

1.

Социјална њедијайрија

*ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА
ДЕЦЕ И ОМЛАДИНЕ*

Модерайор:

Прим. мр сци. мед. Драгана Лозановић

Комодерайор:

Проф. др Милица Пејовић-Милованчевић

1.1. РЕЗУЛТАТИ СПРОВОЂЕЊА ИМУНИЗАЦИЈЕ У СРБИЈИ

Драган Илић, Горанка Лончаревић, Милена Каназир

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Бајшковић”

Имунизација је једна од најефективнијих и најефикаснијих мера примарне превенције. Ширење инфекције у популацији спречава се само ако је велики проценат чланова те популације имун (висок колективни имунитет) тако да се корист од имунизације не односи само на вакцинисане особе већ се протеже на заједницу у целини.

Ефективност вакцинације мери се праћењем обухвата вакцинацијом и кретања инциденције тог обољења, упоређивањем ризика оболевања вакцинисаних и невакцинисаних особа, израчунавањем стопа инциденције обољења за невакцинисане и вакцинисане, сагледавањем учесталости и тежине клиничке слике код вакцинисаних у односу на невакцинисане особе (1).

У домену примене вакцина стално се преиспитују ставови у пракси, под утицајем открића нових вакцина или принципа заштите као и измена у епидемиолошким карактеристикама одговарајуће болести (1).

У данашњем, савременом друштву, свако дете има право да не оболи од болести чије је спречавање настанка односно превенција могућа имунизацијом. Нажалост, болести које је могуће спречити вакцинацијом и даље односе око три милиона живота годишње, што чини око пет одсто укупног броја умрлих на глобалном нивоу.

Од 10,6 милиона деце млађе од пет година, 13,2% умре од болести које се могу превенирати вакцинама. Према подацима Светске здравствене организације, пнеумококне болести са 32% и ротавирусне инфекције са 30% водеће су болести по учешћу у укупном морталитету у овој групи, а потом следе пертусис и обољења изазвана хемофилусом инфлуенце тип б са по 13%, морбили са 8% и са 4% тетанус (2). Ово се делом може објаснити чињеницом да имунизација, као једно од основних права, није доступна свима. Скоро 30 одсто дечије популације на глобалном нивоу нема могућности да се вакцинише против било које заразне болести, што значи да свако четврто дете остаје невакцинисано. Такође, чињеница је да око милион деце у Европском региону сваке године остаје делимично или потпуно невакцинисано.

ЦИЉЕВИ ПРОГРАМА ИМУНИЗАЦИЈЕ У ЕВРОПСКОМ РЕГИОНУ СЗО

Циљеви програма имунизације у Србији усклађени су са циљевима програма имунизације у Европском региону СЗО. Један од основних циљева је достижање и одржавање високог обухвата имунизацијом препорученим бројем доза вакцина у складу са узрастом, с посебним акцентом на децу које припадају осетљивим популационим групама. Основни предуслов успешне имунизације је безбедна имунизација (3). Поред одржавања статуса „земље без полиомијелитиса” све до ерадикације на глобалном нивоу, елиминација морбила и рубеоле као и превенција конгениталног рубеола синдрома је следећи важан циљ. Осим наведених циљева планира се и увођење нових антигена односно вакцина у календар имунизације.

Програми имунизације разликују се од земље до земље по броју и врсти вакцина, броју потребних доза, узрасту у којем се вакцине апликују и условљени су варијацијама везаним за актуелну епидемиолошку ситуацију, социјално економску развијеност, систем организације здравствене службе и културолошке прилике.

Циљ системске имунизације у Републици Србији је да се достигне и одржи 95% и виши обухват програмом обавезне имунизације, на нивоу целокупне популације деце коју према календару треба вакцинисати (сва деца, свим вакцинама, без демографских, територијалних и социјалних разлика), ради спречавања оболевања, могућих компликација које захтевају болничко лечење и смртних исхода.

КРЕТАЊЕ ВАКЦИНАМА ПРЕВЕНТАБИЛНИХ ОБОЉЕЊА У СРБИЈИ И ОБУХВАТА ВАКЦИНАЦИЈОМ, ЗА ПЕРИОД ДО 2014. ГОДИНЕ

Ефикасним вакцинама и одговарајућим стратегијама имунизације и активног епидемиолошког надзора могућа је контрола (пертусис, паротитис, хепатитис Б) елиминација (дифтерија, неонатални тетанус, морбили, рубеола) и ерадикација неких заразних болести што је на глобалном нивоу остварено за велике богиње. Ерадикација дечије парализе још увек није постигнута глобално али је у Европском региону ова болест искорењена 2002. године и он је проглашен регионом без полиомијелитиса.

Морбили и данас представљају један од значајних узрока умирања у дечијој популацији у свету, иако је вакцина доступна више од 40 година. Међутим, достизањем и одржавањем високог обухвата вакцинацијом и висококвалитетног надзора над морбилима могућа је елиминација ове болести, што је још 2002. године постигнуто на америчком континенту (4).

Србија има дугу традицију у спровођењу имунизације и међу првим земљама је отпочела са применом појединих вакцина (табела 1).

Табела 1. Врсте вакцина и година прве примене у Србији

Вакцина	Година прве примене
БЦГ	1927
Против дифтерије (ДТП, ДТ, дТ)	1930
Против тетануса (ДТП, ДТ, дТ, ТТ)	1934
Против пертусиса (ДТП)	1959
Против полиомијелитиса (ОПВ)	960
Против морбила (М)	1971
Против морбила и паротитиса (ММ)	1981
Против морбила, паротитиса и рубеле (ММР)	1994
Против хепатитиса Б	2002
Против обољења која изазива Хиб	2006
Комбинована петовалентна вакцина	2015

Када се посматра период пре и након увођења вакцина против одређених заразних болести и учесталост оболевања од тих болести општи закључак јесте да је достигнут висок ниво обухвата свим вакцинама према календару имунизације планиране популације на националном нивоу, а самим тим у високом проценту смањено је оболевања од болести против којих се спроводи имунизација. Међутим, из године у годину региструју се општине са обухватом нижим од циљног када су поједине вакцине у питању. Веома је важно не само достићи већ и одржати на свим нивоима висок обухват односно висок колективни имунитет популације и свих популационих група, чиме се спречава оболевање, односно неке заразне болести се контролишу а поједине је могуће одстранити односно искоренити.

Дифтерија је елиминисана у Србији 1980. године, а статус земље без дечије парализе одржава се од 2002. године. Последњи случај неонаталног тетануса пријављен је 2009. године. И даље се региструју епидемије паротитиса, посебно у школској популацији, а у Војводини је учињен корак напред у правцу унапређења надзора над пертусисом. Увођењем активног надзора над морбилама очекивани број пријављених суспектних случајева морбила за Србију, чије је адекватне узорке неопходно и лабораторијски обрадити, износи најмање 147 (2/100.000 популације). Циљ Европског региона СЗО је достизање елиминације морбила и рубеоле до 2015. године, што би значило одсуство случајева ендемских морбила 12 или више месеци, уз постојање одговорајућег квалитета надзора који се оцењује из индикатора (4). Епидемијско јављање малих богиња у земљама у окружењу и шире у региону, укључујући и Србију указује да наведени циљ неће бити испуњен. Кретање оболевања од болести које се могу превенирати вакцинама и обухват вакцинацијом у последњој деценији приказан је у табелама бр.2 и бр.3 (5).

Проблеми са којима се лекари сусрећу јесте недостатак лабораторијске подршке и чињеница да се дијагноза вакцинама првентабилних болести и даље најчешће поставља само на основу клиничке слике, затим потешкоће у при-

мени дефиниције случаја у систему пријављивања заразних болести, тако да надзор над овим болестима и и даље има карактеристике пасивног. Тешко да ће програми СЗО моћи да се реализују, ако се не омогући лабораторијска потврда болести (у референтној или мрежи лабораторија по стандардним процедурама), нарочито када су у питању мале богиње, рубеола и синдром конгениталне рубеоле, као и пертусис.

Табела 2. Кретање оболевања од болести које се могу превенирати вакцинама у Србији у периоду 2004-2014. године

БОЛЕСТ		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Дечија парализа	оболели	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	инциденција	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Дифтерија	оболели	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	инциденција	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Тетанус укупно	оболели	12	15	7	11	5	6	2	6	3	2	0
	инциденција	0.16	0.20	0.09	0.14	0.06	0.1	0.02	0.18	0.04	0	0
Тетанус новорођенчади	оболели	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	инциденција	0	0	0	0	0	1.5	0	0	0	0	0
Велики кашаљ	оболели	14	4	5	3	6	5	1	25	51	39	281
	инциденција	0.19	0.05	0.07	0.04	0.08	0.06	0.01	0.33	0.68	0.5	3,92
Заушке	оболели	135	93	52	80	277	267	40	63	584	64	63
	инциденција	1.80	1.24	0.70	1.06	3.69	3.36	0.53	0.84	7.87	0.86	0,87
Мале богиње	оболели	8	2	2	201	2	1	20	370	0	1	37
	инциденција	0.11	0.03	0.03	2.68	0.02	0.01	0.26	4.93	0	0	0,51
Рубеола	оболели	227	153	77	41	23	27	14	14	14	11	2
	инциденција	3.03	2.04	1.02	0.54	0.30	0.36	0.18	0.80	0.18	0.14	0,02
Хепатитис Б	оболели	322	323	252	331	344	287	241	358	225	185	172
	инциденција	4.29	4.31	3.36	4.41	4.58	3.82	3.22	3.44	3.10	2.49	2,40

Табела 3. Резултати спроведених имунизација у Србији (%) у периоду 2004-2014. године

Спроведена имунизација	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ДТП 3 вакцинација	98	97	97	98	98	97	97	98	96	97	95
ОПВ 3 вакцинација	98	97	97	98	98	97	97	98	95	97	95
ММР вакцинација	97	95	96	97	96	96	96	97	90	93	86
ХБ вакцинација		65	92	94	94	95	95	96	93	93	94
Хиб вакцинација			74	91	97	96	97	97	91	95	95

ЗАКЉУЧАК

Законом о заштити становништва од заразних болести и Правилником о имунизацији и начину заштите лековима предвиђено је спровођење обавезне имунизације у земљи и има приоритет (6). Стручни ставови с циљем унапређења програма имунизације нису били правовремено праћени изменама законске регулативе у овој области.

Проблем дисконтинуитета и неправовремене набавке вакцина обележио је период од претходних неколико година и довео до компромитовања имунизације у општој и стручној популацији.

Прекид у дистрибуцији и недостатак вакцине против морбила, рубеоле и паротитиса, одбијање имунизације овом вакцином која се путем ненаучних канала информисања доводи у вези са аутизмом, последично нагомилана осетљиве невакцинисане и непотпуно вакцинисане деце, индикатори квалитета који указују на пасиван надзор, актуелна епидемиолошка ситуација морбила у Европском региону и земљи, доводе у питање достизање елиминације ове болести у предвиђеном року (5).

Прекиди у континуитету спровођења имунизације због недостатка вакцина, али и одбијање имунизације и антивакцинални лоби, довели су у питање одрживост достигнутих циљних вредности обухвата вакцинама према националном програму имунизације, који се хронично одржава стварајући услове за нагомилана осетљиве популације и епидемијско јављање, што се најжалост догодило у многим земљама западне Европе, укључујући и смртне исходе од малих богиња и рубеоле (5).

Када је реч о основним стратегијама земља треба да има јасан став Владе о инвестирању у програме имунизације, легислативу која је усклађена са регионално дефинисаним циљевима, независни саветодавни комитет за имунизацију према препорученим критеријумима, план комуникације у одговору на епидемије ових болести, уведен електронски имунизациони регистар, достигнуте циљне вредности индикатора надзора над морбилама/рубеолом, полио и морбили лабораторије акредитоване од стране СЗО, експертски комитет за спровођење процене озбиљних нежељених реакција, потпуно функционалне националне регулаторне ауторитете, јавно доступно и омогућено размењивање података о ценама вакцина, канале комуникације и координације путем медија, планове комуникације у условима интензивирања антивакциналних активности, тренинге и едукације здравствених радника, развијене планове за више година, развијене алате за мониторинг и евалуацију програма имунизације, укључене специјалне и маргинализоване популације у програме имунизације, итд (5).

ЛИТЕРАТУРА

1. Влајинац Х, Јаребински М. (уред.) Општа епидемиологија, Београд: Медицински факултет, 2009.
2. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. Dostupno na: thelancet.com
3. General Recommendations in Immunization, MMWR, CDC, 2011.
4. WHO. Surveillance guidelines for measles and congenital rubella infection in the European region, Copenhagen: WHO, 2010.
5. Извештај о спроведеној имунизацији на територији Републике Србије у 2014. години, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, 2015.
6. ***Правилник о имунизацији и начину заштите лековима (Сл. Гласник РС, бр. 11/2006, 25/2013, 63/2013, 99/2013, 118/2013 и 65/2014).

1.2. ИМУНИЗАЦИЈА У СРБИЈИ ДАНАС - ПРОБЛЕМИ И МОГУЋА РЕШЕЊА

Драгана Лозановић

Институт за здравствену заштиту мајке и деце Србије

„Др Вукан Чујић“, Београд

УВОД

Имунизација представља примену вакцина у спречавању и сузбијању заразних болести. Имунизацијом се на најбржи и најјефтинији начин контролишу, одстрањују и на крају искорењују многе заразне болести и зато она представља приоритет у здравственој заштити. Имунизација је једна од најуспешнијих јавноздравствених интервенција (1).

Једнака доступност вакцина свима и висок обухват вакцинацијом су од великог значаја. Основни предуслов успеха имунизације јесте примена квалитетних и безбедних вакцина које одговарају стандардима Светске здравствене организације (СЗО).

У оквиру четвртог Миленијумског циља развоја и Националног миленијумског циља развоја (НМЦР) до 2015. године, који на жалост није могуће достићи, један од задатака којим би требало смањити смртност деце до 5 година живота јесте имунизација деце са обухватом изнад 99%. Нажалост, у посматраном петнаестогодишњем периоду тај обухват није остварен и у просеку се одржава око или изнад 95%. Међутим, нису познати подаци о вулнерабилним групама (сиромашни, Роми), а постоје и варијације током година, указујући на недовољне активности примарне здравствене заштите. Премда је обухват вакцинацијама на националном нивоу висок, према подацима УНИЦЕФ-а и Института за јавно здравље Србије, регионалне варијације су значајне, између 70% и 100% (2). Исте информације указују да је у последњих 15 година посматрања идентификовано сваке године преко 45.000 деце која нису вакцинисана, превасходно у популацији Рома и других маргинализованих група. Ово је очигледни показатељ да ефекти планирања потпуног обухвата имунизацијом и услугама система примарне здравствене заштите у пракси нису једнако доступни свима у складу са потребама. До 2015. године се очекивало и унапређење регистрације и обухвата деце која су вакцинисана, нарочито када се ради о популацији Рома (3).

Ретка су континуирана истраживања за праћење достизања четвртог НМЦР 4 међу вулнерабилним групама (сиромашни, Роми, избеглице, деца са сметњама у развоју). У целини, иако је делимично уведена информатизација у примарној здравственој заштити, није значајно унапређена рутинска здравствену статистику у смислу обезбеђивања квалитетних података и података

који омогућавају дисагрегацију по полу, социјално-економском статусу, сталном месту боравка (2).

Циљ Европског региона СЗО јесте елиминација морбила и рубеоле до 2015. године, тј. одсуство случајева ендемских морбила 12 или више месеци, уз постојање одговорајућег квалитета надзора који се оцењује из индикатора. Из вредности индикатора, надзор над морбилама у Србији се оцењује као пасиван (3).

ОБУХВАТ ВАКЦИНАЦИЈОМ ДЕЦЕ У СРБИЈИ

Упоредна анализа обухвата деце вакцинацијом према календару имунизације у Србији у последње две године, указује да су планиране имунизације у Републици Србији у 2014. години обављене са обухватом који је мањи од оног у 2013. (табела 1). Обухват вакцинацијом у 2014. години против дифтерије, тетануса, великог кашља (ДТП) је 95% и мањи је за 1,9%, а против дечије парализе (ОПВ) је смањење обухвата за 2,3%, и износи 95,1%. Највеће смањење, иначе недовољног обухвата, ММР вакцином је за 6,8%, док је обухват ревакцинацијом деце ММР у 7. години повећан за 5,1%, тј. на 89,2%. Обухват хепатитис Б, хемофилус инфлуенце тип б и БСЖ вакцином је изнад 90% у обе године посматрања и у малом је порасту у 2014. години (3,4).

Табела 1. Разлика обухвата имунизацијом према календару у 2014. и 2013. години у Србији

Вакцина	Обухват (%) 2014	Обухват (%) 2013	Разлика% 2014/2013
ДТП примовакцинација	95	96,9	-1,9
ДТП ревакцинација у 2. год	90,3	93,1	-2,8
ДТП ревакцинација у 7. год	95,2	96,1	-0,9
ДТ ревакцинација школске деце	92,4	95,4	-3,0
ОПВ вакцинација	95,1	97,4	-2,3
ОПВ ревакцинација у 2. год.	90,6	92,9	-2,3
ОПВ ревакцинација у 7. год	95,3	96	-0,7
ОПВ ревакцинација у 14. год	91,2	95,4	-4,2
Вакцинација против хепатитиса Б	93,9	93,4	0,5
Ревакцинација против хепатитиса Б у 12. години	78,1	74,3	3,8
БСЖ вакцина код новорођенчади	97,6	97,4	0,2
Вакцинација против хемофилус инфлуенце тип б	95,2	94,7	0,5
Примовакцинације ММР	85,8	92,6	-6,8
Ревакцинација ММР у 7. години	89,2	84,1	5,1

Извор: Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“

Смањење обухвата забележено је и код ревакцинација деце у другој години живота, пред упис у школу, а посебно у школском узрасту: смањење обухвата за 3% дТ (92,4%) и за 4,2% ОПВ (91,2%), у 2014. у односу на 2013. годину (3,4).

Незадовољавајуће резултате вакцинације са ОПВ, ниже од 95%, имало је 38 општина, 10 општина више него предходне године: 31 у централној Србији и 7 у Војводини, од којих 52% испод 90%. Голубац бележи најнижу вредност од 53,7% у централном делу Србије, а Ириг (69,2%) у Војводини, што је 20% ниже него предходне године.

Из годишњих анализа је јасно да се проблем понавља у истим градовима и окрузима, највише у граду Београду, Колубарском, Браничевском, Рашком, Пчињском, Нишавском, Топличком, Пиротском, Западнобачком и Сремском округу (у 2. години). Региструје се циљна правовременост од 95% у само четири општине централне Србије и у једној општини у Војводини. Постоји дугогодишњи тренд опадања обухвата ревакцинацијом, нарочито деце школског узраста, а посебно од када је уведен Закон о правима пацијената (5), као и спровођење имунизације у дому здравља у присуству родитеља. Најнижи обухват трећом ревакцинацијом је у Обреновцу, само 27,2%, што је више него два пута нижа вредност од прошлогодишњег најнижег обухвата од 60,8% у Младеновацу (4).

Обавезна имунизација одојчади против *хепатитиса Б*, има потешкоће у примени још од увођења у календар имунизације, 2002. године. Према Правилнику, вакцинација против *хепатитиса Б* започиње у породицима, а уведена је и вакцинација све невакцинисане деце у 12. години живота (шести разред). Вакцинацију хепатитис Б вакцином пратили су проблеми у реализацији годишњих планова потреба и дисконтинуитет у снабдевању. Ово је за последицу имало бројне тешкоће у спровођењу вакцинације планираних годишта. Каснило се са набавком вакцине, па су тек од половине 2005. године обезбеђена средства, након продужене процедуре јавне набавке вакцине. Анализа успеха вакцинације против хепатитиса Б по окрузима показује да је обухват испод 95% имало дванаест округа, од укупно 25. Најнижи обухват од 80,8% регистрован је на територији Пчињског округа.

Подаци о вакцинацији новорођене деце БСЖ вакцином у Републици Србији у 2014. указују да је обухват у свим окрузима изнад 95%, изузев Нишавског, Топличког, Пчињског, Поморавског и Јабланичког, у којем се бележи најнижа вредност од 83,9%.

Укупан обухват имунизацијом *хемофилусом инфлуенце б* на нивоу Републике у 2014. години је 95,2%, приказана су само деца која су примила све три дозе ове вакцине. Вакцинација против обољења изазивана *хемофилусом инфлуенце б* је уведена средином 2006. године, у складу са Правилником, а проблеми у снабдевању су присутни и до данас. План потреба је за 2007. и за 2008. годину каснио, сачињаван је у новембру, док је за 2009. годину сведен на свега 30% планираних количина. Проблеми са планирањем потреба се настаљају и даље. План дистрибуције ових вакцина је у 2010. и 2011. године износио

84%, односно 66% процењених потреба, а током 2012. и 2013. године је прекинута централизована дистрибуција. Кашњење вакцина је за последицу имало бројне проблеме у реализацији вакцинације планираног броја обвезника по годиштима, јер се према календару зависно од узраста отпочињања вакцинације даје различит број доза ове вакцине (4).

Иако је изменама и допунама Правилника о имунизацији (7) била предвиђена примена *комбиноване њејовалентине вакцине*, у примовакцинацији почев од 31. 7. 2014. до тога није дошло, јер се нису стекли сви неопходни услови за њену доступност. Истим Правилником је уведена *коњујована њнеумококна вакцина* по клиничким индикацијама код деце од навршена 2 месеца живота, која је започета у последњем кварталу године, захваљујући донацији 3000 доза ове вакцине (4).

Током 2014. године, према Правилнику (7), поред примовакцинације ММР вакцином у другој години живота, обављена је ревакцинација деце пре уписа у први разред (до навршених седам година). Обухват ММР вакцинацијом је 92,6%, а ревакцинацијом је 89,2%. Анализа успеха ММР вакцинације по округима показује да је обухват испод 95% имало две трећине округа (од укупно 25), а најнижи, као и претходне године, Нишавски округ - 53,8%, у односу на 70,3% у 2013. години (3,4).

Имајући у виду да је једна од стратегија у плану активности за елиминацију морбила правременост вакцинацијом ММР вакцином, уз обухват са две дозе од најмање 95%, наведени резултати указују на препреке у достизању индикатора квалитета за успостављање и одржавање статуса елиминације морбила (3).

ПРОБЛЕМИ У СПРОВОЂЕЊУ ИМУНИЗАЦИЈЕ У СРБИЈИ И МОГУЋЕ ПОСЛЕДИЦЕ

Анализа обухвата вакцинама како званичних, тако и процењених, на нивоу округа, односно општина, указује да значајан број обвезника према Програму обавезних имунизација остаје невакцинисан. Број невакцинисаних расте у 2014. у односу на претходну годину када су скоро све вакцине у питању. Разлика у броју између живорођене и планиране деце и даље је значајна, а и одржава се или повећава (за неке вакцине) број општина са обухватом који је испод циљне вредности од 95%, па и испод 90%.

Разлози за регистровање нижег обухвата од планираног и жељеног за све имунизације су бројни.

Наведени проблеми су довели до поремећаја у извршењу имунизације по планираним годиштима с последичним падом обухвата у многим срединама, посебно код деце у 12. години живота. Тако је велики број обвезника (негде су то читаве генерације) остао невакцинисан или непотпуно вакцинисан (4).

Пре свега, неадекватно планирање и непоштовање методологије израде планова потребних количина вакцина за следећу годину, на који су у својим годишњим извештајима указивали стручњаци Института за јавно здравље Србије. Методологија израде плана потреба за сваку вакцину и имунобиолошки препарат према Правилнику о изменама и допунама Правилника о имунизацији (7), у складу са календаром имунизације који чини његов саставни део, мора се заснивати на броју обвезника у годишту које је планирано за имунизацију у следећој години (према доступним статистичким подацима и подацима из картотеке), броју доза вакцина које се примењују, растуру који је дефинисан у складу са препорукама СЗО у односу на политику отворених бочица код вишедозних паковања вакцина у циљу спровођења безбедне имунизационе праксе (8).

ПРОБЛЕМ ДИСКОНТИНУИТЕТА И НЕПРАВОВРЕМЕНЕ НАБАВКЕ

Значајан разлог за нижи обухват вакцинисаних и ревакцинисаних у посматраном периоду је неправовремена и непотпуна доступност свих вакцина за планирану популацију, па су приоритет имала деца у примовакцинацији.

Прекид у дистрибуцији и недостатак вакцине против морбила, рубеоле и паротитиса (ММР), довео је до нагомилавања осетљиве невакцинисане и непотпуно вакцинисане деце. Осим тога, у Европском региону је и неповољна актуелна епидемиолошка ситуација морбила. Сасвим је извесно да у предвиђеном року у Републици неће бити остварена елиминације морбила/рубеоле. Посебно је значајан пад у обухвату деце пред полазак у школу, као и против хепатитиса Б за децу у 12. години живота, која, према календару имунизације, немају шансу да буду вакцинисана накнадно, односно припадају осетљивој популацији која је непотпуно заштићена и могу да оболе у случају импортовања вируса у популацију.

Поред прекида имунизације петовалентном вакцином, дошло је и до прекида имунизације БЦГ, ОПВ, Хиб вакцином и након спроведених окружних и међуокружних прерасподела, чиме је у општој и стручној јавности додатно компромитована имунизација.

Не постоје залихе вакцина за превентабилне заразне болести, код којих је спроведена ерадикација или су у процесу елиминације, које би се користиле као противеидемијска мера у случају импортовања (дечија парализа, морбили) или еидемијског јављања (паротитис, рубеола).

ПРОБЛЕМИ У ПРИМЕНИ ПРАВИЛНИКА

Вакцинација против обољења изазваних стрептококусом пнеумоније није примењена у складу са изменама и допунама Правилника. Иако је донацијом

обезбеђено 3000 доза у року трајања за децу од навршена 2 месеца живота, током 2014. године остала је неутрошена трећина донираног броја доза (4).

Једна од основних потешкоћа било је планирање количина петовалентне комбиноване вакцине за 2015. годину, имајући у виду да је набавка ове вакцине претходно реализована у складу са планом потреба за 2014. годину (4).

Проблем дисконтинуитета и неправовремене набавке одређених вакцина недвосмислено може довести до компромитовања имунизације у општој и стручној јавности, са угрожавањем достигнутих резултата обухвата и низом других проблема, укључујући и планирање потреба вакцина за територију Републике, на шта је већ низ година указивао стручни тим Института за јавно здравље Србије.

Поред тога, постоји извешан број деце вулнерабилне и маргинализоване популације које остају ван система имунизације.

Јачање кампања антивакциналног лобија, са једне стране и нејасно формулисање обавеза и права и погрешно тумачење законских аката, са друге стране, унели су сумњу и стрепњу родитеља у оправданост па чак и тезе о штетности имунизације по здравље њихове деце. Све заједно, то је смањило обухват вакцинацијом и повећало критичну масу невакцинисаних, која нарушава колективни имунитет популације. Постоји опасност да се угрози одрживост статуса „земље без полиомијелитиса” који је установљен 2002. године. Због неправовременог спровођења примовакцинације ОПВ у првих 6 месеци постоји ризик од поствакциналног полиомијелитиса, тј. случајева акутне флацидне парализе са клиничком сликом дечије парализе (4).

Вишедеценијски углед у домену имунизације, који је Србија задржала и под отежавајућим околностима у периоду санкција и НАТО бомбардовања, доводи се у питање. Прети поновно спорадично и/или епидемијско јављање неких већ давно заборављених болести у нашој земљи, као последица пада квалитета колективног имунитета популације против одређених заразних болести, а затим и континуирано компромитовање имунизације у стручној, општој и родитељској популацији. Прети, такође, и нарушавање одрживости стања зацртног у националним акционим плановима, према препорукама и захтевима СЗО за Европски регион, већ поменути процес елиминације морбила, као и ограничен и неадекватан одговор у хитном националном одговору у случају импортовања дивљег полио вируса у земљу, које прописује Међународни здравствени правилник у складу са захтевима СЗО (8).

ПРЕДЛОГ МЕРА ЗА РЕШАВАЊЕ ПРОБЛЕМА

Институт за јавно здравље Србије годинама указује на утврђене проблеме и предлаже мере које до сада нису спроведене, а које цитирамо у сажетој форми, уз неке допуне (4):

- Неопходност постојања залиха свих вакцина од најмање 25% потреба ради континуитета у случају епидемија, ванредних стања, проблема у производњи, прекида у дистрибуцији, да би се примениле вакцине као противепидемијска мера. У Србији су се већ десили прекиди у дистрибуцији: недостатак ОПВ, ДТП и ТТ вакцине за спровођење редовне имунизације након 50 година од почетка примене; епидемије морбила 2007. и 2010/11; проблем у набавци петовалентне комбиноване вакцине; ванредна ситуација без довољних количина ММР вакцине за редовну имунизацију и друго.
- Хитно обезбедити синхронизовану комуникацију и координацију сходно надлежностима: Министарства здравља, Републичког фонда за здравствено осигурање (РФЗО), Института за јавно здравље Србије, Института Торлак, Агенције за лекове и медицинска средства (АЛИМС), добављача и произвођача вакцина ради спречавања: прекида у континуитету имунизације, неправовремене доступности вакцина на вакциналним пунктовима, непотпуне имунизације популације са падом обухвата испод циљних вредности и стварања услова за епидемијско јављање вакцинама превентабилних болести.
- Развити и финализовати план потреба вакцина за више година (3-5 година), као и набавке вакцина и разматрати опцију групне набавке вакцина са земљама у региону.
- Проширење листе заразних болести против који се спроводи имунизација у Закону о заштити становништва од заразних болести и Правилнику о имунизацији.
- Регулисати неопходност адекватног вакциналног статуса запослених у здравственим, као и деце у предшколским и школским установама.
- Реализовати предлог Института за јавно здравље Србије из 2008. године за формирање Националног саветодавног комитета за имунизацију при Влади, који би окупао стручњаке различитих профила (лекари, економисти, правници, фармацеути, представници медија, просветни радници, психолози, социолози, представници родитеља итд.).
- Израдити национални акциони план за сузбијање антивакциналног лоббија у држави.
- Дефинисати кроз правну регулативу критеријуме за регистровање вакцина и имунобиолошких препарата од стране АЛИМС-а, као и за стављање истих на листу лекова РФЗО о трошку здравственог осигурања.
- Расписивање тендера за календарски период од годину дана, јер се тако реализује и планирање са критеријумима који обезбеђују реализацију и одрживост правовремене и потпуне дистрибуције вакцина.
- Спровођити интензиван здравствено-васпитни рад у циљу промоције имунизације ради усвајања знања, изградње ставова и понашања различитих циљних група у вези са имунизацијом.

- Континуирано спроводити едукацију кадра који ради на пословима имунизације.
- Ревидирати вакциналне картотеке и вакцинисати сву децу која су невакцинисана и непотпуно вакцинисана у складу са узрастом, када су вакцине доступне.
- Обезбедити јединствен информациони систем прикупљања и обраде података о спровођењу имунизације, дистрибуцији, утрошку и залихама према Правилнику.
- Обезбедити проток информација о имунизацији из приватног сектора.
- Вратити педијатра на вакцинални пункт и сестре/техничаре за имунизацију у саветовалишта у предшколским и школским диспансерима.
- Вакцине повући из апотека.
- Омогућити заједничко деловање засновано на научно доказаним чињеницама: САНУ, СЛД, Министарства здравља, Одбора за здравље и породицу Народне скупштине, медицинских факултета у земљи, Лекарске коморе, Института за јавно здравље Србије и мреже института и завода и других.
- Вратити преко потребан ауторитет здравственим радницима и градити поверење.

ЗАКЉУЧАК

Поред напред изнетих мера које су предуслов за испуњење задатка и остваривање НМЦР4, а на предлог групе стручњака из Института за јавно здравље Србије, свеобухватне друштвене акције треба да су усмерене на активно заступање права детета на заштиту здравља путем имунизације, јачање поверења у здравствени систем и мере превенције које здравствени радници заступају и спроводе.

Даља унапређења у достизању задатка о имунизацији из Националног миленијумског циља 4, могућа су уз наставак стратегија које су се показале као ефикасне у смањивању умирања деце од болести које се могу спречити актуелним мерама превенције, тј. подршком систему рутинске имунизације, као и уз примену свеобухватних интервенција на три нивоа: ниво здравствене политике и стратегије, ниво пружања здравствених услуга и на ниво заједнице.

Информисати јавност тачним, јасним и недвосмисленим изјавама од стране представника власти, политике, друштвено утицајних јавних личности и професионалаца о: значају и врстама вакцина, начинима и календару имунизације, контраиндикацијама за имунизацију, законским правима и обавезама у спречавању ширења превентабилних болести и последицама по здравље и живот. У том правцу треба унапређивати комуникацију са родитељима, прилагођену разумевању информација, појединачне разговоре, медијске насту-

пе свих друштвено и струковно значајних представника. Непходно је стално понављати незаменљивост и значај вакцинације деце, како давањем и личног примера (што је и најзначајније у здравственом васпитању), тако и сваким другим обликом васпитавања. Објаснити зашто је избегавање имунизације медицинско занемаривање (7), зашто родитељски пристанак у случају вакцинације није потребан и зашто имунизација премашује границе родитељског одлучивања (7), ко су противници имунизације и из којих интереса, како су друге државе решиле питања неодговорних родитељских поступака, зашто је потребан обухват имунизацијом становништва већи од 95% и друго.

Потребно је увођење континуираног истраживања за праћење обухвата имунизације међу вулнерабилним групама (сиромашни, Роми, избеглице, деца са сметњама у развоју) и у складу са тиме неопходност допунских активности на проналажењу деце у првим годинама живота која нису укључена у здравствени систем.

Правовремена и континуирана доступност свих вакцина у планираним количинама је битан предуслов за планирани обухват, као и поштовање препорука СЗО да се на вакциналним пунктовима у сваком тренутку налази 25% залиха за случај ванредних ситуација.

У циљу повећања обухвата имунизацијом путем јачања уверења о потреби заштите сваког појединца од болести које се могу спречити вакцинацијом, као и достизања нивоа равноправности у имунизацији, као што је наведено у Европском акционом плану вакцинације (2015–2020), потребно је ући у активнију борбу за имунизацију, што је управо и циљ нашег разматрања овог питања у Педијатријској школи Србије (8).

ЛИТЕРАТУРА

1. Влада Републике Србије. Закон о заштити становништва од заразних болести. „Сл. гласник РС” бр. 128/04.
2. Government of the Republic of Serbia. National Millenium Development Goals in Serbia. Available from: <http://www.minzr.gov.rs/files/doc/porodica/strategije/Nacionalni%20milenijunski%20ciljevi.pdf>.
3. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”. Извештај о спроведеној имунизацији на територији Републике Србије у 2013. години, Београд, 2014.
4. Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”. Извештај о спроведеној имунизацији на територији Републике Србије у 2014. години, Београд, 2015.
5. Влада Републике Србије. Закон о правима пацијената. Сл. гласник РС 45/13.
6. Влада Републике Србије. Правилник о имунизацији и начину заштите лековима. „Сл. гласник РС” бр.11/06.

7. Влада Републике Србије. Изменама и допуне Правилника о имунизацији. Сл. гласник РС. 25/13, 99/13, 118/13 и 65/2014.
8. WHO.EUR/RC64/15 Rev.1 European Vaccine Action Plan 2015–2020. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/259209/64rs05e_EVAP_140730.pdf. preuzeto 24. 5. 2015.

1.3. ЗАШТО ЈЕ ИЗБЕГАВАЊЕ ИМУНИЗАЦИЈЕ МЕДИЦИНСКО ЗАНЕМАРИВАЊЕ?

Милица Пејовић-Милованчевић¹, Драгослав Поповић²

¹Институт за ментално здравље, Београд

Медицински факултет Универзитета у Београду

²Консултант УНИЦЕФ-а и Свешке банке

ДЕФИНИЦИЈА И ГЛАВНЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ЗАНЕМАРИВАЊЕ ДЕЦЕ

Занемаривање се може дефинисати као хроничан неуспех родитеља или старатеља да обезбеди детету основне услове који су неопходни за његов нормалан раст и развој, као што су храна, одећа, становање, медицинска и стоматолошка заштита и подстицање и надзор едукативног, емоционалног и социјалног развоја. Занемаривање је најчешћи облик насиља над децом, како су показале многе студије у Енглеској, САД, Аустралији и Канади (1,2). Последице занемаривања по појединца и укупно оптерећење занемаривања по друштво тешко је сагледати у правом светлу и обиму јер велики број случајева остаје непријављен. Поставити дијагнозу занемаривања није лако, неопходан је тимски рад, добро познавање симптома, знакова, као и карактеристика породице у којој се овај проблем јавља (3). Још је теже правилно реаговати на занемаривање и умањити његове последице.

Познато је више видова занемаривања: физичко, едукативно, емоционално и медицинско. Медицинско занемаривање детета јавља се све чешће код ускраћивања детету законом прописане или од стручњака препоручене здравствене заштите. Родитељ или старатељ не одводи дете на редовне контроле праћења раста и развоја, редовне вакцинације, а може се десити и да одбија да одведе дете лекару када је акутно оболело. Родитељи који медицински занемарују своју децу често одбијају препоручене превентивне програме (нпр. вакцинације), али и терапијске поступке. Образложења за овакво понашање родитеља су бројна – од религијских, обичајних до разлога везаних за популарну (суб)културу; од ирационалних до рационалних. Сваки од тих разлога захтева адекватан одговор и додатни напор здравствених радника и различитих институција у оквиру државе да се родитељ ослободи заблуда, незнања и предрасуда, а све то у најбољем интересу детета.

Сви фактори ризика од занемаривања се могу из дидактичких разлога поделити у три велике групе: фактори који се повезују с родитељем или старатељем, фактори везани за само дете, као и фактори друштва и државе у целини. У овом раду фокус је на вакцинацији.

Фактори ризика од занемаривања који се повезују са родитељем или старатељем

Низак социоекономски статус родитеља/старатеља, вишечлане породице, нестабилне партнерске везе родитеља, млађе мајке (испод 17 година), усамљене, депресивне и апатичне, оне које су нижег коефицијента интелигенције, чешће занемарују своје дете. Ако је у породицама присутан девијантни начин понашања (алкохол, дрога или криминал) већа је вероватноћа да ће деца бити занемарена (1,3). Међутим, родитељи који медицински занемарују своју децу у погледу одбијања редовне вакцинације најчешће припадају најбогатијим слојевима (подаци за ЕУ и САД), с високим образовним статусом (4,5). Анти-вакциналну кампању посебно подржавају неке познате јавне личности које у неким случајевима одбијају да вакцинишу своју децу, правдајући то најчешће идејом да вакцина може изазвати аутизам (4). Поновна појава епидемије морбила 2014. године у Калифорнији – на континенту који је једини елиминисао морбиле пре више од деценије – као и ширење у другим државама САД, указује како погрешна информација, потпомогнута изјавама медијски познатих лица, уз законе и одговор здравственог система који непрецизно или недовољно јасно дефинишу обавезе родитеља, може довести до трагичних последица.

Фактори ризика од занемаривања који се повезују са дететом

Узраст детета је у тесној вези са ризиком од занемаривања; беспомоћност и вулнерабилност одојчади и мале деце ставља их на чело листе ризика од занемаривања – а управо тада се врши вакцинација, када дете није у могућности да доноси одлуке за себе. Постоје чврсти докази да су деца са посебним потребама (непокретна, ментално ретардирана, деца са хроничним болестима) чешће жртве, како физичког злостављања, тако и занемаривања. Сматра се да чак 10-25% ове деце има оваква искуства у поређењу са 1,5% друге деце (1,3).

Фактори ризика од занемаривања који се повезују с друштвеним околностима

Друштво – држава – има јасно дефинисну улогу у спречавању занемаривања и ублажавању последица. Када је реч о вакцинама, улога државе је да обезбеди широку доступност вакцина, здравствених радника који ће применити вакцине, али и широку доступност потпуне информације – скројене према потребама родитеља различитог образовног, језичког, религијског и другог опредељења. Нередовно снабдевање вакцинама, доступност (онима који могу приуштити) вакцина кроз приватни сектор, као и одсуство одговора на питања која се постављају путем нових медија и друштвених мрежа, навели су многе

родитеље да одаберу погрешну одлуку. Истовремено, дошло је и до нарушавања односа поверења између здравственог система и родитеља.

Знање, планирање, воља и процедуре јавне набавке вакцина су у раскораку са данашњим – глобализованим - тржиштем вакцина. Није онда ни чудо што су услед честих прекида ланца снабдевања здравствени радници често “тиши него што би могли да буду” – пратећи проверено правило из трговине да “не треба трошити новац на рекламу производа кога нема на тржишту”.

Да ли је вакцинација обавезна или не споредно је питање, које је сада и законски решено. Међутим, кључно је да се промени начин комуникације и односа према родитељима/детету да би вакцинација била успешна и постала друштвена норма која ће се поштовати и одвијати без принуде, уз пуну сагласност родитеља који су оспособљени да донесу исправну одлуку на бази информација и уз пуно поштовање права детета.

ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИЦИ У ПРОЦЕСУ ЗАШТИТЕ ДЕТЕТА

Сваки лекар дужан је да збрине и пријави сумњу на занемаривање детета. Сумња се пријављује стручном тиму здравствене установе, полицији и надлежном центру за социјални рад. Непријављивање случајева занемаривања повлачи кривичну и професионалну одговорност (пред одговарајућим органом Лекарске коморе Србије) (3). Обавеза пријављивања злостављања и занемаривања деце темељи се на: законским одредбама (Породични закон, Законик о кривичном поступку), подзаконским прописима (Општи и Посебни протокол за заштиту деце од злостављања и занемаривања) и етичким нормама лекарске професије.

На жалост, примери из праксе нам указују да се закони погрешно тумаче. Тако нпр. Закон о правима пацијента (“Службени гласник РС” бр. 45/2013) наводи следеће, а примери из праксе указују на погрешна тумачења:

Члан 3: партнерски однос, узајамно поверење и поштовање у пракси: родитељи забрањују спровођење редовне вакцинацију која је чак и законом обавезна. Ту нема односа поверења односно поштовања за оно што здравствени радник препоручује – да ли ти родитељи очекују да им исти лекар/здравствени радник помогне својим знањем и саветом у будуће?

Члан 8: право на превентивне мере: здравствена установа има обавезу спровођења превентивних мера; у пракси: лекару су везане руке, пацијент не поштује препоруке лекара које се односе на превенцију, јер избегава препоручену вакцинацију или другу меру.

Члан 15: право на пристанак: без пристанка пацијента не сме се над њим, по правилу, предузети никаква медицинска мера; медицинска мера противно вољи пацијента.....може се предузети само у случајевима који су утврђени законом и који су у складу са лекарском етиком; у пракси: у страху од казних одредби овог истог Закона о правима пацијената, лекари прихватају вољу пацијента,

а проблем је тај јер пацијент је тек рођена беба која очито не може потписати формулар о пристанку, а родитељ му ускраћује вакцинацију из неких својих уверења и незнања. А ако не вакцинишемо, а дете оболи од заразне болести, последица одлуке родитеља је угрожен живот детета, трошкови лечења које плаћа држава, угроженост других особа у окружењу и сл. Родитељ до сада није сносио никакве последице.

Члан 19: надлежни здравствени радник који сматра да законски заступник пацијента не поступа у најбољем интересу детета дужан је да о томе обавести надлежни орган старатељства; у пракси, социјални радници не могу да збрину ни вишеструко злостављану децу; поступак је дуг, а како се обично ради о родитељима који су образовани, потпуно усредсређени на бригу и негу детета, социјални радници немају еклатантно и лако доказиво занемаривање, а ни стручно-медицинска знања да би знали на који начин да с родитељима разговарају о вакцинацији. Одбијање вакцина се због тога пријављује санитарном инспектору, који подноси прекршајну пријаву против родитеља. Међутим, колико прекршајних пријава је поднето? Колико пресуда је донето? Какви су ефекти тих мера? И тако у круг. Док се бавимо правом, наш мали пацијент остаје угрожен.

С друге стране, родитељ који жели да потпише формулар којим одбија вакцинацију постаје добродошао јер ствара “win-win” ситуацију и пружа излаз из неугодне ситуације – након потписаног лекар не мора да се даље ангажује у (напорној) комуникацији са родитељем, а родитељ је задовољан јер је остварио свој циљ. Здравствени радници тим формуларом (свесно или несвесно) пребацују одговорност са себе на инспекцијске и судске органе – који су и онако затрпани својим послом и немају могућности, а и за који нису обучени, односно не располажу потребним знањима. Последице трпе деца која остају изложена ризику од болести.

Тако су формулари процветали по целом региону. Сада је јасно да што је више формулара, мање је вакцинације и надамо се да ће промена Закона о заразним болестима и усклађивање са Законом о правима пацијената променити ову праксу. Правни оквир је врло јасан – држава има обавезу да обезбеди најбољу могућу негу детету и заштиту од болести, а родитељ нема право да – у име детета – донесе одлуку за коју није компетентан и том својом одлуком препустити дете ризику од болести. Није право никада било нешто што задире у права других – да ли је ико заиста спреман да прихвати да због незнања, заблуде или хира неког другог родитеља, његово дете пренесе вирус вашем детету и ваше дете оболи? Право не може бити хир нити помодарство – постоје правне, али и друге друштвене норме. Неко је рекао: не можете тражити право да возите аутомобил без кочница, јер убићете некога.

Да ли родитељ може да, преузимајући слободу детета, угрози његову својим незнањем? Једнострано схватање Закона о праву пацијента, без сагледавања штете како за самог пацијента тако и за читаво друштво, без сагледавања етич-

ких, али и правних последица, није прихватљиво. Право изузећа од вакцинације које, буквално до јуче, није било регулисано законски никако не може бити ни у надлежности лекара, али ни у надлежности родитеља тек рођеног детета коме се доживотно ускраћује право на заштиту.

Право детета на вакцинацију и заштиту од болести обавеза је државе, здравственог система, друштва и родитеља да му ту заштиту пруже. Та заштита данас подразумева не само доспуност свих вакцина и здравствених радника да ту вакцину дају, него и широку доступност јасне информације о вакцинама - прилагођене потребама родитеља. Без тога, врло брзо ћемо се подсетити како изгледају болести које смо, захваљујући вакцинама, скоро заборавили. Са друге стране, када постоје сви услови – вакцина, знање, воља и комуникација са родитељем, престаје да буде важно да ли је вакцинација обавезна или не. Родитељ кроз комуникацију са здравственим радником добија знања и информације да донесе праву одлуку, а кроз ту интеракцију расте и поверење између система и родитеља, што води томе да вакцинација постане друштвена норма (7). Посебан проблем могу представљати непрепознати лични ставови стручњака који могу да не виде занемаривање, да нормализују неприхватљива понашања или пренаглашавају ризике. Преиспитивање става стручњака у односу на занемарујућег родитеља треба да покаже спремност стручњака или, на супрот томе, немогућност да родитеља прихвате као особу са проблемом.

Рад са породицама у којима постоји забринутост за дететову сигурност и благостање није нимало лак, изузетно је захтеван и тежак и за професионалце, а у неким околностима може постати готово немогућ. Сусрет са неадекватним и по дете угрожавајућим поступањима код стручњака покреће различите емоционалне реакције. Ово нису клијенти који су награђујући за професионалце у смислу прихватања помоћи и позитивних промена које би биле мотивишуће за помагаче.

УМЕСТО ЗАКЉУЧКА

Нема сумње да је избегавање вакцинације вид медицинског занемаривања коју све чешће свесно чине родитељи. Активна имунизација је питање науке, струке, како би неко казао “питање народног здравља” и чини се да нема много простора за плурализам који одговара у овом моменту друштвено-политичком, а не научном, односно стручном. Расправа за и против имунизације је изашла из контекста стручности и ушла у поље дебате у којој се “победа мишљења” остварује на основу уверљивости, а не веродостојности.

Историја антивакциналних покрета нас учи да ће увек постојати неко ко ће бити опозиција вакцинацији – и ко ће се позивати на “обавезност” вакцинације и “опресију” система над појединцем (иако су то две групе – они који су против опресије не морају увек да буду против вакцинације). Са таквим поје-

динцима комуникација је много већи изазов и као крајња мера, може се увести формулар који ће садржати потпис родитеља да је примио све информације о вакцинацији; да свесно излаже своје дете ризику од болести; да је свестан да његово дете може пренети болест другом детету и да прихвата моралне и етичке консеквенце тога; те да је свестан да одбијањем вакцинације свесно чини акт занемаривања детета. Ова мера би сигурано смањила број оних које се свесно одлучују на занемаривање детета везано за вакцинације.

ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization: Report on consultation on child abuse prevention, 29-31 March 1999, Geneva, World Health Organization, 1999. (document WHO/HSC/PVI/99.1)
2. Pejovic-Milovancevic M, Mitkovic-Voncina M, Lecic-Tosevski D. Past, present, and future steps in child abuse and neglect issues: the Serbian journey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015;24:121-4.
3. Пејовић Милованчевић М, Минчић Т, Калањ Д (уред.). Приручник за примену посебног протокола система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Београд: Институт за ментално здравље; 2014, II допуњено издање.
4. White E. Science, pseudoscience, and the frontline practitioner: the vaccination / autism debate. *J Evid Based Soc Work* 2014; 11:269-74.
5. Shelby A, Ernst K. Story and science how providers and parents can utilize storytelling to combat anti-vaccine misinformation. *Hum Vaccin Immunother* 2013; 9:1795-801.
6. Pejovic Milovancevic M, Radosavljev Kircanski J, Vidojevic O, et al. The role of mental health service providers in protection from child and adolescent abuse nad neglect – a Serbian example. *Paediatrics Today* 2013; 9:76-83.
7. Nyhan B, Reifler J, Richey S, et al. Effective messages in vaccine promotion: a randomized trial. *Pediatrics* 2014; 133:e835-42

1.4. ПРОТИВНИЦИ ВАКЦИНАЦИЈЕ У СРБИЈИ

Зоран Радовановић

Академија медицинских наука Српској лекарској друштва, Београд

Откад постоји, вакцинација наилази на отпор једнострано или недовољно информисаног света. Последњих година, међутим, нагло је повећан број противника ове драгоцене превентивне мере, највећег открића које је медицина икада понудила човечанству. Основни разлог сумњама крије се у околности да је вакцинација, како се то каже, жртва свог изванредног успеха – многе заразе су (скоро) нестале, па се људи суочавају само са нежељеним дејствима саме вакцине. Мотиви противника вакцинације крећу се од некритичне жеље за самопромоцијом, преко превара и користољубља, до психопатских идеја величине, али преовлађују аутентични страхови људи, било да су сумњичави по природи, било да неко своје породично искуство везују за поједине вакцине. Друштвени утицај антивакционалиста је енормно порастао појавом интернета и ширењем друштвених мрежа.

НЕКВАЛИФИКОВАНИ ШАРЛАТАНИ

Невероватно звучи, али је чињеница да у нашој средини велики одјек имају сасвим бесмислене идеје. Парадигматичан је пример извесног „Марка с фејсбука“, кога је, наводно, мама, локални синдикални функционер, одвела прошле године на никад одржан састанак министарке здравља са судијама Уставног суда. Мама је свом Марку дала реч (шта ли је радила министарка?), а он је 45 минута грмео против увођења вакцина које у стварности не постоје (против хомосексуализма, карцинома, дијабетеса, мршављења и др.). Свих 145 присутних су, наводно, одустали од своје нечасне намере, а храбри Марко је обећао да ће им и на наредном састанку „запушити уста“. Ова фантазмагорија једног митомана наишла је на огромну подршку, уз ксенофобичне изразе мржње према „глобалистичким сатанистима“, Јеврејима и промоторима „ГМОтрова“ (1). Нико од више хиљада подржавалаца ове измишљене стварности није пало на памет да се запита о Марковој урачунљивости.

ЛЕКАРИ БЕЗ ЛИЦЕНЦЕ

Доминирају два лика. Први је извесни Тодор, бивши стоматолог Дома здравља у Раковици, пре више од три деценије послат у инвалидску пензију, који се

од тада богати продајући своје бескорисне смесе као чудотворне лекове („тодоксин“). Његови „оригинални“ ставови су мисаона салата од међусобно контрадикторних елемената, између осталог да вирус сиде не постоји, али да су га Американци, тако непостојећег, ипак свесно унели у Африку, те да Тодор, срећом, лечи од таквих инфекција, као и од свих других болести (Меџика Џонсона, бројне крунисане главе, али и остале који му добро плате). Отуда су вакцине не само непотребне, већ и штетне („уништавају коштану срж“), а спавање је губљење времена, које треба посветити зурењу у сунце. За вариолу је окривио стенице, а открио је како је, наводно, Институт „Торлак“ припремио монстурозну вакцину која изазива стерилитет код скоро две трећине жена, али су Бразилци прозрели ту игру (наравно, нема објашњења што смо се окомили на ту далеку земљу). Тврди и да су му зли људи неправедно ускратили Нобелову награду, мада је аутор „посебне скице стварања живота“ (2). Било би смешно, да такве бесмислице не фасцинирају велики број купаца „тодоксина“.

Друга је извесна Слађана (3,4), која је, попут Тодора, накитила своју биографију лако проверивим неистинама, али јој, за разлику од свог пандана, зарада није примарни циљ. Она је ауторка Петиције за укидање обавезне вакцинације у Србији, а служи се тврдњама да је вакцинисање „геноцидно“ и да „доводи до стерилизације и тешких обољења“, те да је у САД „од последица поливалентних вакцина... умрло 145.000 деце“ (податак, је, наравно, измишљен). Нажалост, скоро 15.000 наших грађана је својим потписом показало да верује како су Американци заиста одлучно кренули у масовни помор сопственог подмлатка. О њеном менталном склопу и могућности критичног мишљења говори уверење да болести нису изазване микроорганизмима, већ „вибрацијама“, па када „фреквенција падне испод 58 херца, појављују се симптоми прехладе, на 55 кандида, на 42 рак“, итд. Таква особа, нажалост, има 41.000 следбеника на једном свом сајту, а 28.000 на другом.

ЛИЦЕНЦИРАНИ ЛЕКАРИ ИЗ ДРЖАВНЕ СЛУЖБЕ

Велики отпор постоји према вакцинацији против грипа. Када је реч о обавезним имунизацијама, предњаче лекари који допунске приходе остварују „овладавањем“ науци непознатих „енергија“ и сличним махинацијама. За разлику од својих колега по приватним алтернативним ординацијама, они се не рекламирају по медијима.

Међу лекарима који се оглашавају у јавности издвајају се два београдска професора педијатрије. Млађи по звању, ванредни професор, устврдио је да вакцина против великог кашља доводи до леукемије (5,6). Своју идеју никада није поткрепио разумним доказима, а главни аргумент му је да ју је 2004. саопштио на једном светском конгресу. Лаике то импресионира, јер не слуте да на таквим скуповима има и разних чудака чија излагања се памте као анегдотски

инциденти, па се његово „откриће“ и данас по медијима стално васкрсава на словима типа „Вакцина изазива леукемију“ (с упитником или ускличником).

Ставови тог педијатра најјасније се виде из излагања које је пре више од пет година одржао за Двери српске: „ја сам ... оптужио да је вакцина против дифтерије узрок настанка, тригер дечје лимфобластне леукемије ... да сам ја рецензирао мало више радова са Харварда не би било толико пуно рака ... *СМV* је први који апгредује и подиже *H1* ... следећи вируси су само добротичнитељи детета ... један од таквих је вирус морбила... вирус грипа сваке године долази да би ресетовао наш имунолошки систем... да је то нешто опасно, Бог би га сигурно елиминисао“ (7).

Ту се, с једне стране, препознаје давно одбачена теорија расне хигијене („нека преживе најспособнији“), а с друге стране, промовише се науци стран фатализам („све је у Божјим рукама“).

Други педијатар, иначе редовни професор, залаже се за многе вакцине, нарочито против инвазивне пнеумококне болести, али сматра да је вакцинација против малих богиња непотребна, те да јој није место у категорији обавезних (7,8). Своје мишљење правда личним разлозима, а не тврди експлицитно да та вакцина изазива одређене поремећаје здравља, јер је свестан да нема упориште у научној литератури.

Контрадикторне поруке чланова једне исте катедре упућене јавности учиниле су да се постави питање усаглашености наставног процеса. Почетком ове године је на седници Катедре педијатрије Медицинског факултета у Београду констатовано да студенти и специјализанти ипак добијају знања садржана у оквирима постојећих научних истина, али да иступања наставника у медијима морају да се прилагоде истим принципима. Притом није само у питању углед Катедре и Медицинског факултета, већ и одговорност за очување народног здравља.

ЗАКЉУЧАК

Изразити пад обухвата вакцинацијом у Србији има бројне узроке, између осталог и несташицу вакцина, али значајну улогу играју носиоци антивакциналних ставова. Разликују се по мотивима и образовном нивоу, а погубно је по добробит подмлатка када се међу њима нађу лекари, посебно уколико имају и научна звања. Сигурно је да научну знатижељу и право на сопствено мишљење не треба спутавати, али ни једно и друго не сме да се заснива на умишљености, самопромоцији или фалсификовању чињеница. У струци и науци постоје дилеме, рецимо, о утицају ГМО на здравље, али и питања која се сматрају неспорним, па се решавају водичима добре праксе, обавезујућим упутствима, законским прописима и сл. Тој другој групи припада вакцинација.

ЛИТЕРАТУРА

1. Како је Марко са фејса победио глобалисте. Доступно на: <http://www.vaseljenska.com/vesti/kako-je-marko-sa-fejsa-pobedio-globaliste/> и http://www.vozd.in.rs/63_zdravlje.html, преузето 9. априла 2015.
2. Јовановић Т. Др сци. Тодор Јовановић. Доступно на: <http://www.torexin.co.rs/>. Вакцине и вакцинација. Доступно на: <http://www.torexin.co.rs/index.php/knjige-i-clanci/vaccine-i-vaksinacija>. Вируси и контаминација полиовакцине. Доступно на: <http://www.torexin.co.rs/index.php/knjige-i-clanci/virusi-i-kontaminacija-poliovaccine>, преузето 30. јула 2014.
3. Велков С. Дечије болести су природне болести које нас јачају. Доступно на: <http://www.srbijapress.org/decije-bolesti-su-prirodne-bolesti-koje-nas-jacaju/>, преузето 15. јануара 2015.
4. Илић А. Докторка Слађана Велков о штетности вакцинације: Вакцине изазивају болести. Наше новине, 23. 10. 2014. стр. 22-23.
5. Николић З, Радивојевић Б. Вакцина изазива леукемију? Вечерње новости, 25. септембар 2004.
6. Радовановић З. Суштина је у научном поштењу. Данас, 3. март 2015.
7. Двери српске: Све што (не) знамо о вирусу Х1Н1 и вакцини. <http://svetigoga.com/node/6361>. (Излагања П. Ивановског и Б. Несторовића), преузето 7. априла 2015.
8. Божовић И. (Не)разуман страх од вакцина. РТС, 15.01.2015. Доступно на: <http://www.rts.rs/page/stories/ci/story/124/%D0%94%D1%80%D1%83%D1%88%D1%82%D0%B2%D0%BE/1799664/%28%D0%9D%D0%B5%29%D1%80%D0%B0%D0%B7%D1%83%D0%BC%D0%B0%D0%BD+%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85+%D0%BE%D0%B4+%D0%9C%D0%9C%D0%A0+%D0%B2%D0%B0%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0.html>, преузето 7. априла 2015.

1.5. ПРИСТАНАК У СЛУЧАЈУ ВАКЦИНАЦИЈЕ- ГРАНИЦЕ РОДИТЕЉСКОГ ОДЛУЧИВАЊА

Ивана Родић

Министарство здравља Републике Србије, Београд

ДА ЛИ ЈЕ ПРИСТАНАК НА ВАКЦИНАЦИЈУ НЕОПХОДАН

Питање обавезности вакцинације, уз ломљење копља око тога да ли родитељ има право да одлучује о имунизацији свог детета, као што одлучује о свим другим медицинским мерама, посебно је усковитало домаћу јавност последњих месеци. Агресивна антивакцинална кампања, уз истицање ризика појаве тешких компликација вакцинације, довела је до озбиљних сумњи родитеља у то да ли треба да дозволе имунизацију детета и дилема педијатара о томе где су границе одлучивања родитеља о здрављу њиховог детета.

Додатну конфузију у причу око вакцинације уносило је и погрешно тумачење одредби Закона о правима пацијената, из којег су противници вакцинације победоносно извлачили аргумент да је за вакцинацију, као инвазивну меру, неопходан писмени пристанак родитеља. Овај рад има за циљ да разјасни дилеме о томе да ли родитељ може да одбије имунизацију, и ако одбије, шта даље педијатар треба да уради у складу са прописима.

Законом о правима пацијената је прописано да се, када је пацијент дете, медицинска мера може предузети уз пристанак његовог законског заступника (родитеља, усвојитеља или старатеља)(1). Пре него што донесе одлуку, законски заступник (у даљем тексту: родитељ) треба да буде обавештен о свему што му је потребно да зна како би могао да донесе одлуку да ли да пристане или не на медицинску меру која се предлаже. Без пристанка пацијента, односно родитеља не сме се, по правилу, предузети никаква медицинска мера (чл. 15. и 19). Дефиниција медицинске мере из члана 2. Закона о правима пацијената, као здравствене услуге која се пружа у превентивне, дијагностичке, терапијске и рехабилитационе сврхе, дефинитивно подразумева да је и имунизација медицинска мера. Из свих ових одредби произашла је дилема у стручној, али и општој јавности о томе да ли је и за вакцинацију неопходан пристанак родитеља, као и за сваку другу медицинску меру. Домови здравља су масовно тумачили акредитационе стандарде о писменом позивању родитеља да доведу дете на вакцинацију тиме да од родитеља треба тражити писмени пристанак за вакцинацију. Овакви позиви родитељима да дају сагласност за вакцинацију свог детета, унели су додатну забуну и допринели разбуктавању питања да ли су Закон о правима пацијената и Закон о заштити становништва од заразних болести у несагласности у области вакцинације.

Пажљивим читањем одредби, јасно се долази до закључка да не постоји неусаглашеност ова два закона у области вакцинације.

Законом о правима пацијената је утврђено да пацијент има право да одлучује о свему што се тиче његовог живота и здравља, осим када то угрожава живот и здравље других лица (члан 15). Дакле, слобода одлучивања сваког појединца о сопственом животу и здрављу ограничена је утицајем те одлуке на живот и здравље других, који том одлуком не смеју бити угрожени. Да је заштита становништва од заразних болести делатност од општег интереса, дефинисано је чланом 18. Закона о здравственој заштити (2).

С друге стране, ставом 3. члана 15. Закона о правима пацијената прописано је да се медицинска мера противно вољи пацијента, односно родитеља, може предузети у изузетним случајевима, који су утврђени законом. Управо у овој одредби лежи кључ одговора на постављене дилеме. Наиме, овом одредбом Закона о правима пацијената изузете су слободе одлучивања пацијента односно родитеља у случајевима када други закони прописују да је спровођење неке мере обавезно (у тексту закона употребљено је мало слово „з“, што по методолошким правилима писања прописа значи да се односи на све законе у којима таква одредба постоји). Треба напоменути да није само имунизација изузетак од општег правила о пристанку, већ се то односи и на све друге медицинске мере којима су пацијенти обавезни да се подвргну према другим законима, као што су нпр. обавезни здравствени прегледи запослених, других лица и клицоноша, према Закону о заштити становништва од заразних болести (3), обавезно лечење особа са менталним сметњама, према условима дефинисаним у Закону о заштити лица са менталним сметњама (4), мере безбедности обавезног лечења алкохоличара, наркомана и обавезног психијатријског лечења, према Кривичном законнику (5), као и обавезни прегледи жртава и осумњичених, у складу са Закоником о кривичном поступку (6).

Закон о правима пацијената упућује да се мера противно вољи пацијента (односно родитеља) може предузети у случајевима који су утврђени законом, тј. само други закон може ограничити слободу одлучивања о предузимању медицинских мера. Члан 15. овог Закона је копча ка свим другим законима којима се право на одлучивање о пристанку ограничава, па према томе и ка ограничењу права одлучивања о имунизацији, која је Законом о заштити становништва од заразних болести прописана као обавезна. Треба нагласити да се ово ограничење односи само на имунизације које су Законом утврђене као обавезне, за све друге, које нису прописане као обавезне, остаје слобода одлучивања, као и код других медицинских мера.

Да би се искључила свака дилема око тога да ли је за вакцинацију потребан пристанак родитеља или не, законодавац се одлучио да изменом Закона о заштити становништва од заразних болести јасно изрази да за спровођење обавезне вакцинације није потребан писмени пристанак пацијента односно родитеља (члан 25). У складу са свим наведеним, домови здравља би требало да наставе праксу писменог позивања родитеља да доведу децу на вакцинацију,

али тражење писмених сагласности родитеља за вакцинацију њихове деце из ових формулара треба изоставити.

ШТА УЧИНТИ КАДА РОДИТЕЉ ОДБИЈА ВАКЦИНАЦИЈУ?

Истраживања показују да до одбијања предложеног третмана обично долази због недостатка информација, неразумевања датих информација или добијања супротстављених информација из различитих извора (7).

Родитељима треба пружити сва неходна објашњења како би се отклониле сумње о корисности, ефикасности и безбедности вакцинације. Педијатра на то обавезује и члан 7. Закона о правима пацијената, којим се утврђује право пацијента на информације. Члан 8. овог Закона такође утврђује обавезу здравствене установе, али и педијатра као носиоца активности, да спроводи превентивне мере (па и имунизацију, као меру превенције заразних болести) не само пружањем одговарајућих здравствених услуга (спровођењем имунизације), већ и подизањем свести људи.

У случају да родитељ одбије вакцинацију детета, педијатар је дужан прво да родитељу укаже на све последице његовог одбијања вакцинације, како на здравље детета, тако и на правне консеквенце његовог поступка и покуша да промени одлуку родитеља. Уколико родитељ устрајава у својој одлуци, педијатар је дужан да затражи писмену изјаву родитеља о одбијању. Уколико родитељ одбије да потпише ову изјаву, педијатар о томе треба да сачини службену белешку, евидентирајући у медицинској документацији да је родитеља упозорио на последице одбијања вакцинације, да је затражио писмену изјаву о одбијању и да родитељ одбија и вакцинацију и потписивање изјаве о томе.

Лекар је даље дужан да о одбијању вакцинације обавести санитарну инспекцију Министарства здравља РС. Ова инспекција има надлежност да контролише спровођење Закона о заштити становништва од заразних болести и да донесе решење са налогом родитељима да доведу дете у одређеном року на вакцинацију, али и да поднесе захтев за покретање прекршајног поступка против родитеља који не поступи по решењу санитарног инспектора.

Осим санитарне инспекције, педијатар је обавезан да о одбијању вакцинације обавести и центар за социјални рад. Наиме, право родитеља да одлучује о свему што се тиче живота и здравља детета, па и мерама које лекар предлаже, ограничено је најбољим интересом детета. Чланом 19. Закона о правима пацијената утврђена је обавеза педијатра да кад год сматра да родитељ не поступа у најбољем интересу детета (па и у случају одбијања обавезне вакцинације), о томе одмах обавести надлежни центар за социјални рад, који ће даље поступати у циљу заштите интереса детета. Ово обавештење центра за социјални рад, као и обавештавање санитарне инспекције, треба обавезно евидентирати у медицинској документацији.

Принципи права пацијената у Европи и Светске здравствене организације такође утврђују да уколико законски заступник одбије медицинску интервенцију, а лекар сматра да је предузимање интервенције у интересу пацијента, коначна одлука се мора препустити суду или неком другом органу (8). То значи да се лекар не овлашћује да сам предузме медицинску меру за коју сматра да је у најбољем интересу пацијента, већ треба да покрене поступак ради добијања одобрења за предузимање мере.

Према Породичном закону, по којем поступају центри за социјални рад, свако је дужан да се у свим активностима које се тичу детета, руководи најбољим интересом детета (члан 6), па тако и родитељско право постоји само у мери у којој је потребно за заштиту права и интереса детета (члан 67) (9). Орган старатељства врши корективни надзор над вршењем родитељских права, доноси одлуке којима исправља родитеље у вршењу родитељских права, и у оквиру корективног надзора може покренути и судске поступке (члан 80). Уколико између родитеља и детета постоје супротни интереси, дете заступа колизијски старатељ (члан 265. Породичног закона).

Корак даље у сагледавању одбијања вакцинације направљен је у Посебном протоколу система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања Министарства здравља РС, у којем је недовођење детета на вакцинацију сврстано у облик занемаривања детета (10). С обзиром да је чланом 6. Породичног закона, утврђено да држава има обавезу да предузима све потребне мере за заштиту детета од занемаривања и злостављања, круг спровођења обавезне вакцинације је затворен.

ЗАКЉУЧАК

Не постоји колизија Закона о правима пацијената и Закона о заштити становништва од заразних болести у погледу одлучивања о вакцинацији. Имунизација која је Законом о о заштити становништва од заразних болести утврђена као обавезна, не захтева пристанак пацијента односно родитеља, а у случају да је родитељ одбија, о томе треба одмах обавестити санитарну инспекцију и центар за социјални рад и ово обавештавање евидентирати у медицинској документацији. Дужност је и државе и здравствених радника да подижу свест људи о важности, користи и циљевима вакцинације за свако поједино дете и друштво у целини. Само на тај начин је могуће одржати тековине модерног друштва у искорењивању болести које су пре вакциналне ере биле пошаст цивилизације и не дозволити да се као друштво вратимо стотине корака уназад.

ЛИТЕРАТУРА

1. Закон о правима пацијената. „Сл. гласник РС“, број 45/13.
2. Закон о здравственој заштити. “Сл. гласник РС”, бр. 107/05, 72/09 - др. закон, 88/10, 99/10, 57/11, 119/12, 45/13 - др. закон, 93/14.
3. Закон о заштити становништва од заразних болести. „Сл. гласник РС“, бр. 125/04, 36/15.
4. Закон о заштити лица са менталним сметњама. „Сл. гласник РС“, број 45/13.
5. Кривични законик. „Сл. гласник РС“, бр. 85/05, 88/05 - исправка, 107/05 - исправка, 72/09, 111/09, 121/12, 104/13, 108/14.
6. Законик о кривичном поступку. „Сл. гласник РС“, бр. 72/11, 101/11, 121/12, 32/13, 45/13, 55/14.
7. Berg JW, Apelbaum PS, Lidz CW, et al. Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice. 2nd ed. Oxford, New York: Oxford University Press, 2001;227-45.
8. Principles of the Rights of Patients in Europe (1984). Доступно на: http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf, члан 3, преузето 04.05.2015. године.
9. Породични закон. “Сл. гласник СРС”, бр. 18/05, 72/11 - др. закон, 6/15.
10. Посебни протокол система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и узнемиравања. Доступно на: <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2012/Maj/ZastitaDeceFinalnaverzijaprotokola.pdf>, преузето 04.05.2015. године.