Postupak | Broj odgovora | | |
|--|---------------|----|--------------|
| | Da | Ne | Bez odgovora |
| - brijanje međice | 2 | 22 | 3 |
| -način poroda, na pr. vaginalni ili carski rez | 3 | 20 | 4 |
| - položaj pri rađanju | 4 | 20 | 3 |
| -anestezija i analgezija | 10 | 13 | 4 |
| - osoba prisutna pri rađanju | 14 | 10 | 3 |
| - izbor liječnika i/ili primalje pri porodu | 11 | 13 | 3 |
| - mogućnost da vidi i drži svoje mrtvorodeno ili nakazno novorođenče | 20 | 4 | 3 |
| - izbor elektroničkog praćenja tijekom poroda | 4 | 20 | 3 |
| - urez međice (epiziotomija) | 4 | 20 | 3 |

Tablica 1. Ženina mogućnost izbora nekih postupaka tijekom poroda

| Skrb nakon rođenja | Rezultati | |
|--|-----------|----------|
| | Medijana | Raspon |
| Dužina boravka majke i novorođenčeta u bolnici (dana) | 4 | 2-6 |
| Može li majka ostati duže ako je dijete bolesno? | Da 27 | Ne 0 |
| Jesu li posjete ograničene na određeno razdoblje dana? | Da 11 | Ne 16 |
| Mogu li ostala djeca posjećivati majku u rodilištu? | Da 22 | Ne 5 |
| Je li majka dobila savjet o planiranju obitelji? | Da 15 | Ne 12 |

Tablica 2. Skrb nakon rođenja u hrvatskim rodilištima

| Skrb u rađaonici | Medijana | Raspon |
|---|-----------|---------|
| | (minuta) | |
| Trajanja kontakta "koža na kožu" (practicira se u 22 od 27 rodilišta) | 5 | 0 - 30 |
| Trajanje dojenja u rađaonici (u 19 od 27 rodilišta) | 10 | 0 -120 |
| Trajanje zajedničkog boravka majke i novorođenčeta u rađaonici (u 18 od 27 rodilišta) | 30 | 0 - 120 |

Tablica 3. Skrb novorođenčeta u rađaonici

| Mjera reanimacije | Zdravstveni djelatnik | | | |
|--|-----------------------|------------|-----------|--------------|
| | Primalja | Porodničar | Pedijatar | Anesteziolog |
| Određivanje Apgar skora (vitalnost novorođenčeta) | 5 | 24 | 22 | 1 |
| Aspiracija dišnih putova | 18 | 7 | 18 | 2 |
| Primjena kisika preko maske balonom | 3 | 9 | 25 | 6 |
| Intubacija dušnika i umjetno disanje pozitivnim tlakom | 1 | 2 | 16 | 17 |
| Masaža srca | 4 | 11 | 24 | 5 |
| Propisivanje lijekova | 3 | 6 | 25 | 5 |

Tablica 4. Izvođenje reanimacije u rađaonici u hrvatskim rodilištima

| Postupak | Da | Ne |
|---|----|----|
| Prevenција novorođenačkog konjunktivitisa (oftalmije) odmah po porodu | 23 | 3* |
| Prevenција krvarenja zbog nedostatka vitamina K (primjena vitamina K) | 27 | 0 |
| Tko pregledava novorođe po porodu? | | |
| - Pedijatar s punim radnim vremenom | 18 | - |
| - Pedijatar s nepunim radnim vremenom | 7 | |
| - Ginekolog | 2 | |
| Pregled se po porodu vrši: | | |
| - Neposredno po porodu | 15 | - |
| - Unutar 24 sata po porodu | 9 | |
| - Unutar određenog razdoblja po porodu (2-8 sati) | 3 | |
| Nazočnost majke tijekom prvog pregleda novorođe | 14 | 13 |
| Dostupnost djeteta roditeljima u rodilištu | | |
| Majka neograničeno | 24 | 2* |
| Otac neograničeno | 14 | 13 |
| Novorođenački probir | | |
| - roditelji obaviješteni o probiru | 21 | 6 |

* 1 bez odgovora

Tablica 5. Rutinski postupci novorođenačke skrbi u hrvatskim rodilištima

| Pitanje | Da | Ne | Bez odgovora ili nepoznato |
|--|------------|--------|----------------------------|
| Postoje li službene preporuka o opremi i prostoru za jedinice intenzivne skrbi? | 9 | 6 | 12 |
| Ima li pokušaja sistematizacije novorođenačke skrbi, organizacije razina skrbi, regionalizacije, itd. | 18 | 3 | 6 |
| Ima li svako rodilište čvrstu vezu s trećerazinskim centrom za upućivanje pacijenata? | 19 | 2 | 6 |
| Broj neonatologa ili pedijataru koji rade puno radno vrijeme na neonatologiji. Broj pedijataru u 19 rodilišta | 19 57,5 | 6 | 2 |
| Da li je neonatologija posbna subspecijalnost? | 19 | 2 | 6 |
| Postoje li posebni tečajevi za edukaciju osoblja novorođenačke intenzivne skrbi? | 16 | 3 | 8 |
| Postoji li sustav banaka ženinoga mlijeka za upotrebu u jedinicama intenzivne skrbi? | 7 | 15 | 5 |
| Postoje li službene preporuke o posjećivanju i kontaktiranju majke i oca s djetetom? | 11 | 3 | 13 |
| Mogu li roditelji i njihovo teško bolesno novorođeće ostvariti fizički kontakt? | 12 | 1 | 14 |
| Postoji li sustav praćenja djece liječena na intenzivnoj skrbi? | 13 | 6 | 8 |
| Organiziraju li se sastanci o perinatalno umrlima? Jesu li porodničari prisutni? | 13 10 | 7 9 | 7 8 |

Tablica 6. Oprema i prostor u jedinicama novorođenačke intenzivne skrbi u Hrvatskoj

| Pitanje | Da | Ne |
|---|----|----|
| Postoji li transport novorođenačadi u Vašoj ustanovi? | 24 | 3 |
| Da li je on dostupan samo na lokalnoj razini? | 27 | 0 |
| Postoje li za to posebno opremljeni automobili? | 5 | 22 |
| Postoji li mogućnost zračnog transporta? | 7 | 20 |
| Oprema potrebna za transport: | | |
| - Inkubatori | 19 | 8 |
| - Respiratori | 6 | 21 |
| - Kardio-respiratorni monitori | 9 | 18 |
| - Infuzione pumpe | 15 | 12 |
| Postoje li indikacije za transport? | 22 | 1* |

* 4 bez odgovora

Tablica 7. Transport visoko rizične novorođenačadi

Rasprava

Trudnoću i porod potrebno je više smatrati bio-socijalnim stanjem nego medicinskim problemom, što onda smanjuje medikalizaciju i primjenu postupaka čija je učinkovitost upitna i rijetko u skladu s principima „na dokazima zasnovane medicine“ (6, 7, 32). Trudnicu i roditelju je potrebno promatrati više kao majku a ne pacijenticu koja je bespomoćna, pasivna, nesposobna shvaćati te koja je sklona nesuradnji (32). Taj tzv. medicinski pristup perinatalnoj skrbi ograničava njezin napredak, dok ujedinjavanje medicinskog i socijalnog pristupa omogućuje da osim strukturi skrbi, veću pozornost posvetimo i njezinome sadržaju (6, 7, 32). Jako je važno da se unaprijedi uloga žene u definiranju, planiranju, evaluaciji i odabiru perinatalne skrbi (4, 6, 7). To se može postići učinkovitijom organizacijom perinatalne skrbi, poboljšanjem sadržaju skrbi, imajući stalno na umu ženino zadovoljstvo kakvoćom pruženih usluga (4, 6, 7, 32). Stoga je važno skratiti boravak zdrave majke i zdravog

djeteta u rodilištu kako bi se smanjili troškovi, ali i nepovoljni učinci hospitalizacije na majku i dijete te njihovu odvojenost od obitelji (4, 5, 6, 7). U nekim hrvatskim rodilištima odnose prema majci i novorođenčetu je posesivan i protektivan, kako bi se majku i dijete zaštitilo od tobožnjih mogućih negativnih utjecaja međusobnog kontaktiranja, a pogotovo kontaktiranja s ocem i/ili braćom i sestrama, što može ometati uspostavu veza unutar obitelji (4, 5, 6, 7, 32). U hrvatskim jedinicama novorođenačke intenzivne skrbi premalo je učinjeno na uvođenju i prakticiranju skrbi usmjerene prema obitelji, iako je njezin pozitivan utjecaj na zdravlje majke i djeteta neupitan (6, 7). Nažalost uz rijetke izuzetke, u većini hrvatskih bolnica zbog bojazni od razvoja infekcija, roditelji su rijetko uključeni u skrb njihove teško bolesne novorođenčadi.

Boljom organizacijom zdravstvene zaštite smanjuju se zdravstveni rizici, što je u Izvješću Skupštini Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) 2002. godine izjavila generalna sekretarica SZO Gro Harlem Brundtland, rekavši: «Smanjenje rizika za zdravlje je odgovornost vlada – no ne samo vlada. To u stvari ostaje vitalna preokupacija svih ljudi u svim populacijama, te onih koji im služe.»

Hrvatski sustav perinatalne zaštite karakteriziraju nedostatak suradnje i regionalizacije, što vjerojatno može imati nepovoljan utjecaj na perinatalni ishod. Postojeća piramida perinatalne zaštite u Hrvatskoj morala bi se organizirati na trirazinskom principu (7, 24, 25, 28). Zdravstveni djelatnici u perinatalnoj zaštiti trebali bi sami poduzeti korake i promijeniti svoje ponašanje koje bi bilo u skladu s principima «na dokazima zasnovane medicine», te djelovati na one koji odlučuju tako da se organizira učinkovitiji, isplativiji i humaniji sustav perinatalne zaštite u Republici Hrvatskoj.

Zaključci proizašli iz istraživanja:

1. U anketiranim rodilištima je učestalost induciranih poroda bila 12,6%, carskih rezova 12,5% (znakovito veća u kliničkim rodilištima). Učestalost vakuum ekstrakcija je bila 1,8% (znakovito manja u kliničkim ustanovama).
2. Očevi su prisustvovali kod 6,4% vaginalnih poroda (znakovito manje u kliničkim bolnicama).
3. Rodiljama nije bio dozvoljen odabir nekih postupaka prije i tijekom poroda.
4. Zdrava novorođenčad ostaje u rodilištu 4 dana (medijana).
5. Po porodu se kontakt „koža na kožu“ između majke i zdravog novorođenog djeteta prakticira u 22 od 27 rodilišta (prosječnog trajanja od samo 5 minuta), a novorođenče ostaje s majkom u rađaonici u 18 od 27 rodilišta.
6. U 8 od 27 rodilišta prevencija oftalmije se provodi međunarodno priznatim lijekovima.
7. Endotrahealna intubacija nije moguća u 2 od 27 rodilišta, a u 8 rodilišta samo su anesteziolozi bili obučeni intubirati novorođenče.
8. Transport visoko rizične novorođenčadi nije organiziran „k sebi“, a postoje značajni nedostatci opreme i educiranog osoblja.

Zaključak

Iako na demografsku situaciju u nekoj zemlji više utječu činitelji izvan zdravstvenoga sustava, važno je da zdravstveni sustav bude dobro organiziran i učinkovit, što posebice vrijedi za organizaciju zaštite materinstva i djece. Za budućnost svakog pojedinca ali i države u cjelini od velikog su značaja način i uvjeti u kojima se djeca rađaju, što može imati dalekosežne posljedice na fizičko i mentalno zdravlje tijekom cijeloga života. U Hrvatskoj se na trudnoću i porođaj češće gleda kao na medicinski problem, a rjeđe kao na biosocijalno stanje. Tijekom boravka u rodilištu obiteljima i novorođenčadi se ponekad uskraćuje njihovo osnovno pravo na međusobnu komunikaciju, koje proizlazi iz Konvencije o pravima djeteta UN. Za povoljnije i humanije uvjete rađanja potrebno je unaprijediti međusobni odnos između zdravstvenih djelatnika i pacijenata, tako da pacijent postane partner i subjekt u sustavu zdravstvene zaštite. Uz to, potrebno je provesti regionalizaciju perinatalne zdravstvene zaštite uz odgovarajuća ulaganja u izobrazbu stručnjaka i roditelja, te u opremu, čime bi se poboljšalo preživljavanje ugrožene novorođenčadi i doprinijelo većem zadovoljstvu i osjećaju sigurnosti roditelja i zdravstvenih djelatnika. Spašavanje života novorođenih i skrb za njihovo kvalitetno preživljavanje najvažnija je zadaća sustava perinatalne zaštite. Pretpostavlja se da bi za troškove kadrova i opreme koji su neophodni za provođenje projekta regionalizacije bilo potrebno izdvojiti oko 10 milijuna Eura u slijedećem petogodištu. Samo izgrađen i organiziran sustav zdravstvene zaštite pruža sigurnost, zadovoljstvo i osjećaj dostojanstva u najvažnijem trenutku čovjekova života – dolasku na svijet.

Literatura

1. Dražančić A, Rodin U. Perinatalni mortalitet u RH u 2003. godini. *Gynaecol Perinatol* 2004;14 (suppl.3):1-18.
2. Kos M, Rodin U, Dražančić A. The causes of perinatal deaths in the Republic of Croatia in the year 1999. *Gynaecol Perinatol* 2000;9 (Suppl 2):128-132.
3. Dražančić A. Antenatal care in developing countries. What should be done?. *J Perinat Med* 2001;29:188-198.
4. Kurjak A, Bekavac I. Perinatal problems in developing countries: lesson learned and future challenges. *J Perinat Med* 2001;29: 179-187.
5. Bakketeig LS. Epidemiology in perinatal medicine. In: Kurjak A, et al (ur.). *Textbook of perinatal medicine*. Parthenon, London, New York: 1998, 155-158.
6. Lindmark G, Langhoff-Roos J. Perinatal quality indicators and perinatal audit. In: Kurjak A et al (ur.). *Textbook of perinatal medicine*. Parthenon, London, New York: 1998, 165-170.
7. Little GA. Structure of perinatal care systems. In: Kurjak A et al (ur.). *Textbook of perinatal medicine*. Parthenon, London, New York: 1998, 159-164.
8. Dunn PM. The search for perinatal definitions and standards. *Acta Paediatr Scand Suppl* 1985;319:7.
9. Drake Aj, Walker BJ. The intergenerational effects of fetal programming: non genomic mechanisms for inheritance of low birth weight and cardiovascular risk. *J Endocrinol* 2004;180:1-16.
10. Godfrey KM. The role of the placenta in fetal programming - a review. *Placenta* 2002;23 (suppl.):S20-7.
11. Barker DJ. A new model for the origins of chronic disease. *Med Health Care Philos* 2001;4:31-5.
12. Crowther CA, Harding J. Repeat doses of prenatal corticosteroids for women at risk for preterm birth for preventing neonatal respiratory disease (Cochrane Review- abstract). <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB003935.htm>;

13. Jobe AH, Soll RF. Choice and dose of corticosteroid for antenatal treatments. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:878-81.
14. American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn, Canadian Pediatric Society, Fetus and Newborn Committee. Postnatal corticosteroids to treat or prevent chronic lung disease in preterm infants. *Pediatrics* 2002;109:330-8.
15. Baud O. Postnatal steroid treatment and brain development. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004;89:F96-100.
16. Grier DG, Halliday HL. Management of bronchopulmonary dysplasia in infants: guidelines for corticosteroid use. *Drugs* 2005;65:15-29.
17. de Weerth C, van Hees Y, Buitelaar JK. Prenatal Maternal cortisol levels and infant behavior during the first 5 months. *Early Hum Dev* 2003;74:139-51.
18. Yeh TF, Lin YJ, Lin HC, Huang CC, Hsieh WS, Lin CH, Tsai CH. Outcomes at school age after postnatal dexamethasone therapy for lung disease of prematurity. *N Engl J Med* 2004;350:1304-13.
19. Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Wasserman D. Restricted fetal growth and adverse maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring: a cohort study. *Lancet* 2004;364:1135-40.
20. American Academy of Pediatrics, Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506.
21. Kattwinkel J, Nowacek G, Cook LJ, et al. A regionalized perinatal continuing education programme: successful adaptation to a foreign health care system and language. *Med Educ* 1997;31:210-218.
22. Verdenik I, Pajntar M. *Perinatologia Slovenica:1987-1996. Združenje za perinatalno medicino SZD, Ljubljana, 1998.*
23. Kupilova I, McKee M, Holcik J. Neonatal mortality in the Czech Republic during the transition. *Health Policy* 1998;46:43-52.
24. Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsko društvo za perinatalnu medicinu. Prijedlog organizacije perinatalne zaštite u Republici Hrvatskoj. *Gynaecol Perinatol* 2003;12:87-99.
25. Dražančić A, Filipović-Grčić B, Rodin U. Regionalizacija perinatalne zaštite. *Gynaecol Perinatol* 2003;12(Suppl. 1):124-134.
26. Grgurić J, Zakanj Z. Rezultati promicanja dojenja u Republici Hrvatskoj tijekom prošlog razdoblja. *Paed Croat* 1999;43(suppl 2):95-6.
27. Rezolucija XX. Perinatalnih dana «ante Dražančić» «Za zaštitu materinstva i djece i humanije rađanje». *Paediat Croat* 2003;47:234-6.
28. Kurjak A, Stanojević M, Dražančić A. Kuda ide hrvatska perinatalna medicina?. *Gynaecol Perinatol* 2003;12(Suppl 1):1-8.
29. Paravina E. Ostvarivanje prava i potreba djeteta. *Savez Društava naša djeca SR Hrvatske, Zagreb, 1989.*
30. Grgurić J. Otvoreno pismo Hrvatskom društvu za perinatalnu medicinu Hrvatskog liječničkog zbora. *Gynaecol Perinatol* 2004;13:34-35.
31. Beer Z, Dražančić A. Odgovor na otvoreno pismo prof. Grgurića. *Gynaecol Perinatol* 2004;13:35-36.
32. World Health Organization. *Having a baby in Europe, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen: 1985.*