

## VAIKŲ SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IŠŠŪKIAI EUROPOS SĄJUNGOS VALSTYBĖSE IR LIETUVOJE

Inga Katinienė<sup>1,2</sup>, Laimutė Vaidelienė<sup>1,2</sup>, Sigita Burokienė<sup>3,4</sup>

*<sup>1</sup>Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Vaikų ligų klinika, <sup>2</sup>Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikos Vaikų ligų klinika, <sup>3</sup>Vilniaus universiteto Klinikinės medicinos instituto Vaikų ligų klinika, <sup>4</sup>Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikos Vaikų skubios medicinos ir intensyvios terapijos centras*

**Raktažodžiai:** vaikų sveikata, vaikų sveikatos priežiūros iššūkiai, pirminė sveikatos priežiūra, vaikų sveikatos rodikliai.

### Santrauka

Vaikų sveikatos priežiūros poreikių pokyčiai skatina Europos šalis peržiūrėti vaikų sveikatos priežiūros sistemas, kad visiems vaikams būtų prieinama efektyvi ir tinkama sveikatos priežiūra. Atlikta atrinktų mokslinių publikacijų, rekomendacijų ir studijų apžvalga parodė Europos šalių vaikų sveikatos priežiūros sistemų skirtumus, ypač pirminės vaikų sveikatos priežiūros organizavimo. Išskiriamos trys vaikų pirminės sveikatos priežiūros sistemos: pediatrinė, šeimos gydytojo ir mišri. Ne visos šalys vadovaujasi PSO Europos regiono biuro parengta Vaikų ir paauglių sveikatos strategija 2015-2020 m., skirta padėti šalims įdiegti įrodymais pagrįstą sistemą, siekiant patobulinti vaikų ir paauglių poreikius atitinkančią sveikatos priežiūrą. Pastebima, kad vaiko centriškumo principas nėra įdiegtas ne tik daugelio šalių sveikatos priežiūros sistemose, bet ir kitose gyvenimo srityse. Modeliuojant bendrą sveikatos priežiūros sistemą, neišskiriant vaikų, dažniausiai remiamasi didžiosios gyventojų dalies – suaugusiųjų poreikiais, nuvertinant vaikų poreikius.

Vaikystės sveikatos problemos gali turėti įtakos visam gyvenimui. Sveikatos priežiūros netolygumų problemos sprendimas, mažinant socialinių veiksnių įtaką sveikatai, apsaugotų vaikų populiaciją. Kūdikių mirtingumo rodikliai žemesni tose Europos šalyse, kuriose geresnė ekonominė situacija ir didesnis dėmesys skiriamas gyventojų gerovei. Aугančio vaiko sveikatos priežiūros poreikiai yra specifiniai daugelyje sričių, pradedant specifinėmis žiniomis, kurių reikia vaikų ligų gydymui ir baigiant vaikų atstovavimo ypatumais, todėl sveikatos

priežiūros paslaugos turi būti pritaikytos vaikams, o specialistai turi turėti specifinių kompetencijų.

### Įvadas

Vaikai ES šalyse sudaro penktadalį populiacijos. Per pastaruosius 50 metų vaikų sveikatos problemos labai kito visose Europos šalyse. Dėl vakcinacijos ir naujų technologijų (surfaktantas, namų ventiliacija, nauji priešvėžiniai vaistai, organų transplantacija, parenterinis maitinimas) įdiegimo, kai kurie susirgimai išnyko, pagerėjo išgyvenamumas, esant įgimtoms ar įgytoms būklėms. Tuo pat metu vaikų sveikatą veikia nauji veiksniai: socialiniai pokyčiai, šeimų struktūros kaita, aplinkos tarša bei kintanti mityba. Įvairiose Europos šalyse stebimi dideli vaikų mirtingumo bei sergamumo rodiklių skirtumai, tačiau visur matomos infekcinių susirgimų mažėjimo ir neinfekcinių didėjimo tendencijos. 21 amžiuje daugėja vaikų ir jaunuolių psichikos sveikatos, psichoneurologinio vystymosi sutrikimų (mokymosi sutrikimai, autizmo spektro, hiperaktyvumo sindromai), plinta nutukimas, didėja poliligitumas. Tokiomis kintančiomis sąlygomis turime būti tikri, kad užtikrinsime efektyvią ir adekvačią vaikų sveikatos priežiūrą.

**Šiame straipsnyje** analizuojami vaikų sveikatos priežiūros iššūkiai, apžvelgiant į vaiką orientuotą sveikatos priežiūros sistemą ir vaiko teises, sveikatos paslaugų netolygumo problemas ir jų pasekmes vaikų sveikatai, ankstyvojo vaikystės periodo svarbą, jaunimo poreikius ir jų vertinimą, sveikatos priežiūros paslaugų skirtumus, priklausomai nuo valdymo, finansavimo ir paslaugų teikimo būdo.

### Tyrimo medžiaga ir metodai

Rengiant apžvalgą, atrinktos su vaikų sveikatos priežiūra susijusios ES, 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/)), mokslinės

publikacijos. Mokslinės literatūros paieška vykdyta naudojant PubMed duomenų bazės paieškos sistemą, naudotasi Lietuvoje publikuojamais leidiniais. Literatūros paieška buvo atliekama taikant šiuos atrankos kriterijus: straipsniai anglų ir lietuvių kalbomis, kuriuose analizuojami teoriniai ir praktiniai vaikų sveikatos priežiūros iššūkių aspektai, nagrinėjama vaikų sveikatos priežiūros sistemų ir pirminės sveikatos priežiūros skirtumų, jaunimo poreikių ir vaikų lėtinių ligų valdymo tematika, apibendrinama geriausia Europos šalių praktika. Naudoti raktiniai žodžių junginiai: vaikų sveikata (angl. children's health), vaikų sveikatos priežiūros iššūkiai (angl. children's health care challenges), pirminė sveikatos priežiūra (angl. primary health care), vaikų sveikatos rodikliai (angl. children's health indicators).

**Vaikų sveikatos sistemų skirtumai Europoje.** 53 Europos šalyse sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos 200 mln. vaikų iki 18 metų. Jos pasižymi didžiule įvairove ir heterogeniškumu. Dešimties metų tyrimai, analizavę šiuos skirtumus Jungtinėje Karalystėje (JK), JAV, Prancūzijoje ir Vokietijoje, parodė, kad skirtumai remiasi unikaliu nacionaliniu kiekvienos šalies charakteriu ar ypatumais, o ne moksliniais įrodymais [29]. Tai reiškia, kad visų tikslai yra panašūs, tačiau vienos šalys tai daro sėkmingiau, nei kitos.

Siekdamas skatinti rūpestį vaikų sveikata, PSO Europos biuras sukūrė Vaikų ir paauglių sveikatos strategiją 2015-2020 m., kuri turėtų būti adaptuota visų 53 Europos šalių (Regioninis Europos komitetas, 2015). Strategija skirta pabelgti šalims įdiegti įrodymais pagrįstą sistemą, mokantis vienoms iš kitų, siekiant patobulinti vaikų ir paauglių poreikius atitinkančią sveikatos priežiūrą.

Strategijos prioritetai labai platūs ir apima ankstyvąjį vaiko vystymąsi, smurto mažinimą, psichikos sveikatos problemas paauglystėje ir kt. Suprantama, kad egzistuoja skirtumai, priimant vienus ar kitus svarbius strategijos punktus atskirose šalyse. Pvz., lytinės ir reprodukcinės sveikatos prieinamumas paaugliams regione yra nevienodas, vaikų nutukimas ar psichikos sveikata taip pat kelia daug diskusijų. Ekonominė šalių padėtis taip pat lemia skirtumus. Teisė į sveikatą nereiškia teisės būti sveikiems, taip pat nereiškia, kad ekonomiškai silpnos šalys privalo siūlyti brangų gydymą.

2016 m. analizė parodė, kad trys iš keturių Europos šalių jau buvo adaptavusios šią strategiją arba ją rengė. Iš 17 strategiją patvirtinusių šalių, 12 skyrė specialų biudžetą ir sukūrė vietines stebėsenos sistemas. Lietuva iki šiol vaikų ir paauglių sveikatos strategijos nepatvirtino, todėl neturime strateginio vaikų sveikatos politikos planavimo dokumento, kuris nustatytų prioritetines problemas, konkrečius vaikų sveikatinimo veiklos tikslus ir uždavinius bei siekiamus vaikų sveikatos rodiklius. Vaikų ir paauglių sveikatos strategijos sukūrimas nenumatytas ir Vyriausybės programoje. Nors dauguma

šalių prisitaikė PSO vaikų ir paauglių sveikatos regioninę strategiją 2015-2020 metams, vaikų sveikatos priežiūros rodikliai liudija apie sistemų netolygumus visose šalyse. 21 amžiaus Europoje nėra pakankamai duomenų, įgalinančių palyginti skirtingų sistemų efektyvumą ir naudą vaikų sveikatai. Nors dedama daug pastangų, siekiant atkreipti dėmesį į vaikų populiaciją ir jai teikiamų paslaugų svarbą, daugelyje Europos šalių pirminė pediatrinė priežiūra mažėja ir jos vietą užima bendrosios praktikos gydytojo (BPG) ir mišri BPG ir bendruomenės slaugytojos sistema [1-3].

**Vaikų pirminės sveikatos priežiūros tipai.** Europos pediatrių asociacija (EPA) išskiria 3 skirtingas Europoje veikiančias pirminės sveikatos priežiūros sistemas: 1) pediatrinė sistema, kurioje 75% vaikų paslaugas teikia vaikų ligų gydytojai, aptarnaujantys 600-1250 vaikų; 2) mišri sistema, kurioje 50/50 paslaugas vaikams teikia pediatrai ir BPG, o 1250-2500 vaikų tenka 1 pediatras; 3) šeimos gydytojo sistema, kur 75% vaikų paslaugas teikia šeimos gydytojas, o vienam pediatrai tenka 2500-7500 vaikų. Pastaruoju metu šios 3 sistemos dar labiau išsiskaidė. Pvz., Airijoje išliko šeimos gydytojo sistema, tačiau kitose šalyse susiformavo multidisciplininės komandos, kuriose paslaugas vaikams teikia slaugytojos, psichologai ir pediatrai (pvz., Švedija).

Tarptautinio vaikų sveikatos būklės modelių vertinimo projekto MOCHA (angl. Models of child health appraised) tyrimo duomenimis, 2017 m. 7 Europos šalyse pirminę vaikų sveikatos priežiūrą užtikrino pediatrai, 11 šalių – BPG, o 11 buvo mišri sistema. Vadinas, iš 29 tyrime dalyvavusių šalių, 18 vaikai bent iš dalies prižiūrimi pediatrų. Be to, kai kuriose šeimos gydytojo modelį turinčiose šalyse, pediatrai prižiūri sergančiuosius lėtinėmis ligomis (Portugalija), kitur, jei reikia, pacientai gali tiesiogiai kreiptis į pediatrą (Švedija). Norvegijoje BPG prižiūri visą šeimą, tačiau profilaktinius tikrinimus ir vakcinavimą atlieka vaikų ligų gydytojai, o JK atvirkščiai – susirgęs vaikas siunčiamas pediatrai. Lenkija nuo šeimos gydytojo modelio grįžo prie mišraus vaikų sveikatos priežiūros modelio. Airija ir Latvija taip pat keičia savo pirminės vaikų sveikatos priežiūros sistemas į mišrų modelį.

I. Wolfe ir kolegų (2013) rekomenduoja laikytis pagrindinių vaikų sveikatos priežiūros pirminėje grandyje principų – tinkama sistema, tinkama paslauga ir specialistai [30]. Geriausiai atitinkanti šeimų poreikius sistema apibūdinama kaip sistema, kurioje sudarytos sąlygos tėvams pasirinkti, koks specialistas (šeimos gydytojas ar pediatras) vykdys pirminę vaiko sveikatos priežiūrą. Kai kuriose šalyse tėvai negali pasirinkti, pvz., JK pirminę sveikatos priežiūrą (PSP) vykdo tik šeimos gydytojai, Italijoje – tik pediatrai, o Vokietijoje galima pasirinkti arba šeimos gydytoją, arba pediatrą.

Airijoje, kur daug metų egzistuoja šeimos gydytojo modelis, 2015 m. peržiūrėjus vaikų sveikatos paslaugų struktūrą,

nustatyta didžiausia sistemos problema: pirminio lygio BPG pacientai (vaikai) dažniausiai iškart siunčiami tretinio lygio konsultantams. Taip perkraunama tretinio lygio vaikų sveikatos priežiūra ir susidaro ilgos laukimo eilės. 2015 metais pradėtas rengti naujasis Nacionalinis vaikų sveikatos priežiūros modelis buvo pagrįstas pirminiais BPG siuntimais bendriesiems pediatrams (angl. general paediatrician), kurie konsultuoja sergančius vaikus ambulatoriškai (užtikrinamas greitas patekimas), užtikrina skubiąją pagalbą, dienos stacionaro paslaugas (vakcinaciją, medicininės procedūras), koordinuoja paslaugas kompleksinių poreikių turintiems vaikams (dirba su socialiniais darbuotojais, kt.), teikia stacionarines pediatriškas paslaugas, specializuojasi siauresnėse srityse ar, jei reikia, konsultuojasi su tretinio lygio vaikų specialistais. Bendrasis pediatras, kartu su slaugytoja, rūpinasi slaugos klausimais, vaikams specifinės sveikos gyvensenos propagavimu ir vaikų mokymu, vaikų teisėmis ir apsauga. Tiesioginiai BPG siuntimai tretinio lygio vaikų specialistams galimi tik esant aiškioms indikacijoms (pvz., kraujo pokyčiai, būdingi leukemijai). Naujojo Airijos nacionalinio vaikų sveikatos priežiūros modelio autoriai įsitikinę, kad ši sistema daug palankesnė vaikams, ypač turintiems kompleksinių poreikių ir lėtinių, multisisteminių susirgimų.

EPA duomenimis, 2009 metais 53 Europos šalyse dirbo apie 200 000 pediatrų. Pirminiame lygyje ir ambulatoriškai dirbančių bendrųjų pediatrų ir stacionaruose dirbančių subspecialistų santykis 50:50. Per 10 metų laikotarpį situacija labai pasikeitė: pirminę vaikų priežiūrą daugelyje valstybių perėmė bendrosios praktikos gydytojai (šeimos gydytojai). Nebelikus pediatro pirminiame lygyje, vaikai siunčiami vaikų siauros specializacijos specialistams. BPG dažnai vaikų ligas studijuoja tik 4–6 mėnesius, todėl jų pediatrinis pasirengimas nepakankamas išlaikyti holistinį požiūrį į vaiko sveikatą, paslaugos tampa vis labiau fragmentuotos ir brangsta dėl nereikalingo lankymosi pas specialistus. Dėl šios priežasties, EPA nuomone, pirmiausiai turi keistis pirminė vaikų sveikatos priežiūra. Pediatrai turi nustatyti vaiko sveikatos priežiūros standartus ir inicijuoti bei galimai vadovauti multidisciplininėms vaikų sveikatos priežiūros komandoms [4]. Tretinės sveikatos priežiūros vaikų specialistai turėtų susitelkti į retų ir sunkių susirgimų diagnostiką bei gydymą ir bendradarbiauti su regionų ir pirminės priežiūros komandomis, kad visos nestacionarinės paslaugos būtų kuo arčiau namų, o dalis jų būtų teikiamos namuose. Paslaugos turi apimti vaikų reabilitacijos centrus, galinčius teikti kompleksines paslaugas. Vengiant paslaugų fragmentacijos, visi minėti paslaugų komponentai turėtų būti integruoti į organizacines visų lygių paslaugas teikiančias struktūras.

**Vaikų ir paauglių poreikiai sveikatos priežiūros sistemoje.** Vaikų nuomonė sveikatos priežiūros sistemoje retai

tiesiogiai išgirstama. Dažniausiai juos atstovauja tėvai bei globėjai, todėl vaikų poreikiai ir interesai gali likti neįvertinti ir neatpažinti. MOCHA interviu su vaikais ir jaunuoliais parodė šios problemos svarbą pirminėje grandyje, išryškino poreikį įsiklausyti į vaikų nuomonę, palikti apsisprendimo galimybę, autonomiją. Pastebėta, kad įvairių šalių sveikatos priežiūros sistemos šiuo aspektu labai skiriasi. Norint įvertinti vaikų patirtis pirminėje sveikatos priežiūroje, buvo atliktas situacijos vertinimas (tyrimas) Vokietijoje, Nyderlanduose, Lenkijoje, Ispanijoje ir JK, naudojant Vaikų sveikatos priežiūros nuostatų įvertinimo klausimyną POCHA (angl. Preferences for child health assessed) [5]. Pagrindiniais kokybės komponentais buvo įvardytas atviras, neformalus bendravimas su vaiku ir šeima bei vaiko įtraukimas į sveikatos priežiūrą, jo dalyvavimas ir bendradarbiavimas.

Autoriai teigia, kad sveikatos priežiūros prieinamumo vaikams pagerinimas įmanomas visur, bet Vakarų Europos šalyse prieinamumas yra geresnis, nei pvz., Lenkijoje [6]. Senosiose Vakarų Europos šalyse konfidencialumas užtikrinamas taip pat patikimai efektyviau. Vaiko įgalinimo pačiam veikti savo sveikatos priežiūros srityje galimybės palankiai vertinamos visose apklausoje dalyvavusiose šalyse, tačiau POCHA klausimyno taikymo rezultatai atskleidė, kad Lenkijoje ir Ispanijoje yra mažiau galimybių ar kultūrinių prieštaračių vaikų autonomijai valdyti savo sveikatos klausimus, nei Vokietijoje, Nyderlanduose ir JK.

Paauglystės metu formuojasi jaunuolio identitetas, stiprėja nepriklausomybės bei autonomijos poreikis, didėja rizikos poreikis, asmuo bręsta psichologiškai ir fiziškai. Valdyti šiuos pokyčius gali tik paaugliui priimtina sveikatos priežiūros sistema. Paaugliai nurodo, kad čia jiems svarbus paslaugų prieinamumas, personalo atidumas, nuoširdus bendravimas, medikų kompetencija ir patirtis, konfidencialumas ir tęstinė priežiūra. Akcentuojama paauglių amžių atitinkanti aplinka ir pagarbus elgesys. MOCHA tyrimo metu nustatyta, kad tik pusė Europos šalių yra priėmusios paaugliams adaptuotą sveikatos priežiūrą reglamentuojančius teisės aktus ar metodikas, o daugumos šalių paauglių sveikatos priežiūra neatitinka keliamų kokybės reikalavimų. Pavyzdžiui, neįtikrinama neatidėliotina psichikos sveikatos priežiūra, ribotos galimybės reaguojant į gyvybei pavojingą elgesį. Dauguma šalių užtikrina kontracepcijos prieinamumą, tačiau specializuota nėščių paauglių priežiūra sunkiai pasiekama. Reikia gerinti paslaugų prieinamumą pažeidžiamų grupių paaugliams. Paslaugos turi būti tinkamai viešinamos, kad paaugliai jomis naudotųsi.

Paaugliams svarbus paslaugų teikimo konfidencialumas ir privatumas, akcentuojamas daugelyje Europos šalių, tačiau tik 13 iš 30 šalių turėjo patvirtintus oficialius teisės aktus ar strategijas, kuriose sprendžiami konfidencialumo

klausimai. Tik 9 valstybėse yra gairės, numatančios, kaip vertinti jauno asmens kompetencijas. 20 šalių paaugliai turi teisę konsultuotis su gydytoju, nedalyvaujant tėvams. Beveik tiek pat yra šalių, kuriose paaugliai gali pasirinkti gydytoją. 14 valstybių kompetentingi paaugliai turi teisę atsisakyti gydymo ar pasirinkti iš siūlomų alternatyvų.

**Vaikų, turinčių kompleksinės priežiūros poreikių, atstovavimas Europoje.** Naujagimių ir vaikų sveikatos priežiūros kokybės gerėjimas lemia, kad kompleksinių priežiūros poreikių turintys vaikai sulaukia suaugusiųjų amžiaus. Tai daug iššūkių sveikatos ir socialinės priežiūros sistemoms kelianti vaikų grupė. Jiems reikia greit kintančios ir atsakingos sveikatos ir socialinės priežiūros bei slaugos paslaugų ilgą laiką. Net ir paprasti susirgimai, įprastai gydomi pirminiame lygyje, šiems vaikams turi būti vertinami kompleksinių sveikatos problemų kontekste. Pirminėje sveikatos priežiūros grandyje dažnai neatsižvelgiama į tokių vaikų ir jų šeimų poreikius. Paslaugų kiekis, daug didesnis už įprastinį, lemia poreikį organizuoti paslaugas arčiau namų, todėl paslaugos turi būti teikiamos pirminės sveikatos priežiūros centre ir bendruomenėje. Šios kompleksinės paslaugos yra aprašytos D. Luzi, F. Pecoraro ir O. Tamburis 2016 metais [7]. Išskirti trys tokių vaikų priežiūros principai: paslaugų prieinamumas, bendradarbiavimas teikiant priežiūrą ir veiksmingas integruotas paslaugų valdymas.

**Į vaiką orientuota sveikatos priežiūros sistema ir vaiko teisės.** Vaikų pirminės sveikatos priežiūros modelių vertinimas yra nepakankamas, jei neatsižvelgiama į tai, ar sistemos valdymas, diagnostikos ir gydymo rezultatai bei sveikatos priežiūros paslaugas gaunančio paciento patirtis yra optimali. Deja, vaiko centriškumo principas nėra įdiegtas ne tik daugelio šalių sveikatos priežiūros sistemose, bet ir kitose gyvenimo srityse. Supratimas apie vaiko vietą visuomenėje ir jo vardu veikiančių atstovų vaidmenį, leidžia mums nustatyti pirminės sveikatos priežiūros sistemų ypatybes, kurios užtikrina vaiko teises į optimalią sveikatą. ES ir Europos ekonominės erdvės (EEE) šalys yra teisiškai įsipareigojusios užtikrinti, kad būtų gerbiamos vaikų teisės.

Modeliuojant vaikų sveikatos priežiūros sistemą, lengviausia pasiremti populiacijos lygmeniu ir didžiosios jos dalies – suaugusiųjų poreikiais, tačiau tai didina riziką nuvertinti vaiko poreikius. Vaikai sudaro ketvirtadalį populiacijos ir yra dažni pirminės sveikatos priežiūros sistemos naudotojai. Didelis iššūkis būti dėmesingiems vaikų sveikatai ne individualiu, bet nacionaliniu bei tarptautiniu lygmenimis. Tam ypač didelę įtaką turi socialiniai – kultūriniai aspektai, todėl 1989 metais, po dešimtų metų trukusio svarstymo, Jungtinių Tautų (JT) Generalinė Asamblėja priėmė Vaiko teisių konvenciją, kurią Lietuva ratifikavo 1995 m. liepos 3 d. (LR įstatymas Nr. I-983).

Šiame vaiko teisių dokumente sveikata yra paradoksaliaje situacijoje. Vaiko teisės į sveikatą formuluotė, įtvirtinta JT vaiko teisių deklaracijoje [8], yra siektina ir pagirtina, tačiau jai trūksta prasmingo apibrėžimo: „Valstybės narės pripažįsta vaiko teisę naudotis aukščiausiu pasiekiamu sveikatos standartu ir ligų gydymo bei sveikatos reabilitacijos priemonėmis.“ Apibrėžime nėra išmatuojamų rodiklių, be to, kiekviena valstybė įpareigojama teikti aukščiausio lygio paslaugas pagal savo galimybes, kurių kokybės vertinimas nėra tinkamai unifikuotas. PSO Europos regioninis biuras yra parodęs iniciatyvą, leidžiančią šalims įvertinti, ar vaikai gauna tinkamiausias sveikatos priežiūros paslaugas. Sukurtas priemonių (nuostatų) rinkinys, skirtas vertinti 6-11, 12-18 metų amžiaus grupių vaikų sveikatos paslaugas. Jis pritaikytas atskirai vadovams, sveikatos priežiūros specialistams bei tėvams (globėjams) ir palengvina galimybes įvertinti, ar buvo laikomasi geros praktikos, užtikrinant vaiko teisę į sveikatą. Ši priemonė iki šiol pirminėje sveikatos priežiūroje išbandyta tik dviejose šalyse, todėl nėra galimybių palyginti valstybes tarpusavyje.

**Sveikatos netolygumų pasekmės vaikų sveikatai.** Sveikatos skirtumai tarp aukštesnį ir žemą ekonominį statusą turinčių visuomenės narių įvardijami kaip netolygumai. Tai sistemingi ir potencialiai ištaisomi socialiniu, ekonominiu ar geografiniu požiūriu apibrėžtų gyventojų grupių skirtumai [9].

Kai kurios studijos rodo, kad žemesnio socialinio sluoksnio vaikai ne tik dažniau, bet ir sunkiau serga [10]. Nutukimas [11-12] bei paauglystės psichikos sveikatos sutrikimai, įskaitant depresiją, dažnesni nepalankioje socialinėje aplinkoje ir nepilnoje šeimoje augantiems vaikams [13-15]. Prancūzų paaugliai, augantys nepalankioje socialinėje aplinkoje, turi didesnę riziką multi-morbidiškumui (poliligitumui): piktnaudžiavimas narkotinėmis medžiagomis, polinkis į smurtą, savižudybes, mokyklos nelankymas ir nutukimas [16]. Suomijoje nustatytas tėvų bedarbiškumas ir mažo gimimo svorio pagal gestacinį amžių kūdikių skaičiaus ryšys [17]. Žemesnio tėvų išsilavinimo įtaka vaikų astmos netolygumams Europoje ir kūdikių astmos išsivystymui nustatyta dešimtyje Europos kohortinių studijų [18]. Žemesnio socialinio statuso vaikai turi didesnių sveikatos priežiūros poreikių, o efektyvus gydymas gali kompensuoti socialinių veiksnių įtaką sveikatai ir pagerinti lėtinėmis ligomis sergančių pacientų gyvenimo kokybę, tačiau neprivilegiuotos grupės, nepaisant didesnių poreikių, dažniausiai susiduria su apsunkintu sveikatos paslaugų prieinamumu, patvirtindami „atvirkštinės priežiūros taisyklės“ koncepciją [19].

MOCHA tyrėjai įvertino dažniausius sveikatos paslaugų netolygumų rizikos veiksnius. Buvo nustatyta, kad vaikų lytis, situacija šeimoje, socialinis – ekonominis statusas,

migranto ar mažumos statusas ir regioniniai skirtumai yra svarbiausi rizikos veiksniai.

Nebuvo nustatyta tiesioginio ryšio tarp vaiko lyties ir sveikatos paslaugų netolygumų, tačiau tyrimais patvirtinta, kad Norvegijos [20], Ispanijos [21] bei Švedijos [22] paauklės mergaitės dažniau kreipiasi į mokyklos sveikatos priežiūros kabinetus, šeimos gydytojus ir psichikos sveikatos specialistus.

Nepilnų šeimų vaikai du kartus dažniau lankosi pas psichikos sveikatos specialistus Švedijoje [22].

Tėvų išsilavinimas, pajamos, užimtumas (darbas) ir socialinė – ekonominė aplinka gali turėti įtakos pirminės sveikatos priežiūros paslaugų vartojimui. Pvz., Vokietijoje aukštesnio socialinio sluoksnio šeimos dažniau naudojasi pirminio pediatro paslaugomis, o žemesnio sluoksnio šeimos – šeimos gydytojo paslaugomis [23]. Škotijos vaikai iš skurdesnių rajonų buvo dažniau stacionarizuojami dėl astmos paūmėjimo [24].

Vokietijoje neturinčių nuolatinio gyventojų statuso migrantų vaikai du kartus dažniau kreipiasi į skubios pagalbos skyrius, nei turintieji nuolatinio gyventojų statusą [25]. Ispanijoje imigrantų vaikai rečiau lankėsi pas šeimos gydytojus ir jiems buvo išrašoma mažiau vaistų [26].

**Ankstyvosios vaikystės periodo svarba.** Ankstyvosios vaikystės periodas apima laikotarpį nuo prenatalinio vystymosi iki 8 metų. Jis įvardijamas kaip svarbiausias (kritinis) viso gyvenimo periodas, labiausiai jautrus išorinių poveikių įtakai, nes organizmas tuo metu aktyviausiai auga ir vystosi [27]. Ankstyvosios intervencijos, siekiant pagerinti sveikatą ir raidą ankstyvosios vaikystės metu, turi didžiausią įtaką tolimesniai individo gyvenimui. Vaikų sveikatos priežiūra turi būti vertinama, remiantis gyvenimo ciklo principu ir priežasties-pasekmės – rezultato koncepcija. Vaikai gyvena ilgiau ir vaikystės sveikatos problemos gali turėti įtakos jų gyvenimui, vaikų sveikata reikalauja ne mažiau investicijų, nei suaugusiųjų.

**Vaikų sveikatos vertinimo rodikliai.** Nesant nuoseklių vaikų sveikatos vertinimo rodiklių visose šalyse, MOCHA projekte ambulatorinei situacijai įvertinti naudoti 5 mirtingumo rodikliai. Trys susiję su mažu vaikų amžiumi: naujagimių (iki 28 d.), kūdikių (iki 1 m.) ir jaunesnių nei penkerių metų vaikų 1000 gyvų gimusiųjų. Kiti du rodikliai buvo susiję su vaikų iki 19 m. mirtingumu 100 000 gyventojų nuo labai jautrių ambulatorinių būklių – cukrinio diabeto (0-19 m.) ir epilepsijos (0-19 m.). Patekimas į skubiosios pagalbos skyrių dėl tokių ambulatoriškai jautrių būklių, yra plačiai naudojami pirminės sveikatos priežiūros kokybės rodikliai [28].

MOCHA projekte atliekant detalesnius ekonominių procesų ir veiksnių sąryšio tyrimus, regresinė analizė parodė

statistiškai patikimą ryšį tarp BVP *per capita* augimo ir naujagimių bei vaikų mirtingumo rodiklių mažėjimo. Pvz., BVP vienam gyventojui padidėjimas 1% sumažina kūdikių mirtingumą 0,02 atvejo 1000 gyvų gimusių. Dar didesnė BVP augimo įtaka stebima vaikų iki 5 metų mirtingumo rodikliams, ir kiek mažesnė – naujagimių mirtingumui. Pvz., jei šalyje, kurioje kasmet gimsta 750 000 gyvų naujagimių, BVP vienam gyventojui padidėtų 1%, tai per metus būtų išsaugota 15 naujagimių gyvybių.

Lietuvoje pediatrų skaičius kasmet mažėja. Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos bei Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, 2011 m. tik vaikų ligų gydytojo licenciją turėjo 1057 gydytojai, o 2018 m. – 527 vaikų ligų gydytojai. Eurostato duomenimis, 2008-2014 m. Europoje pediatrų skaičius mažėjo tik Lietuvoje, Latvijoje ir Estijoje. Kitose Europos šalyse jų daugėjo, kai kuriose beveik dvigubai (Ispanija, Airija, Kroatija).

### Apibendrinimas

21 amžiaus asmens sveikatos priežiūra kelia naujus iššūkius. Vaikų supratimas bei žinios nuolat auga. Kartu didėja poreikis būti traktuojamiems kaip individai. Tai ypač aktualu vaikams, turintiems ypatingų poreikių ir ilgalaikio gydymo perspektyvą. Vaiko nuomonės išklausa, apsisprendimo dėl tyrimų ar gydymo galimybių, konfidencialumo ir konsultavimosi nedalyvaujant tėvams klausimai labiausiai neišspręsti naujosiose ES šalyse-narėse, tarp jų ir Lietuvoje. Labai svarbu sveikatos priežiūros sistemoje atsižvelgti į didėjančių vaikų informuotumą bei savarankiškumą ir tobulinti sistemą šiuo aspektu. Vaikystės sveikatos problemos gali turėti įtakos visam jų gyvenimui. Vaikų sveikata reikalauja ne mažiau investicijų, nei suaugusiųjų, investicijos į vaikų sveikatą turi didelę grąžą. Dėl šios priežasties sveikatos priežiūros kokybė ankstyvojoje vaikystėje labai svarbi. Sveikatos priežiūros netolygumų problemos sprendimas, mažinant socialinių veiksnių įtaką sveikatai, apsaugotų vaikų populiacijai. Kūdikių mirtingumo rodikliai žemesni tose Europos šalyse, kuriose geresnė ekonominė situacija ir didesnis dėmesys skiriamas gyventojų gerovei. Augančio vaiko sveikatos priežiūros poreikiai yra specifiniai daugelyje sričių, pradedant specifinėmis žiniomis, kurių reikia vaikų ligų gydymui, baigiant vaikų atstovavimo ypatumais. Sveikatos priežiūros paslaugos turi būti pritaikytos vaikams, o specialistai turi turėti specifinių kompetencijų. Pirminė sveikatos priežiūra išlieka pagrindinis vaikų sveikatos priežiūros komponentas.

### Literatūra

1. Ehrich J, Namazova-Baranova L, Pettoello-Mantovani M. Introduction to "Diversity of child health care in Europe: a study

- of the European Paediatric Association/Union of National European Paediatric Societies and Associations". *Journal of Pediatrics* 2016;177:S1-S10.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.04.036>
2. Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrich JH. Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. *Pediatrics* 2002;109(5):788-796.  
<https://doi.org/10.1542/peds.109.5.788>
  3. van Esso D, del Torso S, Hadjipanayis A, Biver A, Jaeger-Roman E, et al. Paediatric primary care in Europe: variation between countries. *Archives of Disease in Childhood*, 2010;95(10), 791-795.  
<https://doi.org/10.1136/adc.2009.178459>
  4. Ehrich J, Namazova-Baranova L, Pettoello-Mantovani M. Introduction to diversity of child health care in Europe: a study of the European Paediatric Association/Union of National European Paediatric Societies and Associations. *Journal of Pediatrics* 2016;177:S1-S10.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.04.036>
  5. van Til J, Groothuis-Oudshoorn K, Boere-Boonekamp M. Public priorities for primary care for children. 2018. [www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/memberfiles/Final-Report-POCHA\\_14-08-2018.pdf](http://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/memberfiles/Final-Report-POCHA_14-08-2018.pdf)
  6. Issues and opportunities in primary health care for children in Europe: the final summarised results of the Models of Child Health Appraised (MOCHA) Project. London, UK 2018:340. <https://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/MOCHA-Issues-and-Opportunities-in-Primary-Health-Care-for-Children-in-Europe.pdf>
  7. Luzi D, Pecoraro F, Tamburis O. Integrating a conceptual representation of business model with UML. 2016. [http://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/memberfiles/D1.4-UML-model\\_v1.pdf](http://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/memberfiles/D1.4-UML-model_v1.pdf)
  8. Declaration of the rights of the child (1959). United Nations Human Rights Office of the High Commissioner (UNHCR) 2018. [www.ohchr.org/EN/Issues/Education/Training/Compilation/Pages/1DeclarationoftheRightsoftheChild\(1959\).aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Education/Training/Compilation/Pages/1DeclarationoftheRightsoftheChild(1959).aspx)
  9. Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health* 2011;10:15. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-15>
  10. Starfield B, Gervas J, Mangin D. Clinical care and health disparities. *Annu Rev Public Health* 2012;33:89-106.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031811-124528>
  11. Pearce A, Rougeaux E, Law C. Disadvantaged children at greater relative risk of thinness (as well as obesity): a secondary data analysis of the England national child measurement programme and the UK millennium cohort study. *International Journal for Equity in Health* 2015;14(1):61.  
<https://doi.org/10.1186/s12939-015-0187-6>
  12. Ruiz M, Goldblatt P, Morrison J, Porta D, Forastiere F, et al. Impact of low maternal education on early childhood overweight and obesity in Europe. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2016;30(3):274-284.  
<https://doi.org/10.1111/ppe.12285>
  13. Klanšček HJ, Žiberna J, Korošec A, al. Mental health inequalities in Slovenian 15-year-old adolescents explained by personal social position and family socioeconomic status. *International Journal for Equity in Health* 2014;13(26).  
<https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-26>
  14. Varga S, Piko BF, Fitzpatrick KM. Socioeconomic inequalities in mental well-being among Hungarian adolescents: A cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health* 2014;13(1):100-8.  
<https://doi.org/10.1186/s12939-014-0100-8>
  15. Wirback T, Möller J, Larsson J-O, Galanti MR, Engström K. Social factors in childhood and risk of depressive symptoms among adolescents - a longitudinal study in Stockholm, Sweden. *International Journal for Equity in Health* 2014;13(1):96-100.  
<https://doi.org/10.1186/s12939-014-0096-0>
  16. Chau K, Baumann M, Chau N. Socioeconomic inequities patterns of multi-morbidity in early adolescence. *International Journal for Equity in Health* 2013;12(1):65.  
<https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-65>
  17. Raisanen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: a population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997-2010. *BJOG* 2014;121(8):965-70.  
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.12599>
  18. Lewis KM, Ruiz M, Goldblatt P, Morrison J, Porta D, et al. Mother's education and offspring asthma risk in 10 European cohort studies. *European Journal of Epidemiology* 2017;32(9):797-805.  
<https://doi.org/10.1007/s10654-017-0309-0>
  19. Watson DE, Broemeling A-M, Reid RJ, Black C. A results-based logic model for primary health care: laying and evidence-based foundation to guide performance measurement, monitoring and evaluation. *Cent Heal Serv Policy Res* 2004;34. <https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/facultyresearchandpublications/52383/items/1.0048322>
  20. Turi AL, Bals M, Skre IB, Kvernmo S. Health service use in indigenous Sami and non-indigenous youth in North Norway: a population based survey. *BMC Public Health* 2009;9:378.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-378>
  21. Berra S, Ravens-Sieberer U, Erhart M, Tebé C, Bisegger C, Duer W, von Rueden U, Herdman M, Alonso J, Rajmil L; European KIDSCREEN group. Methods and representativeness of a European survey in children and adolescents: the KIDSCREEN study. *BMC Public Health* 2007;7:182.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-182>
  22. Ivert A-K, Torstensson Levander M, Merlo J. Adolescents' utilisation of psychiatric care, neighbourhoods and neighbourhood socioeconomic deprivation: a multilevel analysis. *PLoS ONE* 2013;8(11):e81127.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0081127>

23. Rattay P, Starker A, Domanska O, Butschalowsky H, Gutsche J, Kamtsiuris P, KiGGS study group et al. Trends in the utilization of outpatient medical care in childhood and adolescence. Results of the KiGGS study - a comparison of baseline and first follow up (KiGGS Wave1). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 2014;57(7):878-91. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-1989-1>
24. Austin JB, Selvajar S, Godden D, Russell G. Deprivation, smoking, and quality of life in asthma. *Arch Dis Child* 2005;90:253-257. <https://doi.org/10.1136/adc.2004.049346>
25. Wenner J, Razum O, Schenk L, Ellert U, Bozorgmehr K. Health status and use of health services of children with insecure residence status in Germany. *European Journal of Epidemiology*, 2016;30:S226-S227.
26. Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Díaz E, et al. The definition of immigrant status matters: impact of nationality, country of origin, and length of stay in host country on mortality estimates. *BMC Public Health* 2019;19(247). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6555-1>
27. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T, Perez-Escamilla R, Rao N, Ip P, Fernald LCH, MacMillan H, Hanson M, Wachs TD, Yao H, Yoshikawa H, Cerezo A, Leckman JF, Bhutta ZA; Early childhood development interventions review group, for the lancet early childhood development series steering committee. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet* 2017;389(10064):91-102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3)
28. Tian Y, Dixon A, Gao H. Data briefing. Emergency hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions. The Kings Fund 2012. [https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field\\_publication\\_file/data-briefing-emergency-hospital-admissions-for-ambulatory-care-sensitive-conditions-apr-2012.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/data-briefing-emergency-hospital-admissions-for-ambulatory-care-sensitive-conditions-apr-2012.pdf)
29. Liebers EA. Medicine and culture. NY, Penguin Group 1988:204. *Journal of Physical Therapy Education* 1992;6(1):41. <https://doi.org/10.1097/00001416-199201000-00027>
30. Wolfe I, Thompson M, Gill P, et al. Health services for children in Western Europe. *Lancet* 2013;381(9873):1224-34. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62085-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62085-6)

## CHALLENGES OF CHILDREN'S HEALTHCARE SYSTEM IN THE EUROPEAN UNION COUNTRIES AND LITHUANIA

I. Katinienė, L. Vaidelienė, S. Burokienė

Keywords: children's health, children's health care challenges, primary health care, children's health indicators.

### Summary

The changing needs of children's health care encourage European countries to review their children's healthcare systems to make effective and appropriate healthcare available to all children. An overview of selected scientific publications, recommendations and studies showed differences between countries in European children's healthcare systems, especially in the organization of primary health care. Three primary care systems for children are distinguished: pediatric, family doctor and mixed.

Not all countries follow the WHO European Office's Children's and Adolescent Health Strategy 2015-2020 to help countries put in place an evidence-based system to improve health care that meets the needs of children and adolescents. It is noted that the principle of centrality of the child is not introduced only in healthcare systems in many countries but also in other areas of life. When modeling the overall healthcare system without excluding children, the majority of the population is based on the needs of adults to underestimate children's needs.

Childhood health problems can have an impact throughout their lives. Addressing health inequalities by reducing the impact of social factors on health would protect the pediatric population. Infant mortality rates are lower in European countries with a better economic situation and greater focus on the well-being of the population. The health care needs of a growing child are specific in many areas, from the specific knowledge needed to treat children's diseases to the peculiarities of their representation. Therefore, health care services need to be adapted to children and professionals need to have specific competencies.

Correspondence to: [laimavaidel@icloud.com](mailto:laimavaidel@icloud.com)

Gauta 2020-10-05