

IZVJEŠTAJ

23. SAJAM ZDRAVLJA U VINKOVcima

12. - 14. 04. 2019.

Vinkovci su od 12. do 14. travnja 2019. godine bili grad domaćin 23. Sajma zdravlja. Sajam je održan u prostorima dvorane Barun Trenk, Hotela Slavonija, Glazbene škole Josipa Runjanina i Tehničke škole Ruđera Boškovića pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja RH. Organizatori Sajma bili su Grad Vinkovci, Vukovarsko - srijemska županija i Hrvatska mreža zdravih gradova.

Središnja tema 23. Sajma zdravlja bila je „Ulaganje u rani razvoj djece“. U okviru edukacijskog dijela održana su dva foruma, pet simpozija, predavanja, tečajevi cjeloživotnog učenja s vrednovanjem za profesije: liječnike, socijalne radnike, psihologe, pedagoge, medicinske sestre i medicinske tehničare, novinare, veterinare, inženjere u šumarstvu i građevini. Održano je 7 panel rasprava i okruglih stolova, desetak zabavnih i korisnih radionica, Festival znanosti te Simpozij i festival robotike, niz sportskih aktivnosti i natjecanje kuhara XV. Zlatna jabuka. U sajamskom dijelu, najzanimljivijem posjetiteljima Sajma, izlagalo je preko stotinu izlagača.

23. Sajam zdravlja, s međunarodnim sudjelovanjem u Vinkovcima otvoren je svečanošću koju su popratili i otvaranje Festivala znanosti, Simpozij s Festivalom robotike i financija, znanosti, tehnike, kulture i umjetnosti, poster prezentacije, demonstracije i niz drugih aktivnosti. Vinkovački motiv 2019. godine koji je obilježio i ovo svečano otvaranje je Vinkovački Orion - najstariji indoeuropski kalendar/posuda Orion (Vinkovci 21.03.1978. sloj vučedolske kulture nešto stariji od 2600. godine pr. Kr.). Učenici i profesori Gimnazije M. A. Reljkovića, Tehničke škole Ruđera Boškovića, Srednje Strukovne škole Vinkovci prikazali su suvenire izrađene na 3D printeru.

Na svečanom otvaranju 23. Sajma zdravlja uz TS DIKE Vinkovci i promociju Festivala robotike Vinkovci 2019. te „primijenjene robotike“ na motivima vinkovačke povijesne baštine, prisutne su pozdravili predstavnici organizatora Grada Vinkovaca i Vukovarsko-srijemske županije, Hrvatske mreže zdravih gradova te gradova Poreča i Zagreba.

Iza obilaska izložbeno-prodajnog dijela 23. Sajma zdravlja, u Hotelu Slavonija otvoren je stručno-edukativni dio Sajma **Simpozijem „Zdravlje i zdravstvo“ na temu „Implementacija Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18.) u sustavu primarne zdravstvene zaštite“**. Cilj Simpozija bio je povezati teme Ulaganje u rani razvoj djece (implementacija Platforme kroz sustav zdravstva) s implementacijom (Provedbom) Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/2018.) u sustavu primarne zdravstvene zaštite te kroz to utvrditi da li su novim Zakonom stvoreni preduvjeti za provođenje intervencije kroz redefiniranje uloge Doma zdravlja (sistematizacija radnih mjesta, nagrađivanje djelatnika, opremanje prostora, informatičko umrežavanje, uvođenje novih oblika usluga itd.) i bolje povezivanje razina sustava (primarna, sekundarna i tercijarna razina) zdravstvene zaštite.

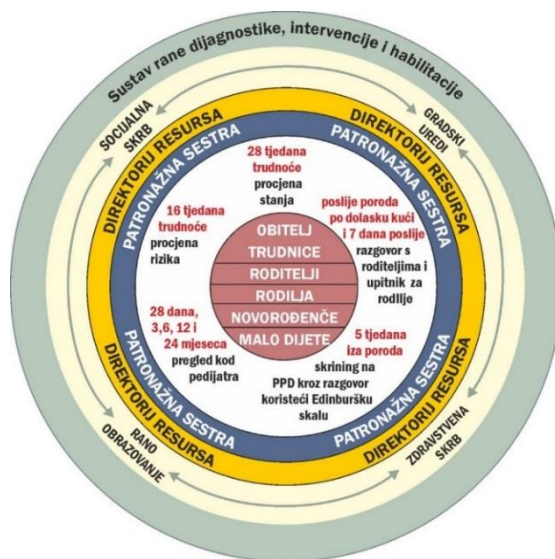
Prof.dr.sc. Selma Šogorić, predsjednica HMZG pozdravila je sve prisutne i otvorila simpozij te istaknula kako se središnjom temom „Ulaganja u rani razvoj djece“ želi povezivati sve ključne dionike na svim razinama uprave, vladinog i nevladinog sektora te struke iz područja: zdravstva, socijalne skrbi, obrazovanja, komunikacije, medija, znanosti, zapošljavanja, sporta i rekreacije, tehničku struku (urbaniste i arhitekta s prilagodbom prostora) te primjerom pokazati **kako se može djelovati na osnaživanju ljudi i osiguravanju uključenosti i jednakosti**.

U prezentaciji **Javnozdravstveni podaci o neuroriziku i nužnost ulaganja u rani razvoj djece** liječnici Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo Vesna Štefančić i Ivan Cerovečki istaknuli su značaj HZJZ-a u praćenju javnozdravstvene statistike i prikupljanju podataka i objave izvješća. Prikazali su rezultate dobivene iz baza i registara u HZJZ, a sve u

svrhu potkrjepljenja nužnosti ulaganja u rani razvoj. Vodeći izazov s kojim su se susreli pri pretraživanju baza i registara u HZJZ-u bila je nemogućnost pretraživanja baza po „neuroriziku“ ili po „svim pojedinim neurorizičnim čimbenicima“. Baze je bilo moguće pretraživati samo po MKB-10-šiframa. Iako su poznati čimbenici neurorizika: prenatalni (dob majke >35 god.), perinatalni, postnatalni (prijevremeno rođena djeca, niska porođajna masa) te je neurorizik definiran kao posljedica izloženosti tim prenatalnim, perinatalnim i postnatalnim čimbenicima rizika, iz navedenih je podataka evidentno postojanje značajnih različitosti i odstupanja za djecu u dobi do navršene treće godine života, a glavni razlozi odstupanja vezani su uz činjenicu kako se dijagnoza cerebralne paralize uglavnom postavlja nakon navršene četvrte godine života djeteta, dokad se djeca vode kao neurorizična. Zaključno je naglašena potreba za kreiranjem konsenzusa oko jasnije definicije neurorizika kako bi se prilagodio i daljnji razvoj metodologije prikupljanja podataka i praćenja neurorizika iz kojih bi se onda kreirali pokazatelji potreba ove ranjive populacije.

U prezentaciji ***Zašto ulagati u rani razvoj djece? i Kako kroz sustav zdravstva izjednačiti mogućnosti za postizanje boljeg zdravlja kod sve djece u RH?***, predsjednica Hrvatske mreže zdravih gradova (HMZG), profesor sa Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, dr.sc. Selma Šogorić istaknula je kako temelji zdravlja u odrasloj dobi leže u prenatalnom životu i ranom djetinjstvu te kako je spori rast i manjak emocionalne podrške za vrijeme ovog razdoblja rizik za loše tjelesno zdravlje tijekom života. Od posebne je važnosti fokusirati intervenciju na što ranije periode života jer je time i povrat društvenog ulaganja to veći (procjena je povrata deset na jedan uloženi \$). Cilj je intervencije stvaranje sigurnog, stabilnog, održavajućeg odnosa i okruženja u obitelji poradi smanjenja rizika po dijete, prvenstveno kroz **zdravstvene, socijalne i obrazovne politike**. Podržavajuće obiteljsko okruženje kao i dužina i kvaliteta predškolskog odgoja i obrazovanja ponajviše utječu na rast i razvoj djeteta te buduće obrazovne ishode. Pravovremeno ulaganje u te komponente može kompenzirati neke od faktora rizika, kao što je npr. niska porođajna težina. Naglasila je značaj **HMZG** koja je inicirala proces izrade zajedničkog okvira za djelovanje - **Platforme za izradu i implementaciju nacionalne strategije ulaganja u rani razvoj djece**. Tijekom 2017. godine okupljen je veliki broj dionika uz čiji je doprinos izrađen prikaz sadašnjeg stanja i okvir djelovanja. Platforma je podloga za oblikovanje nacionalne strategije i postavljanje legislativnog okvira kojeg razrađuju i čiju provedbu nadziru resorna ministarstva. Ona daje i smjernice za razvoj lokalnih i regionalnih politika (gradovi i županije) ulaganja u rani razvoj djece. Njenom operacionalizacijom dobiva se širok, jasan i fleksibilan okvir za implementaciju sveobuhvatne intervencije koja će ostvariti pozitivan učinak za zdravstvene ishode budućih generacija, tj. omogućiti pravovremeno otkrivanje rizika okruženja (čak i prije nego neki od njih nastupe: rizik od siromaštva, nasilja, zanemarivanja, okolinski čimbenici, ranjive grupe...) i zaštitu obitelji i djece s ciljem izjednačavanja mogućnosti postizanja boljeg zdravlja kod sve djece u Republici Hrvatskoj. Tijekom 2018. godine nastavljena je konzultacija s partnerima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (patronažnim sestrama, medicinskim sestrama i specijalistima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti - pedijatrima, ginekolozima i obiteljskim liječnicima) te su definirane „dionice“ provedbe kao i način njihove „operacionalizacije“ (prevođenje u akcijski plan). Krajem listopada 2018. održana je radionica sa zdravstvenim i socijalnim radnicima čiji je cilj bio analizirati implementacijski kapacitet sektora zdravstva i socijalne skrbi te mogućnosti njihovog umrežavanja, a analizira se i mogućnosti uspostavljanja suradnje i povezivanja sa sustavom ranog odgoja i obrazovanja. Sustav rane dijagnostike i intervencije (koji djeluje u sklopu sva tri spomenuta sektora) također je uključen u prijedlog cjelovite intervencije.

Grafički prikaz 1. Ciljana skupina i sudionici (cjelovite) intervencije ulaganja u rani razvoj djece



Kroz izlaganje je prikazan i **tijek intervencije** koji obuhvaća komponente: 1) ranijeg ulaska patronažne sestre u obitelj trudnice s ciljem procjene rizika u okruženju što otvara mogućnost 2) otklanjanja/ublažavanja rizika uz pomoć **direktorija resursa** (direktorij objedinjava sve nacionalno garantirane standarde i lokalno razvijene nadstandarde programa u zajednici koji mogu doprinijeti ublažavanju ili otklanjanju detektiranih rizika), 3) upitnik za roditelje s ciljem povezivanja majke s programima u zajednici i 4) ranog otkrivanja post-porođajnih depresivnih poremećaja majke (te prema potrebi povezivanje s Centrom za duševno zdravlje u zajednici), 5) sustavno praćenje rasta i razvoja djeteta (GMCD upitnik) te u slučaju potrebe povezivanje sa sustavom rane intervencije. Očekivani ishod je da kroz **pravovremeno otkrivanje, smanjenje i otklanjanje rizika** (okruženja) po zdravlje trudnica, roditelja, novorođenčadi i male djece ostvarimo pozitivan učinak na zdravstvene ishode budućih generacija. Uz razvoj instrumenata za procjenu rizika i direktorija resursa, za implementaciju intervencije, ključno je osigurati realizaciju stručnih (izmjene u CEZIH-u u smjeru povećanja interoperabilnosti sustava, razvoj procedura i protokola o suradnji, edukacija i supervizija) te kadrovskih i organizacijskih preduvjeta (značaj polivalentne patronažne sestre, smanjenje normativa i povećanje kvalitete, razvoj novih oblika usluga, kao npr. Centar za duševno zdravlje u zajednici, dostupnije usluge rane intervencije i dr.).

Grafički prikaz 2. Tijek intervencije ulaganja u rani razvoj djece

TIJEK INTERVENCIJE



Slijedeći govornik **prof.dr.sc. Draženka Blaži, mag.logoped, predstavnica Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu** u svom je predavanju „**Rana intervencija**“ izložila definiciju rane intervencije te pojasnila zašto je ona potrebna i učinkovita. Istaknula je kako rana intervencija obuhvaća: pravodobno uočavanje odstupanja u razvoju i rano provođenje interdisciplinarnih interventnih programa u djece s neurorizikom i rizikom za nastanak teškoća u razvoju te u djece kod koje je odstupanje u razvoju već dijagnosticirano. Prof.dr.sc. Blaži je istaknula kako rana intervencija podrazumijeva i proces informiranja, savjetovanja, edukacije i podrške obiteljima s malom djecom te kako slijedi ideju prevencije, optimizira uvjete za razvoj i započinje i prije postavljanja medicinske dijagnoze. Rana intervencija mora biti dobro osmišljena i započeti RANO. Pri tome sama intervencija treba biti balansiran i planski vođen proces, dok rehabilitacijski postupci nužno trebaju minimalizirati negativne učinke teškoća na razvoj. Završno je prof.dr.sc. Blaži prikazala znanstvene teorije o neuroplastičnosti mozga u ranoj dobi djeteta te istaknula kako je rana intervencija znanstveno utemeljena na spoznajama neuroznanosti te bihevioralnih i obrazovnih znanosti. Kvalitetnim prilikama za učenje i optimalnim poticanjem dojenčeta i malog djeteta možemo iskoristiti plastičnost neuroloških struktura za pozitivan utjecaj na cjelokupni razvoj djeteta.

Predstavnica **Ministarstva zdravstva** Republike Hrvatske, **dr. Sanja Predavec** u svom je izlaganju predstavila **Implementaciju Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18) u sustavu primarne zdravstvene zaštite**. Dr. Predavec je dala uvid u ulogu i strukturu doma zdravlja koju predlaže novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz pozicije Ministarstva zdravstva. Ukazala je odredbe navedene u Članku 102., 103., 104., 105. i 106. Zakona kojima je definirana uloga i značaj doma zdravlja te potrebni uvjeti za pružanje zdravstvene zaštite na primarnoj razini. Istaknula je kako zakonom propisani dom zdravlja kao zdravstvena ustanova za pružanje zdravstvene zaštite stanovništvu određenog područja u sklopu zdravstvene djelatnosti na primarnoj razini ima značajnu ulogu u cjelokupnom sustavu zdravstvene zaštite i kako je dom zdravlja uvijek bio prepoznat kao ustanova u kojoj se ulaže u ljude, dijagnostiku i liječenje. Zaključno dr. Predavec je istaknula kako je očuvanje uloge zdravlja u zajednici ostvarivo kroz očuvanje uloge doma zdravlja i, svakako, u kontekstu primarne prevencije i rane intervencije koju daje (na ovom skupu predložena) cjelovita intervencija ulaganja u rani razvoj djece.

Stav lokalne uprave u odnosu na „novi“ Zakon o zdravstvenoj zaštiti prikazao je **dr.sc. Vjekoslav Jeleč, dr.med., pročelnik Gradskog ureda za zdravstvo Grada Zagreba**. U svom se izlaganju uvodno dotakao razlike između tržišnog i javnog zdravstva te izrazio stav Grada Zagreba da procese deregulacije, privatizacije i komercijalizacije u javnom zdravstvu doživljavaju kao negativne. Strahuju da će na razini primarne zdravstvene zaštite doći do gubitka temeljnih djelatnosti doma zdravlja. Prikazao je zdravstvene potrebe stanovnika grada i sadašnju zdravstvenu potrošnju te dao projekciju financijskog učinka novog Zakona na buduće poslovanje tri zagrebačka doma zdravlja vezano uz scenarije odlaska 50%, 75% ili 100% PZZ + ljekarne + svi timovi fizikalne medicine u koncesiju. U svim scenarijima sva tri doma zdravlja poslovala bi sa gubitkom, godišnje ukupno: 50% djelatnika u koncesiji = sa - 19.7 mil. kn, 75% djelatnika u koncesiji = sa - 29.6 mil. kn, 100% djelatnika u koncesiji = sa - 39.6 mil. kn bez izračuna učinka na zdravstvene ishode. Smatra da Zakon nije usklađen s međunarodno usvojenim strategijama i dokumentima. Spominje 5 ključnih poruka Europske Komisije (DG Sante) izdanih na temelju analize Zdravstvenog profila zemalja EU provedenog 2017. godine. One glase: Promocija zdravlja i prevencija bolesti zahtijeva multisektorsku suradnju različitih područja. Jaka primarna zdravstvena zaštita vodi pacijente kroz sustav i tako ograničava nepotrebno trošenje resursa. Integrirani modeli zdravstvene skrbi su jako važni za uspjeh, bolju efikasnost, dostupnost i otpornost sustava, a podrazumijevaju efektivno dijeljenje informacija. Proaktivno planiranje

kadrova i predviđanje promjena čini zdravstveni sustav otpornim na buduće potrese. Bolesnik je u fokusu slijedeće generacije zdravstvenih indikatora. Zaključno dr. Jeleč ističe da Zakon ne osigurava kvalitetniju i bolju zdravstvenu zaštitu. Zakon neće doprinijeti modernijem, održivijem i dostupnijem sustavu javnog zdravstva. Doma zdravlja jest/i treba ostati temeljni nositelj primarne zdravstvene zaštite koji koordinira potrebe svih oblika zdravstvene zaštite na svom području!

Nakon izlaganja uslijedila je rasprava u kojoj su sudionici rasprave prokomentirali prikazane uvide u ulogu i strukturu doma zdravlja koju predlaže novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz pozicije Ministarstva zdravstva, HZZJ-a, županija i akademske zajednice (Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu). **Prof. Šogorić** ističe da navedeni zakon daje priliku za širu interpretaciju odredbi koje se odnose na doma zdravlja te da je potrebno legislativno uređenje okvira koji se odnosi na doma zdravlja, primarno vezano uz potrebe stanovništva (dispanzeri i proširenje usluga). Pod zakonskim aktima je potrebno stvoriti i infrastrukturne preduvjete kako bi se povećala dostupnost zdravstvene skrbi. Ovime je rasprava usmjerena prema ostvarivanju organizacijskih preduvjeta za provođenje intervencije Ulaganja u rani razvoj djece kroz redefiniranje uloge doma zdravlja (sistematizacija radnih mjesta, nagrađivanje djelatnika, opremanje prostora, informatičko umrežavanje, uvođenje novih oblika usluga itd.). **Doc.dr.sc. Antonija Balenović, ravnateljica DZ Zagreb Centar** naglašava potrebu za razvojem „specijalistike“ na razini doma zdravlja te kako novi zakon otvara mogućnosti za izmjenu mreže koje do sad nisu bile usvojene. Ističe važnost doma zdravlja u prevenciji i multisektorskoj suradnji, ukazuje na značaj promjene paradigme sa liječenja bolesti na liječenje osobe i naglašava važnost vrijednosne integracije, postizanja normativnog jedinstva i ujedinjenja stavova kao preduvjeta za bilo kakvu integraciju u sustavu zdravstva. **Prof.dr.sc. Šogorić** ukazuje kako je mrežu i standarde potrebno ispregovarati s Ministarstvom zdravstva i kako je za provedbu nadalje značajan sustav podrške (navodi primjer implementacije GMCD upitnika i suradnju psihijataru i patronažnih sestara). **Dr.sc. Jeleč** ističe kako se s vremenom koncept zajednice urušava i kako pri tome nitko nije protiv koncepta privatizacije pa ni u kontekstu doma zdravlja, ali da privatizacija automatizmom ne garantira veću razinu kvalitete pružanja zdravstvene zaštite. Navodi primjer Švedske i ukazuje na razlike u percepciji između javnog i privatnog uspoređujući EU i SAD. **Prof.dr.sc. Blažić** je ukazala na izazove vezano uz financiranje zdravstvene zaštite u RH i to posebice na činjenicu kako HZZO plaća usluge, a liječnici sami određuju preraspodjelu radnog vremena. Smatra da navedeno utječe na smanjenje dostupnosti pa je shodno tome nužna standardizacija i izjednačavanje dužnosti. Zaključila je kako podržava uvođenje GMCD-a, a istaknula je i nužnost intersektorske suradnje s logopedima i to s naglaskom na područja gdje su pojačane potrebe. **Prof.dr.sc. Šogorić** je ukazala kako su rano obrazovanje i socijalna skrb, pored zdravstva, drugi aspekti rane intervencije i da je nužno pregovaranje s njihovim nadležnim ministarstvima. **Dr. Predavec** je pozvala sudionike diskusije da se obrate Ministarstvu zdravstva s konkretnim prijedlozima. Predstavnica Doma zdravlja Krapinsko-zagorske županije ukazala je na nedostatak kadrova koji je problem, unatoč mogućoj implementaciji intervencije. **Prof.dr.sc. Šogorić** je u kontekstu spominjanog nedostatka ljudskih resursa naglasila kako je nužan strateški pristup u razvoju zdravstvenih djelatnika. Sada se, više nego ikad ranije, osjećaju posljedice neadekvatnog (kratkoročnog) planiranja iz prošlosti. Isti je problem vidljiv u većini razvijenih EU zemalja i posljedica je planiranja vezanog uz mandatno političko razdoblje, a ne uz (nužno) dugoročno i sveobuhvatno strateško planiranje razvoja zdravstvenih djelatnika. **Dr. Predavec** je ukazala na mogućnost različitih oblika ugovaranja u takvim slučajevima te pozvala ustanove na suradnju s Ministarstvom zdravstva pri planiranju specijalizacija. Predstavnica iz sustava socijalne skrbi ukazala je na potrebu restrukturiranja centara u sustavu socijalne skrbi, od

kojih je određeni dio u sustavu obrazovanja te je naglasila i tu prisutan nedostatak kadrova te potrebu za definiranjem mreže kroz definiranje pojedinih usluga koje pružaju akteri i potrebu za razgovorom o temi integracije u sustav redovne nastave. S obzirom na širinu teme, **prof.dr.sc. Šogorić** je ukazala na potrebu za uvođenjem (usklađivanjem) standarda u sustavu edukacije i rehabilitacije te pozvala sve sudionike na daljnju raspravu na tu temu na drugim tematskim diskusijama tijekom ovog Sajma zdravlja.

Zaključno su identificirane potrebe vezane uz kontinuirani razvoj i osnaživanje kompetencija profesionalnih kadrova uključenih u brigu oko ranog razvoja djece (i obitelji), a posebice patronažnih sestara i djelatnika primarne zdravstvene zaštite. Naglašeno je kako je zdravstvenu skrb na primarnoj razini (djelatnost doma zdravlja) potrebno usmjeriti na tri prioriteta: ulaganje u rani razvoj djece, unaprjeđenje mentalnog zdravlja te prevenciju (i adekvatno liječenje) kardiovaskularnih bolesti. U diskusiji je istaknuta i važnost centara za mentalno zdravlje u zajednici, ali i uključivanje značajnog broja stručnjaka koji bi svojom međusobnom suradnjom mogli stvoriti preduvjete za adekvatnu sveobuhvatnu intervenciju.

Forum zdravih gradova i županija „Platforma ulaganja u rani razvoj djece – značaj predškolskog obrazovanja“ održan je u subotu, 13. travnja u velikoj dvorani Glazbene škole Josipa Runjanina Vinkovci. Tijekom Foruma, kroz seriju okruglih stolova, raspravljene su „dionice“ provedbe Platforme vezano uz svaku od uključenih profesija (zdravstvo, socijalna skrb, rana intervencija te rani i predškolski odgoj i obrazovanje).

U **Uvodnom panelu** predstavljena su razmišljanja pozvanih uvodničara, s molbom da prikažu kako oni vide uloge svojih profesija: prof.dr.sc. Selma Šogorić sa Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ vezano uz ulogu sustava zdravstva i lokalne i regionalne samouprave, gospođa Zrinka Mikić, ravnateljica Dječjeg doma Sv. Ana Vinkovci kao izaslanica ministrice Murganić (Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku RH) vezano uz sustav socijalne skrbi te doc.dr.sc. Katarina Pavić Dokoza iz Poliklinike za rehabilitaciju slušanja i govora SUVAG Zagreb vezano uz ranu intervenciju i habilitaciju.

U uvodnom je dijelu prezentacije **prof.dr.sc. Selma Šogorić**, dr.med., Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, predsjednica HMZG **povezala djelovanje Hrvatske mreža zdravih gradova i UN-ovu Agendu 2030.** Kako **UN Agenda 2030. za održivi razvoj** naglašava značaj sve tri nedjeljivo povezane **dimenzije održivog razvoja: ekonomski, socijalni i okolišni** razvoj, prihvaćena je od strane SZO kao **krovni dokument VII. i VIII. faze Europskog projekta Zdravi grad** Svjetske zdravstvene organizacije. Obzirom da je riječ o UN-ovom dokumentu koji obavezuje i našu zemlju, Republika Hrvatska se obavezala da će 2019. godine na UN-ovom Političkom forumu predstaviti svoju dragovoljnu nacionalnu prezentaciju na temu **Oснаživanje ljudi i osiguranje uključivosti i jednakosti** (ciljevi: 4. Uključivo i pravedno obrazovanje, 8. Dostojanstven posao i ekonomski rast, 10. Smanjivanje nejednakosti u zdravlju, 13. Borba protiv klimatskih promjena i 16. Promicanje mira i pravičnosti). Svi navedeni ciljevi nacionalne prezentacije dio su iskustva i sadržaj rada i lokalne i regionalne samouprave, članova HMZG. Pri tome je politika **Ulaganja u rani razvoj djece** prototip politike čijom implementacijom možemo povezati sve ključne dionike na svim razinama uprave, vladinog i nevladinog sektora te struke iz područja: zdravstva, socijalne skrbi, obrazovanja, komunikacije, medija, znanosti, zapošljavanja, sporta i rekreacije, tehničku struku (urbaniste i arhitekta s prilagodbom prostora) te primjerom pokazati **kako se može djelovati na osnaživanju ljudi i osiguravanju uključivosti i jednakosti.**

Grafički prikaz 3. 17 ciljeva UN Agenda 2030. za održivi razvoj



Središnje teme sedme faze europskog projekta Zdravi gradovi temelje se na šest tema odabranih tijekom sastanka gradonačelnika u Kopenhagenu u veljači 2018. godine:

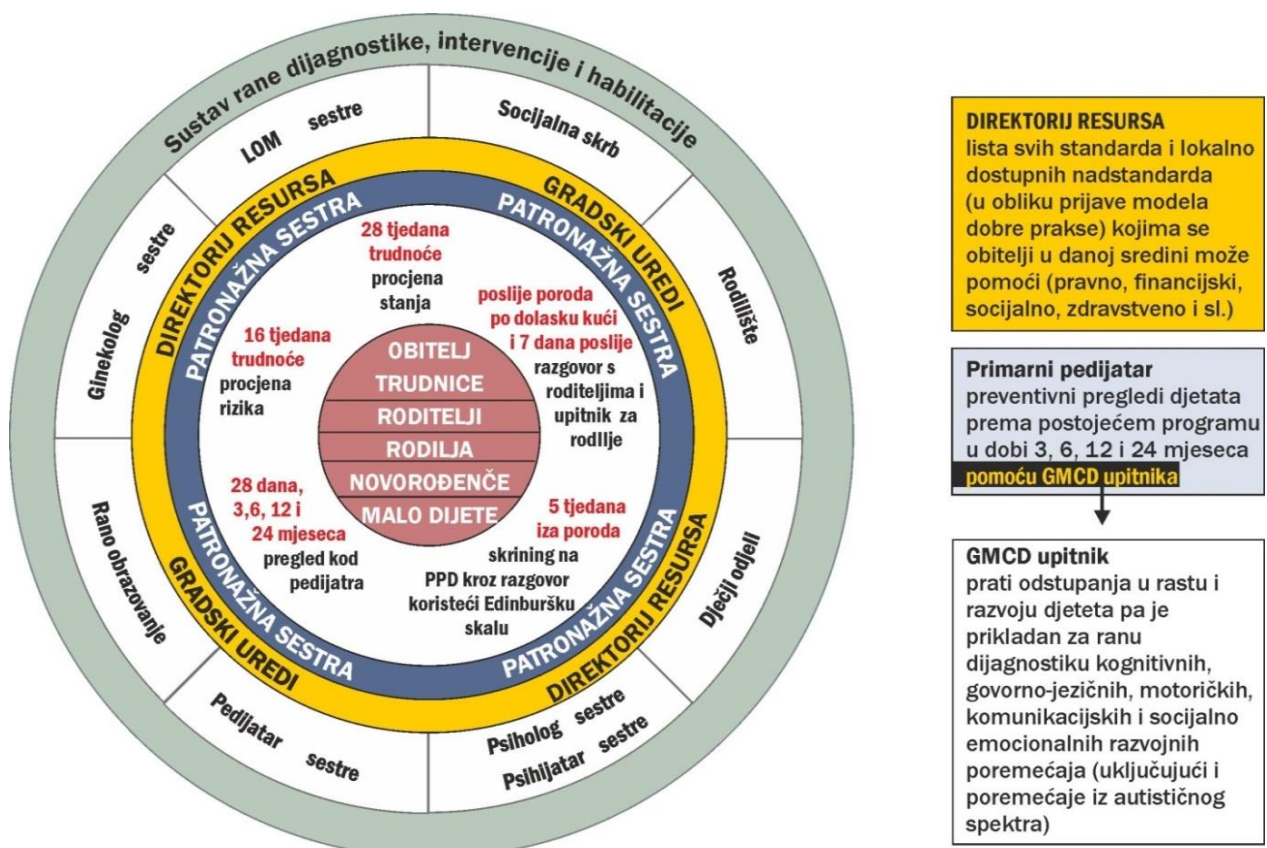
- ulaganje u ljude koji nastanjuju naše gradove;
- stvaranje urbanog okruženja (mjest) koje unapređuje zdravlje i blagostanje;
- veće sudjelovanje i partnerstvo za zdravlje i blagostanje;
- unapređenje boljitka zajednice te pristup zajedničkim dobrima i uslugama;
- promicanje mira i sigurnosti kroz društvenu uključenost (inkluziju);
- očuvanje planeta i sigurnosti kroz društvenu uključenost te, predvedeći osobnim primjerom, očuvanje planeta od degradacije kroz održivu potrošnju i proizvodnju

Grafički prikaz 4. Središnje teme VII faze projekta Zdravi grad Europskog ureda SZO



Prof.dr.sc. Šogorić je ukratko podsjetila prisutne na aktivnosti HMZG i istraživačkog tima u razvoju **Platforme za izradu i implementaciju nacionalne strategije ulaganja u rani razvoj djece** tijekom 2017. i 2018. godine. Kako rani razvoj polaže temelje budućeg (cijelo životnog) psihološkog i psihosocijalnog zdravlja i blagostanja, najvažnije su intervencije u najranijoj dobi - od začeca do polaska u školu. **Intervencije trebaju ići u smjeru stvaranja sigurnog, stabilnog, podržavajućeg i poticajnog odnosa i okruženja** u obitelji i zajednici. Kvalitetno roditeljstvo najbolja je garancija budućeg dobrog socijalnog i emocionalnog razvoja djeteta. Duševno zdravlje majke ovdje ima ključnu ulogu. Djeca majki lošeg duševnog zdravlja imaju pet puta veću vjerojatnost i sama razviti duševne (emocionalne i ponašajne) probleme. Uloga očeva značajna je kao uloga njegovatelja i kao osobe koje odterecuju majke. Svađe i nerazumijevanje među roditeljima predstavljaju rizik za zdravi razvoj djeteta. Najbolji sistem za **Zdravi početak** uključuje **zdravstvene, socijalne i obrazovne politike** koje pružaju visoko kvalitetnu i univerzalno dostupnu **zdravstvenu zaštitu** u pre i postnatalnom periodu, **distributivnu socijalnu pravednost**, odnosno socijalni sustav koji prepoznaje rizike koje nosi siromaštvo u ranom djetinjstvu, dobre mogućnosti korištenja **porodiljnog dopusta** (adekvatno plaćen i dovoljno dug kako bi omogućio dostatno ekonomsko blagostanje roditelja) čime se facilitira razvoj privrženosti nužne za duševni razvoj djeteta i podržava dojenje, visoko kvalitetan, fleksibilan i financijski pristupačan sustav **njege i ranog obrazovanja** (predškolsko obrazovanje trebalo bi biti dostupno svoj djeci, bez obzira da li im roditelji rade ili ne) te lokalno postojanje programa podrške roditeljima u zajednici koji pružaju dragocjen doprinos razvoju djece, uz poseban naglasak na osiguravanje sustava podrške roditeljima iz ranjivih grupa i njegovo prošireno korištenje.

Grafički prikaz 5. Stvaranje kadrovskih i organizacijskih preduvjeta za provođenje intervencije



Preduvjeti: Stvaranje kadrovskih i organizacijskih preduvjeta za provođenje intervencija

Tijek intervencije kroz sustav zdravstva obuhvaća komponente: 1) raniji ulazak patronažne sestre u obitelj trudnice s ciljem procjene rizika u okruženju što otvara mogućnost 2) otklanjanja/ublažavanja rizika uz pomoć direktorija resursa (direktorij objedinjava sve nacionalno garantirane standarde i lokalno razvijene nadstandarde programa u zajednici koji mogu doprinijeti ublažavanju ili otklanjanju uočenih rizika), 3) upitnik za roditelje s ciljem povezivanja majke s programima u zajednici i 4) rano otkrivanje post-porođajnih depresivnih poremećaja majke (te prema potrebi povezivanje s Centrom za duševno zdravlje u zajednici) i 5) sustavno praćenje rasta i razvoja djeteta (GMSD upitnik) i u slučaju potrebe povezivanje sa sustavom rane intervencije. **Povezivanje sa sustavom socijalne skrbi** odvija se kroz direktnu suradnju patronaže, LOM-a i Centara za socijalnu skrb, no otvara se i mogućnost unapređenja suradnje između dvaju sustava kroz djelovanje socijalnih radnika već zaposlenih u sustavu zdravstva (npr. u općim i kliničkim bolnicama, ali ne i u domu zdravlja). **Povezivanje sa sustavom rane dijagnostike, intervencije i rehabilitacije** primarno leži na pedijatru koji prema njemu trijažira obitelji s djecom kod kojih su uočena odstupanja u rastu i razvoju. Provođenjem (do sada pobrojanih) aktivnosti povećat će se pritisak na već preopterećen sustav rane dijagnostike i intervencije koji će postati „usko grlo“ ako ga, uz pomoć lokalne samouprave, ne učinimo dostupnijim spuštajući veći broj usluga na razinu doma zdravlja. Dokumentiran je **pozitivan utjecaj kvalitetnog ranog odgoja i obrazovanja na razvoj djece** pa shodno tome treba povećati obuhvat djece kvalitetnim ranim obrazovanjem, ali i uvesti standarde mjerenja postignuća djece (socio-emocionalne dobrobiti, otpornosti, socijalne kompetencije, razvoja jezičnih i numeričkih vještina, kognitivnog razvoja, emocionalne zrelosti, komunikacijskih vještina, fizičkog zdravlja i drugo) i povećati njihovu spremnost za školu. **Hrvatska mreža zdravih gradova** (koja okuplja gradove i županije okupljene oko ideje promicanja zdravlja) partner je u provođenju ovog projekta. Lokalna i regionalna uprava i samouprava temeljem prepoznatih zdravstvenih potreba svoje populacije **razvija i financira lokalne nadstandarde** (predstavljene kroz **Direktorij resursa**). Ona je kreator programa podrške obiteljima, ali i **osnivači zdravstvenih ustanova** na primarnoj i sekundarnoj razini (županije i Grad Zagreb) te **ustanova ranog odgoja i obrazovanja** (jaslice i vrtići). **Pravovremenim otkrivanjem, smanjenjem i otklanjanjem rizika** (okruženja) po zdravlje trudnica, roditelja, novorođenčadi i male djece te implementacijom prijedloga ove cjelovite intervencije, ostvarit će se pozitivan učinak na zdravstvene ishode generacija koje dolaze.

„Integralan pristup ranoj intervenciji - SUVAG model“ u svom je izlaganju prikazala **Darija Hercigonja Salamoni, mag. logopedije iz Poliklinike za rehabilitaciju slušanja i govora SUVAG Zagreb**. SUVAG je organiziran kao sustav multidisciplinarnih usluga koje se pružaju djeci od rođenja kako bi se unaprijedilo djetetovo zdravlje i blagostanje, osnažio razvoj njegovih vještina te smanjilo razvojno zaostajanje ili nastanak razvojnih teškoća i spriječila funkcionalna pogoršanja. Istovremeno to je i sustav usluga usmjerenih roditeljima u svrhu unaprjeđivanja (prilagodljivog) roditeljstva te cjelokupnog obiteljskog djelovanja. Rani terapijski pristup kod djece s poremećajem komunikacije, jezika i govora, pa tako i iz spektra autizma (PSA) zahtijeva što raniji početak (rana dijagnostika i rana intervencija), uporabu razvojno primjerenih, cilju usmjerenih, sustavno osmišljenih aktivnosti, aktivno sudjelovanje djeteta, osiguravanje prilika za učenje planiranih vještina kroz dan te uključivanje obitelji i vršnjaka u intervenciju kako bi se potaknula generalizacija naučenih vještina. Kroz programe savjetovanja obitelji te kroz individualni i grupni rad potiče se komunikacijski i jezično-govorni razvoj djeteta te provode ritmičke i glazbene stimulacije kao posebni verbotonalni postupci. Procjena individualnih potreba pojedinog djeteta provodi se instrumentima za procjenu komunikacijskog i jezično govornog razvoja (Pragmatički profil svakodnevnih komunikacijskih vještina, Komunikacijska razvojna ljestvica – KORALJE, Ljestvica za procjenu ranog komunikacijskog i simboličkog razvoja, Ljestvica za razumijevanje jezika - *Reynell, Peabody* slikovni test rječnika (PPVT-III-HR) i drugi). Upitnicima se također procjenjuju i prate obiteljske potrebe. Temeljem dobivenih podataka određuju se ciljevi intervencije u odnosu na svako pojedino dijete i prati uspješnost terapije.

Gospođa Zrinka Mikić, prof. pedagogije, ravnateljica Dječjeg doma Sv. Ana Vinkovci predstavila je **Strateške dokumente Ministarstva za demografiju, mlade, obitelj i socijalnu politiku** koji pridonose stvaranju boljih uvjeta za sigurno djetinjstvo. Napomenula je da je **Konvencija o pravima djeteta** polazište i okvir za sagledavanje zaštite dobrobiti i promicanja punog razvojnog potencijala svakog djeteta, okvir za sagledavanje odnosa između roditelja i djece te roditeljske i društvene odgovornosti te kao takva jedno od temeljnih vrijednosti hrvatskog društva. Zaštita prava djece i podrška obitelji jedan su od prioriteta sustava socijalne skrbi. Zaštita i dobrobit djece bez odgovarajuće roditeljske skrbi pri tom su od posebne važnosti. Strateški dokumenti Ministarstva za demografiju, mlade, obitelj i socijalnu politiku koji pridonose stvaranju boljih uvjeta za sigurno djetinjstvo su: Nacionalni plan aktivnosti za prava i interese djece 2006. - 2012., Plan deinstitutionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi i drugih pravnih osoba koje obavljaju djelatnost socijalne skrbi u RH za razdoblje od 2011. - 2018. godine te Plan deinstitutionalizacije, transformacije te prevencije institucionalizacije 2018. - 2020. godine. U navedenim je dokumentima deinstitutionalizacija (korisnika) definirana kao proces kojim se djeci smještenoj u domovima za djecu i mlade bez odgovarajuće roditeljske skrbi te domovima za djecu i mlade s problemima u ponašanju omogućava drugačiji oblik smještaja i skrbi (izvaninstitucionalna skrb), odnosno njihovo uključivanje u život zajednice. Transformacija (domova) definirana je kao proces koji se odvija paralelno s procesom deinstitutionalizacije u kojem domovi pružaju upravo one izvaninstitucionalne socijalne usluge koje su u skladu s potrebama korisnika u zajednici te postaju „domovi transformirani u pružatelje usluga u zajednici u svim županijama sukladno potrebama korisnika“. Cilj resornog Ministarstva bio je do 2016. promijeniti omjer korisnika bez odgovarajuće roditeljske skrbi u institucijskoj i izvaninstitucijskoj skrbi na 20%: 80% u korist izvaninstitucijske skrbi. Do 2016. godine broj djece bez odgovarajuće roditeljske skrbi u institucijskoj skrbi uspjeli su smanjiti od 38% na 23%. Cilj je također bio deinstitutionalizirati 40% djece i mladih s problemima u ponašanju u izvaninstitucijske oblike smještaja, uz adekvatnu edukaciju i superviziju pružatelja usluga. No ovdje je omjer smanjen vrlo malo (od 93% na 83%) što govori u prilog činjenici da je veliki postotak djece i mladih s problemima u ponašanju do 2016. ostao i dalje u institucijskoj skrbi. Najvažnije aktivnosti koje je, temeljem strateških dokumenata, trebalo provesti bile su: povećati raznovrsnost i kvalitetu usluga, poticati udomiteljstvo i organizirano stanovanje djece uz podršku te provesti transformaciju domova (manje smještaja, a više drugih usluga koje osnažuju udomiteljske obitelji kao što su supervizija i edukacija), preusmjeravanje resursa na organizirano stanovanje, ograničenje kapacitete postojećih domova, obustavljanje prijema djece do 7. godine života u dom i deinstitutionalizacija djece u dobi do 3. godine života. Predloženo je da se dječji domovi transformiraju u Centre za pružanje usluga u zajednici (pružanje spektra usluga u od cjelodnevnog/ poludnevnog/ povremenog boravka, privremenog smještaja za mali broj korisnika, organizirano stanovanje, savjetovanja...). Domovima za intenzivnu skrb ograničen je broj korisnika uz povećanje kvalitete i opsega usluga. U njejoj instituciji Dječjem domu Sv. Ana Vinkovci smanjen je kapacitet stalnog i tjednog smještaja na 30 osoba, a kvaliteta i raspon usluga su povećani (cjelodnevni/ poludnevni boravak, organizirano stanovanje uz podršku, savjetovanja primarnih, udomiteljskih i posvojiteljskih obitelji, djece koja žive u tim obiteljima i djece/ mladih nakon izlaska iz skrbi). Plan deinstitutionalizacije, transformacije te prevencije institucionalizacije 2018.-2020. donesen je u prosincu 2018. kao nadogradnja postojećem Planu iz 2011. - 2018. u svrhu nastavka i poboljšanja procesa deinstitutionalizacije i transformacije te radi nalaženja odgovora na kompleksne novonastale izazove (potreba da se pomaže žrtvama nasilja, osobama s problemima ovisnosti, trgovanje ljudima te migrantska kriza i pojava djece bez pratnje koja zahtijevaju poseban pristup). Specifični ciljevi novog Plana su: jačanje ciljanih te povećanje dostupnosti usluga podrške roditeljstvu i obiteljima (povećanje dostupnosti Obiteljskih centara na sveukupnom teritoriju RH), jačanje kapaciteta Centara za socijalnu skrb (pravovremeno prepoznavanje i intervencija kad je u pitanju zaštita djece i obitelji), poboljšanje kvalitete, dostupnosti i usklađenosti socijalnih usluga za roditelje i djecu u svim županijama te razvoj

izvaninstitucionalnih usluga u skladu sa stvarnim potrebama u zajednici i poticanje udomiteljstva (zadatak i za CZSS i za pružatelja usluga).

Model rane intervencije u Centru za rehabilitaciju Mala Terezija Vinkovci prikazala je **gospođa Janja Mišić Rudelić, dipl.soc.rad., ravnateljica Centra** za rehabilitaciju Mala Terezija Vinkovci. Centar za rehabilitaciju Mala Terezija je ustanova socijalne skrbi čiji je osnivač RH. Sukladno Zakonu o socijalnoj skrbi, Centar pruža socijalne usluge za djecu s teškoćama u razvoju i odrasle osobe s invaliditetom od rane intervencije, psihosocijalne podrške, poludnevni i cjelodnevni boravak, organizirano stanovanje te privremeni i dugotrajni smještaj. U Centru je zaposleno 49 djelatnika, a čine ga **Odjel psihosocijalne rehabilitacije** (odgoj i edukacijska rehabilitacija, socijalna rehabilitacija, logopedska terapija, socijalni rad, psihološka podrška, glazboterapija i glazbene aktivnosti, kineziterapija i sportske aktivnosti, senzorna integracija, radna terapija, likovna terapija i likovne aktivnosti, radne aktivnosti) i **Odjel njege i brige o zdravlju** (zdravstvena skrb, fizikalna terapija, njega). Kontinuirano rade na razvoju izvaninstitucionalnih usluga (organizirano stanovanje, psihosocijalna podrška i rana intervencija) te se time smanjuje i broj korisnika dugotrajnog smještaja. 2013. - 2015. CZR Mala Terezija bio je nositelj razvoja projekta „**Prvi korak u sretno djetinjstvo**” financiranog iz pretpripravnih EU fondova, IPA 4 komponenta „Širenje mreže socijalnih usluga u zajednici”. Rana intervencija definirana je Zakonom o socijalnoj skrbi iz 2011. kao pomoć roditeljima/članovima obitelji kod utvrđenog razvojnog rizika ili teškoća, a pruža se djetetu kod kojeg je do navršene 3., a najdulje do navršene 7. godine utvrđeno odstupanje u razvoju, razvojni rizik ili poteškoće. Kroz ovaj je projekt razvijen Model rane intervencije i uvedene nove izvaninstitucionalne usluge za djecu s neurorazvojnim rizicima i razvojnim odstupanjima i podrške njihovim obiteljima, provedena edukacija stručnih radnika, nabavka opreme, umrežavanje sustava te promoviranje izvaninstitucionalnih usluga. Paralelno je razvijana suradnja s drugim udrugama i institucijama te se radilo na senzibiliziranju javnosti i smanjivanju predrasuda. Uz novu uslugu rane intervencije uvedena su i tri nova rehabilitacijska programa: terapija senzorne integracije, terapija sa psom i terapijsko jahanje. Ovim su projektom nove usluge rane intervencije približene obiteljima djece s razvojnim teškoćama u lokalnoj zajednici. No slabosti još uvijek ima: nedovoljna je umreženost među sustavima, a poznato je da niti jedan od sustava ne može samostalno odgovoriti na sve potrebe, nedostaju procedure između sustava, stručnjaci su međusobno nepovezani, nedostatna je stručna podrška obiteljima, nema praćenja djeteta nakon izlaska iz terapija, usluge su još uvijek nedovoljno dostupne u lokalnim zajednicama udaljenim od pružatelja, informacije su neobjedinjene i nedostatna je potpora zajednice.

U **Panelu Rani i predškolski odgoj i obrazovanje** koji su moderirali prof.dr.sc. Vatroslav Horvat s Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i gospođa Nataša Basanić Čuš, prof.psih., psihoterapeut iz Poreča, koordinatorica HMZG predstavljen je značaj predškolskog obrazovanja i pojašnjena uloga odgojitelja u ranom razvoju djeteta.

Prva govornica **gospođa Suzana Zidar, odgojitelj** predškolske djece i **ravnateljica DV Stribor, Vinkovci** predstavila je **povijest razvoja skrbi o djeci u Hrvatskoj** od 15. stoljeća do danas. Danas dominantnu doktrinu rada u jaslicama i dječjim vrtićima, na primjeru Dječjih vrtića Vinkovci, prikazala je **gospođa Monika Dragun, prof. pedagogije**. Jaslice i dječji vrtić prvi su djetetov iskorak u svijet i prva stepenica u sustavu odgoja i obrazovanja. Njihov je kurikulum usmjeren na dijete, priznavanje individualnosti i razvojne razine svakog djeteta, njegovanje uzajamnog poštovanja i povjerenja, dizajniranje poticajne i razvojno primjerene sredine, kreiranje prilika za djetetovu kooperaciju s drugima, stvaranje mogućnosti za izbore, gradnju pozitivne slike o sebi, poticanje kreativnih potencijala djece te jačanje autonomije i kompetencije djeteta. Dijete uči kroz igru pa su igra, vrtičko okruženje i

sposobnosti odgajatelja u tom procesu vrlo značajni. Kroz igru dijete uči razgovarati s drugom djecom, postavlja pitanja i traži odgovore. Odgojitelj utječe na dječju igru, isto kao i materijali kojima se dijete igra u vrtiću. Učenje je povezano sa socijalnom interakcijom. Odgojitelj svakodnevnim promatranjem djece u svojoj skupini upoznaje sposobnosti, potrebe i interese svakog djeteta. Odgojitelj potiče socio-emocionalni razvoj djetetove ličnosti, spoznajni razvoj, govor, komunikaciju, izražavanje, stvaralaštvo kao i tjelesni i psihomotorni razvoj djeteta. Rana socijalizacija i razvoj osjećaja pripadnosti zajednici uključuju razvijanje empatije prema drugima, prihvaćanje različitosti, razvijanje skupne povezanosti, razvijanje pozitivne slike o sebi, poticanje samostalnosti i samopouzdanja, učenje nenasilnom rješavanju sukoba, stvaranje vrijednosnog sustava i učenje moralnih vrijednosti. Spoznajni razvoj uključuje stvaranje pojmova i uočavanje veza i odnosa među predmetima i pojavama, razvoj kritičkog mišljenja i poticanje na samostalno rješavanje problema, poticanje na logičko zaključivanje, osnove matematike (odnosi među količinama, pojam broja, brojevni niz, zbrajanje i oduzimanje) i osnove prirode i društva (promjene u prirodi, godišnja doba, zanimanja, promet i slične nastavne cjeline). Potiče se razvoj pravilnog govora i izgovora od najranije dobi, svakodnevno se obogaćuje vokabular kroz razne aktivnosti, dramske igre (igre kazališta s lutkama, podjela uloga u pričama i sl.), igre s pjevanjem (razvoj glazbene osjetljivosti uz pokret i ritam), pjesmice i aktivno slušanje dječje, ali i klasične glazbe, likovno izražavanje kroz sve likovne tehnike te kreativno izražavanje pedagoški neoblikovanim materijalom. Tjelesni i psihomotorni razvoj djeteta potiče se svakodnevno kroz sat tjelesnog odgoja, rad na koordinaciji pokreta cijelog tijela, poticanje prirodnih oblika kretanja, razvoj posebnih motoričkih vještina, razvoj grafomotorike, razne natjecateljske igre te svakodnevni boravak na zraku. Integrirani predškolski kurikulum ističe da odgojitelj nema dominantnu ulogu u poticanju razvoja i aktivnosti djece, nego on treba stvarati uvjete za interaktivne aktivnosti u kojima će dijete moći izgrađivati svoju autonomiju. Odgojitelj treba postupno i strpljivo pratiti dijete kroz njegove interaktivnosti, pribavljajući mu mogućnost stjecanja novih uvida i dolaska do novih otkrića. Kurikulum dječjeg vrtića, zajednice koja uči, obuhvaća sva područja djetetova razvoja u jednoj cjelini, kako bi odgovarao prirodi djeteta i njegovu podučavanju.

Utjecaj glazbe i zvuka na razvoj i zdravlje dojenčadi, vrtićke i školske djece predstavila je **gospođa Ivana Huk, akademski muzičar violinist**, prof. violine, mag.mus. iz **Glazbene škole Josip Runjanin Vinkovci**. Uvodno su prikazani rezultati istraživanja koji govore u prilog pozitivnog utjecaja zvuka na razvoj fetusa i dojenčadi. Pojašnjeno je da mozak može reagirati na glazbu na 4 različita načina: kognitivni (misaoni), afektivni (emocionalni), fizički (tjelesni) i transpersonalni (izvan nas). Lijeva strana mozga je odgovorna za razvoj verbalnog aspekta, a desna strana za neverbalni i emocionalni aspekt. Senzorno emocionalni jezik (pred-verbalni) kod dojenčadi je pohranjen u prizorima, mirisima, zvukovima i osjećajima, što pokazuje da djeca više i prvo koriste desnu stranu mozga. Spomenut je i značaj glazbe u predškolskoj ustanovi gdje se kroz igre disanja, igre tišine, pjevanje, brojalice (govorne i pjevane), glazbeni pokret – ples, slušanjem glazbe (pasivno i aktivno) i sviranjem potiče razvoj kreativnih sposobnosti, kritičkog mišljenja, etičkih vrijednosti, koncentracije, emocija i mašte, fina motorika ruku i nogu te pojačani osjećaj za ritam, intonaciju, dinamiku, boju tona i onoga što je najvažnije – pozitivne slike o sebi. Glazba je poznata kao terapijsko sredstvo te utječe i na probavu, napetost mišića, poremećaje spavanja, osjećaj boli, imunološki sustav i raspoloženje. U terapiji glazbom razlikuju se dva pristupa: aktivna terapija – bolesnik i terapeut zajedno djeluju, pjevaju ili sviraju na jednostavnim instrumentima za sviranje i pasivna terapija – bazira se na slušanju glazbe koju svira terapeut na instrumentu ili bolesnik sluša glazbu putem zvučnika ili slušalica.

Programi podrške roditeljstvu za najmlađe „Rastimo zajedno u Istri“ predstavila je **gospođa Ines Puhar, dipl.inž. socijalnog rada** i ECP psihoterapeut iz **Centra za socijalnu skrb Pazin, Podružnica Obiteljski centar**. Na početku izlaganja definirala je značenje pojma podrška roditeljstvu kao organizirane intervencije za roditelje usmjerene

promicanju djetetove dobrobiti (Bremberg, 2006). To su aktivnosti usmjerene roditelju da bolje razumije i ispunjava roditeljsku ulogu te povećanju roditeljevih sposobnosti i resursa za podizanje djeteta (informacije, znanje, vještine, izvori podrške) (Daly, 2015). Riječ je o različitim oblicima intervencija kroz sva razvojna razdoblja djece. Provode ih različiti pružatelji usluga, a dodirna područja su im podrška obiteljima i zaštita djece.

„Rastimo zajedno“ je najznačajniji univerzalni program podrške roditeljstvu u Hrvatskoj i dokazano doprinosi razvoju roditelja, djece, stručnjaka i zajednice. Provodi se u više od 150 vrtića u 79 gradova, odnosno u 18 županija. Kroz program je educirano 812 voditelja/ica za provedbu radionica s roditeljima (odgojitelji, str. suradnici, iz vrtića, obiteljskih centara, drugih ustanova i udruga), a razvili su ga domaći stručnjaci u okrilju UNICEF-a i u suradnji s AZOO (autorice: N. Pećnik, B. Starc). Od 2008. godine u programu je sudjelovalo više od 6000 roditelja djece najmlađe dobi, u dječjim vrtićima, obiteljskim centrima i dr. Od 2014. provodi se i ciljani program „Rastimo zajedno Plus“ s roditeljima djece s teškoćama u razvoju, a kasnije je osmišljen i „Klub očeva“. U tijeku je projekt „Za snažniju obitelj“ (MDOMSP i dr.) u okviru kojeg se razvija i program **„Rastimo zajedno - i mi“** (roditelji i djeca s otežavajućim životnim okolnostima). U okviru programa „Rastimo zajedno u Istri“ kontinuirano se provode edukacije novih voditelja svih podgrupa programa te odgajatelja u predškolskim ustanovama, provode se ciklusi radionica s roditeljima u većem broju i na novim lokacijama i kontinuirano se pruža podrška odgajateljima i stručnim suradnicima te provodi supervizija voditelja programa. Djeluje se na senzibilizaciji ključnih ljudi (ravnatelji predškolskih ustanova, predstavnici osnivača-JLS), na unapređenju održivosti, dostupnosti i kvaliteti programa te stvaranju organizacijskih i financijskih pretpostavki za dugoročnu provedbu programa u Istarskim vrtićima.

Projekt „Djeca i gradska tržnica“ predstavila je **gospođa Mariza Kovačević, prof., ravnateljica Dječjeg vrtića Pula**. Ovaj je projekt lokalni odgovor na pitanja kao što su: Kako u doba globalizacije sačuvati vlastiti identitet? i Kako omogućiti djetetu da oblikuje svoj identitet građanina svijeta? Zavičajnost – nematerijalna baština istovremeno je i „instrument“ s ogromnim obrazovnim potencijalom. Učenjem o baštini mogu se obrađivati i teme o aktivnom i odgovornom građanstvu, poštovanju za druge kulture i običaje, multikulturalnost. Istraživanje kulturne baštine u ovom se projektu koristi kao „alat“ koji pojačava vještine promatranja te kod djece potiče znatiželju, kreativnost i želju za istraživanjem i produbljivanjem znanja i razvojem novih interesa. Velika je pažnja posvećena razvoju metoda kojima će se na neformalan, inovativan i interdisciplinarn način potaknuti djecu da promišljaju o baštini i da ju istražuju. Cilj projekta bio je usko vezan za stvaranje navika oko konzumiranja zdravih poljoprivrednih prehrambenih proizvoda uz iskustveno učenje i promatranje procesa od „kampanje“ preko gradske tržnice - trbuha grada do stola te razvoj svjesnosti o zdravlju kroz konzumaciju lokalnih proizvoda. Mnogobrojne ustanove i poduzeća Grada i Županije su sudjelovale u projektu, a od posebne je važnosti bila suradnja vrtića i tržnice. Značajna je bila mogućnost da djeca dožive tržnicu (i vezu sa zdravljem) kroz iskustveno učenje i razumijevanje procesa uzgoja voća, povrća te proizvodnje kravljeg i kozjeg mlijeka te mliječnih proizvoda koje proizvode lokalni poljoprivrednici, blizu naš, na našoj zemlji. Projekt je proveden u suradnji s roditeljima koji su u obiteljskom okruženju popratili projektne aktivnosti. Kroz projektne aktivnosti, kompetencije svakog djeteta su se poticale i promatrale u kontekstu razvojnih mogućnosti djeteta, a ne njegove kronološke dobi. Posebna pažnja, kroz igru i aktivnosti, bila je posvećena i razvoju samopoštovanja, samopouzdanja i pozitivne slike djeteta o sebi. Novim medijima dokumentirane su aktivnosti, posjete tržnici, rad u obiteljskom vrtu i/ili povrtnjaku, masliniku, vinogradu te aktivnosti vezane za pripremu obroka.

O slobodnom vremenu i roditeljstvu govorila je **gospođa Silvija Hinek, mag.soc. rada iz Dom za starije i nemoćne, Đakovo**. Slobodno vrijeme jedan je od prediktora za razvoj kvalitetnih odnosa u obitelji te doprinosi individualizaciji, socijalizaciji i zdravom razvoju djece. Cilj je prezentacije bio ukazati na važnost konstruktivnog i strukturiranog provođenja slobodnog vremena kroz planiranje i organiziranje zajedničkih aktivnosti djece i

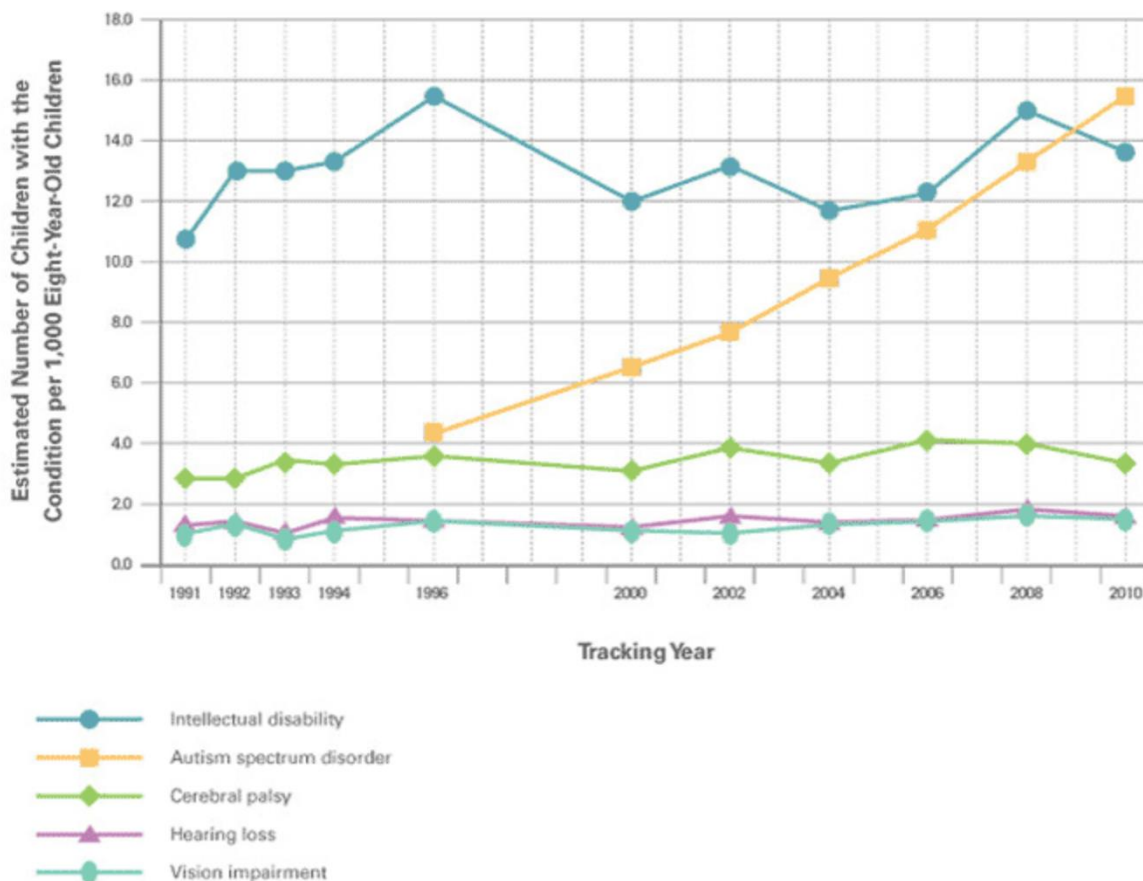
roditelja. Brojne društvene promjene veliki su izazov roditeljstvu danas od nesigurnosti posla, sve većeg broja zaposlenih i ekonomski nezavisnih majki, sve kasnije dobi stupanja u brak i kasnijeg rađanja djece, porasta broja razvedenih brakova i jednoroditeljskih obitelji, kao i broja izvanbračne djece, dok se istovremeno smanjuje količina slobodnog vremena roditelja. Upravo stoga treba dobro planirati kvalitetu provođenja onog vremena koje nam stoji na raspolaganju. Kvalitetno organizirano slobodno vrijeme jača partnerske odnose, obiteljsku kohezivnosti, osnažuje obiteljske kapacitete i potiče zdravi razvoj djece, njihovih društvenih, kognitivnih i socijalnih vještina te emocionalnu inteligenciju. Izbor aktivnosti uvjetovan je subjektivnim čimbenicima koji uključuju društveni status roditelja, sposobnosti i stečene navike te objektivne činitelje koji se odnose na kulturno nasljeđe uže i šire okoline te postojeću ponudu i dostupnost određenih sadržaja. Obveza roditelja, odgajatelja, učitelja i okoline je konstantno praćenje, usmjeravanje te davanje savjeta djeci, kako bi razvili trajnu naviku konstruktivnog i racionalnog provođenja slobodnog vremena (kultura provođenja slobodnog vremena) imajući pri tom slobodu, ali i preuzimajući odgovornost za svoje odluke.

U **Panelu Zdravstvena skrb** predstavljene su intervencije na različitim razinama zdravstvene zaštite te javnozdravstvene intervencije. Moderatorice panele bile su prof.dr.sc. Adinda Dulčić, Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu i gospođa Sonja Tošić-Grlač, pročelnica Upravnog odjela za zdravstvo i socijalnu skrb Međimurske županije.

Međunarodni vodič za praćenje razvoja djeteta (*Guide for Monitoring Child Development* GMCD) predstavila je **Lana Matec, dr.med. iz Dječje bolnice Zagreb (Klaićeva)**. GMCD je novi instrument u funkciji ranog otkrivanja i intervencije/terapije djece s razvojnim teškoćama koji se uvodi uz pomoć UNICEF-a i SZO. Posebno je prikladan za korištenje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti jer do sada u Hrvatskoj još (sustavno) ne koristimo niti jedan instrument neurorazvojnog praćenja djece u dobi od 0 do 42 mjeseca na primarnoj razini. Instrument služi za rano otkrivanje odstupanja te uključivanje u postupke rane intervencije/terapije. GMCD se provodi metodom intervjua s roditeljima (bliskom osobom) metodom „otvorenih pitanja“. U 10 kategorija pitanja obuhvaćena su sva područja ranog razvoja djeteta (ekspresivni jezik, govor/kognitivni razvoj, receptivni jezik govor/kognitivni razvoj, fina i gruba motorika, socijalno-emocionalna interakcija, komunikacija, igra djeteta, samozbrinjavanje djece u dobi iznad 12 mj. te zabrinutost roditelja za neko od razvojnih područja), okolišni čimbenici (i njihov utjecaj na razvoj djeteta), rizici za razvoj djeteta, ali i moguća rješenja unutar obitelji ili ustanova. Instrument je standardiziran, validiran prema najčešće korištenom instrumentu procjene psihomotornog razvoja /Bayley/, obiteljski orijentiran, multikulturalno primjenjiv i ne treba ga dodatno testirati. Izražava prosječnu dob u mjesecima u kojoj 85%/97% djece standardiziranog uzorka doseže miljokaz određenog razvojnog područja i primjenjiv je u okviru ICF sustava WHO. Tri su komponente IGMCD: 1. Praćenje razvoja – kratki strukturirani intervjui otvorenih pitanja koji omogućuje interpretaciju postignuća djeteta u 7 razvojnih područja, 2. Poticanje/podrška razvoja djeteta - nastavlja se na rezultate praćenja razvoja, otvorenim pitanjima o utjecaju obiteljske sredine na razvoj djeteta te postojanju čimbenika rizika i 3. Rana intervencija - upućuje roditelje djece s razvojnim teškoćama na mogućnosti korištenja ustanova koje su osposobljene za rješavanje djetetovih teškoća. Upitnik ima uvodni dio s općim podacima djeteta, ustanove, rizičnim čimbenicima, listu za provjeru te rizicima i planom rane intervencije. Iza toga slijedi 10 kategorija pitanja, od koji se prvih sedam odnosi na procjenu razvoja djeteta u području ekspresivnog, receptivnog govora, jezika, koji odražavaju i kognitivni razvoj, potom područje grube i fine motorike, socijalne interakcije i komunikacije te igre i brige o sebi. Provodi se u razvojnim periodima 1-2 mj., 3-4 mj., 5-6 mj., 7-8 mj., 9- 11 mj., 12-14 mj., 15-17 mj., 18-21 mj., 22- 25 mj., 26-29 mj. i 36-42 mj. Ukoliko postignuća djeteta u određenom razvojnem periodu pokazuju manja odstupanja, roditelje treba uputiti u način kako mogu poticati razvoj djeteta (koriste se smjernice za

podršku koje treba proći s roditeljima). U odnosu na moguća odstupanja instrument izdvaja djecu s razvojnim zaostajanjem u svim područjima i prikladan je za ranu dijagnostiku: kognitivnih, govorno–jezičnih, motoričkih, komunikacijskih te socijalno emocionalnih razvojnih poremećaja uključujući i poremećaje iz autističkog spektra.

Grafički prikaz 6. Trendovi u prevalenciji pet neurorazvojnih odstupanja 1991. – 2010.



Izvor. Van Naarden Braun K et al. Trends in the Prevalence of Autism Spectrum Disorder, Cerebral Palsy, Hearing Loss, Intellectual Disability, and Vision Impairment, Metropolitan Atlanta, 1991-2010. *PLoS One*. 2015;10(4)

Trendovi u prevalenciji neurorazvojnih odstupanja se razlikuju. Intelektualna zaostalost, kao najčešće odstupanje (1/77) ima kontinuitet u prevalenciji, kao i cerebralna paraliza te oštećenje vida i sluha. Ono što zabrinjava je izraziti porast poremećaja autističnog spektra (PAS) čak 10-17% godišnje (1/64). Stoga je *American Academy of Neurology and Child Neurology Society* predložilo listu kriterija koji mogu pomoći u ranoj dijagnozi autizma (upozoravajući znakovi). Prema navedenom izvoru indikacije za neodložnu intervenciju su: pozitivna obiteljska anamneza, zabrinutost roditelja, odsutnost brbljanja ili interaktivnih gesta do 12 mjeseci; odsutnost pojave prvih riječi sa značenjem do 16 mjeseci, odsutnost 2 riječi spontano izgovorene ili fraze (ne eholalične) do 24 mjeseca te nedostatak govora ili socijalnih vještina u bilo kojoj dobi. Prema preporukama Američke akademije za pedijatriju specifični probir na PAS se provodi u dobi 18 – 24 mjeseci, po potrebi i od 36 mjeseci, jer u neke djece pokazatelji odstupanja postanu vidljivi tek u trećoj godini. Instrumenti kojima se obavlja probir trebaju biti prevedene na jezik zemlje u kojoj se primjenjuju, kulturalno prilagođeni i testirani. U Hrvatskoj zasada jedino CHAT i M-CHAT ispunjavaju te uvjete. GMCD je opći instrument praćenja razvoja djeteta s pitanjima ekspresivnog i receptivnog jezika, socijalno emocionalnog razvoja, obilježja igre, vrlo osjetljiv na PAS već od dobi 8-10

mj. i ovisno o dobi sadrži mnoga pitanja koja su sadržana u specifičnom probiru za PAS te ga čini komplementarnim. Prijedlog stručnog povjerenstva u RH je da se sustavno prate upozoravajući znakovi za PAS te se, uz primjenu općeg razvojnog instrumenta GMCD-a, na indikaciju primjeni i specifični probir sa M-CHAT-om.

Zaključno GMCD je praktičan instrument koji u primarnoj pedijatrijskoj zaštiti omogućuje otkrivanje većine neurorazvojnih poremećaja te upućivanje na ranu dijagnostiku i intervenciju/terapiju. Za njegovu svakodnevnu primjenu u sve djece potrebno je u vremenske normative tima uključiti i vrijeme za njegovo provođenje. Vremensko usklađivanje provođenja GMCD-a s planiranim posjetima djeteta savjetovalištu za zdravu djecu je također moguće. Moguća je i primjena na nacionalnom nivou za koju je potrebno provođenje edukacija koje se može i regionalno organizirati. Tečajeve GMCD-a bi trebali proći pedijatri primarne zaštite i njihove medicinske sestre, patronažne sestre, liječnici specijalisti obiteljske medicine i njihove sestre te neuropedijatri i terapeuti.

Gospođa Marjana Jakčin, patronažna sestra Doma zdravlja Zagreb Zapad kroz svoju je prezentaciju ***Doprinos patronažne sestre optimalnom ranom razvoju djeteta*** prisutne upoznala s djelovanjem patronažne sestre u obitelji i zajednici. Patronažna sestra skrbi za trudnicu, novorođenče, dojenče, malo i predškolsko dijete u njihovom prirodnom okruženju, odnosno u obitelji. Polivalentni ustroj patronažne djelatnosti omogućava uzimanje u skrb cijele obitelji pa je patronažna sestra u prilici cjelovito procijeniti, a nerijetko i prva uočiti rizične čimbenike za rani razvoj djeteta, počevši od prenatalnog perioda. Rana detekcija aktualnih i potencijalnih čimbenika rizika (zdravstvenih, socijalnih, ekonomskih) prvi je uvjet rane intervencije zdravstvenih profesionalaca, što uz uključivanje resursa zajednice te osnaživanje roditelja u roditeljskim kompetencijama, modulira tijek ranog razvoja prema optimalnom. Tijekom trudnoće naglasak se stavlja na edukaciju budućih roditelja o utjecaju njihovog načina života i životnih navika na prenatalni razvoj djeteta, važnosti redovitih liječničkih kontrola te temeljitoj pripremi oba roditelja za porod, njegu novorođenčeta i roditeljstvo. U novorođenačkoj i dojenačkoj dobi, patronažna sestra kroz kontinuirane posjete obitelji potiče održavanje i unaprijeđenije zdravlja djeteta, majke i obitelji u cjelini. Vodeći se načelima holističkog, anticipativnog zdravstvenog odgoja i salutogeneze, kroz edukaciju i psihološku podršku, osnažuje roditelje u usvajanju roditeljskih vještina i razvijanju duboke, zdrave emocionalne veze s djetetom. Ona educira roditelje o prepoznavanju i zadovoljavanju fizičkih, psiholoških i socijalnih potreba djeteta kao okosnici za njegov emocionalni, kognitivni, motorički i socijalni razvoj. Educira očeve o njihovoj nezamjenjivoj ulozi u razvoju djeteta te ih ohrabruje da ravnopravno sudjeluju u brizi o djetetu i njegovom odgoju. Educira o važnosti uključivanja proširene funkcionalne obitelji kao važnog izvora podrške roditeljima i dodatne stimulacije zdravom razvoju djeteta. Sestra prepoznaje i zdravstvenu i socijalnu problematiku u obitelji (psihosocijalna nezrelost za roditeljstvo, siromaštvo, duševne bolesti roditelja osobito depresija i ovisnosti, dugotrajna izloženost stresu, trajno poremećeni odnosi i komunikacija među članovima obitelji, zanemarivanje, zlostavljanje, neurorazvojne čimbenike rizika, zdravstvene i razvojne teškoće u djeteta). Izvještava o uočenim rizicima druge stručnjake inicirajući ranu intervenciju. Sestra upućuje obitelji na resurse u zajednici te ih ohrabruje i potiče da zatraže pomoć. Obitelji koje su uključene u programe rane intervencije potiče da ustraju u redovitom provođenju preporučenih postupaka kod kuće i redovito odlaze na preporučene tretmane. Sestra surađuje i sa Centrom za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici. Sudjeluje u ranom otkrivanju i pomaže u zbrinjavanju majki s postporodnom depresijom te prepoznavanju roditelja koji se teže snalaze u roditeljskoj ulozi. Njih prema potrebi uključuje u Grupi za podršku roditeljstvu, Grupe za potporu dojenju, Savjetovalište za majku i dijete ili ih povezuje sa savjetnicama za dojenje i licenciranim Bobath terapeutkinjama čije su usluge besplatne i bez uputnice. U ovom procesu skrbi za obitelj patronažne se sestre susreću i sa

ograničenjima - od manjkave komunikacije s ginekološkim ordinacijama (prijava trudnica) do nedostatka standardiziranih alata procjene i protokola postupanja i suradnje s drugim stručnjacima/ustanovama. Pozitivan primjer u smjeru otklanjanja tih problema je ovaj pilot projekt i uvođenje GMCD-a. Problem je i neujednačena razina edukacije i motiviranosti patronažnih sestara, a i roditelji koji ponekad nisu motivirani surađivati. Liječnici primarne zaštite, pedijatri, ginekolozi i liječnici obiteljske medicine preopterećeni su kurativnim postupcima i administriranjem pa time opada i njihov interes za preventivne aktivnosti. Problem predstavlja i neujednačena dostupnost stručnjaka (neuropedijatar, logopeda, psihologa...) kao i resursa zajednice.

Ranu intervenciju u pedijatrijskoj ambulanti primarne zdravstvene zaštite prikazala je **Erina-Leona Cetinić, dr.med., spec. pedijatar iz Pedijatrijske službe Doma zdravlja Zagreb Centar**. Ranu intervenciju u pedijatrijskoj ambulanti primarne zaštite u njihovom Domu zdravlja provodi 13 pedijatrijskih timova pod motom „Rano uočiti, Rano djelovati“. Od 2017. godine pri Domu zdravlja djeluje multidisciplinarno obiteljsko pedijatrijsko savjetovalište za ranu intervenciju za djecu s niskim neurorizikom (otkrivenim primjenom GMCD upitnika). Projekt se provodi zajedničkim djelovanjem Doma zdravlja Zagreb Centar i Specijalne bolnice za djecu s motoričkim smetnjama Goljak te udrugom Osmjeh. Uslijed oštećenja središnjeg živčanog sustava, izvedbe i količina pokreta svih segmenata tijela djeteta rane životne dobi razlikuju se u odnosu na izvedbu i količinu pokreta zdravog djeteta. Procjena spontanih pokreta ima ulogu u prepoznavanju djece s mogućim razvojnim teškoćama. Pedijatar koji tijekom redovitih sistematskih pregleda djece prati rast i razvoj djeteta uočava odstupanja i djeluje na njihovom ublažavanju ili uklanjanju u suradnji s drugim stručnjacima. Pedijatrijske medicinske sestre promatraju postupanje roditelja s djetetom, podizanje i nošenje i po potrebi daju savjete i korigiraju pogreške.

Modele dobre prakse Doma zdravlja Zagreb Centar kroz intervencije ulaganja u rani razvoj djece prikazala je **gospođa Vesna Božan Mihelčić, dipl.ms. iz Doma zdravlja Zagreb Centar**. Već osamnaest godina u kontinuitetu Dom zdravlja Zagreb Centar u suradnji s Gradskim uredom za zdravstvo Grada Zagreba provodi trudničke tečajeve na pet lokacije i organizira rad grupa za potporu dojenju (sada već na trinaest lokacija). Od 2011. godine djeluje Grupa za Baby Handling, a u suradnji s Udrugom Hrvatskog društva za optimizaciju razvoja neurorizičnog djeteta „Osmjeh“ provela niz projektnih aktivnosti od 2014. godine. Od veljače 2018. u sklopu Doma zdravlja Zagreb Centar djeluje Savjetovalište za poticanje rasta i razvoja djeteta koje je započelo i sa primjenom GMCD upitnika.

Savjetovalište za dojenje – primjer dobre prakse ulaganje u rani razvoj djece prikazala je **gospođa Ljiljana Mišković, bacc.med.techn., patronažna sestra i savjetnica za dojenje iz Doma zdravlja Zagreb Istok**. Savjetovalište je otvoreno 2015. godine i radi na dvije lokacije (Sesvete i Dubrava) puno radno vrijeme. Sve usluge, bilo individualne ili grupne, su besplatne i dobivaju se bez uputnice. Grupni rad se provodi kroz radionice o dojenju za trudnice 1-2 puta mjesečno (edukacija o pravilnom položaju kod dojenja, demonstracija uz pomoć lutke i modela dojke), trudničke tečajeve (jednom mjesečno u trajanju od dva dana za trudnice i očeve), baby handling radionice (pravilno držanje i postupanje s djetetom) te sastanke Grupe za podršku dojenju „Sunce moje malo“ jednom mjesečno. Osim individualnog dolaska u Savjetovalište, savjeti se mogu dobiti i telefonom te mailom. Izrađen je i promotivni plakat postavljen u čekaonicama pedijatrijskih i ginekoloških ordinacija te u prostorima gdje se održavaju trudnički tečajevi DZ Zagreb Istok. Kontinuirano postoji odlična suradnja sa patronažnom službom koja daje informacije o radu savjetovališta. Postoji i direktna suradnja s primarnim pedijatrima (ukupno 15 timova), ginekolozima (ukupno 8 timova) i liječnicima obiteljske medicine s područja DZ Zagreb Istok.

Ostvarena je i dobra suradnja sa srodnim udrugama, udrugom „Pragma“ na projektu Podrška obitelji u zajednici koji je usmjeren poticanju uključivanja očeva u najraniju skrb o djeci (edukativna predavanja-interaktivne radionice), rodilištima, laktacijskom ambulantom, centrima za socijalnu skrb i drugima. Dostupnost Savjetovališta u zajednici gdje trudnice i majke žive je važna jer im olakšava rješavanje problema s kojima se susreću u ovom vrlo važnom i osjetljivom periodu života.

Javnozdravstvenu intervenciju „Unaprjeđenje oralnog zdravlja djece i mladih u Primorsko-goranskoj županiji“ prikazala je **gospođa Helena Glibotić Kresina, dr.med., spec. javnog zdravstva iz Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije**. Primorsko-goranska županija od 2008. godine provodi program Unaprjeđenje oralnog zdravlja djece i mladih u PGŽ (kroz škole), a od 2014. i pilot projekt u svim vrtićima u PGŽ „Zdravi zubi-sretan dječji osmijeh“. Ove su godine u program uključeni i primarni pedijatri (predškolska djeca 6-12 mjeseci). Cilj projekta je postići da roditelji djece predškolske dobi svojoj djeci što ranije odaberu liječnika dentalne medicine. Roditelji su dužni donijeti oralne statuse svoje djece u vrtić te redovito sa svojim mališanima ići odabranom stomatologu, a u vrtićima se organizira redovito četkanje zuba. U Program je uključeno 78 vrtića s podcentrima (100% državnih i 76% privatnih vrtića). Od ukupnog broja uključenih, u njih 98% se četkaju zubi, a od ukupnog broja predškolske djece vrtićkog uzrasta (3-6 god.), njih 60% četka zube. Djeca koja se upisuju u prvi razred osnovne škole svom liječniku školske medicine trebaju prije polaska u školu donijeti oralni status čime potvrđuju da imaju odabrane liječnike dentalne medicine. Pokazatelji zdravlja zubi prikupljaju se i od učenika 5. razreda. U periodu od 2008. do 2018. godine pregledano je sveukupno 39.524 djece na području PGŽ (sve OŠ u PGŽ) uz odaziv iznad 80%. Pregledano je 3.359 predškolske djece (od 2014.) i 18.895 djece koja se upisuju u prvi razred te 17.270 učenika petog razreda. Od 2008. do 2018. KEP index pada, KIO indeks (pokazatelj udjela populacije zahvaćene karijesom) se smanjuje, a RI indeks (pokazatelj saniranosti zuba u populaciji) raste. Program Unaprjeđenje oralnog zdravlja djece i mladih je održiv, a kontinuiranim provođenjem postiže i zadovoljavajuće rezultate u poboljšanju oralnog zdravlja. Kontinuiranim praćenjem i educiranjem djece o važnosti redovne i pravilne oralne higijene, kao i posjeta doktoru dentalne medicine, postižu se odlični rezultati u prevenciji karijesa i parodontnih bolesti.

Program promicanja i unaprjeđenja dojenja u zajednici Grada Zagreba, kao primjer dobre prakse, prikazala je **gospođa Ivana Đerek Dubravčić iz Gradskog ureda za zdravstvo**. Ciljevi programa koji je izradio Koordinacijski odbor Grada Zagreba za program „Grad Zagreb - prijatelj dojenja“ bili su povećati postotak dojene djece do 6. mjeseca života te ukupno dojene djece od 7. mjeseca do prve, odnosno do 2. godine života. Intencija programa bila je održati već postojeće aktivnosti usmjerene na promicanje dobrobiti dojenja u trudnoći, kao što su grupe za potporu dojenju, trudnički tečajevi, održati stečeni status zagrebačkih rodilišta „Rodilišta - prijatelji djece“, jačati suradnju s ostalim dionicima u davanju podrške majkama od strane pedijatarata, patronažnih sestara, ali i šire zajednice, unaprijediti dostupnosti službi i dodatnih specifičnih programa za potporu dojenju te osigurati učinkovitu podršku svakoj ženi (zdravstveni djelatnici putem dostupnih savjetovališta u sustavu zdravstva ili u okviru suradnje sa organizacijama civilnog društva). Aktivnosti programa išle su u više smjerova. Izrađen je vizual i logo Programa pod nazivom „Dojenje je zakon, Grad Zagreb – prijatelj dojenja“. Kroz Kampanju „Možeš i ti“ nastojalo se širu i stručnu javnost informirati o važnostima dojenja, njegovim dobrobitima za dijete, majku, i zajednicu u cjelini. Izrađen je priručnik o dojenju koji objedinjuje praktične stručne savjete koji će majkama i obiteljima pružiti pomoć i dodatnu sigurnost (na 60 stranica), izrađena je Facebook stranica „Dojenje je zakon“ i otvorena komunikacija putem društvenih mreža. Iako

Grad Zagreb, Gradski ured za zdravstvo već 18 godina u kontinuitetu organizira provođenje trudničkih tečajeva s ciljem njihovog unapređenja, poduzete su radnje kojima će se unificirati njihov sadržaj (stručne prezentacije za sve predavače na trudničkim tečajevima) i izvođenje te evaluacija od strane korisnika trudničkih tečajeva. Razvijen je edukativni Priručnik za trudnice koji im se dijeli nakon završenog dvodnevnog tečaja. Uvedena su Savjetovaništa za majke i djecu u svim domovima zdravlja, Savjetovaništa za dojenje, Savjetovaništa za baby handling, Savjetovanište za poticanje rasta i razvoja zdravog djeteta te Laktacijska ambulanta u KB „Sveti Duh“. Osigurana su mjesta za prematanje i dojenje djece u javnim ustanovama, parkovima za djecu i na dječjim igralištima. Riječ je o stolicima za prematanja i klupama za prematanje i dojenje djece na različitim lokacijama u gradu Zagrebu. Unaprijeđena je suradnja s ljekarnicima koji su dodatno educirani za potporu dojenju u zajednici. Izazov pred programom je svakako približiti aktivnosti programa ženama i obiteljima iz a) specifičnih socijalnih skupina (žene Romkinje, maloljetne trudnice, socijalno ugrožene skupine) i b) majkama iz vulnerabilnih skupina (nedonošćad i djeca s teškoćama u razvoju).

Projekt Logopedске patronažne usluge prikazala je **prof. dr. sc. Adinda Dulčić s Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu**. Činjenica je da rana intervencija postoji kao pojam već pedeset godina, ali se mijenjalo poimanje vremena započinjanja s intervencijom, način pružanja i sadržaj rane intervencije. U početku se rana intervencija nastojala provoditi u ustanovama koje se bave djecom s teškoćama na razini komunikacije, jezika i govora. Rana intervencija podrazumijeva što ranije prepoznavanje djece s poremećajima jezično-govorne komunikacije i njihovo što ranije uključivanje (zajedno s njihovim roditeljima) u odgovarajuće postupke savjetovanja i poticanja. Postoji kritično razdoblje za usvajanje komunikacije, jezika i govora kada je mozak najprijemčiviji za usvajanje navedenih sposobnosti i znanja. To je razdoblje koje obuhvaća prve tri godine djetetova života te su iz toga razloga rana intervencija i rehabilitacija posebno značajne. Kašnjenje u usvajanju ovih vještina u bitnim odrednicama ometa psihofizičko funkcioniranje djeteta te izaziva roditeljsku neizvjesnost i zabrinutost. U situaciji kad dijete pokazuje razvojno odstupanje, izostaju mnoge dobre intuitivne roditeljske vještine. Stoga je potrebno dodatno osnažiti roditelje da bi se stvorili poticajni preduvjeti za rano učenje. Važno je podržati osobne kompetencije roditelja i podizati kvalitetu njihovih interakcija sa svojom djecom koja imaju razvojna odstupanja. Svi su uronjeni u svoje emocije. Pozicija roditelja djeteta s poremećajima jezično-govorne komunikacije posve je specifična. Stoga je potreban individualni obiteljski plan. Savjeti i postupci trebaju biti organizirani tako da se oslanjaju na potrebe svakog djeteta, da uzimaju u obzir funkcioniranje djeteta u cjelini unutar konteksta u kojem živi. Polazeći od ovih spoznaja, zagrebački SUVAG osmislio je projekt „Program rane intervencije za djecu s poremećajima jezično-govorne komunikacije – podrška u zajednici“. Pravodobna stručna podrška u djetetu u poznatom i poticajnom okruženju vlastitoga doma kroz logopedsku patronažnu uslugu bila je interes ovog projekta. Logopedska patronažna usluga osnažila bi i dijete i roditelje osiguranjem uključivosti u primjerene stručne programe i dovela u jednakopravnu poziciju i djecu koja žive izvan većih urbanih središta. Od temeljne je važnosti senzibilizacija stručne javnosti o, na znanstvenim dokazima utemeljenom, značaju ranih intervencija u djece s teškoćama u području komunikacije, jezika i govora, budući da su prema točno određenim razvojnim miljokazima baš prve godine života ključne za usvajanje ovih vještina. Ranim prepoznavanjem djece s ovim teškoćama i ranim uključivanjem u odgovarajuće programe, teškoće se mogu optimalno ublažiti ili otkloniti te tako unaprijediti cjelokupni razvoj djeteta i kvaliteta življenja i djeteta i njegove obitelji. Sve učestalija pojavnost zakašnjelog komunikacijsko-jezično-govornog razvoja jedan je od vodećih javnozdravstvenih problema i razloga za odgodu upisa u osnovnu školu. Treba jačati ranu intervenciju kroz sustav zdravstva, a potom jačati i međuresorsku koordinaciju i suradnju sa sustavima odgoja, obrazovanja i socijalne skrbi. Inozemne studije pokazuju kako

su ulaganja u zdravlje i razvoj djece razumna investicija koja umanjuju kasnije izdatke za specijalno obrazovanje ili socijalnu skrb.

U **Panelu Socijalna skrb** prikazani su socijalno-ekonomski rizici vezani uz rani razvoj djece te modeli podrške obiteljima u socijalnom riziku i riziku od siromaštva. Moderatorice Panela bile su gospođa Nataša Koražija, univ.mag.sanit.publ., ravnateljica Centra za socijalnu skrb Samobor i gospođa Karla Mušković, dr.med. pročelnica Upravnog odjela gradske uprave za zdravstvo i socijalnu skrb Grada Rijeke.

Socijalni program Grada Rijeke - Podrške obiteljima i ranom razvoju djece izloženoj siromaštvu i socijalnoj isključenosti prikazala je **Karla Mušković, dr.med., pročelnica Upravnog odjela gradske uprave za zdravstvo i socijalnu skrb Grada Rijeke**. Grad Rijeka od 1993. godine sustavno ulaže u ranu skrb i obrazovanje socijalno ugrožene djece, ne samo kako bi ublažio posljedice njihovih trenutno nepovoljnih životnih okolnosti, već kako bi ih pripremio za adekvatno suočavanje s budućim životnim rizicima i izazovima jer je ulaganje u ljudski kapital značajno i za širu društvenu zajednicu. Osim nepovoljne starosne strukture stanovništva, Grad Rijeka ima i nepovoljnu socijalnu strukturu stanovništva (oko 9% stanovništva koristi gradske socijalne mjere - 11.667 građana). Ciljevi Socijalnog programa grada su spriječiti siromaštvo i socijalnu isključenost djece, osnažiti djecu iz socijalno ugroženih obitelji kroz sustav odgoja i obrazovanja te prevenirati iseljavanje obitelji s djecom i mladih. Socijalnim mjerama koje poduzima Grad Rijeka, nastoji se djecu koja su izložena siromaštvu ili socijalnoj isključenosti izjednačiti i osnažiti s vršnjacima koji žive u znatno povoljnijim životnim uvjetima. Socijalno ugrožena djeca u Rijeci ostvaruju niz različitih specifičnih pomoći i potpora. Pod posebno rizičnim skupinama djece u gradu Rijeci smatraju se djeca iz siromašnih obitelji ili obitelji kojima prijeti siromaštvo, djeca s težim ili teškim oštećenjima organizma, djeca stradalnika iz Domovinskog rata te udomljena djeca. Socijalno ugroženim obiteljima pomaže se sa troškovima stanovanja i imaju pravo na prehranu u Pučkoj kuhinji (za cjelokupno kućanstvo). Najmlađoj djeci (novorođenčad, dojenčad, djeca predškolske dobi) pomaže se jednokratnim poklon-bonom za opremu za novorođenče (jednokratno 2.000 kn) i novčanom donacijom u iznosu ovisnom o broju djece u obitelji koje se dodjeljuju u prvoj godini života (jednokratno od 1.500 kn naviše, ovisno o broju djece u kućanstvu). Dojenčadi rizična zdravstvenog i socijalnog statusa (do godinu dana) osigurava se besplatno adaptirano mlijeko. Za svako šesto dijete koje boravi u jaslicama ili vrtiću, Grad Rijeka djelomično ili potpuno podmiruje troškove (604 od ukupno 3.506 polaznika jasllica/vrtića). Za 56% polaznika jasllica/vrtića Grad u cijelosti pokriva troškove, a za ostalih 44% podmiruje 30% iznosa cijene. 43% djece ostvaruje pravo zbog izloženosti siromaštvu. Djeca ostvaruju besplatan pristup nizu socijalnih i zdravstvenih usluga i programa koje provode partnerske organizacije uz potporu Grada Rijeke, kao npr. usluge Dječjeg doma Tić, Rijeka - poludnevni boravak i profesionalna psihosocijalna pomoć za djecu bez roditelja, zanemarivanu i zlostavljanu djecu, djecu s poteškoćama u razvoju i onu koja pokazuju rane znakove poremećaja ponašanja, Privremeni smještaj (sklonište) za djecu i majke žrtve obiteljskog nasilja, Rana profesionalna intervencija za neurorizičnu djecu i djecu s govorno-slušnim poremećajem, Savjetovalište za prehranu dojenčadi, Grupe za dojenje, Plivanje i fitnes za bebe i djecu, Hidrokineziterapija, Pripovijedanje priča za laku noć djeci na bolničkom liječenju i sl. Grad Rijeka godišnje socijalnim mjerama štiti oko 3 tisuće svojih najmlađih sugrađana i za njihovu zaštitu izdvaja godišnje više od 6 mil. kuna kako bi se spriječile dramatične i dalekosežne posljedice siromaštva i/ili drugih nepovoljnih životnih okolnosti. Među najčešćim kratkoročnim i dugoročnim posljedicama spominju se socijalna isključenost, stigmatizacija, postignuće niže razine obrazovanja, lošije plaćeni poslovi, lošiji uvjeti stanovanja i slabija zdravstvena skrb te problemi vezani uz gubitak samopoštovanja, izrazitije doživljavanje negativnih emocija, nasilje i ostala kriminalna ponašanja.

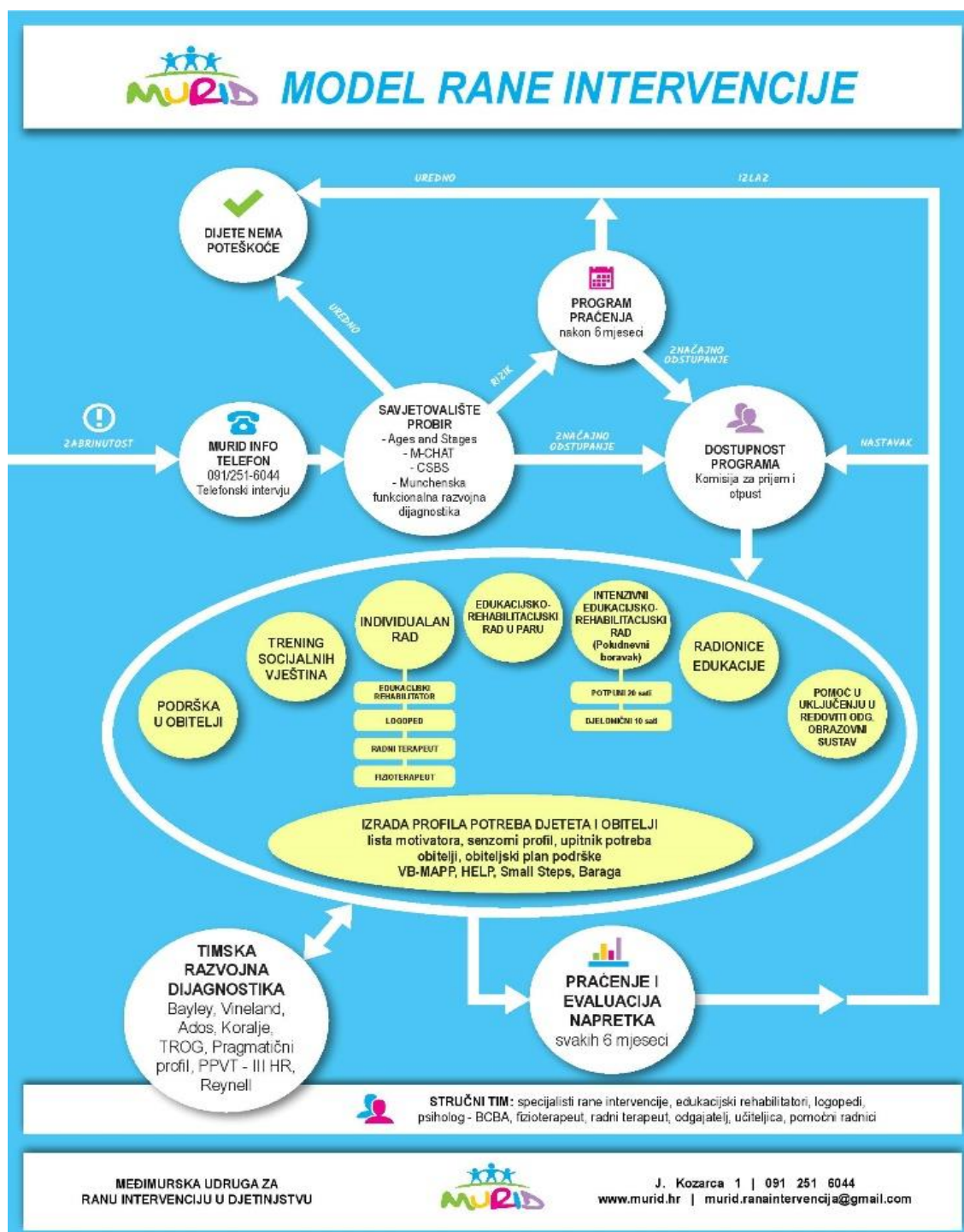
Crikvenički model inkluzije predstavile su **gospođa Martina Magaš, mag.proesc.educ. ravnateljica i gospođa Tea Petek Manestar, prof. edukacijski rehabilitator iz Dječjeg vrtića Radost**. Dječji vrtić Radost djeluje u 4 objekta, ima 310 upisane djece u 17 skupina redovnih programa i jednu skupinu programa za djecu s teškoćama. Uz redovne programe nudi i kraći program predškole te program za potencijalno darovitu djecu „Male mudre sove“. Od 61 djelatnika, 40 su odgajatelji i stručni suradnici psiholog, dva pedagoga, logoped i zdravstvena voditeljica. U izlaganju je prikazan model inkluzije u dječjem vrtiću „Radost“ Crikvenica te pojašnjena uloga odgajatelja-defektologa kao člana inkluzivnog tima. Osmišljeno okruženje i timski rad stručnjaka različitih profila koji rad planiraju temeljem promatranja interakcija i iskustva djeteta tijekom dana, omogućuje im holistički i individualizirani pristup. Na identifikaciji djece s teškoćama rade od inicijalnog razgovora prilikom upisa u vrtić, prate adaptaciju djeteta pa ukoliko se pojavi sumnja na teškoće, dijete se upućuje na kliničku obradu i u centar za socijalnu skrb (prvostupanjsko tijelo vještačenja). Psihološko praćenje djeteta i rad s roditeljima traju kontinuirano. Tijekom godine prosječno imaju 40 djece s blažim odstupanjima (2/3 odstupanja u govorno-glasovnoj komunikaciji) i 7-10 djece koje upućuju na daljnju obradu. Oblici stručne pomoći u vrtićima su: individualni i grupni rad na poticanju razvoja djece s teškoćama u ozračju inkluzije, savjetodavno-konzultativni rad s odgajateljima, savjetodavni rad s roditeljima, upućivanje u specijalizirane ustanove, upućivanje u program za djecu s teškoćama (djeca s Rješenjem centra za socijalnu skrb), odnosno kod djece s blažim teškoćama (ili bez rješenja prvostupanjskog tijela vještačenja) uključivanje u redovite skupine.

Inkluzija djece s teškoćama u razvoju rezultira unapređenjem položaja djece s teškoćama u razvoju i njihovih obitelji, doprinosi poticanju razvojnih mogućnosti djece s teškoćama i razvoju socijalnih vještina svih sudionika inkluzije. Omogućuje svoj djeci, a naročito djetetu s teškoćama, razvoj osobnih kompetencija koje mu pomažu da živi kvalitetnim životom u okolnostima koje čine odrastanje. Cilj njihovog djelovanja je poticanje i ostvarivanje svih razvojnih potencijala djece s teškoćama te razvoj socijalne kompetencije i izgradnja pozitivnih stavova prema različitostima (kod djece redovnog razvoja). Od velikog je značaja sudjelovanje djeteta s teškoćama i njihovih obitelji u tipičnim programima i aktivnostima, osiguravanje podrške djetetu u prirodnom okruženju (dom, predškolska ustanova) u kojima borave vršnjaci bez teškoća u razvoju te stvaranje prilika za učenje, razvoj i socijalizaciju kroz neposredan kontakt s drugim vršnjacima. Broj djece u skupini djece s teškoćama je 3-7 ovisno o dobi i vrsti teškoće (prema Državnom pedagoškom standardu). Nude se programi u trajanju od 5,5 sati ili 10 satni program, prilagođeno potrebama roditelja. Djelatnici u programu su defektolog odgajatelj, osoba za njegu pratnju i skrb, odgajatelji i stručni tim vrtića kojeg čine psiholog, pedagog, zdravstvena voditeljica i vanjski suradnik – liječnik fizijatar. Okruženje je usmjereno na promoviranje interakcije i komunikacije među djecom različite dobi i sposobnosti, ali i omogućava distanciranje djeteta iz grupe i omogućava pravo na privatnost. Prostor je prilagodljiv potrebama odgojno – obrazovnog i rehabilitacijskog rada, omogućava kretanje djeci u invalidskim kolicima, ima specijalizirani namještaj, opremu, pribor i didaktička pomagala. Uloga odgajatelja defektologa je u edukacijsko rehabilitacijskoj procjeni djeteta, izradi individualnog programa razvojne podrške i evaluaciji provedenosti programa. Individualni tretman čini programirano poticanje razvoja, svakodnevno u trajanju od 25-30 min po djetetu. Rad u grupi čine situacijsko učenje (djeca kao pozitivni modeli ponašanja), učenje socijalnih vještina, DIR/Floortime pristup prema dr. S. Greenspan i senzorna integracija prema Ayres u pedagogiji. Suradnja s roditeljima, koji su važni dionici odgojno-obrazovnog procesa ostvaruje se kroz individualni razgovor i savjetovanje, radionice, roditeljske sastanke, sudjelovanje u radu skupina i Floortime trening roditeljskih vještina. Rad s djecom tipičnog razvoja koji se odvija kroz projekt „Poštujmo pravo na različitost“ ima za cilj promicanje tolerancije, prepoznavanje različitosti kao pozitivnih osobina

i senzibiliziranje djece za potrebe djece s teškoćama. Inkuzivni odgojno-obrazovni proces pruža djeci i svim dionicima procesa mogućnosti da uče, igraju se i žive zajedno, te da se razvijaju u osobe koje razumiju i poštuju jedni druge. Sva djeca u skupini od toga imaju koristi. Vrtić pruža podršku i obiteljima u zajednici putem Savjetovališta za poticanje ranog razvoja djece.

MURID Model rane intervencije u Međimurskoj županiji predstavila je **gospođa Silvija Pucko iz Čakovca**. MURID, međimurska udruga za ranu intervenciju u djetinjstvu, osnovana je 2011. godine radi ostvarivanja dobrobiti sve djece u Republici Hrvatskoj sa razvojnim i socijalnim rizikom (nakon djelovanja unutar Udruge za sindromom Down Međimurske županije, Udruge za autizam Pogled, Udruge odgajatelja Krijesnice, Hrvatske udruge za ranu intervenciju u djetinjstvu i dr.). MURID nudi brzu i lako dostupnu, učinkovitu i stručnu obiteljski usmjerenu podršku djeci s razvojnim i socijalnim rizikom. Sa 19 stručnih djelatnika MURID radi sa 150 djece u tjednom tretmanu te 50 u povremenom savjetovanju i 50 imaju na listi čekanja za uključenje u tretman. Usluge su otvorene za sve roditelje iz Republike Hrvatske. Kontinuirano pružaju usluge uključivanja u terapijski postupak rehabilitatora i logopeda te psihološko savjetovanje. Pomažu kroz stručnu superviziju rad udruga i stručnih djelatnika u ranoj intervenciji diljem Hrvatske (Virovitica, Daruvar, Zadar, Osijek, Lepoglava, Rijeka, Split). Provodili su i edukacije i supervizije odgajatelja i pomagača Republike Hrvatske kroz projekt Ministarstva socijalne politike i mladih, Unicef-a i Europske Unije, sudjelovali u radu Međuresornog stručnog povjerenstva i izradi Nacionalnog okvira za rani probir i dijagnostiku poremećaja iz spektra autizma u djece dobi od 0-7 godina u RH. U svom su djelovanju fokusirani na ranu intervenciju koju vide kao proces: informiranja, savjetovanja, edukacije i podrške obiteljima i djeci koja imaju teškoće u razvoju ili kod kojih (uslijed bioloških ili okolinskih čimbenika) postoji faktor rizika za razvojno odstupanje. Bit rane intervencije je što ranije uključivanje djeteta u sam proces rehabilitacije, neovisno o tome je li oštećenje nastalo prenatalno, perinatalno ili postnatalno te rad s roditeljima i pružanje podrške, s ciljem poticanja optimalnog rasta i razvoja djeteta kako bi ono razvilo sve svoje potencijale na emocionalnom, socijalnom i kognitivnom području. Iako se procjenjuje da 10 do 15% djece ima razvojni rizik, rana intervencija definirana je jedino Zakonom o socijalnoj skrbi (NN, 157/13, 152/14, 99/15, 52/16) čl.84. Pruža se djeci i roditeljima, odnosno udomiteljima za djecu u njihovoj obitelji ili kod pružatelja usluge. Rana intervencija pruža se djetetu kod kojeg je u ranoj dobi utvrđeno odstupanje u razvoju, razvojni rizik ili razvojne poteškoće, u pravilu do navršene 3. godine života, a najdulje do navršene 7. godine života djeteta. Nakon prethodno pribavljenog mišljenja liječnika specijalista neonatologa ili pedijatra, a iznimno liječnika druge odgovarajuće specijalizacije, centar za socijalnu skrb traži ocjenu pružatelja usluge o trajanju i učestalosti pružanja usluge iz stavka 1. ovoga članka te rješenjem priznaje pravo na pružanje usluge.

Grafički prikaz 7. MURID-ov model rane intervencije u djetinjstvu



Platformu ulaganja u rani razvoj djece na primjeru psihološke potpore obitelji kroz Centar za pružanje usluga u zajednici Zdravog grada Poreča prikazala je gospođa Nataša Basanić Čuš, prof.psih., psihoterapeut, koordinatorica HMZG. U okviru porečkog projekta Zdravi grad godinama se razvija psihološko gradsko Savjetovalište kao uporište za lokalnu skrb o mentalnom zdravlju. Savjetovalište se u Poreču nakon više od 20 godina kontinuiranog djelovanja profilirao u centar mentalnog zdravlja u zajednici. Teškoće mentalnog zdravlja u zapadnoj civilizaciji sve su zastupljenije i uvjetovane su različitim čimbenicima. Variraju u širokoj lepezi, od blažih teškoća uzrokovanih životnim nedaćama, stresovima i teškim životnim situacijama, do težih, kroničnih oštećenja u psihičkom funkcioniranju osobe koja se klasificiraju kao psihička/mentalna bolest, a često vezuju i uz radnu nesposobnost. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) ističe već danas

depresiju kao jedan od vodećih uzroka bolesti i invaliditeta u svijetu. Depresija tako postaje jedan od najvećih izazova za zdravlje ljudi 21. stoljeća, jednako tako kao i skrb o mentalnom zdravlju populacije kroz sustave i lokalne nad standarde u zajednici. Skrb o mentalnom zdravlju jednako je važna u odnosu na djecu, važne odrasle u okruženju djece te u odnosu na čitavu obitelj. Rano stečena emocionalna stabilnost, sigurna privrženost važnim odraslima, mehanizmi za nošenje s problemima, socijalne i komunikacijske vještine osnova su dobrog mentalnog zdravlja djeteta u daljnjem životu. Sigurnost i podršku djetetu pružaju važni odrasli. Upravo zato, psihološka podrška te po potrebi psihološki tretmani trebaju biti dostupni i djeci i odraslima u ranoj fazi identificiranog rizika kako za osobnu disfunkcionalnost djeteta/ roditelja i/ili obitelji. Zaštita mentalnog zdravlja u lokalnom okruženju, kao i u širem društvenom kontekstu, poseban je izazov u odnosu na sve dobne skupine stanovnika te imperativ gospodarskog razvoja u izazovima za zdravlje 21. stoljeća. Lokalne zajednice mogu organizirati i osnivati centre za pružanje usluga u zajednici koji, kao značajna potpora državnim sustavima, osiguravaju zaštitu mentalnog zdravlja stanovnika svoje zajednice.

Važnost umrežavanja u skrbi o razvoju djece iz perspektive centra za socijalnu skrb dala je **gospođa Nataša Koradžija, univ.mag.sanit.publ., ravnateljica Centra za socijalnu skrb Samobor**. Naglasila je da u svom svakodnevnom radu stručnjaci centara za socijalnu skrb prepoznaju važnost međuresorne suradnje u: otkrivanju, praćenju, ublažavanju i otklanjanju razvojnih rizika djece. Centri za socijalnu skrb ima važnu ulogu u izjednačavanju mogućnosti postizanja bolje skrbi o zdravlju djece na području čitave RH kroz: Pravovremeno otkrivanje rizika od siromaštva, Pravovremeno otkrivanje i postupanje u slučaju pojave nasilja, Zaštitu djece i obitelji i Povezivanje sa ostalim dionicima. Multidisciplinarni timovi (socijalni radnici, psiholozi, socijalni pedagozi, pravnici, rehabilitatori) centara za socijalnu skrb imaju svakodnevno preko 150 raznih nadležnosti (materijalne pomoći, obiteljsko-pravne zaštite: djeca, mladi, obitelj, odrasle osobe + osobe lišene poslovne sposobnosti), skrb o osobama u riziku od siromaštva, sa zdravstvenim teškoćama, žrtvama i počiniteljima nasilja, disfunkcionalnim obiteljima, djecom s problemima u ponašanju ili teškoćama u razvoju. Centri za socijalnu skrb imaju teritorijalnu nadležnost (Primjer CZSS Samobor – Samobor, Sveta Nedelja, Stupnik – 65000 stanovnika – 340 km²). Iznimno važni čimbenici za uspješnost intervencije u sustavu socijalne skrbi su rana detekcija, uključivanje različitih sustava s postupanjima iz njihove nadležnosti, njihova suradnja i fleksibilnost. Velik utjecaj na navedeno imaju zakonodavni okviri, poznavanje istih, osjećaj profesionalne odgovornosti u svim sustavima te informiranost stručnjaka, ali i građana o važnosti prepoznavanja potrebe za uključivanjem raznih sustava i traženja intervencije.

Izazov sustavima predstavlja neujednačeni razvoj mreže i dostupnost socijalnih, zdravstvenih i drugih usluga na području čitave zemlje te je vidljiva intencija da se zakonske promjene usmjere na poticanje razvoja mreže pružatelja socijalnih usluga. Postojeća zakonska rješenja ne omogućavaju adekvatnu suradnju i razmjenu podataka relevantnih za postupanja prema pojedincima i obiteljima u socijalnom i zdravstvenom riziku pa mogu biti prepreka u pravovremenom reagiranju stručnjaka koji su ih se dužni pridržavati te se u tom dijelu otvara velik prostor za unapređenje. Uloga medija u praćenju tema vezanih uz zdravstvo i socijalnu skrb dobiva na značaju zbog formiranja osjećaja (ne)povjerenja u sustave i stručnjake koji u njima rade. Radi svega navedenog, značajna je međuresorna suradnje u otkrivanju, praćenju, ublažavanju ili otklanjanju razvojnih rizika u djece. Izostanak suradnje dovodi do odgode saznanja stručnjaka o socijalno-zaštitnoj ili zdravstvenoj potrebi pojedinca ili obitelji, a samim time odgađa se i početak intervencije i smanjuje njena učinkovitost.

U Panelu Strateško korištenje medija sudjelovala su dva uvodničara.

Gospodin Željko Draženović, mag.nov. iz Hrvatskog novinarskog društva izložio je svoje mišljenje o međuodnosu **Prava djece i medija**. Brojna suvremena istraživanja potvrđuju kako mediji sve više imaju utjecaja na djecu i snažno utiču na njihov razvoj,

svjetonazore i percepciju života koji ih okružuje. Mediji se danas tolikom brzinom razvijaju da se svaki naraštaj susreće s nekim novim medijem. Danas živimo u doba elektroničkih medija koji su svugdje oko nas i naprosto ih je nemoguće zaobići ili se isključiti i ignorirati ih. Mnogi zacijelo imaju malu djecu ili unučad kojima uporaba mobitela nije stran pojam. U današnje vrijeme djecu izlažemo medijima od najranije dobi, što itekako utječe na njihov rast i razvoj. Mediji su svugdje oko nas, na poslu, u vrtiću, kod kuće, današnji svijet je nezamisliv bez masovnih medija. I tu treba odmah razjasniti jednu stvar. Mediji nisu po prirodi postojanja dobri i loši. Mediji predstavljaju tehnološki iskorak, a na korisnicima je kako će taj tehnološki napredak koristiti. Kada je riječ o utjecaju medija na djecu, ključna je uloga roditelja, staratelja, baka i djedova, teta u vrtićima te nastavnika u školama. Djeci je postalo nezamislivo provesti dan bez gledanja crtanih filmova, surfanja internetom i slično. Sve je manji broj djece koja provode svoje slobodno vrijeme čitajući, igrajući se u parku s drugom djecom, a sve je više onih koji koriste internet, igraju računalne igre ili gledaju crtiće, pa i sadržaje neprimjerene njihov dobi. Mediji su postali dio našeg svakodnevnog života te je važno da se djecu educira o načinima njihova pravilnog korištenja.

O **Neuromarketingu** i njegovom potencijalu u promociji zdravih gradova govorila je **doc.dr.sc. Hedda Martina Šola sa Sveučilišta Hercegovina iz Mostara, BiH**. Današnji koncept marketinškog oglašavanja putem slikovnih oglasa koji se producira putem tv-spotova, reklamnih plakata i dr. nije postojao prije sredine 1990-ih. S vremenom je marketinška industrija uspješno svladala kako osmisliti promotivnu poruku (slogan, zanimljivi vizual i dr.) te se u 21. stoljeću, kontinuiranim razvojem marketinga, pojavio i digitalni marketing koji nameće nove oblike oglašavanja na društvenim mrežama, web stranicama, e-mailu, internetskim pretraživačima i sl. Unatoč svim marketinškim metodama i sofisticiranom razvoju oglašivačkih tehnika, potrošači i dalje naginju kupnji samo određene marke proizvoda. Tradicionalne marketinške tehnike oslanjaju se na: fokus grupe, istraživanja tržišta i razne anketne upitnike kako bi dobili odgovor na pitanje jesu li potrošači zadovoljni: cijenom, izgledom, dostupnosti i kvalitetom proizvoda. No unatoč svom naporu, proizvodi i dalje propadaju unutar samo jedne godine od uvođenja, dok je prodaja etabliranih proizvoda na tržištu u opadanju (neovisno o uložnim naporima u marketing). Potrošači su i dalje vjerni određenim markama. Dvadeset prvo stoljeće okarakterizirano je kao doba multikulturalizma. Više nije dovoljno segmentirati potrošače i njihove razlike na uobičajene načine: po dobi i spolu, obrazovanju i zanimanju, bračnom stanju i životnom uređenju, aktivnostima, interesima, sklonostima i sl. Ekonomska struka počela je detaljnije proučavati potrošače, kako pojedinci odlučuju uložiti svoje dostupne resurse (vrijeme, novac, trud) u stvari vezane za kupnju (što kupuju, zašto kupuju, gdje kupuju, kako često kupuju i kako često kupljene proizvode upotrebljavaju). Upravo ovakvo ponašanje potrošača rezultiralo je uvođenjem nove discipline neuromarketinga kao neizostavne nadopune marketinškom istraživanju. Neuromarketing je disciplina koja je preplavila Europu, koristeći razna interdisciplinarna ispitivanja kako bi dala odgovor na pitanje: „Zašto“ potrošači kupuju proizvod? Neuromarketing primjenjuje razne metode, najčešće: a) biološke, b) ekonomske, matematičke, statističke i c) psihološke metode iz potrošačke neuroznanosti. Proučavanjem različitih aktivnosti u mozgu, praćenjem rožnice oka, analizom znojenja, visine pulsa i dr., neuromarketing kombinira tehnike iz ekonomije, neuroznanosti i kliničke psihologije kako bi došli do saznanja kako ljudi reagiraju na proizvode, marke (brendove), cijene na proizvodima i reklame. Štoviše, znanstvenici su otkrili da se proučavanjem pojedinih dijelova mozga (zasebno ili u kombinaciji s drugim neuromarketinškim tehnikama) može predvidjeti hoće li se ili ne potrošači odlučiti na kupnju određenih proizvoda.

Prezentacije objedinile te Izvještaj napisale:
Vesna Štefančić, dr.med.
Prof.dr.sc. Selma Šogorić, dr.med.