

# INTEGRUOTA VAIKŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪRA: TARPTAUTINĖ PATIRTIS IR REKOMENDACIJOS

Sigita Burokienė<sup>1</sup>, Ieva Kisieliienė<sup>2</sup>, Vytautas Usonis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Vaikų ligų klinika, <sup>2</sup>Higienos institutas

## Santrauka

Integruota vaikų sveikatos priežiūra – tai holistine sveikatos samprata paremta vaikų sveikatos priežiūros koncepcija. Ji apima sveikatos stiprinimo, ligų diagnozavimo, gydymo, priežiūros, reabilitacijos paslaugų teikimą ir organizavimą. Šiame straipsnyje analizuojamos integruotos vaikų sveikatos priežiūros strategijos, tarptautinė patirtis ir rekomendacijos. Vaikų sveikatos priežiūra yra daugialypė, tad požiūris į ją turi būti viską apimantis, daugiadalykis. Integruotos vaikų sveikatos priežiūros strategijos turi būti paremtos klinikine praktika (pirminės sveikatos priežiūros prieinamumo ir kokybės gerinimas, modernių ir standartizuotų diagnostikos ir gydymo metodikų taikymas praktikoje, lėtinių ligų gydymas), stebėseną ir planavimą (vaikų sveikatos rodiklių duomenų bazės ir jų analizė, vaikų sveikatos priežiūros tyrimai ir poreikių prognozavimas) bei vaikų sveikatos politika („sveikata visiems“ politika, nacionaliniai vaikų sveikatos gerinimo planai, visų lygių valdžios institucijų atsakomybės didinimas).

**Reikšminiai žodžiai:** vaikų sveikata, integruota sveikatos priežiūra, pirminė sveikatos priežiūra, vaikų sveikatos indikatoriai.

## ĮVADAS

Vaikai – pažeidžiamiausia ir negalinti apsaugoti visuomenės dalis, taip pat ir bet kurios visuomenės ateitis. Vaikų skaičius, jų sveikata, suformuotas gyvenimo būdas ir išsilavinimas yra kertiniai būsimos visuomenės elementai. Akivaizdu, kad vaikai užauga nacionalinio produkto gamintojais, mokesčių mokėtojais ir pan., todėl jų sveikata vertintina kaip visuomenės investicija. Tai įgauna ypatingos svarbos, turint omenyje šiuolaikines Europos valstybių, tarp jų ir Lietuvos, demografines tendencijas. Vykdamas vaikų sveikatos stiprinimo, ligų profilaktikos ir efektyvaus gydymo užtikrinimo politiką, būtina atsižvelgti į vieną pagrindinių vaiko teisių – teisę į kokybišką sveikatos apsaugą, kurią vaikams garantuoja Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija [1]. Vaikų teisių ir jų pagrindinių poreikių apsauga yra esminė ES veiksmų Europoje ir visame pasaulyje dalis. Vienas iš Europos sveikatos politikos dokumento „Sveikata visiems XXI amžiuje“ tikslų – „iki 2020 m. pagerinti visų regionų naujagimių, kūdikių

ir ikimokyklinio amžiaus vaikų sveikatą, užtikrinant sveiką gyvenimo pradžią“ [2].

Lietuvoje vaikų sveikatai skiriamas prioritetas – 2014-iejį buvo paskelbti Vaikų sveikatos metais, o Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2014 m. kovo 26 d. nutarimu Nr. 271 patvirtintame Vaikų sveikatos metų sveikatos stiprinimo priemonių plane numatytos vaikų sveikatos stiprinimo ir rizikos veiksnių prevencijos priemonės. Vienas Lietuvos strateginių sveikatos dokumentų – Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 25 d. nutarimu Nr. 878, uždavinių yra „gerinti motinos ir vaiko sveikatą“, o viena iš šio uždavinio įgyvendinimo krypčių – „teikti aukštos kokybės, prieinamas sveikatos priežiūros paslaugas motinos ir vaiko sveikatai saugoti ir gerinti“. Daug dėmesio skirti ankstyvai vaikų ligų profilaktikai, diagnostikai ir gydymui numatyta ir Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. gruodžio 13 d. Nr. XII-51 patvirtintoje Šešioliktosios Vyriausybės 2012–2016 m. programoje. Sveikatos apsaugos ministerijoje atkurta Motinos ir vaiko sveikatos valdyba, rengiamas Vaikų integruotos sveikatos priežiūros tvarkos modelis, labiausiai atitinkantis vaikų sveikatos poreikius gerinant jų sveikatos būklę.

Vaikas nėra mažas suaugusysis. Atsižvelgiant į vaiko amžių, vystymąsi, jo sveikatos priežiūrai

**Adresas susirašinėti:** Sigita Burokienė  
Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto  
Vaikų ligų klinika  
Santariškių g. 7, 08406 Vilnius  
El. p. sigita.burokiene@vuvl.lt

būtinoms specifinėms priemonėms ir sveikatos sistemos ištekliams. Paminėtina, kad, skirtingai nuo suaugusiųjų, vaikams daug sveikatos paslaugų turi būti teikiama profilaktinių patikrų forma. Vaikų sveikatos priežiūros poreikiai Europoje keičiasi dėl sergamumo ir socialinės aplinkos pokyčių [2, 3]. Vis didesne problema tampa lėtinės neinfekcinės vaikų ligos. Tokie rizikos veiksniai, kaip nutukimas, fizinio aktyvumo trūkumas, rūkymas ir alkoholinių gėrimų vartojimas, turi įtakos onkologinių ligų, traumų, ir psichikos sveikatos problemoms atsirasti ir dažnai nesulaukia tinkamo dėmesio. Europos regione yra didelės skiepimų apimtys, infekcinės ligos tampa vis labiau kontroliuojamos, tačiau apie 1 mln. vaikų negauna numatytų skiepų [4], vis didesne problema tampa tėvų atsisakymas skiepyti savo vaikus, todėl negalime pamiršti ir vaikų infekcinių ligų rizikos.

Dėl sergamumo ir socialinės aplinkos pokyčių Europos šalims tenka keisti sveikatos priežiūros sistemas, ieškoti naujų paslaugų teikimo modelių. Šio straipsnio tikslas – apžvelgti Europos šalyse įgyvendinamų vaikų sveikatos strategijų patirtį bei rekomendacijas integruotos sveikatos priežiūros plėtrai.

## MEDŽIAGA IR METODAI

Rengiant analizę atrinktos su integruota vaikų sveikatos priežiūra ir intervencijomis susijusios Europos Sąjungos (ES), Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) studijos ir rekomendacijos ([www.euro.who.int/en/](http://www.euro.who.int/en/), [www.who.int/en/](http://www.who.int/en/), [www.oecd.org](http://www.oecd.org)) bei mokslinės publikacijos, naudojant *PubMed* duomenų bazės paieškos sistemą. Literatūros paieška buvo atliekama taikant šiuos atrankos kriterijus: straipsniai anglų ir lietuvių kalbomis, analizuojami teoriniai ir praktiniai vaikų sveikatos priežiūros paslaugų integravimo aspektai, straipsniai vaikų pirminės sveikatos priežiūros, vaikų lėtinių ligų valdymo tematika, apibendrinantys geriausią Europos šalių praktiką. Naudoti raktiniai žodžių junginiai: „vaikų sveikata“ (angl. *children's health*), „integruota sveikatos priežiūra“ (angl. *integrated health care*), pirminė sveikatos priežiūra (angl. *primary health care*), vaikų sveikatos rodikliai (angl. *children's health indicators*).

### Vaikų mirtingumo ir sergamumo tendencijos Europoje

Kūdikių ir vaikų mirtingumas ir sergamumas – tai pagrindiniai vaikų sveikatos rodikliai, atspindintys šalies sveikatos sistemos efektyvumą. Vaikų sveikatos rodikliai ES šalyse gerėja, tačiau ryškėja

sveikatos, socialiniai ir ekonominiai netolygumai tarp šalių ir šalių viduje. Tai turi didelę įtaką vaikų sveikatai ir gyvenimo kokybei [5]. ES jie kasmet mažėja, 2012 m. kūdikių mirtingumas buvo 3,9 atvejo 10 000 gimusiųjų. Lietuvos kūdikių mirtingumo rodiklis atitinka ES šalių vidurkį, tačiau atsilieka nuo labiau išsivysčiusių Vakarų šalių [6]. Nuo 1990 m. Europoje kūdikių mirtingumas sumažėjo 50 proc., tačiau Europos regione, lyginant šalių, kuriose didžiausias ir mažiausias mirtingumas, duomenis, vaikų iki 5 m. mirtingumo skirtumas siekia 25 kartus [4]. Pagrindinės vaikų iki 5 m. mirties priežastys Europos regione yra naujagimių būklės (įskaitant prieš laiką gimusiųjų sepsį ir gimimo asfiksiją), traumas, pneumonija ir viduriavimas [4].

Vaikų iki 14 m. mirtingumas ES šalyse per kelis dešimtmečius labai sumažėjo, daugiau vaikų sulaukia pilnametystės, tačiau skirtingų šalių šie rodikliai skiriasi net 4 kartus. Geriausi rezultatai pasiekti Švedijoje (2012 m. duomenimis), kur vaikų iki 14 m. mirtingumas buvo 29,27 atvejo iš 10 000 asmenų, o prasčiausi rezultatai buvo Rumunijoje – 116,81 atvejo iš 10 000 vaikų. Lietuvos vaikų mirtingumo rodiklis buvo 64,75 atvejo skaičiuojant 10 000 vaikų. Jeigu visose ES šalyse vaikų mirtingumo rodikliai būtų kaip Švedijoje, 2012 m. būtų išgelbėta 12 412 vaikų, Lietuvoje – 173 vaikai [5].

Dėl traumų ir nelaimingų atsitikimų miršta daugiausiai vaikų, tačiau šios mirtys priskiriamos išvengiamoms. Svarbu daug investuoti į priemones, mažinančias traumatizmą, didinančias tėvų ir vaikų socialinę atsakomybę [2, 7].

Europos regione aplinkos poveikis susijęs su didele bendra vaikų ir paauglių ligų sunkumą lemiančia rizika. Ją lemia prasta patalpų ir lauko oro kokybė, netinkamas vanduo, higiena, fizinio aktyvumo stoka, pavojingi chemikalai, triukšmas ir įvairūs bendri klimato kaitos poveikiai [4]. Su aplinkos tarša ir cheminių medžiagų naudojimu sietinos lėtinės neinfekcinės ligos (alergija, bronchinė astma). Lietuvoje pastaraisiais metais taip pat didėja vaikų sergamumas alerginiu rinitu ir astma [6].

### Integruotos vaikų sveikatos priežiūros strategija

Integruota sveikatos priežiūra – tai vaikų sveikatos priežiūros koncepcija, paremta holistiniu požiūriu į sveikatą. Ji apima sveikatos stiprinimo, ankstyvo ligų diagnozavimo, gydymo, priežiūros, reabilitacijos paslaugų teikimą ir sveikatos paslaugų organizavimą. Tai priemonė, skirta sveikatos paslaugų kokybei, prieinamumui ir veiksmingumui gerinti [8–10].

### **PSO integruoto vaikų ligų valdymo rekomendacijos**

Pagal PSO rekomendacijas vaikas turi gauti reikalingas sveikatos priežiūros paslaugas per 24 val. nuo ligos pradžios, įskaitant ir saugius bei veiksmingus vaistus. PSO rekomenduoja įdiegti integruotą vaikų ligų valdymo sistemą (angl. *Integrated Management of Childhood Illness*), kurios prioritetas yra tos prevencinės ir ligų gydymo priemonės, kurios gali sumažinti vaikų iki 5 m. mirčių atvejų skaičių. Ši sistema įdiegta daugiau nei 75 pasaulio šalyse [11]. Integruota vaikų ligų valdymo sistema apima visas vaiko sveikatos priežiūros sritis, o jos tikslas – sumažinti mirtingumą, ligotumą ir neįgalumą, skatinti sveiko vaiko (ypač iki 5 m.) augimą. Integruota vaikų ligų valdymo sistema apima ligų prevenciją bei gydymą namuose ir sveikatos priežiūros įstaigose. Sistema ne tik siekiama mažinti vaikų iki 5 m. mirtingumą, bet ir sprendžiami teikiamų paslaugų netolygumų mažinimo (skurdžiau gyvenančių ir pasiturinčių, miesto ir kaimo gyventojų skirtumai), sveikatos paslaugų kokybės ir ribotų išteklių efektyvesnio panaudojimo klausimai.

Integruota vaikų ligų valdymo sistema skatina diagnozuoti ir gydyti vaikų ligas ambulatorinėmis sąlygomis, konsultacijų principu, o esant poreikiui sunkiau sergantį vaiką skubiai siųsti į ligoninę. Strategija skatina teikti sveikatos priežiūros paslaugas namuose, padėti tėvams formuoti reikalingus tėvystės įgūdžius, dirbti profilaktinį darbą, o esant reikalui – garantuoti greitai pasiekiamą ligų diagnostiką, laiku gauti tinkamai parinktą vaisto formą ir dozę, užtikrinti, kad tėvai suprastų vaiko sveikatos sutrikimo pobūdį, suvoktų ir tinkamai vykdytų gydytojo paskirto gydymo rekomendacijas.

### **Vaikų sveikatos paslaugų integravimas Europoje**

Besikeičiantys vaikų sveikatos priežiūros poreikiai skatina Europos šalis keisti vaikų sveikatos sistemas, pereiti nuo į ligą orientuotos ir į lygius suskirstytos sistemos prie vientisos, sveikatos ir aplinkos veiksnių visumą apimančios sveikatos priežiūros [12]. Vertikali integracija – tai glaudus pirminio, antrinio ir tretinio lygio sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimas. Horizontali integracija – tai glaudus skirtingų sektorių bendradarbiavimas, pvz., sveikatos ir socialinės apsaugos sistemų bendradarbiavimas organizuojant neįgalių ar specialiųjų sveikatos priežiūros poreikių turinčių vaikų sveikatos priežiūrą, sveikatos ir švietimo sistemų bendradarbiavimą siekiant geriau formuoti sveikatos bei sveiko gyvenimo būdo įgūdžius. Valdant lėtines ligas, siūloma vaikų

ir suaugusiųjų specialistų integracija, numatant pereinamąjį amžių, kai galima pasirinkti gauti sveikatos priežiūros paslaugas kreipiantis į vaikų ar į suaugusiųjų specialistus. Kai kurios šalys, pvz., Airija, numatiusios 16–18 m. pereinamąjį amžių, kitose šalyse šis laikotarpis gali apimti 16–21 m. jaunuolius. Kiekviena šalis turėtų stiprinti vaikų sveikatos priežiūros integraciją, atsižvelgdama į istorinius, kultūrinius ir finansinius veiksnius. Švedija ir Nyderlandai gali būti pavyzdžiai, kaip tinkamai organizuoti integruotą vaikų sveikatos priežiūrą [7].

Visapusiška vaiko sveikatos priežiūra turi būti paremta trimis pagrindiniais komponentais: klinicine praktika, planavimu ir sveikatos politika (1 lentelė) [7, 13].

**1 lentelė.** Pagrindiniai visapusiškos vaikų sveikatos priežiūros sistemos elementai

	Veiksniai
<b>Praktika</b>	Pirminė sveikatos priežiūra Lėtinių ligų valdymo modelis Integruota sveikatos priežiūros sistema Sveikatos priežiūros specialistai
<b>Planavimas</b>	Vaikų sveikatos rodiklių vertinimas Sveikatos rodiklių duomenų bazės ir jų analizė Vaikų sveikatos priežiūros tyrimai ir poreikių prognozavimas
<b>Politika</b>	Vaiko teisių užtikrinimas Nacionaliniai vaikų sveikatos gerinimo planai Valdžios institucijų atsakomybės didinimas

### **Integruota sveikatos priežiūra praktikoje**

Siūloma daugiau dėmesio skirti pirminei sveikatos priežiūrai ir skubios pagalbos prieinamumui, lėtinių ligų valdymui, visuomenės sveikatai, integruotos sveikatos priežiūros paslaugų diegimui bei tinkamai personalo kvalifikacijai [13].

Pirminė sveikatos priežiūra (PSP) – tai vaikų sveikatos sistemos ašis [14]. PSP sistemos ES šalyse skiriasi (gydytojo profesinė kvalifikacija, komandos sudėtis ir kt.), tačiau dažniausiai jos orientuotos į ūmių sveikatos problemų sprendimą, per mažas dėmesys skiriamas sveikatos ugdymui, lėtinių ligų valdymui, ankstyvajai ligų diagnostikai ir prevencijai.

Vaikų PSP priežiūra ES šalyse heterogeniška. Europoje egzistuoja trijų tipų PSP teikimo modeliai: pediatrinė PSP, bendrosios praktikos (šeimos) gydytojo teikiama priežiūra ir mišri sistema. Šiuos sistemų skirtumus sąlygojo ekonominiai, geografiniai ir kultūriniai veiksniai [15, 16].

Tinkamai organizuota PSP užtikrina pacientams paslaugas ne tik įprastomis darbo valandomis, bet ir

nakties ar švenčių metu (angl. *out-of-hours*). Europoje PSP priežiūra po darbo valandų organizuojama skirtingai. Visose šalyse, išskyrus Čekijos Respubliką ir Vokietiją, po darbo valandų PSP paslaugas teikia ligoninių priėmimo ir skubiosios pagalbos skyriai. PSP centrai, ligoninių priėmimo ir skubiosios pagalbos skyriai (su integruota pirmine sveikatos priežiūra) ir grupinė šeimos gydytojų praktika (kai grupė šeimos gydytojų susitaria dėl teikiamų paslaugų po įprastų darbo valandų) – tai dažniausiai skirtingose šalyse pasitaikantys modeliai [17–19]. PSP bei ligoninių priėmimo ir skubiosios pagalbos skyrių bendradarbiavimas padeda suvaldyti didėjančius pacientų srautus priėmimo ir skubiosios pagalbos skyriuose [20–22].

PSP išlieka kertinis vaikų sveikatos priežiūros komponentas. I. Wolfe ir kolegos (2013) rekomenduoja laikytis pagrindinių vaikų sveikatos priežiūros pirminėje grandyje principų. Tai – tinkama sistema, tinkama paslauga ir specialistai [5]. Tinkama sistema apibūdinama laisvu tėvų pasirinkimu, koks specialistas (šeimos gydytojas ar gydytojas pediatras) teiks PSP. Kai kuriose šalyse tėvai negali pasirinkti, pvz., Jungtinėje Karalystėje PSP teikia tik šeimos gydytojai, Italijoje – tik pediatrai, o Vokietijoje galima pasirinkti šeimos gydytojo arba pediatro komandą. Vaikams turi būti prieinamos ir geros kokybės profilaktikos bei gydymo paslaugos: sveiko vaiko vizitai, imunizacija, psichikos sveikata, lytinė sveikata, paauglių sveikatos priežiūra, skubi pagalba visą parą, PSP kompetencijai priskirtų ūmių ir lėtinių ligų gydymas.

PSP turi būti vykdoma komandos principu – kartu su gydytoju turi dirbti slaugytojos, dietologai, bendruomenės paslaugų organizatoriai (visuomenės sveikatos specialistai), socialiniai darbuotojai, mokyklų slaugytojos ir kiti sveikatos priežiūros specialistai [13].

Vykdamas pirminio ir antrinio lygio sveikatos priežiūros paslaugų integraciją, rekomenduojama [5], kad sveikatos priežiūros įstaigos būtų netoli vienos nuo kitų, naudotųsi bendromis diagnostikos ir gydymo metodikomis, galėtų dalytis infrastruktūra, keistis medicinine informacija apie pacientą (e. sveikatos įrašais), būtų suderinusios siuntimo į specialistų konsultacijas ir skubiosios pagalbos teikimo tvarką.

Lėtinėmis ligomis sergančių vaikų sveikatos priežiūros modelis turi būti paremtas komandiniu paslaugų teikimo principu, pritaikant paslaugų integraciją. Vaikams, sergantiems lėtinėmis ligomis, reikalingos ne tik gydymo, bet ir psichologo, slaugos, socialinės,

švietimo ir kitos paslaugos. PSP komandos vaidmuo čia labai svarbus. Dauguma ligų turėtų būti gydomos arčiau namų, kad nesutrikdytų įprasto vaiko ir jo šeimos gyvenimo, tačiau retosios ligos, tokios kaip piktybiniai navikai, įgimtos širdies anomalijos, kai kurios naujagimių ligos, turi būti gydomos labai specializuotuose centruose [7]. Švedija, Nyderlandai, Jungtinė Karalystė ir Italija yra įdiegusios pažangius lėtinių vaikų ligų priežiūros modelius.

### Vaikų sveikatos priežiūros planavimas

Vaikų sveikatai vertinti ir planuoti svarbu unifikuoti ir visapusiški vaikų sveikatos rodikliai, duomenų bazės ir jų analizė, vaikų sveikatos priežiūros tyrimai ir poreikių prognozavimas.

ES atlikta vaikų sveikatą ir sveikatos priežiūrą vertinanti studija RICHE (2011) siūlo taikyti Jungtinės Karalystės mokslininkų pasiūlytą vaikų sveikatos rodiklių skalę [8]. Vaikų sveikatos rodikliai turi atspindėti demografinius ir socioekonominius veiksnius, vaikų sveikatos būklę ir gerovę, sveikatos rizikos veiksnius, vaikų sveikatos priežiūros sistemą ir politiką. Svarbu, kad šie rodikliai būtų išmatuojami ir analizuojami savivaldos ir nacionaliniu mastu. Į rodiklių pokyčius turi reaguoti asmens ir visuomenės sveikatos sektoriai, rodikliai turi atspindėti svarbiausius vaikų sveikatos veiksnius. Vykdamas šių rodiklių stebėseną ir pagal stebėsenos rezultatus nedelsiant imantis veiksmų vaikų sveikatai gerinti, galima tikėtis vaikų sveikatos pagerėjimo.

Daug informacijos apie vaikų sveikatą suteikia profilaktinių sveikatos patikrinimų rezultatai. ES nėra vienodų vaikų sveikatos tikrinimo standartų, tačiau dauguma šalių siekia pagerinti vaikų profilaktinių tikrinimų kokybę. J. V. Cleave ir kolegos [23] rekomenduoja atlikti vaikų profilaktinius tikrinimus dėl raudos sutrikimų, psichikos sveikatos, regėjimo, klausos sutrikimų, mažakraujystės, tuberkuliozės, hipertenzijos, nutukimo, narkotinių medžiagų vartojimo, lytiškai plintančių ligų.

Europoje atliekama nedaug tyrimų, nagrinėjančių vaikų sveikatą ir teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, pavyzdžiui, tik 5 proc. vėžio tyrimų yra susiję su vaikais. Nuo 11 iki 80 proc. vaikams skiriamų vaistų indikacijos, dozės ir veikimas nėra patvirtinti klinikinių tyrimų [24]. Europos Komisija skatina atlikti daugiau tyrimų, skirtų vaikų sveikatos priežiūrai gerinti: įvairių ligų gydymo ir rezultatų palyginimą skirtingose šalyse, kokybinius tyrimus, susijusius su PSP organizavimu, vaikų sveikatos politikos stiprinimu bei vaikų sveikatos strategija ateityje [7].

### Vaikų sveikatos priežiūros politika

Vykdamas vaikų sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos ir efektyvaus gydymo užtikrinimo politiką, būtina atsižvelgti į vieną pagrindinių vaiko teisių – teisę į geros kokybės sveikatos apsaugą, kurią vaikams garantuoja Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija [1]. Siekdama užtikrinti šią vaiko teisę, Europos Komisija patvirtino vaikui palankios sveikatos priežiūros gaires. Investicijos į visuomenės ir asmens sveikatą, orientuotą į vaiką ir jo šeimą, vaikui palanki socialinė politika, priemonės, mažinančios sveikatos netolygumus, padės pagerinti vaikų sveikatos rodiklius [5].

Vaikų sveikatos politika turi būti paremta „sveikata visiems“ politika, užtikrinti kiekvieno vaiko teisę į jo poreikius atitinkančią sveikatos priežiūrą [25]. Šiam tikslui šalių vyriausybės, remdamosi ES ir PSO rekomendacijomis [26, 27], turi patvirtinti ir įgyvendinti vaikų sveikatos gerinimo strategiją.

### Integruotos vaikų sistemos diegimo problemos ir jų sprendimo būdai

I. Wolfe ir kolegos (2013) [5] įvardijo pagrindinius sėkmingo integruotos sveikatos sistemos įdiegimo trukdžius ir numatė jų sprendimo būdus. Nurodytos šios pagrindinės problemos:

- sveikatos priežiūros specialistų požiūris, paremtas asmeniniais interesais, – „tai mano pacientas“;
- organizacijų kultūra, prioritetų pasirinkimas („ūmios būklės svarbiausia“), nepasitikėjimas („nori mane kontroliuoti?“);
- paslaugų fragmentacija (skirtingos specialistų įstaigos, darbo valandos, elektroninės sistemos);
- neaiškios kompetencijų ribos („tai ne mano darbas“);
- nepakankama informacija apie pacientą ir jam suteiktas paslaugas;
- skirtingos apmokėjimo sistemos ligoninėms, konsultantams ir pirminės priežiūros įstaigoms. Įvardytas problemas padės išspręsti [5]:
- stipri lyderystė, tikslai, išaiškinti visiems paslaugų teikėjams;
- galimybės ir ištekliai dirbti kartu;

- organizacijų ir paslaugų integracija į vieną sistemą (pavyzdžiui, sutarčių pagrindu), suteikianti galimybę specialistams dirbti kartu, dalytis sveikatos priežiūros ištekliais pacientų labui;
- klasterių tipo organizacinės struktūros;
- darbuotojų motyvavimas, jaunų specialistų pritraukimas;
- sveikatos priežiūros įstaigos greta viena kitos;
- ligų valdymo programos;
- viena elektroninė sveikatos sistema;
- dažni komandos susirinkimai;
- investicijos į duomenų rinkimą ir analizę;
- gyventojų poreikių vertinimas ir atitinkamų paslaugų planavimas;
- bendro finansavimo mechanizmai.

### APIBENDRINIMAS

Vaikų sveikatos priežiūros sistemos ES labai skirtingos, tačiau tikslas vienas – geros kokybės, prieinama, vaikų sveikatos poreikius atitinkanti sveikatos priežiūra. Siekiant pagerinti vaikų sveikatą, būtina tobulinti vaikų sveikatos priežiūros organizavimo sistemas. Toks poreikis atsirado keičiantis vaikų susirgimų etiologijai, kai mažėjant infekcinių ligų daugėja lėtinėmis ligomis sergančių vaikų skaičius. Šalys narės skatinamos pereiti nuo fragmentuotos, į ligą orientuotos sveikatos sistemos prie vientisos, asmens ir visuomenės sveikatą, socialinių ir aplinkos veiksnių visumą apimančios integruotos sveikatos priežiūros. Vaikų sveikatos priežiūra yra daugialypė, tad požiūris į ją turi būti viską apimantis, tarpsektorinis. Svarbu pagerinti pirmąjį kontaktą su sveikatos sistema, specialistų rengimą, sveikatos priežiūros šeimos gydytojo nedarbo metu organizavimą bei geresnę sveikatos priežiūros specialistų bendradarbiavimą.

Įdiegus integruotos vaikų sveikatos priežiūros sistemas, apimančias prevencines ir ligų gydymo priemones, bus sudarytos geresnės sąlygos vaikų mirtingumui, ligotumui ir neįgalumui mažinti bei sveiko vaiko (ypač iki 5 m.) augimui skatinti.

*Straipsnis gautas 2014-11-18, priimtas 2014-12-12*

### Literatūra

1. United Nations. General Assembly, Convention on the Rights of the Child, in Document A/RES/44/25 (12 December 1989); 1989.
2. WHO Regional Office for Europe, Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century; 2013.
3. European Observatory on Health Systems and Policies, The Health systems and policy monitor. 2013. Prieiga per internetą: <<http://www.hspm.org/searchandcompare.aspx>>.
4. WHO Regional Office for Europe Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020; 2014.
5. Wolfe I. European Child Health Services and Systems. Lessons without borders. Open University Press; 2013.
6. Higienos institutas. Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos rodiklių pokyčiai 2001–2012 m.; 2013.
7. Wolfe I et al. Health services for children in western Europe. Lancet. 2013;381(9873):1224–34.

8. Research Inventory of Child Health, A Report on Roadmaps for the Future of Child Health Research in Europe. 2013. Prieiga per internetą: <<http://www.childhealthresearch.eu/>>.
9. Petronytė GK. Pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos paslaugų integravimas ir šalių patirtis. *Visuomenės sveikata*. 2014;2(65):20-27.
10. Grone O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *Int J Integr Care*. 2001;1:e21.
11. WHO, Integrated Management of Childhood Illness (IMCI); 2005. Prieiga per internetą: <[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/child/imci/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/en/)>.
12. Knapp C et al. Effects of an Integrated Care System on quality of care and satisfaction for children with special health care needs. *Matern Child Health J*. 2012;16(3):579-86.
13. European Observatory on Health Systems and Policies, Strengthening child health and health services. *Eurohealth*. 2014;20(1).
14. Montegut AJ. To achieve „health for all“ we must shift the world's paradigm to „primary care access for all“. *J Am Board Fam Med*. 2007;20(6):514-7.
15. Katz M et al. Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. *Pediatrics*. 2002;109(5):788-96.
16. Van Esso D et al. Paediatric primary care in Europe: variation between countries. *Arch Dis Child*. 2010;95(10):791-5.
17. Leibowitz RS, Day and D. Dunt. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Fam Pract*. 2003;20(3):311-7.
18. Huibers L et al. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:105.
19. Ben-Isaac E et al. National profile of nonemergent pediatric emergency department visits. *Pediatrics*. 2010;125(3):454-9.
20. Steiner JF et al. Primary-care visits and hospitalizations for ambulatory-care-sensitive conditions in an inner-city health care system. *Ambul Pediatr*. 2003;3(6):324-8.
21. Sturm JJ et al. Practice characteristics that influence nonurgent pediatric emergency department utilization. *Acad Pediatr*. 2010;10(1):70-4.
22. Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Ann Emerg Med*. 2008;52(2):126-36.
23. Van Cleave J et al. Interventions to improve screening and follow-up in primary care: a systematic review of the evidence. *Acad Pediatr*. 2012;12(4):269-82.
24. Pandolfini Ch. A literature review on off-label drug use in children. *European Journal of Pediatrics*. 2005;164(9):552-558.
25. Hall JJ, Taylor R. Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *Med J Aust*. 2003;178(1):17-20.
26. Cox E. The implementation of the United Nations Convention on the Rights of the Child: global commitments and local realities. *P N G Med J*. 2000;43(1-2):18-23.
27. United Nations, Secretary-General, Global Strategy for Women's and Children's Health. Geneva, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. 2010.

## Integrated children's healthcare system: international experience and recommendations

Sigita Burokienė<sup>1</sup>, Ieva Kisielienė<sup>2</sup>, Vytautas Usonis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinic of Children's Diseases, Faculty of Medicine, Vilnius University, <sup>2</sup>Institute of Hygiene

### Summary

Integrated child health care - it is a holistic approach to health based on the concept of children's health care model. It includes health promotion, disease diagnosis, treatment, care, rehabilitation services and the organization. It is a tool to improve the quality, accessibility and efficiency. This article analyses the international experience and recommendations for implementation an integrated children's healthcare. Different indicators of children's health are determined by the differences between countries in the economies and cultures, health care and social systems. Children's health care is multifaceted, and the approach to it must be comprehensive, multidisciplinary. It is important to strengthen primary health care, training of specialists, improving primary health care on evenings and weekends („out-of hours“ time) and better collaboration between health care professionals. Strategies must be based on improving of practice (treatment of chronic diseases, primary health care, the first contact care, improvement

of uniform diagnostic and treatment methodologies into practice), monitoring and planning (assessment of child health indicators and database development, child health research and planning) and policies (national child health improvement plans, increasing the responsibility of public authorities).

**Keywords:** children's health, integrated health care, primary health care, children's health indicators.

**Correspondence to** Sigita Burokienė  
Clinic of Children's Diseases,  
Faculty of Medicine, Vilnius University  
Santariškių str. 7, LT-08406 Vilnius, Lithuania  
E-mail: sigita.burokiene@vuvl.lt

Received 18 November 2014,  
accepted 12 December 2014