

## Zdravstvena zaštita školske djece i mladih - školska i sveučilišna medicina - prednosti i nedostaci pojedinih modela zdravstvene zaštite

(Health Protection of School Children and Youth – School and High school Medicine - Advantages and Disadvantages of Individual Health Protection Model )

Vesna Jureša

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Škola narodnog zdravlja «Andrija Štampar»,

### Uvod

Školska medicina je 2006. godine obilježila pedesetu obljetnicu uvođenja specijalizacije iz školske medicine i poslijediplomskog studija školske medicine i školske higijene u Hrvatskoj. Obljetnice nas potiču da se osvrnemo unazad, pogledamo što smo učinili, jesmo li ostvarili željeno i usmjerimo svoja nastojanja k novim planovima i vizijama za budućnost.

Ovom zadatku moguće je pristupiti na različite načine. Umjesto pomalo «hladne» analize podataka, o morbiditetu i mortalitetu školske djece i mladih, odabrala sam osobni pristup temeljen na iskustvu dvadeset petogodišnjeg rada u zaštiti školske djece.

Sedamdesete i osamdesete godine prošlog stoljeća bile su s aspekta organizacije školske medicine jedinstvene. U svim domovima zdravlja organizirani su Dispanzeri (službe) za školsku medicinu u kojima su radili školski timovi: u pravilu specijalisti školske medicine ili liječnici sa završenim poslijediplomskim studijem iz školske medicine, jedna viša medicinska sestra, jedna medicinska sestra srednje stručne sprema i u pojedinim službama psiholog i/ili defektolog. Model integrirane zdravstvene zaštite bio je temelj takve organizacije službe. Princip nadležnosti nad školom se provodio na način: jedan školski tim bio je odgovoran za preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu učenika pojedinih osnovnih i srednjih škola. U većim gradovima i mjestima ovakav oblik zaštite se gotovo dosljedno provodio. U manjim mjestima i seoskim područjima i drugi liječnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, osobito obiteljski liječnici i pedijatri, pružali su kurativnu zdravstvenu zaštitu školskoj djeci i mladima te iznimno i preventivnu zdravstvenu zaštitu uz stručno-metodološku pomoć službi za školsku medicinu nadležnog doma zdravlja. Ovakav model zdravstvene zaštite omogućavao je kontinuirano praćenje učenika od početka školovanja, osiguravao je dobar i cjelovit uvid u zdravstveno stanje učenika, te integrirani pristup u zdravstvenoj zaštiti. Praćenje i intervencije u preventivnoj zdravstvenoj zaštiti su bile jednostavnije obzirom da su učenici bili dostupniji kroz kurativnu zdravstvenu zaštitu.

Početak devedesetih godina prošlog stoljeća, promjenama zakona u Republici Hrvatskoj, prvenstveno u području zdravstva, kojima je započela privatizacija primarne zdravstvene zaštite, ostalo je neriješeno pitanje ugovaranja preventivne zdravstvene zaštite učenika i studenata. Istovremeno, tradicionalno prisutan u Hrvatskoj, a sada i Ustavom zagarantirano pravo, slobodnog izbora liječnika (bez dvojbe jedno od temeljnih ljudskih prava), u uvjetima borbe za «glavarine», doveo je liječnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u konkurentne odnose (u načelu pozitivne) i «borbe» za pacijente. U takovim uvjetima model integrirane zdravstvene zaštite učenika i studenata bilo je teško, a ponegdje i nemoguće provoditi. Plaćanje u školskoj medicini samo temeljem „kurativne glavarine“, dovodio je pojedine timove u situaciju, da za učenike kojima su bili dužni pružati samo preventivnu zdravstvenu zaštitu, nisu dobivali nikakva sredstva. Mjere preventivne zdravstvene zaštite učenika nisu više dosezale onu razinu koju je struka željela. Krajem 1997. godine donesena je odluka, i od siječnja 1998. godine i provedena, o izdvajanju Službi za školsku i sveučilišnu medicinu iz domova zdravlja u županijske zavode za javno zdravstvo. Prelazak timova za školsku medicinu u javno zdravstvo bio je dobrovoljan. Od 207 timova školske medicine, 97 je odlučilo ostati u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kao liječnici obiteljske medicine, a ostali su prešli u zavode za javno zdravstvo. Ovim postupkom došlo je do razdvajanja kurativne i preventivne zdravstvene zaštite školske djece i mladih. Kurativnu zdravstvenu zaštitu obavljaju izabrani doktori medicine, koje su roditelji mogli izabrati za liječenje svog djeteta između obiteljskog liječnika, specijaliste školske medicine koji je ostao u kurativi ili pedijatra. Preventivna zdravstvena zaštita ostala je u nadležnosti timova školske medicine. Školska medicina, danas u sustavu javnog

zdravstva, provodi preventivne, specifične i zdravstveno odgojne mjere zdravstvene zaštite školske djece, mladih i redovitih studenata. Svaka osnovna i srednja škola te fakultet ima nadležni školski tim – u pravilu specijalistu školske medicine i medicinsku sestru više ili srednje stručne spreme.

Nešto kasnije i zdravstvena zaštita studenata je doživjela slične promjene, ali to zahtijeva posebno analizu. Valja reći da sadašnja organizacija zdravstvene zaštite ove populacije zahtijeva evaluaciju i temeljem dosadašnjeg iskustva promjene, ukoliko želimo učiniti ovu zaštitu učinkovitijom i primjerenijom potrebama i zahtjevima studenata. Posve konkretno, studentima, poglavito onima koji žive van mjesta stalnog boravka, treba osigurati integriranu zdravstvena zaštitu, lako dostupnu kroz službe za školsku medicinu.

Koje su prednosti i nedostaci pojedinih modela zdravstvene zaštite školske djece i mladih opisani su nastavku ovog prikaza, prvenstveno kao poticaj svima koji se bave zdravstvenom zaštitom ove populacije i koji će donositi odluke u budućnosti.

### **Modeli zdravstvene zaštite školske djece i mladih**

Modeli zdravstvene zaštite, ovdje su analizirani, s aspekta nadležnosti nad školom i oblika zdravstvene zaštite koje pružaju učenicima i studentima.

Obzirom na nadležnost nad školom/učenicom postoje dva temeljna modela zdravstvene zaštite učenika i studenata.

#### **a) NADLEŽNOST NAD ŠKOLOM**

Neovisna služba školske medicine, preventivne i kurativne mjere zdravstvene zaštite se provode u :

- javnom zdravstvu (odnosno od države organizirana služba i plaćena)\**primjer: Finska, Švedska*
- privatnom sustavu (preventiva plaćena kao program za pojedinu školu, a kurativa kroz «glavarinu» - svi učenici ne moraju i u kurativi kod istog liječnika) \**primjer: Engleska*
- Preventivna zdravstvena zaštita u javnom zdravstvu (ili kao zasebna služba/zavod/institut – kurativna zdravstvena zaštita u privatnom sustavu)  
\**primjer: Belgija, Hrvatska, Norveška*

#### **b) NADLEŽNOST NAD POJEDINIM UČENIKOM**

- Preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu provodi isti liječnik (u pravilu u privatnom sustavu) ali kao pojedinačni postupak - mjeru za svako pojedino dijete temeljem propisanog preventivnog programa \**primjer: Njemačka*
- Preventivna zdravstvena zaštita organizirana na lokalnoj razini kao javno zdravstvena djelatnost u okviru zdravstvenih centara ili javnog zdravstva i pojedinim učenicima ili skupinama učenika se pruža preventivna zdravstvena zaštita, a kurativna zdravstvena zaštita je u privatnom sektoru – izabrani liječnik \**primjer: Norveška, Nizozemska*

Obzirom na cjelovitost zdravstvene zaštite učenika i studenata dva su osnovna pristupa, integrirani model i izdvojeni preventivni model zdravstvene zaštite.

### **Prednosti i nedostaci pojedinih modela zdravstvene zaštite školske djece i mladih**

#### **1) INTEGRIRANI MODEL ZDRAVSTVENE ZAŠTITE ŠKOLSKE DJECE I MLADIH**

##### **Bolji uvid u zdravstveno stanje učenika**

Kroz kurativni rad i liječenje mogući je cjelovitiji i bolji uvid u zdravstvene poteškoće učenika. Lakše i brže (ponekad) se mogu prepoznati i drugi zdravstveni ili socijalno medicinski problemi koji se očituju kroz bolesti i simptome, ali i bijega u bolest (npr. psihosomatske poteškoće radi poteškoća u školi, obiteljskih problema i drugo, nesnalaženje u novoj školskoj sredini i drugo). Lakša je procjena psihofizičkih sposobnosti za bavljenje pojedinim aktivnostima (od športa do školske i profesionalne orijentacije).

##### **Jednostavnije provođenje pojedinih mjera zdravstvene zaštite**

Prvenstveno savjetovanja u svezi načina prehrane, tjelesne aktivnosti, spolnog ponašanja, školovanja i drugo.

Provođenje cijepljenja i nadzor nad cijepljenjem.

Kontrolni pregledi (dolazak radi liječenja je prigoda da se učini neki kontrolni pregled nakon sistematskog pregleda ili provjeri je li učinjena pretraga ili kontrola kod specijaliste na koju je dijete bilo upućeno sa sistematskog pregleda).

## Češći susreti s učenicima

Omogućuju lakše i bolje prepoznavanje ne samo usko zdravstvenih poteškoća nego i socijalno medicinskih poteškoća, poteškoća u školovanju, obiteljskih i drugih, iz razloga jer povećavaju mogućnost da se «iskoriste» prigode dolaska u ambulantu radi bolesti i za razgovor i o drugim poteškoćama.

Povećavaju mogućnost boljeg uvida i kontrole zdravstvenog stanja učenika.

Pružaju mogućnost pacijentu - učeniku i roditelju da zadovolje svoje „kurativne“ zdravstvene potrebe i da istovremeno riješe više problema (nije potrebno dolaziti ponovo na pregled kraljevnice jer se to učinilo u okviru nekog kurativnog pregleda).

## Roditelji, učitelji i djeca bolje prihvaćaju ovaj model

Dosadašnja iskustva u integriranoj zdravstvenoj zaštiti školske djece i mladih u Hrvatskoj su bila pozitivna. Liječnik koji je liječio dijete je ujedno brinuo i o njegovoj preventivnoj zaštiti i po ocjeni roditelja i škole «najbolje poznao dijete i koje poteškoće ima».

Sve poteškoće i dijete i roditelji i škola rješavali su s jednim liječnikom što je osobito dosljedno provedeno za učenike osnovnih škola.

Zdravstvenu zaštitu učenicima pružali su liječnici koji su upravo za to školovani i «oni su specijalisti za to.»

## Liječnici su bili zadovoljniji integriranim modelom zdravstvene zaštite jer su:

Pružali «cjelovitu zdravstvenu zaštitu», intervencija je bila jednostavnija radi boljeg uvida u zdravstveno stanje učenika i većeg broja susreta s učenikom ali i roditeljima i drugim profesionalcima u zdravstvu i izvan zdravstva. Postojao je veći profesionalni izazov kroz pružanje kurativne zdravstvene zaštite, opravdano ili ne, različitost problema s kojima se liječnik susreće poticaj da se stručno usavršava i radi na osobnoj edukaciji.

## Poteškoće i nedostaci

Integrirani model je teško ostvariv za učenike srednjih škola. Školski liječnici najčešće više nisu i izabrani liječnici – jer se učenici školuju na jednom mjestu a žive na drugom.

Dosljedno provođenje ovog modela, mogao bi biti zapreka u dostupnosti zdravstvene zaštite, jer bi se moglo dogoditi da djeca iz drugog mjesta gdje stanuju moraju kad su bolesna putovati u mjesto školovanja svom školskom liječniku.

Potrebno je zasebno ugovarati preventivnu i kurativnu «glavarinu» za svakog učenika, što je sada moguće samo u modelu dezintegrirane zdravstvene zaštite.

Razdvajanje radnog vremena u preventivni i kurativni dio zahtjeva organizacijska rješenja kojim će se omogućiti akutno bolesnim učenicima zdravstvenu zaštitu kad su timovi školske medicine na terenu radi preventivnih aktivnosti.

## 2) PREVENTIVNI MODEL ZDRAVSTVENE ZAŠTITE ŠKOLSKE DJECE I MLADIH

### **Bolje planiranje i provođenje specifičnih i preventivnih mjera zdravstvene zaštite**

Definirani broj djece i mladih kojima treba pružiti preventivne i specifične mjere zdravstvene zaštite, broj i sastav tima koji pruža tu zaštitu, prostorna razmještenost timova, oprema potrebna za rad – mreža službe za školsku medicinu i vremenski i kadrovski normativi se mogu dobro planirati.

Plan i program mjera specifične i preventivne zdravstvene zaštite moguće je osmisлити, provoditi i usmjeriti prema vodećim zdravstvenim, javno-zdravstvenim i socijalno medicinskim problemima školske djece i mladih.

Na provođenje mjera, obuhvat populacije mjerama, kvalitetu zdravstvene zaštite teže djeluju vanjski čimbenici ili ih manje ometaju kao što su npr. akutne bolesti.

### **Dovoljno vremena za provođenje specifičnih i preventivnih mjera zdravstvene zaštite**

Uz primjeren normativ (ne više od 3000 do 3500 učenika po timu školske medicine – specijalista školske medicine i medicinska sestra), dobru prostornu dostupnost školskih timova u odnosu na škole, program mjera preventivne i specifične zdravstvene zaštite školske djece i mladih i studenata koji je dobro definiran (ne popis želja ili što bi se sve moglo raditi) s dobro osmišljenim i provedivim mjerama i postupcima preventivne zdravstvene zaštite u skladu s vodećim zdravstvenim, socijalno medicinskim i javno zdravstvenim problemima mladih danas.

Izdvajanjem preventivne zdravstvene zaštite (da li samo vremenski – kao dio radnog vremena ili organizacijski od kurative) stvoreni su uvjeti za provođenje preventivne zdravstvene zaštite bez „pritiska“ kurative i bolesnih, kao marginalizirana, zapostavljena, manje vrijedna ili važna.

Vrijeme za preventivne aktivnosti je uistinu i vrijeme kad se smo to radi. **Ujednačeni**

## **standard i normativ mjera zdravstvene zaštite školske djece i mladih**

Uz zadovoljena prethodna dva uvjeta sva školska djeca i mladi bi trebali imati jednaku ili bar veoma ujednačenu preventivnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu.

### **Neometanost i sigurnost u provođenju preventivnih mjera zdravstvene zaštite**

Jasnom podjelom na preventivne i kurativne mjere zdravstvene zaštite, prije svega iz praktičnih i provedbenih razloga, a ne zato što bi to u praksi bilo moguće do kraja razdvojiti, a nije niti stručno opravdano, omogućuje se neometano provođenje preventivnih mjera.

Sigurnost provođenja mjera, uz navedene standarde, normative i program, podrazumijeva osigurana materijalna sredstva za provođenje preventivnog programa odnosno mjera zdravstvene zaštite.

Novac koji je namijenjen preventivnoj zdravstvenoj zaštiti osiguran je od strane države (ili o njemu brine država) i može se samo za to upotrijebiti.

Svoj školskoj djeci i mladima, neovisno o osiguranju koju imaju u kurativnoj zdravstvenoj zaštiti, osiguranju njihovih roditelja ili standardu, zagarantirana je i osigurana preventivna zdravstvena zaštita.

Neovisno o tome tko će provoditi preventivnu zdravstvenu zaštitu (privatni liječnici, liječnici u zakupu, liječnici u javnom zdravstvu) država jednako skrbi da bude provedena.

Neovisnost od utjecaja industrije lijekova i sloboda izvora.

Neometanost i neovisnost u provođenju mjera i postupaka u slučaju kad u cilju zaštite djece treba poduzeti određene mjera prema roditeljima (nasilje, zanemarivanje i drugo).

### **Prepoznatljivost specifične i preventivne zdravstvene zaštite školske djece i mladih**

Preventivni model omogućuje bolju prepoznatljivost specifične i preventivne zdravstvene zaštite školske djece i mladih kad se ne provodi «utopljena» u kurativnu zdravstvenu zaštitu.

Učenici, roditelji i škola mogu lakše prepoznati specifičnosti preventivne zaštite, ali i što je preventiva uopće.

Zdravstveni radnici koji pružaju preventivnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu mogu biti prepoznati kao specijalisti i eksperti za pojedine vrste problema, npr. poteškoće učenja, reproduktivsko zdravlje, razvojne poteškoće, školska i profesionalna orijentacija i drugo.

Korisnicima, djeci, roditeljima i učiteljima, može biti lakše prepoznati kome se obratiti za pomoć ili savjet ako znaju tko se čime bavi u medicini.

Edukacija profesionalaca može bit usmjerena prema osposobljavanju za rješavanje vodećih specifičnih problema školske djece i mladih.

### **Nadležnost nad populacijom i školom**

Moguće je provesti ovaj princip dosljedno i na razini osnovnih i srednjih škola i fakulteta.

Omogućena je kvalitetna i lako dostupna suradnja između škole, roditelja i učenika i nadležnog školskog tima.

Provođenje, praćenje i evaluacija preventivnih i specifičnih mjera zdravstvene zaštite učenika na razini škole od strane nadležnog školskog tima.

Jasno definirane zadaće i odgovornost nadležnog školskog tima.

### **Poteškoće i nedostaci**

Korisnicima, djeci, roditeljima i učiteljima, može biti posve nejasno zašto postoje dva liječnika koja pružaju zdravstvenu zaštitu školskoj djeci i mladima i to samo njima, a druge skupne imaju samo jednog liječnika. Ovo tumačenje nije posve točno, niti je tako u svim zemljama. Svatko od nas ima i na primarnoj razini nekoliko liječnika: stomatologa, žene i ginekologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Zbunjujuće može djelovati i nepoznavanje što radi izabrani liječnik a što školski liječnik ili nadležni školski tim.

Kada i za koje poteškoće i probleme se javiti izabranom liječniku a kad školskom liječniku.

Mogući nesporazumi i ne prihvaćanje školskog tima i preporuka ili savjeta jer korisnici to doživljavaju kao dodatno opterećenje i smatraju da sve svoje poteškoće trebaju i mogu riješiti s izabranim liječnikom.

Izbjegavanje suradnje sa školskim timom od strane djece, roditelja i/ili škole kad iz određenih razloga to ne žele.

Drugi liječnici i suradnici u zdravstvu ne prepoznaju struku i ocjenjuju da je prestankom integrirane zdravstvene zaštite nestala i struka i da školska djeca i mladi sada nemaju kvalitetnu zdravstvenu zaštitu.

Pojedini školski liječnici s vremenom radeći u «čistom» preventivnom modelu mogu izgubiti interes za profesionalnim usavršavanjem jer ne postoji izazov liječenja oboljelih.

Zahtjeva od školskih liječnika puno dodatne i stalne edukacije i posve drugačiji pristup u radu nego je

to bilo u dosadašnjoj praksi.

### ***Umjesto zaključka***

I za kraj, nema idealnog i vječnog modela zdravstvene zaštite školske djece i mladih, ali postoje iskustva dobre prakse koja nam pomažu da učinimo promjene koje će biti na dobrobit populacije o kojoj skrbimo. Moguće rješenje je u boljoj, prije svega funkcionalnoj povezanosti, u lokalnoj zajednici, svih koji rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kamo nesumnjivo pripada i školska i sveučilišna medicina i zdravstvena zaštita školske djece i mladih.

### **Kontakt osoba:**

Prof.dr.sc. Vesna Jureša.dr.med.

specijalistica školske medicine

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Škola narodnog zdravlja «Andrija Štampar», Zagreb, Rockefellerova 4

Služba za školsku i sveučilišnu medicinu Zavoda za javno zdravstvo Grada Zagreba

[vjuresa@snz.hr](mailto:vjuresa@snz.hr)