

INTEGRACIJA SKRBI I KONCEPT 24/7/365

SMJERNICE ZA RAZVOJ JAVNIH POLITIKA
UTEMELJENIH NA DOKAZIMA



Zdravstveni
opservatorij

IZDAVAČ

Krijesnica - udruga za pomoć djeci i obiteljima suočenim s malignim bolestima

PROJEKT

Zdravstveni opservatorij

AUTORICA

Karmen Lončarek

Zagreb, svibanj 2023.

© 2023. Krijesnica - udruga za pomoć djeci i obiteljima suočenim s malignim bolestima
Prilaz Gjure Deželića 50, Zagreb
01/3770-022
www.krijesnica.hr

U izradi ovih smjernica sudjelovale su sljedeće članice i pridružene članice Zdravstvenog opservatorija: Škola narodnog zdravlja Andrija Štampar, Medicinski fakultet u Zagrebu, Krijesnica - udruga za pomoć djeci i obiteljima suočenim s malignim bolestima, udruga DEBRA, društvo oboljelih od bulozne epidermolize, Koalicija udruga u zdravstvu, Udruga roditelja OKO, Udruga Kolibrići, Udruga Terra, Savez društava multiple skleroze Hrvatske i Zaklada SOLIDARNA.

Ove javnopolitičke smjernice namijenjene su prvenstveno tvorcima javnih politika te donositeljima odluka, koji ih mogu koristiti pri donošenju kvalitetnih odluka i rješenja za poboljšanje javnih politika kojima se smjernice bave. Smjernice su namijenjene i drugim dionicima u zdravstvu, stručnoj javnosti, građanima, građanskim inicijativama te organizacijama civilnog društva.

Svrha smjernica je uključivanje što šireg kruga dionika u procese oblikovanja politika zasnovanih na participativnom procesu, s ciljem utjecaja na pozitivne promjene ključne za donošenje, provedbu i/ili nadzor provedbe javnih politika. Nadamo se da ćemo ovime doprinijeti kreiranju kvalitetnijih zdravstvenih politika koje su u javnom interesu.



Projekt je sufinancirala Europska unija iz Europskog socijalnog fonda.
Sadržaj publikacije isključiva je odgovornost Krijesnice - udruge za pomoć
djeci i obiteljima suočenim s malignim bolestima.

SAŽETAK

Svrha ovih *policy* smjernica za razvoj javne politike jest da djeluje kao pomoć kreatorima javnih politika kod oblikovanja *policy* dokumenata usmjerenih prema integraciji skrbi.

Integracija skrbi je pristup koji je nastao kao odgovor na fragmentaciju skrbi odnosno na probleme neusklađenosti i dupliciranja postupaka, što konačno dovodi do sve lošijih zdravstvenih ishoda i sve većeg opterećenja zdravstvenog sustava kakvog vidimo danas. Osobe s dugotrajnom skrbi, kao skupinom s kompleksnim stanjem i kompleksnim potrebama, zahtijevaju integraciju skrbi unutar i između ustanova zdravstva i socijalne skrbi. Integracija skrbi promatra se kroz proces skrbi, nastojeći pritom osigurati koordiniranu skrb u različitim okruženjima i od različitih pružatelja skrbi, kroz cijelo razdoblje trajanja potrebe.

Sadržaj

I. OPĆI DIO.....	4
1. Svrha dokumenta	4
2. Metodologija izrade dokumenta.....	4
3. Koordinator koji su sudjelovali u oblikovanju i izradi dokumenta.....	4
II. SPECIFIČNI DIO	5
1. Uvod	5
2. Stanje i potrebe za integracijom skrbi u Republici Hrvatskoj.....	7
3. Algoritam za izradu javne politike.....	12
4. Zaključci i preporuke	15
Mjere i aktivnosti na državnoj razini	15
5. Popis korištenih izvora	17
Prilog 1. Tko je kompleksan pacijent?	19
Pacijenti koji:	19
• Nemamo punu kontrolu nad njihovim stanjem.....	19
• Troše nam mnogo vremena	19
• „Nosimo ih doma“	19
• Imamo nisku efektivnost i efikasnost u njihovom liječenju.....	19
Faktori kompleksnosti na razini pacijenta (medicinski, psihološki, socijalno-ekonomski)	19
Faktori kompleksnosti na razini pružatelja skrbi	20
Faktori kompleksnosti na razini konteksta skrbi	20
Kontrolna lista za sagledavanje kompleksnosti.....	21
Prilog 2. Šest razina kolaboracije / integracije	23
Prilog 3. LINIJA KONTINUITETA SKRBI.....	26
Prilog 4. Bioetička pitanja u integraciji skrbi	27
Taksonomija ključnih karakteristika integrirane skrbi	29
Prilog 5. Sažetak nalaza Procjene društvenog utjecaja predloženih intervencija	29

I. OPĆI DIO

1. SVRHA DOKUMENTA¹

Smjernice za razvoj javne politike predstavljaju stručnu podlogu u procesu kreiranja javnih politika te djeluju kao alat pružanja podrške kreatorima javnih politika u kontekstu oblikovanja *policy* dokumenata, doprinoseći pritom učinkovitijem i efikasnijem upravljanju i odlučivanju.

Smjernice za razvoj javne politike za **integraciju skrbi i koncept 24/7/365** namijenjene su donositeljima odluka i kreatorima javne politike iz područja zdravstvene i socijalne skrbi (institucijama ili organizacijama zdravstvene i socijalne skrbi, organima uprave i samouprave), uključenima u proces kreiranja javnih politika na temu integracije skrbi².

2. METODOLOGIJA IZRADA DOKUMENTA³

Za izradu metodologije smjernice korištena su relevantna međunarodno priznata načela, saznanja, prakse u području razvijanja novih *policy* alata i tehnika.

Za potrebe ispitivanja postojećeg stanja i trendova na temu integracije skrbi korišteni su:

- europski i nacionalni legislativni dokumenti (zakoni, strategije, izvješća, analize)
- projektni i drugi izvještaji i analize državnih agencija i javne uprave
- specifični primjeri/situacije iz realiteta

3. KOORDINATORI KOJI SU SUDJELOVALI U OBLIKOVANJU I IZRADI DOKUMENTA

Provedbu participativnog procesa formulacije prijedloga javnih politika na temu integracije skrbi i koncept 24/7/365 provela je prof. dr. sc. Karmen Lončarek, pročelnica

¹ Prednosti korištenja smjernica za razvoj javnih politika:

- Omogućuju razumijevanje o prirodi *public policy* zajednice u kontekstu specifičnog problema, okružja, specifične populacijske skupine od interesa;
- Istraživanje uloge *public policy* smjernice kao vodiča u procesu kreiranja politike;
- Razvijanje vještina i znanja o metodologiji izrade *public policy* smjernice uključujući kreiranje strukture dokumente i povezivanje s relevantnom temom / problemom / populacijom od interesa;
- Omogućava sinergiju istraživačkog i stručnog sadržaja za određeno tematsko područje.

² EŪin Young i Lisa Quinn. Vodič za *policy* savjetnike u zemljama Središnje i Istočne Europe: Pisanje djelotvornih prijedloga za javne politike. Dostupno na:

https://www.icpolicyadvocacy.org/sites/icpa/files/downloads/writing_effective_public_policy_papers_croatian.pdf.

³ Za više detalja pogledaj 4. *Popis korištenih izvora*.

Zavoda za integriranu i palijativnu skrb pri KBC-u Rijeka. Prof. dr.sc. Lončarek je stručnjak u području organizacije i strateškog planiranja integrirane skrbi na modelu palijativne i psihijatrijske skrbi, s posebnim interesom za organizaciju skrbi u kući i zajednici. Članovi Public Health Hub Croatia (PUB HUB Croatia) projektnog tima sa Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu sudjelovali su u izradi metodologije te koordinaciji procesa oblikovanja i izrade tematskih *policy* smjernica. U proces izrade smjernice aktivno su bili uključeni članovi mreže Zdravstvenog opservatorija.

II. SPECIFIČNI DIO

1. UVOD

Osnovni pojmovi

Integracija skrbi

To je koherentan skup organizacijskih i kliničkih metoda i modela osmišljen da stvori kontinuitet, usklađenost i suradnju unutar i između različitih sektora skrbi. Integracija skrbi donosi koherentnost i sinergiju između različitih dijelova zdravstvenog sustava, čime se poboljšava učinkovitost sustava, kvaliteta skrbi, kvaliteta života i zadovoljstvo pacijenata, posebno za kompleksne pacijente⁴.

Kompleksni pacijent

To je pacijent kojemu nije dovoljna generička (općenita, nespecifična) skrb niti skrb specifična za bolest ili stanje, već je skrb za njega potrebno individualizirati. U pravilu, kompleksan pacijent ne može sam primiti pomoć, već „treba pomoć da bi primio pomoć“. Vrste kompleksnosti opisane su u *Prilogu 1*.

Dugotrajna skrb

⁴ Goodwin N.: Understanding integrated care. Int J Integr Care 2016; 16: pp. 1-4. 6

WHO Regional Office for Europe: Integrated care models: an overview. [Internet].2016.WHO Regional Office for EuropeCopenhagen.

Maruthappu M., Hasan A., Zeltner T.: Enablers and Barriers in Implementing Integrated Care. Health Syst Reform 2015; 1: pp. 250-256.

Suter E., Oelke N.D., Adair C.E., Armitage G.D.: Ten key principles for successful health systems integration. Healthc Q 2009; 13: pp. 16-23.

To je niz usluga koje se pružaju duži vremenski period osobama smanjenih funkcionalnih mogućnosti (tjelesnih ili kognitivnih) s ciljem održavanja razine funkcionalne sposobnosti u skladu s njihovim osnovnim pravima, temeljnim slobodama i ljudskim dostojanstvom. Pomoć se može odnositi na obavljanje osnovnih svakodnevnih aktivnosti (hranjenje, kupanje, odijevanje, ustajanje iz kreveta, odlazak na WC) i/ili instrumentalnih svakodnevnih aktivnosti (kupovina, pranje odjeće, pospremanje, kuhanje, upravljanje financijama, telefoniranje itd.). Dugotrajna skrb može biti formalna – u institucijama poput domova za starije i nemoćne ili izvaninstitucionalna (npr. socijalna usluga pomoći u kući) – i neformalna (obično obiteljska i neplaćena)⁵.

Koordinirana skrb

Suradnički proces koji se odnosi na organizaciju aktivnosti skrbi za pacijenta i dijeljenje informacija među svim sudionicima koji se bave njegom pacijenta kako bi se postigla sigurnija i učinkovitija skrb. To znači da su pacijentove potrebe i preferencije unaprijed poznate i u pravo vrijeme priopćene pravim ljudima te da se te informacije koriste za pružanje sigurne, odgovarajuće i učinkovite skrbi pacijentu⁶.

Intervencija

Aktivnost ili skup aktivnosti čiji je cilj modificiranje procesa, tijeka radnje ili slijeda događaja, kako bi se promijenila jedna ili više njihovih karakteristika kao što je učinak ili očekivani ishod⁷.

Socijalne determinante zdravlja

Okolnosti u kojima se ljudi rađaju, odrastaju, žive, rade i stare te sustavi postavljeni za suočavanje s bolešću. Te su okolnosti zauzvrat oblikovane širim nizom sila: ekonomijom, socijalnom politikom⁸.

⁵ European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Zigante, V., Informal care in Europe : exploring formalisation, availability and quality, Publications Office, 2018, <https://data.europa.eu/doi/10.2767/78836>

<https://bib.irb.hr/datoteka/788580.100.pdf>

6

<https://www.ahrq.gov/ncepcr/care/coordination.html#:~:text=Care%20coordination%20involves%20deliberately%20organizing,safer%20and%20more%20effective%20care.>

⁷ <https://uwaterloo.ca/research/office-research-ethics/research-human-participants/pre-submission-and-training/human-research-guidelines-and-policies-alphabetical-list/definition-health-related-intervention>

⁸ https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

2. STANJE I POTREBE ZA INTEGRACIJOM SKRBI U REPUBLICI HRVATSKOJ

Potreba za integracijom

Opći trend razvoja medicine jest da postaje sve kompleksnija, a istovremeno sve jače fragmentirana. Zbog komodifikacije zdravlja, pak, cijeli zdravstveni sustav sve više se temelji na uslugama, te se gubi učinak skrbi. Sve ove suprotstavljene silnice zajedno urađaju diskontinuitetom i lošijom kvalitetom skrbi, a dokaz za to su loši ishodi liječenja poput, primjerice, visoke izbjegive smrtnosti (*amenable mortality*) ili loših ishoda u onkologiji⁹.

Suvremena zdravstvena zaštita ne može postojati bez multisektorske i intersektorske suradnje (odbori, timovi, aktivnosti itd.) jer to su danas temelji cjelovite skrbi. Dosadašnji model institucionaliziranja skrbi za bolesne i nemoćne pokazao se preskupim i neodrživim, stoga se EU vraća neformalnoj skrbi, ovaj put uz jaču sustavnu podršku i integraciju s formalnom skrbi. K tome, Europska unija u financijskom ciklusu 2021.-2027. za investicije i razvoj direktno se osvrće na cjelovitu skrb i integraciju skrbi kao imperativ u zdravstvenoj zaštiti¹⁰. EU skreće time skreće pažnju na potrebu za ulaganjem u dugotrajnu skrb koja je nedovoljno razvijena u većini europskih zemalja. U javnom sustavu pružanja dugotrajne skrbi kakav imamo u Hrvatskoj, dominiraju institucionalni oblici skrbi dok izvaninstitucionalni oblici dugotrajne skrbi u zajednici znatno izostaju¹¹. Hrvatska nema razvijen djelatan model dugotrajne skrbi, što se odražava u lošim ishodima¹². Naime, hrvatski zdravstveni sustav i dalje se temelji na akutnom, epizodnom modelu skrbi s izrazito malim naglaskom na samoskrb pacijenata što dovodi u pitanje dugotrajne i fluktuirajuće potrebe kroničnih pacijenata.¹³ Iako je široko prihvaćeni Wagnerov model kronične skrbi¹⁴ stariji od 25 godina, njegova primjena u okviru pojedine zdravstvene ustanove, unutar zdravstvenog sustava ili između zdravstvenog i socijalnog sustava nažalost nije vidljiva.¹⁵

⁹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2022), Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2021, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/24be62c0-hr>.

¹⁰ European Union. Regulation (EU) 2021/1058 of the European Parliament and of the Council of 24 June 2021 on the European Regional Development Fund and on the Cohesion Fund. [Internet]. 2021. Available online: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32021R1058> (accessed on 20 January 2023)

European Commission. A European Care Strategy for caregivers and care receivers. [Internet]. European Commission: Brussels, 2022. Available online: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_5169 (accessed on 20 January 2023)

¹¹ Stubbs P, Zrinščak S. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care: Croatia. Brussels: European Commission, European Social Policy Network (ESPN). 2018. Dostupno na: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19841&langId=en>.

¹² OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2022), Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2021, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/24be62c0-hr>.

¹³ Nolte, Ellen, and Martin McKee. Caring for people with chronic conditions : a health system perspective. Maidenhead, England: Open University Press, 2008. Str. 64-67. Dostupno na: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf

¹⁴ Reenita Das. Is Doctorless Care the Future of Healthcare? Forbes 21.6.2017. Dostupno na: <https://www.forbes.com/sites/reenitadas/2017/06/21/is-doctorless-care-the-future-of-healthcare/?sh=4efe2dd05a80>

¹⁵ The World Bank. National Development Strategy Croatia 2030 Policy Note : Health Sector. Srpanj 2019. Str. 59. Dostupno na: <https://hrvatska2030.hr/wp-content/uploads/2020/10/Health-Sector.pdf>

Pomaci u kontekstu integracije skrbi vidljivi su u novim strateškim i zakonodavnim dokumentima Republike Hrvatske. Naime, u Nacionalnom planu razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. - 2027. godine, integracija skrbi istaknuta je u više dimenzija, u okviru specifičnog cilja 2. Unaprjeđenje sustava zdravstvene zaštite. Koordinacija skrbi i kontinuitet skrbi temelj su integracije skrbi ključan za uspostavu na razini primarne zdravstvene zaštite koja ima snagu prilagođavanja specifičnim potrebama i mogućnostima lokalnih zajednica u kojima egzistira. Jačanje dionika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti neizostavna je komponenta ovog pristupa kako bi se neposredno osigurala bolja dostupnost zdravstvenih usluga u zajednici¹⁶. Osim toga, novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti, usvojen u ožujku 2023. godine, predviđa izradu pravilnika o integraciji skrbi, kojim će se pobliže opisati mogući modeli i aktivnosti u skladu s navedenim konceptom.

Očekivani ishodi integracije skrbi

Ishodi za pacijente i obitelji (iskustva)

- Imaju informacije i podršku potrebne za optimalnu skrb, te donošenje odluka i izbora
- Uključeni su u skrb te donošenje odluka i izbora, onoliko koliko to žele
- Kod promjene okruženja skrbi znaju da postoji jasan plan što će se dalje dešavati
- Pristup skrbi potrebnog za dobru kvalitetu života i uključenost u život zajednice
- Obitelj osjeća da prima podršku i ostvaruje dobru kvalitetu života u zadanim okvirima

Ishodi za službe pružanja skrbi

- Profesionalci i osoblje primaju podršku za kolaborativni rad i koordinaciju skrbi, putem lakog pristupa zajedničkoj zdravstvenoj dokumentaciji, protokolima skrbi i dogovorenim kliničkim putevima integrirane skrbi
- Transferi pacijenata između različitih okruženja skrbi obavljaju se bez odlaganja 24/7 skrb koja je pravovremena i na pravom mjestu
- Proaktivno prepoznavanje potreba te podmirivanje hitnih potreba, oboje pretežno u okruženjima PZZ i zajednice

Ishodi za sustav

- Bolja učinkovitost jer su uklonjeni dupliciranje i kašnjenje skrbi, te je poboljšan protok primatelja skrbi
- Manja potražnja za skupljom bolničkom skrbi te obuzdavanje porasta potrošnje
- Preusmjeravanje težišta kapaciteta i resursa sa skupih bolničkih okruženja na okruženja u zajednici

¹⁶ Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. [Internet]. Zagreb: Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske; 2021. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocImages/2022%20Objave/Nacionalni%20plan%20razvoja%20zdravstva%202021.-2027..pdf>

Svrha i ciljevi integracije skrbi

Integracija skrbi provodi se kako bi se ostvarili učinci u više dimenzija i s različitim vremenskim učincima. Različiti učinci mogu biti prioritet ovisno o specifičnostima potrebe ili situacije u kojoj se provodi integracija, ali pri planiranju i evaluaciji treba uzeti u obzir sve perspektive koje opravdavaju svrhu integracije:

1. Osigurati sveobuhvatnu, kontinuiranu i cjelovitu skrb za osobe s kompleksnim potrebama uključujući njihove fizičke, mentalne i socijalne potrebe za skrbi
2. Unaprijediti skrb povezivanjem dostupnih zdravstvenih i socijalnih usluga i servisa te dionika u proces pružanja skrbi uzimajući u obzir perspektivu pacijenta/čovjeka u središtu. Za potrebe unaprjeđenja zdravstvene zaštite nužna je koordinacija svih dionika na svim razinama pružanja skrbi uz stvaranje multidisciplinarnih timova sukladno potrebi za skrbi.
3. Unaprijediti efektivnost i efikasnost sustava povezivanjem bolničkih i izvanbolničkih resursa i dionika u zdravstvu s ostalim socijalnih usluga u zajednici što će dovesti do rasterećenja bolničkog sustava te smanjenja troškova u zdravstvu

Opći cilj 1: Pozitivno iskustvo za pacijenta

Specifični ciljevi

- Povećana dostupnost
- Iskustvo bešavne skrbi
- Ciljano (prema skupinama: osoblje, pacijenti, obiteljski negovatelji...) i specifično (prema problemu) osnaženi korisnici

Opći cilj 2: Unaprjeđenje procesa i ishoda skrbi

Specifični ciljevi

- Personalizirana skrb
- Defragmentirana skrb
- Koordinirana skrb (zajednička procjena potreba, zajedničko planiranje i upravljanje skrbi, zajedničko planiranje otpusta)
- Holistička skrb

Opći cilj 3: Unaprjeđenje efektivnosti i efikasnosti sustava

Specifični ciljevi

- Smanjenje troškova
- Rasterećenje osoblja
- Facilitiranje prijema
- Skraćivanje hospitalizacije

- Olakšani odlazak iz bolnice
- Olakšani ostanak u kućnoj njezi
- Smanjivanje rehospitalizacija
- Smanjivanje dolazaka na OHBP

Aktivnosti integracije u svrhu ostvarenja ciljeva

Planiranje skrbi polazi od potrebe pacijenta uzimajući u obzir njegovo zdravstveno stanje i okolnosti u kojima živi. Za potrebe povezivanja zdravstvene i socijalne skrbi potrebno je mapirati postojeće stanje identificiranjem dionika te dostupnih usluga i servisa u zajednici za pružanje podrške njegovateljima. Kako bi se provela integracija skrbi potrebno je stvoriti povoljne uvjete u smislu usklađivanja nacionalne politike s lokalnom politikom te koordinacije aktivnosti ponajviše između zdravstvenog i socijalnog sustava.

Kako bi se utvrdili segmenti u vidu procesa za unaprjeđenje potrebno je identificirati ciljanu populaciju primatelja skrbi te izraditi mapu skrbi kako bi se utvrdila kritična mjesta za intervenciju te sukladno tome uključili različiti dionici.

Kako bi se sustavno uvele promjene te povezali procesi u skrbi posebice između zdravstva i socijale, potrebno je osnažiti dionike te kreirati protokole/*checkliste* koje bi promjenu određene prakse učinile održivom.

Stvaranje povoljnih uvjeta za integraciju

- Stvaranje povoljnog okruženja za razvoj integrirane skrbi¹⁷
- Koordiniranje politika i planiranja unutar i među sektorima, ponajprije zdravstvenog, socijalnog i obrazovnog
- Koordiniranje komunikacija o značenju integracije prema svim dionicima
- Jednostavne i eksplicitne linije komunikacije primatelja skrbi prema koordinacijskom entitetu (tj. ključnim osobama nadležnima za skrb)

Izrada stručnih kriterija i definiranje procesa integracije

- Definiranje jasnih kriterija za identifikaciju ciljane populacije primatelja skrbi
- Izrada koncepta zajedničkog plana skrbi za pojedinog pacijenta/obitelj/subpopulaciju
- Definiranje središnjeg koordinacijskog entiteta koji radi izravno s primaocima skrbi, te su ga ostali pružatelji skrbi priznali kao nadležnoga za koordinaciju skrbi i službi za pružanje skrbi

Osnaživanje dionika i kreiranje integriranih sustava

¹⁷ https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf

- Izgradnja ključnih strukturnih i funkcionalnih elemenata integrirane skrbi:
- Osnaživanje svih dionika – kako profesionalaca, tako i laika (pacijenti, obitelji, lokalne zajednice)
- Mehanizmi povećanja znanja i vještina kliničara i drugih dionika skrbi (izgradnja kompetencija i kapaciteta)
- Izgradnja pravaca integracije skrbi:
 - Umrežavanje i suradnja – koordiniranje aktivnosti sve većeg broja dionika
 - Poboljšavanje kritičnih elemenata kontinuiteta sustava – postupno rješavanje sve većeg broja elemenata koji sprečavaju diskontinuitet
 - Povećanje pristupačnosti – uključivanje sve većeg broja ciljanih pacijenata
 - Izgradnja kliničkih kapaciteta - edukacija, podrška, mentoriranje
 - Povećanje obuhvata – uključivanje sve većeg broja ciljanih skupina (primatelja ili pružatelja skrbi)
- Izgradnja mreže/koalicije bolničkih i izvanbolničkih pružatelja skrbi koji imaju jasne i djelatne odnose, te definirane komunikacijske mehanizme
- Mehanizmi praćenja pacijenta/obitelji za koju se skrbi, elemenata skrbi koja im se pruža, te ishodi skrbi
- Mehanizmi izgradnje dugoročne održivosti (npr. sukcesija rukovodstva)

Indikatori i mjere integracije skrbi

NAPOMENA: Radi jednostavnosti i jasnoće, ovdje navodimo samo primjere nekih mjera i indikatora (broj tijekom kalendarske godine)¹⁸ sukladno navedenim aktivnostima. Mjere i indikatori razvijat će se u suradnji s dionicima u pojedinim aktivnostima. Primjer razina integracije skrbi, prema kojima se mogu izraditi specifični indikatori, nalazi se u Prilogu 2.

Stvaranje povoljnih uvjeta za integraciju

- Broj izrađenih dokumenata po vrstama (info letci, stručne smjernice, stručni članci...)
- Broj sastanaka bolničkih i izvanbolničkih dionika
- Broj organiziranih općih edukacija o integraciji
- Broj polaznika općih edukacija o integraciji

Izrada stručnih kriterija i definiranje procesa integracije

- Broj održanih konzultacija
- Broj i vrsta sudionika u konzultacijama
- Broj mapiranih procesa
- Broj unaprijeđenih procesa

Osnaživanje dionika i kreiranje integriranih sustava

- Broj sastanaka dionika unutar jednog ekosustava skrbi
- Broj organiziranih specifičnih edukacija
- Broj polaznika specifičnih edukacija
- Broj hospitalizacija koje jesu/nisu skraćene nakon intervencije
- Broj usluga rekonzilijacije i depreskripcije farmakoterapije
- Broj planiranih otpusta
- Broj ektramuralnih usluga
- Broj kliničkih supervizija
- Broj bioetičkih konzultacija (primjer bioetičkih dilema pri integraciji skrbi nalazi se u Prilogu 3.)

3. ALGORITAM ZA IZRADU JAVNE POLITIKE¹⁹

3.1. UTVRDITI CILJNE SKUPINE ZA INTERVENCIJU

Jedan od koraka planiranja aktivnosti vezano uz integraciju skrbi jest identifikacija ključnih dionika prema kojima se moraju usmjeriti intervencije. U sustavu prepoznavamo različite dionike od pojedinaca, organizacija ili institucija koje nam mogu biti bitne za procese integracije. U zdravstvenom sustavu, integracija skrbi određena je procesima unutar zdravstvenog sustava, ali i procesima izvan zdravstvenog sustava specifično prema sustavu socijalne skrbi u više dimenzija, ali i poslovnom sektoru za potrebe digitalizacije procesa u zdravstvu. S tim u vezi razlikujemo:

1) krajnje korisnike integrirane skrbi (građane /pojedince i skupine/, pacijente, njegovatelje). Posebnu pažnju treba obratiti na kompleksne pacijente. (više u Prilogu 1)

¹⁹ de Leeuw, Evelyne & Clavier, Carole & Breton, Eric. (2014). Health policy - why research it and how: Health political science. Health research policy and systems / BioMed Central. 12. 55. 10.1186/1478-4505-12-55.

2) stručnjake i profesionalce - dionike koji su važni za sudjelovanje u nekom segmentu uvođenja promjene temeljem svoje stručnosti, kompetentnosti

3) dionike koji primarno utječu na donošenje odluka u smislu uloge i pozicije u određenoj instituciji ili poziciji u odlučivanju.

3.2. UTVRDITI SEGMENTE U PROCESU SKRBI KOJE JE POTREBNO UNAPRIJEDITI I NA KOJE TREBA USMJERITI INTERVENCIJE

Integracija se promatra kao neprekinuti lanac događaja u kojem se izmjenjuju tri karike: uključivanje u skrb, pružanje skrbi, te ispraćanje iz skrbi koje ujedno znači uključivanje različitih dionika ovisno o procesu koji je događa. Prioritiziranje dionika određeno je problemom kojim se bavimo, ali i specifičnim procesom unutar pojedinog problema koji također određuje koje dionike i s kojim ciljem uključujemo u uvođenje promjena (od organizacije skrbi, pružanja skrbi, kliničkog rada, administracije do upravljanja poslovnim procesima). /Grafički prikaz linije kontinuiteta skrbi uz nekoliko prikazanih procesa za pojedini segment nalazi se u *Prilogu 3.*/

3.3. DEFINIRATI DIONIKE DONOSIOCE ODLUKA KOJI MOGU KORISTITI SMJERNICU

Za potrebe planiranja intervencija u sustavu, nužno je povezivanje i multidisciplinarna suradnja različitih stručnjaka koji će svojim uvidom u stanje, znanjem, te perspektivom doprinijeti efikasnijem i efektivnijem upravljanju u zdravstvu.

U kontekstu integracije skrbi, razlikujemo sljedeće skupine dionika²⁰:

1. Dionike uključene u *policy* procese i alokaciju resursa:
 - a. Dionici na nacionalnoj razini
 - i. Ministarstvo zdravstva
 - ii. Ministarstvo rada i mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike
 - iii. Hrvatski zavod za javno zdravstvo
 - iv. Hrvatski zavod za socijalni rad
 - b. Dionici na lokalnoj razini
 - i. Jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave (županijski odjeli za zdravstvo i socijalnu skrb, gradski uredi...)
 - ii. Županijski zavodi za javno zdravstvo
 - iii. Područne ustrojstvene jedinice Zavoda za socijalni rad
2. Profesionalci u području zdravstvene i socijalne skrbi (pojedinci ili grupa profesionalca)

²⁰ Vočanec D, Džakula A, Lončarek K, Sović S, Rechel B. Integration processes within the Croatian palliative care model in 2014 - 2020. Health Policy. 2022 Mar;126(3):207-215. doi: 10.1016/j.healthpol.2022.01.009. Epub 2022 Jan 22. PMID: 35131127.

Primjer: Liječnici, Medicinske sestre (posebno neke pozicije npr: Sestra za planirani otpust, koordinator palijativne skrbi...), socijalni radnici,..

3. Stručnjaci za poslovne procese

Primjer: Pravnici, menadžeri, stručnjaci za informatičku potporu

4. Dionici koji u sustavu djeluju kao podrška zdravstvenoj i socijalnoj skrbi

Primjer: Civilno društvo, regionalna i lokalna javna uprava, vjerske organizacije, međunarodne organizacije

3.4. IZDOJITI MOGUĆE RIZIKE ILI DO SADA PREPOZNATE BARIJERE

Iako postoje utvrđeni brojni opći argumenti u prilog integracije skrbi, te premda svaka specifična situacija dodatno potiče povezivanja i umrežavanja dionika, integracija skrbi ne događa se spontano. U oblikovanje modela integracije te njegovu implementaciju potrebno je uložiti značajne resurse te osigurati adekvatne upravljačke mehanizme. Isto tako posebnu pažnju potrebno je posvetiti analiziranju i savladavanju barijera koje se mogu pojaviti u procesu integracije. Prepreke mogu biti prisutne i prepoznate već na samom početku implementacije, ali mogu i moraju biti prepoznate ako postoje i samo u formi rizika. U tom smislu značajno može pomoći katalogizacija mogućih prepreka:

Prepreke u okruženju u kojem se provodi integracija

- Razlike u ciljevima, politikama i mehanizmima financiranja zdravstvenih i socijalnih programa
- Nedostatak koordinacije i komunikacije među različitim pružateljima i organizacijama zdravstvene skrbi i socijalne skrbi
- Konceptualno nerazumijevanje odnosa zdravstva i socijale, te nepoznavanje psihobiosocijalnog modela zdravlja
- Stigma i diskriminacija povezani s određenim programima socijalne ili zdravstvene skrbi, što nekim pojedincima može otežati traženje i primanje potrebne skrbi
- Etičke vrijednosti i dileme (*više u Prilogu 4: Bioetička pitanja u integraciji skrbi*)

Prepreke u sustavu skrbi

- Različito definirani pojmovi integracije skrbi
- Nejasni poslovni procesi
- Fragmentacija skrbi (zdravstvene, odnosno socijalne, unutar sebe)
- Diskontinuitet informiranja (npr. nepovezana softverska rješenja)
- Diskontinuitet upravljanja (npr. nepostojeći koordinatori, nedefinirani navigatori slučajeva)
- Organizacijska kultura
- Prostorne nepovezanosti (arhitektonske, geografske)

4. ZAKLJUČCI I PREPORUKE

Potrebno je izraditi nacionalni strateški plan unaprjeđenja integracije skrbi, te nastavno na njega akcijski plan kao operativni dokument s indikatorima, nositeljima i rokovima.

Podršku integriranoj skrbi valja razvijati na svakoj pojedinoj razini:

- Državna razina (Vlada, ministarstva, agencije...)
- Lokalne i regionalne samouprave
- Lokalne zajednice
- Razina institucija
- Udruge civilnog društva

Koraci u integraciji na svakoj pojedinoj razini su sljedeći:

1. Identificirati specifične potrebe stanovništva u pogledu integracije skrbi i usluga (zdravstvo, socijala, školstvo itd.) te prilagoditi pristup rješavanju tih potreba.
2. Razviti sveobuhvatan plan koji opisuje konkretne korake u svrhu integracije skrbi, s detaljima kako koordinirati pojedine usluge i skrb u cjelini, kako dijeliti resurse te kako poboljšati pristup skrbi.
3. Uspostaviti snažna partnerstva s ključnim dionicima, poput pružatelja zdravstvenih usluga, organizacija za socijalnu skrb i lokalnih vlasti, kako bi se osiguralo da svi rade zajedno prema zajedničkom cilju poboljšanja pristupa skrbi.
4. Ulagati u osposobljavanje i edukaciju zdravstvenih i socijalnih radnika, te ostalih stručnjaka, kako bi raspolagali potrebnim vještinama, znanjima, te profesionalnim stavovima i ponašanjem.
5. Implementirati tehnološka rješenja (npr. elektronička zdravstvena i socijalna dokumentacija, telezdravstvene usluge) kako bi se poboljšala komunikacija i koordinacija među pružateljima zdravstvene i socijalne skrbi te korisnicima olakšao pristup skrbi.
6. Pratiti i vrednovati efikasnost rada na integraciji te po potrebi činiti prilagodbe.

Mjere i aktivnosti na državnoj razini

- Zakonodavne aktivnosti – donošenje zakona i propisa kojima se unaprjeđuje integracija skrbi, sa svrhom da se postojeći integracijski procesi unaprijede bar za jedan stupanj (kompeticija → koegzistencija → komunikacija → kooperacija → koordinacija → kolaboracija → puna integracija → kolektivno utjecanje)
- Nadzor nad implementacijom zakona i propisa
- Asimiliranje dobrih praksi i struktura koje su razvijene u nevladinom sektoru

- Prepoznavanje utjecaja integrirane skrbi na bruto-društveni proizvod (uštede, novostvorene vrijednosti)
- Sustavna edukacija stručnjaka kako bi bolje podržavali i provodili integraciju skrbi
- Sustavna promocija psihobiosocijalnog modela zdravlja kao osnove integracije sustavâ zdravstva i socijale
- Nadzor nad nižim razinama (od regionalnih samoupravâ do institucija) kako bi ispunjavale svoje obveze u podržavanju i razvoju integrirane skrbi
- Pojednostavljanje procedura i skidanje administrativnog bremena u procesima integracije skrbi
- Informatizacija – izgradnja nacionalne informatičke platforme za podršku integriranoj skrbi
- Sustavno uklanjanje zapreka integraciji, na državnoj razini (npr. AZOP treba osiguravati da poštivanje GDPR-a ne bude zapreka integracijskim procesima)
- Podrška formaliziranju suradnje udruga civilnog društva s lokalnim samoupravama, institucijama i sustavima općenito

Mjere i aktivnosti na razini lokalne samouprave

- Integracija rada institucijâ u nadležnosti lokalne samouprave međusobno, s neformalnom skrbi, te s radom udrugâ civilnog društva

Mjere i aktivnosti na razini lokalne zajednice

- Integracija formalne i neformalne skrbi
- Integracija lokalnih institucija i strukturâ s radom udruga civilnog društva
- Podrška volonterstvu

Mjere i aktivnosti na razini institucijâ (zdravstvene, socijalne, religijske i dr.)

- Funkcionalna integracija: uključuje koordinaciju različitih usluga unutar jedne organizacije, kao što je bolnica ili dom umirovljenika, kako bi se pacijentima/korisnicima/stanarima pružila učinkovitija i djelotvornija skrb
- Klinička integracija: uključuje integraciju skrbi između različitih razina skrbi u istom sustavu (pojedinih odjela unutar ustanove; integracija respektivnih dijelova primarne, sekundarne, tercijarne i kvartarne zdravstvene skrbi).
- Organizacijska integracija: povezivanje različitih organizacija (npr. bolnice međusobno, bolnice i domovi zdravlja) uz jasno definiranje koji dio autonomije se gubi, a koji zadržava
- Integracija u zajednicu: ovo je najviša razina integracije skrbi i uključuje koordinaciju skrbi u cijelom sustavu zdravstvene skrbi unutar zajednice, uključujući bolnice, klinike, agencije za javno zdravstvo i druge pružatelje zdravstvene skrbi. Ovaj je pristup usmjeren na poboljšanje cjelokupnog zdravlja zajednice rješavanjem društvenih, okolišnih i drugih čimbenika koji utječu na zdravlje.

Mjere i aktivnosti na razini udruga civilnog društva

Općenito, potrebno je poticati udruge civilnog društva da zadrže ulogu prve linije pomoći (ulogu koordinatora, navigatora, edukatora, socijalnog mentora) i kriznog zbrinjavanja dok se sustav ne pokrene. Glavne aktivnosti su kako slijedi: edukacija pacijenta/korisnika u času neposredne potrebe; prikupljanje informacija; informiranje pacijenta/korisnika o svim njegovim pravima (zdravstvenim, socijalnim, u obrazovnom sustavu, pravosudnom, AZOP...); psihosocijalna podrška; povezivanje pacijenta/korisnika s odgovarajućim stručnjakom za njegovo stanje; edukacija profesionalaca o specifičnim potrebama pojedinog pacijenta/korisnika; informiranje institucijâ o pacijentovim/korisnikovim potrebama (obuhvatiti sve relevantne institucije, od školâ do policije); osvještavanje javnosti i donosilaca političkih odluka, o potrebi integriranja skrbi. S ciljem postizanja bolje koordinacije resursa u zajednici te shodno tome boljeg zbrinjavanja pacijenta na razini kuće/zajednice, potrebno je povezati organizacije civilnog društva s ostalim dionicima u zajednici (lokalnom samoupravom, dionicima u zdravstvu - LOM, patronažna služba, njega u kući...), dionicima u sustavu socijalne skrbi (domovi za starije...)

5. POPIS KORIŠTENIH IZVORA

Relevantna međunarodno priznata načela, saznanja, prakse u području razvijanja novih *policy* alata i tehnika:

- GOV.UK. Policy Lab. Dostupno na: <https://openpolicy.blog.gov.uk/about/>.
- Sanderson, C. and Gruen, R., 2006. Analytical models for decision-making. McGraw-Hill Education (UK).
- Yost J, Dobbins M, Traynor R, DeCorby K, Workentine S, Greco L. Tools to support evidence-informed public health decision making. BMC Public Health. 2014 Jul 18;14:728. doi: 10.1186/1471-2458-14-728. PMID: 25034534; PMCID: PMC4223550.
- Smith, N.R., Knocke, K.E. and Hassmiller Lich, K., 2022. Using decision analysis to support implementation planning in research and practice. Implementation Science Communications, 3(1), pp.1-14.
- EÛin Young i Lisa Quinn. Vodič za policy savjetnike u zemljama Središnje i Istočne Europe: Pisanje djelotvornih prijedloga za javne politike. Dostupno na: https://www.icpolicyadvocacy.org/sites/icpa/files/downloads/writing_effective_public_policy_papers_croatian.pdf.
- Europski opservatorij za zdravstvene sustave i analizu: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/policy-briefs>.

Europski i nacionalni dokumenti (zakoni, strategije, izvješća, analize)

1. Nacionalna razvojna strategija Republike Hrvatske do 2030. godine. [Internet]. Zagreb: 2021. [pristupljeno 15.1.2023.]. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2021_02_13_230.html
2. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. [Internet]. Zagreb: Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske; 2021.

- [pristupljeno 15.1.2023.]. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2022%20Objave/Nacionalni%20plan%20razvoja%20zdravstva%202021.-2027..pdf>
3. Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike Republike Hrvatske. Nacionalni plan razvoja socijalnih usluga za razdoblje od 2021.-2027. [Internet]. Zagreb: Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike Republike Hrvatske; 2021. [pristupljeno 25.1.2023.]. Dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Glavno%20tajni%C5%A1tvo/Godi%C5%A1nji%20planovi%20i%20strate%C5%A1ka%20izvje%C5%A1C4%87a/Nacionalni%20plan%20razvoja%20socijalnih%20usluga%20za%20razdoblje%20od%20%202021.%20do%202027.%20godine.pdf>
 4. Nacrt prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Javno savjetovanje o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske; 2022. [pristupljeno 25.1.2023.]. Dostupno na: <https://esavjetovanja.gov.hr/Econ/MainScreen?EntityId=22059>
 5. Zakon o socijalnoj skrbi. [Internet]. Zagreb: Narodne novine; 2022. [pristupljeno 20.1.2023.]. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/222/Zakon-o-socijalnoj-skrbi>

PRILOG1: TKO JE KOMPLEKSAN PACIJENT? ²¹

Pacijenti koji:

- Nemamo punu kontrolu nad njihovim stanjem
- Troše nam mnogo vremena
- „Nosimo ih doma“
- Imamo nisku efektivnost i efikasnost u njihovom liječenju

Razlikujemo tri vrste pacijenata, prema kompleksnosti njihovih potreba:

- **Generički** - imaju minimalne potrebe, jednostavni za skrb, čine većinu
- **Specifični za bolest ili stanje** – imaju veće potrebe, tipične za njihovu skupinu
- **Kompleksni** – imaju individualne potrebe, pa zahtijevaju mnogo napora i troškova

Razlike među ovim trima skupinama najbolje je objasniti na primjeru. Uzmimo za to rodilište.

Većina roditelja bez poteškoća rodi zdravu bebu i uskoro odlazi kući – takvih je oko 75 %. One su generičke pacijentice. Manji broj roditelja, ali preko 20%, rodi carskim rezom zdravu bebu. To su pacijentice specifične po stanju (po carskom rezu). Na kraju, tu je jedna mala skupina pacijentica, od 1% ili manje, čija problematika je toliko posebna da se ne može riješiti tipskim rješenjem niti uobičajenim resursima, primjerice: maloljetna neudata roditelja je carskim rezom rodila zdrave trojke i želi ih dati na posvojenje jer su je roditelji izbacili iz kuće. Tu malu skupinu čine kompleksne pacijentice.

Tipovi kompleksnosti:

Tri su razine faktora koji utječu na kompleksnost pacijenta: razina pacijenta, pružatelja skrbi, te konteksta skrbi.

Faktori kompleksnosti na razini pacijenta (medicinski, psihološki, socijalno-ekonomski)

Medicinski faktori (tjelesne te duševne bolesti, oštećenja i tegobe)

- multimorbiditet (somatski i mentalni), intelektualni deficit
- krhkost i oronulost (*fragility, frailty*)
- smetnje vida, sluha i govora (npr. autizam)
- nestabilnost bolesti, neočekivane promjene u pacijentovom stanju

²¹ Lončarek K, Vočanec D, Banadinović M. Skrb o kompleksnom pacijentu – nova pojava ili novi pojam? Medix. 2023. Dostupno na: <https://www.medix.hr/sing.php?id=3411>.

Manning E, Gagnon M. The complex patient: a concept clarification. Nursing & health sciences. 2017 Mar;19(1):13-21.

- problemi s terapijom: refrakternost na terapiju, netolerancija terapije, polifarmacija, diskordantna stanja (liječenje jedne bolesti negativno utječe na pacijentovu drugu bolest ili bolesti)

Psihološki faktori (ponašanja i osobine)

- pacijentova demotiviranost i psihološka iscrpljenost (odbija liječenje; niska „energija“ - depresivna pozicija; zbog dugotrajnog nošenja s bolešću ili bolestima više nema snage da to dalje čini, te pružatelj skrbi mora uložiti poseban napor da ga motivira na liječenje)
- pesimizam (npr. pretjerana zabrinutost)
- svadljivost, „teška narav“, sklonost utuživanju
- nepridržavanje liječenja
- hipohondrija, simulacija, disimulacija, negacija stanja

Socijalno-ekonomski faktori (socijalne odrednice zdravlja?)

- socijalna mreža (obiteljska podrška, život u instituciji)
- roditelj ili zakonski skrbnik odbija terapiju svog djeteta odnosno korisnika skrbi
- nedostatak ekonomskih resursa (siromaštvo, beskućništvo, nedostatak zdravstvenog i/ili socijalnog osiguranja, prometna izoliranost)
- neinformiranost (neprosvijećenost, nedostatak zdravstvene pismenosti, nepoznavanje vlastite bolesti, nepovjerenje u terapiju)
- nepoznavanje jezika (npr. izbjeglice)
- religijska uvjerenja (npr. odbija transfuziju)

Faktori kompleksnosti na razini pružatelja skrbi

- neiskustvo i nekompetentnost pružatelja skrbi
- pružateljeva hijerarhijska razina (viša razina ima veće kompetencije i bolji pristup resursima, ali se i jače odupire promjenama)
- nedostatak vremena
- sagorjelost
- depersonalizacija (kao obrambeni mehanizam pred pacijentovom patnjom)

Faktori kompleksnosti na razini konteksta skrbi

- zapreke u koordinaciji skrbi (interdisciplinarno, interprofesionalno, te među različitim razinama skrbi)
- asimetrija informiranosti između različitih profesija (npr. liječnik - medicinska sestra)
- raspoložive dijagnostičke i terapijske mogućnosti

- raspoložive mogućnosti kod ometene komunikacijske sposobnosti pacijenta (potreba za tumačem zbog nepoznavanja jezika, oštećenja vida i sluha, autizam)
- pacijent je zatvorenik praćen pravosudnim policajcima
- neraspoloživost informacija (neinformiranost) o pacijentu (od problema organizacijske kulture gdje se informacije nerado dijele, do treniranosti pružatelja skrbi da pacijenta ne promatra holistički i ne prikuplja šire informacije o pacijentu)
- fragmentacija struke (specijalizacije i subspecijalizacije)
- fragmentacija sustava skrbi (razdvojenost zdravstvenog, socijalnog i edukacijskog sustava)
- fragmentacija pružatelja skrbi („um ili tijelo liječnika koji skrbi za bolest ili organ, nasuprot liječniku kao osobi koja skrbi za pacijenta kao osobu“)
- razlika u zdravstvenim ciljevima između pacijenta i pružatelja skrbi (*npr. liječniku je u pravilu najakutnije stanje ujedno i najvažnije te se fokusira na njega, a pacijentu je ono samo kratka epizoda u historijatu njegove teške kronične bolesti ili drugih životnih teškoća; liječnik se fokusira na rješenja koja funkcioniraju u bolnici, ali pacijentu nisu provediva u uvjetima izvanbolničkog liječenja*)
- štetni pritisci izvan sustava skrbi (*Big Pharma, alternativno liječenje, teorije zavjere*)
- nejasni radni procesi (nejasni ili nedostatni protokoli i smjernice; nejasne nadležnosti, djelokrug rada i radni zadaci)
- organizacijska kultura

Procjenjuje se da kompleksni pacijenti čine oko 20% ukupnog broja pacijenata, te da se na njih troši najmanje 50% ukupnih resursa (vremenski, kadrovski, financijski).

Kontrolna lista za sagledavanje kompleksnosti

Kompleksnost slučaja (pacijentovo stanje i okolnosti)	Kompleksnost skrbi (koordiniranje i pružanje skrbi)
1. Komunikacija: Postoje li zapreke u komunikaciji s pacijentom (oštećenja vida, sluha, govora, poznavanje jezika, kognitivne smetnje, potreban prevodilac, nepismenost...) i kako utječu na liječenje? 2. Zdravstveno stanje: Koji je ukupan pacijentov fizički i mentalni komorbiditet, te kako utječe na liječenje sadašnje bolesti? 3. Socijalne determinante: kako dob, socijalne, ekonomske, kulturne, vjerske karakteristike pacijenta utječu na liječenje? 4. Suradljivost: Koliko pacijent razumije o svom stanju, koliko je motiviran za liječenje, te koji pacijentovi ciljevi i karakteristike ometaju suradljivost i pridržavanje preporuka?	5. Tim koji pruža skrb: Postoji li uopće tim, tko ga čini, što je čija uloga, tko o kome ovisi? Jesu li ciljevi i uloge jasni? 6. Koordinacija skrbi: Koje su zapreke interdisciplinarnoj, interprofesionalnoj, te suradnji među razinama skrbi? 7. Alati koordinacije i komunikacije: Koji su alati dostupni i primjereni? 8. Percepcija kompleksnosti: Što je za koga kompleksno?
9. Kontrolabilnost: Koje faktore kompleksnosti možemo/trebamo kontrolirati, koordinirati, komunicirati, delegirati, odgoditi?	
10. Promjenjivost: Kako bi se faktori kompleksnosti mogli razvijati u budućnosti?	

PRILOG2: ŠEST RAZINA KOLABORACIJE/INTEGRACIJE²²

Tablica 1. Šest razina kolaboracije / integracije (temeljni opisi)

KOORDINIRANA KLJUČNI ELEMENT: KOMUNIKACIJA		KOLOCIRANA KLJUČNI ELEMENT: FIZIČKA BLIZINA		INTEGRIRANA KLJUČNI ELEMENT: PROMJENA PRAKSE	
RAZINA 1 Minimalna suradnja	RAZINA 2 Osnovna suradnja na udaljenosti	RAZINA 3 Osnovna suradnja na mjestu skrbi	RAZINA 4 Bliska suradnja na mjestu skrbi s djelomičnom sistemnom integracijom	RAZINA 5 Bliska suradnja koja se približava integriranoj praksi	RAZINA 6 Potpuna suradnja u transformiranoj/stopljenoj integriranoj praksi
Kako funkcioniraju bihevioralno zdravlje, primarna zdravstvena zaštita i drugi zdravstveni radnici::					
U odvojenim objektima, gdje:	U odvojenim objektima, gdje:	U istom objektu, ali ne nužno u istom prostoru, gdje:	U istom prostoru unutar istog objekta, gdje:	U istom prostoru unutar istog objekta (dio prostora je zajednički), gdje:	U istom prostoru unutar istog objekta, dijeleći sve radne prostore, gdje:
Imaju odvojene poslovne sisteme Komuniciraju o slučajevima samo rijetko i pod posebnim okolnostima Komuniciraju, vođeni potrebama pružatelja usluga Možda se nikad neće osobno sastati Samo donekle razumiju međusobne uloge	Imaju odvojene poslovne sisteme Povremeno komuniciraju o zajedničkim pacijentima Komuniciraju, vođeni specifičnim problemima pacijenata Mogu se sastajati kao dio veće zajednice Uvažavaju međusobne uloge kao resurse	Imaju odvojene poslovne sisteme Redovito komuniciraju o zajedničkim pacijentima, telefonom ili e-mailom Surađuju, potaknuti potrebom za međusobnim uslugama i pouzdanijim upućivanjem Zbog fizičke blizine povremeno se sastaju kako bi razgovarali o slučajevima Osjećaju se dijelom većeg, ali neformalnog tima	Dijele neke poslovne sisteme, kao što su raspored rada ili medicinski zapisi Po potrebi komuniciraju osobno Surađuju, potaknuti potrebom za savjetovanjem i koordiniranim planovima za teške pacijente Imaju redovite interakcije licem u lice u vezi pojedinih pacijenata Imaju osnovno razumijevanje međusobnih uloga i poslovne kulture	Aktivno i zajednički traže rješenja za poslovne sisteme ili razvijaju prečace Često komuniciraju osobno Surađuju, vođeni željom da budu članovi tima za pružanje skrbi Drže redovite timske sastanke o ukupnoj skrbi o pacijentima te specifičnim problemima pacijenata Dubinski razumiju međusobne uloge i poslovnu kulturu	Razriješi su većinu ili sve probleme poslovnih sistema, funkcioniraju kao jedan integrirani sistem Dosljedno komuniciraju na razini poslovnog sistema, tima i pojedinca Surađuju, vođeni zajedničkim konceptom timske skrbi Održavaju formalne i neformalne sastanke kako bi podržali integrirani model skrbi Uloge i poslovne kulture međusobno im se preklapaju ili posve stapaju

²² Heath B, Wise Romero P, and Reynolds K. A Review and Proposed Standard Framework for Levels of Integrated Healthcare. Washington, D.C.SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions. March 2013. http://www.integration.samhsa.gov/integrated-care-models/A_Standard_Framework_for_Levels_of_Integrated_Healthcare.pdf

Tablica 2A. Šest razina kolaboracije / integracije (ključni razlikovni elementi)

KOORDINIRANA		KOLOCIRANA		INTEGRIRANA	
RAZINA 1 Minimalna suradnja	RAZINA 2 Osnovna suradnja na udaljenosti	RAZINA 3 Osnovna suradnja na mjestu skrbi	RAZINA 4 Bliska suradnja na mjestu skrbi s djelomičnom sistemnom integracijom	RAZINA 5 Bliska suradnja koja se približava integriranoj praksi	RAZINA 6 Potpuna suradnja u transformiranoj/stopljenoj integriranoj praksi
Ključna razlika: Pružanje kliničke skrbi					
<p>Probir i evaluacija vrše se prema zasebnim modelima prakse</p> <p>Odvojeni planovi skrbi</p> <p>Prakse utemeljene na dokazima (PUD) provode se zasebno</p>	<p>Probir na temelju zasebnih praksi; informacije se mogu dijeliti putem formalnih zahtjeva ili sustava razmjene zdravstvenih informacija</p> <p>Zasebni planovi skrbi temeljeni na uspostavljenim odnosima između pojedinih pružatelja usluga</p> <p>Odvojene odgovornosti za skrb / PUD</p>	<p>Može postojati dogovor o specifičnom probiru ili drugim kriterijima za djelotvornije upućivanje unutar istog lokaliteta</p> <p>Planovi pružanja skrbi su odvojeni, iako se međusobno razmjenjuje dio informacija potrebnih za njihovo provođenje</p> <p>Međusobno se razmjenjuje dio znanja o PUD-ovima, posebno kad se radi o onima koji koriste najviše skrbi (high utilizers)</p>	<p>Dogovoren je specifični probir, na temelju sposobnosti na odgovaranje na rezultate probira</p> <p>Kolaborativno planiranje skrbi za određene pacijente</p> <p>Neki PUD-ovi i neke edukacije su zajednički, i to oni fokusirani na interes ili pak na specifične potrebe stanovništva</p>	<p>Dosljedan skup dogovorenih probira u svim disciplinama, koji usmjerava intervencije/postupke</p> <p>Kolaborativno planiranje skrbi za sve zajedničke pacijente</p> <p>PUD-ovi se koriste u svim sistemima, uz dijelom zajedničko praćenje zdravstvenog stanja nekih pacijenata</p>	<p>Medicinski i bihevioralni probir zasnovan na populaciji je standardna praksa, rezultati su svima dostupni, te su doneseni a protokoli odgovora na rezultate probira</p> <p>Jedan plan skrbi za sve pacijente</p> <p>PUD-ovi su odabrani timski, provedena je potrebna edukacija te su implementirani u svim disciplinama kao standardna praksa</p>
Ključna razlika: iskustvo pacijenta					
<p>Fizičke i bihevioralne zdravstvene potrebe pacijenata tretiraju se kao odvojena pitanja</p> <p>Pacijent mora samostalno dogovarati zasebne prakse i mjesta, s različitim uspjehom</p>	<p>Zdravstvene potrebe pacijenata tretiraju se odvojeno, ali se zdravstveni zapisi dijele, čime se unapređuje znanje pružatelja skrbi</p> <p>Pacijente se može međusobno upućivati, ali mnogim pacijentima brojne prepreke ometaju pristup skrbi</p>	<p>Zdravstvene potrebe pacijenata se na istom mjestu tretiraju odvojeno</p> <p>Neposredna blizina omogućuje pacijentima uspješnije i lakše upućivanje, iako o pružatelju skrbi ovisi tko će biti upućen</p>	<p>Potrebe pacijenata tretiraju se odvojeno na istom mjestu, kolaboracija može uključivati osobno predavanje u skrb (<i>warm hand-off</i>) drugom pružatelju</p> <p>Pacijenti se interno upućuju i bolje se prate, no još uvijek mogu doživljavati kolaboraciju kao odvojene usluge</p>	<p>Potrebe pacijenata tretiraju se timski kad se radi o zajedničkim pacijentima (oni koji su otkriveni određenim mjerama probira), dok se ostali pacijenti tretiraju odvojeno</p> <p>Skrb odgovara na pacijentove potrebe koje je identificirao tim pružatelja skrbi, što pacijenti doživljavaju kao "sve na jednom mjestu" (one-stop shop)</p>	<p>Sve zdravstvene potrebe svih pacijenata podmiruje tim koji zajednički djelotvorno funkcionira</p> <p>Pacijenti doživljavaju neometano odgoaranje na sve zdravstvene potrebe koje iznesu, u jedinstvenoj praksi</p>

Tablica 2B. Šest razina kolaboracije / integracije (ključni razlikovni elementi, nastavak)

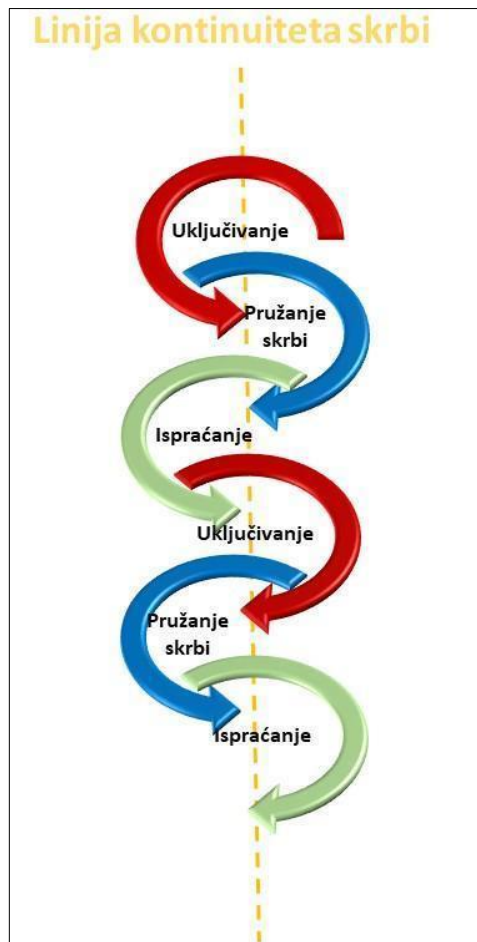
KOORDINIRANA		KOLOCIRANA		INTEGRIRANA	
RAZINA 1	RAZINA 2	RAZINA 3	RAZINA 4	RAZINA 5	RAZINA 6
Minimalna suradnja	Osnovna suradnja na udaljenosti	Osnovna suradnja na mjestu skrbi	Bliska suradnja na mjestu skrbi s djelomičnom sistemnom integracijom	Bliska suradnja koja se približava integriranoj praksi	Potpuna suradnja u transformiranoj/stopljenoj integriranoj praksi
Ključna razlika: praksa/organiziranost					
Nema koordinacije niti upravljanja kolaborativnim nastojanjima Slaba ponuda pružatelja skrbi za integracijom ili barem kolaboracijom, prepuštena inicijativi pojedinačnih pružatelja skrbi koliko im to vrijeme i praksa dopuštaju	Neki prakticiraju čelništvo u sustavnijoj razmjeni informacija Neki pružatelji skrbi ulaze u kolaboraciju i cijene kad im se omoguće potrebne informacije	Čelnici organizacija su podržavajući, ali se kolokacija često doživljava kao projekt ili program Pružatelji skrbi nastoje da upućivanje funkcionira i cijene dostupnost na licu mjesta	Čelnici organizacije podržavaju integraciju kroz zajedničko rješavanje problema nekih sistemskih zapreka Veća sklonost konceptu integracije, ali to nije konzistentno među svim pružateljima skrbi, niti svi pružatelji koriste mogućnosti integracije komponenata	Čelnici organizacija podržavaju integraciju ako to financiranje dopušta te ako se naponi ulažu u rješavanje što većeg broja sistemskih pitanja, ali bez temeljnog mijenjanja načina na koji se struka prakticira Gotovo svi pružatelji skrbi uključeni su u integrirani model. Uključivanje ne mora obuhvaćati promjene strategije prakse za pojedinačne pružatelje skrbi	Čelnici organizacije snažno podupiru integraciju kao model prakse s očekivanim promjenama u pružanju skrbi i resursima za razvoj Integriranu skrb i sve komponente usvojili su svih pružatelji skrbi; aktivno uključivanje u promjenu prakse
Ključna razlika: poslovni model					
Odvojeno financiranje Nema dijeljenja resursa Odvojene prakse naplate	Odvojeno financiranje Mogu dijeliti resurse za pojedinačne projekte Odvojene prakse naplate	Odvojeno financiranje Moguće dijeljenje troškova objekta Odvojene prakse naplate	Financiranje je odvojeno, ali mogu zajednički primiti bespovratna sredstva Moguće dijeljenje uredskih troškova, troškova osoblja ili infrastrukture Odvojena naplata zbog zapreka sustava	Kombinirano financiranje na temelju ugovora, bespovratnih sredstava ili sporazuma Raznolikost načina raspodjele svih troškova Financiranje je kombinirano ili po dogovorenom procesu	Integrirano financiranje na temelju više izvora prihoda Sredstva se dijele i raspoređuju po cijeloj praksi Maksimirana naplata za integrirani model i jedinstveni način naplate

Tablica 3. Prednosti i slabosti pojedinih razina kolaboracije / integracije

KOORDINIRANA		KOLOCIRANA		INTEGRIRANA	
RAZINA 1 Minimalna suradnja	RAZINA 2 Osnovna suradnja na udaljenosti	RAZINA 3 Osnovna suradnja na mjestu skrbi	RAZINA 4 Bliska suradnja na mjestu skrbi s djelomičnom sistemnom integracijom	RAZINA 5 Bliska suradnja koja se približava integriranoj praksi	RAZINA 6 Potpuna suradnja u transformiranoj/stopljenoj integriranoj praksi
Prednosti					
<p>Svaka praksa može donositi pravovremene i samostalne odluke o skrbi</p> <p>Pacijenti i pružatelji skrbi lako shvaćaju model prakse</p>	<p>Održava osnovnu operativnu strukturu svake prakse, tako da promjena nije remetilački faktor</p> <p>Pruža određenu koordinaciju i razmjenu informacija koje su korisne i pacijentima i pružateljima skrbi</p>	<p>Kolokacija omogućava izravniju interakciju i komunikaciju među stručnjacima radi utjecanja na skrb</p> <p>Upućivanja su uspješnija zbog fizičke blizine</p> <p>Prilika za razvoj bliskijih profesionalnih odnosa</p>	<p>Uklanjanje nekih sistemskih barijera kao što su odvojeni zdravstveni zapisi, omogućava razvoj tješnje suradnje</p> <p>Pružatelji zdravstvene i bihevioralne skrbi mogu se bolje informirati o tome što svaki od njih može osigurati</p> <p>Pacijenti se smatraju zajedničkim, što olakšava cjelovitije planove skrbi</p>	<p>Visoka razina suradnje vodi ka boljoj skrbi o pacijentima, povećanju angažmana i pridržavanju planova skrbi</p> <p>Fleksibilnost pružatelja skrbi se povećava kako se problemi i prepreke rješavaju</p> <p>Može se povećati zadovoljstvo i pružatelja skrbi, i njihovih pacijenta</p>	<p>Prilika za istinsku skrb o cijeloj osobi</p> <p>Riješene su sve ili gotovo sve barijere sustava, što pružateljima skrbi omogućava da rade kao visoko funkcionalan tim</p> <p>Sve potrebe pacijenata obrađuju se čim se pojave</p> <p>Raste zajednička baza znanja pružatelja skrbi, što dopušta svakom profesionalcu da šire i prikladnije odgovori na bilo koji problem</p>
Slabosti					
<p>Službe se mogu preklapati, duplicirati ili čak raditi jedne protiv drugih</p> <p>Važni aspekti skrbi ne mogu se riješiti ili je potrebno mnogo vremena da se ustanove</p>	<p>Razmjena informacija može biti nedovoljno sistematična za utjecanje na cjelovitu skrb o pacijentu</p> <p>Nema garancije da će informacije promijeniti plan ili strategiju svakog pojedinog pružatelja skrbi</p> <p>Upućivanje može biti neuspješno zbog zapreka, što dovodi do frustracije pacijenta i pružatelja skrbi</p>	<p>Blizina možda neće dovesti do bolje suradnje, te će imati ograničenu vrijednost</p> <p>Potreban je napor da bi se odnosi razvili</p> <p>Ako se zadrže tradicionalne uloge, fleksibilnost je ograničena</p>	<p>Sistemska pitanja mogu ograničavati suradnju</p> <p>Slabljenje granica među službama nosi potencijal za porast napetosti i suprotstavljenih interesa među pružateljima skrbi</p>	<p>Promjene u praksi mogu kod nekih uhodanih pružatelja skrbi stvoriti manjkavosti</p> <p>Za suradnju na ovako visokom nivou potrebno je vrijeme, a to može utjecati na produktivnost prakse ili radni ritam u pružanju skrbi</p>	<p>Pitanja održivosti mogu uzdrmati praksu</p> <p>Malo je modela na ovom nivou koji imaju dovoljno iskustava da podrže vrijednost</p> <p>Očekivani ishodi još nisu utvrđeni</p>

PRILOG3: LINIJA KONTINUITETA SKRBI

Grafičkom prikazu linije kontinuiteta skrbi pripojeno je nekoliko primjera različitih procesa:



Uključivanje²³

Primjeri: identificiranje skupina i pojedinaca kojima je potrebna skrb, transportiranje do i od mjesta skrbi, educiranje široke javnosti

Pružanje skrbi

Primjeri: dijagnostika, terapija, rehabilitacija, prevencija, palijacija

Ispraćanje

Primjeri: dokumentiranje, upućivanje, nadzor, upozoravanje/podsjećanje (npr. poziv na pretragu), savjetovanje i podrška, upućivanje na daljnju skrb

²³ Krist AH, Shenson D, Woolf SH, Bradley C, Liaw WR, Rothemich SF, Slonim A, Benson W, Anderson LA. Clinical and community delivery systems for preventive care: an integration framework. Am J Prev Med. 2013 Oct;45(4):508-16. doi: 10.1016/j.amepre.2013.06.008. PMID: 24050428; PMCID: PMC4544711.

PRILOG4: BIOETIČKA PITANJA U INTEGRACIJI SKRBI

Postoji nekoliko bioetičkih problema koji se mogu pojaviti u kontekstu integrirane skrbi, uključujući:

- **Povjerljivost i privatnost:** Integrirana skrb uključuje razmjenu podataka o pacijentima između različitih pružatelja zdravstvenih usluga i organizacija. Postoji rizik ugrožavanja povjerljivosti i privatnosti pacijenta ako nisu uspostavljene odgovarajuće zaštitne mjere za zaštitu povjerljivosti podataka o pacijentu.
- **Autonomija i informirani pristanak:** U okruženju integrirane skrbi, pacijente može liječiti više pružatelja zdravstvenih usluga, integrirana skrb često uključuje složene planove liječenja koji uključuju više pružatelja usluga i intervencija, što može otežati dobivanje informiranog pristanka za liječenje. nadalje, od pacijenata se može tražiti pristanak na planove liječenja koje ne razumiju u potpunosti ili se s njima ne slažu u potpunosti. Tu dolazi u pitanje načelo autonomije, koje zahtijeva da pacijenti imaju pravo donositi vlastite odluke o svojoj zdravstvenoj skrbi. Nadalje, integrirana skrb može uključivati koordinaciju skrbi među različitim pružateljima zdravstvenih usluga, što može pokrenuti pitanja o tome tko ima konačnu ovlast za donošenje odluka u skrbi za pacijenta.
- **Raspodjela resursa:** Integrirana skrb često uključuje raspodjelu resursa između različitih pružatelja zdravstvenih usluga i usluga, što može izazvati etička pitanja o tome kako osigurati da se ti resursi koriste na najpravedniji i najučinkovitiji način. Odluke o raspodjeli resursa mogu biti složene i mogu uključivati kompromise između različitih prioriteta i ciljeva. To može biti problem za pružatelje zdravstvenih usluga i kreatore politike jer nastoje raspodijeliti resurse na pravedan i etičan način.
- **Kvaliteta skrbi:** Osiguravanje kvalitete skrbi u okviru integrirane skrbi može biti otežano jer uključuje koordinaciju rada više pružatelja zdravstvene skrbi.

Pravednost i pristup: Integrirana skrb može biti učinkovitija i djelotvornija, ali također može stvoriti nove prepreke skrbi za određene populacije, poput onih koje žive u ruralnim područjima ili područjima s nedostatkom usluga. Osiguravanje jednakosti u pružanju zdravstvenih usluga u okruženju integrirane skrbi može biti otežano time što obuhvaća rješavanje društvenih i ekonomskih čimbenika s utjecajem na pristup skrbi. Važno je osigurati da svi pacijenti imaju jednak pristup skrbi i da programi integrirane skrbi ne donose neproporcionalnu korist određenim skupinama u odnosu na druge.

Taksonomija ključnih karakteristika integrirane skrbi²⁴

Glavne kategorije i domene	Opis
Obuhvat integrirane skrbi	
<i>Skrb usmjerena na osobu</i>	
Centralnost potreba klijenata	Načelo integriranog pružanja usluga je rješavanje potreba pojedinačnih korisnika u pogledu medicinskih, psiholoških i socijalnih aspekata zdravlja
<i>Skrb temeljena na populaciji</i>	
Centralnost potreba stanovništva ^b	Načelo pružanja integriranih usluga je rješavanje dominantnih potrebâ dobro definiranih populacijâ
Vrsta integracijskih procesa	
<i>Klinička integracija</i>	
Upravljanje slučajevima	Koordinacija skrbi za korisnike s profilom visokog rizika (npr. prepoznavanje rizika, razvoj politika i smjernica)
Kontinuitet	Integrirano pružanje usluga ima za cilj omogućiti fluidne procese pružanja skrbi za pojedinog korisnika
Interakcija između stručnjaka i klijenta	Odnos i karakteristike ponašanja između stručnjaka i klijenta u vezi sa svim zdravstvenim potrebama korisnika
Individualni multidisciplinarni plan skrbi	Implementacija i primjena multidisciplinarnog plana skrbi na razini individualnog korisnika
<i>Profesionalna integracija</i>	
Interprofesionalno obrazovanje	Interprofesionalno obrazovanje za stručnjake usmjereno na interdisciplinarno pružanje skrbi i suradnju
Sporazumi o interdisciplinarnoj suradnji	Sporazumi o uspostavi interdisciplinarnog pružanja skrbi i kolaboracije stručnjaka
Stvaranje vrijednosti za profesionalce	Dodana vrijednost koju integrirani pristup pružanju skrbi donosi pojedinom stručnjaku
<i>Organizacijska integracija</i>	
Međuorganizacijsko upravljanje ^b	Upravljanje modelom integrirane skrbi usmjereno je na otvorenost, integritet i odgovornost između uključenih organizacija i stručnjaka (npr. zajednička odgovornost, prizivanje na politike koje se provode i odgovornosti koje iz toga proizlaze)
Međuorganizacijska strategija	Zajednička razrađena strategija između organizacija uključenih u model integrirane skrbi
Povjerenje	U kojoj mjeri vjeruju jedni drugima oni koji su uključeni u model integrirane skrbi
<i>Integracija sustava / Sistemna integracija</i>	
Usklađivanje regulatornih okvira ^a	Usklađivanje regulatornih okvira za timski rad, koordinaciju i kontinuitet skrbi
Klima okoline ^a	Politička, ekonomska i društvena klima u okruženju modela integrirane skrbi (npr. karakteristike tržišta, regulatorni okvir, konkurencija)
Podržavatelji integracije (enablers)	
<i>Funkcionalna integracija</i>	
Organizacije koje uče	Kolektivna moć učenja između organizacija uključenih u model integriranih usluga (npr. zajednički istraživački i razvojni programi)
Upravljanje informacijama	Usklađeni sustavi upravljanja informacijama unutar modela integrirane skrbi (npr. sustavi praćenja i usporedne analize)
Redovite povratne informacije o pokazateljima uspješnosti	Redovite povratne informacije o pokazateljima učinka za poboljšanje kvalitete i samorefleksiju
<i>Normativna integracija</i>	
Zajednička vizija ^b	Zajednička dugoročna vizija među ljudima koji su uključeni u model integrirane skrbi
Pouzdana ponašanja	U kojoj se mjeri ispunjavaju dogovori i obećanja unutar modela integrirane skrbi
Vizionarsko vodstvo	Vodstvo temeljeno na viziji koja nadahnjuje i mobilizira ljude unutar modela integrirane skrbi
Povezivanje kultura	Povezivanje kultura (npr. vrijednosti i normi) s različitim ideološkim vrijednostima unutar modela integrirane skrbi

a - značajke su dodane u konačnoj taksonomiji tijekom procesa pregleda i sinteze

b - značajke su spojene zbog identičnog ili gotovo identičnog sadržaja

²⁴ Prilagođeno prema izvoru: Valentijn, P. (2015). Rainbow of chaos: A study into the theory and practice of integrated primary care. Print Service Ede. General.

PRILOG 5: SAŽETAK NALAZA PROCJENE DRUŠTVENOG UTJECAJA INTERVENCIJA PREDLOŽENIH U OKVIRU SMJERNICE ZA RAZVOJ JAVNIH POLITIKA U PODRUČJU INTEGRACIJE ZDRAVSTVENE SKRBI

U razdoblju od siječnja do travnja 2023. učinjena je Analiza društvenog utjecaja prijedloga Smjernica s nastojanjem da se ocijeni predložena logika intervencije iz perspektive njezine učinkovitosti, djelotvornosti, relevantnosti i koherentnosti. Provedbeno je **deskistraživanje** te **fokus grupa** sastavljena od stručnjaka i korisnika u području politike lijekova održane 11.4. 2023. Ovdje iznosimo sažetak zaključaka analize.

Relevantnost za ciljane skupine: Smjernice su relevantne za niz ciljanih skupina, počevši od zdravstvenih i drugih djelatnika u zdravstvenom sustavu, preko drugih organizacija izvan sustava (nevladin sektor) i drugih sustava (socijalne zaštite) do lokalne zajednice, obitelji i konačno samih pacijenata. Smjernicama se predlaže razvoj sustava integrirane skrbi, osobito dugotrajne skrbi i skrbi za kompleksne pacijente, koji će za njih i njihove primarne njegovatelje značajno unaprijediti iskustvo skrbi, pružajući im podršku i informacije u svim fazama skrbi, te iskustvo “bešavne skrbi” s potencijalno boljim ishodima i manjim opterećenjem za njegovatelje. Za sve djelatnike i službe u sustavu zdravstvene zaštite, kao i u socijalnoj zaštiti i nevladinom sektoru identificirana je potreba za kvalitetnom podrškom za kolaborativni rad i koordinaciju skrbi te stvaranje preduvjeta za proaktivno prepoznavanje problema.

Iako su svi pacijenti u potrebi za integriranom skrbi i njihovi primarni njegovatelji ranjiva skupina, među njima se osobito izdvajaju svojom kompleksnošću i visokim potrebama za skrbi socioekonomski ugrožene osobe, pacijenti s mentalnim bolestima, medicinski kompleksni pacijenti, pacijenti na otocima udaljenim, ruralnim i prometno izoliranim područjima te mladi. Upravo je za njih unaprjeđenje iskustva skrbi i dobra suradnja svih dionika u različitim sektorima angažiranima u skrbi od presudnog značaja za kvalitetu života i zdravstvene ishode.

Koherentnost s EU i nacionalnim politikama: Smjernice su koherentne s nacionalnim i EU politikama. One daju prijedloge za oblikovanje intervencija u području cilja 2 Nacionalnog plana razvoja zdravstva 2021. -2027. za dimenzije integracije zdravstvene zaštite sa socijalnom skrbi i ostvarivanja kontinuiteta dugotrajne skrbi po modelu 24/7/365. U tom smislu, usklađene su i daju upute za provedbu preporuka Europske Komisije državama članicama izraženima u “European Care Strategy”, koje se odnose na potrebu jačanja i poboljšanja primjerenosti, raspoloživosti i dostupnosti usluga dugotrajne skrbi.

Djelotvornost (*effectiveness*): Razvoj sustava integrirane skrbi predložen smjernicama predviđa pozitivne ishode za pacijente i obitelji u smislu unaprijeđenog iskustva skrbi i povećane kvalitete skrbi uz osjećaj podrške društva. Dobro organizirana integrirana skrb može unaprijediti zdravstvene ishode i smanjiti stope prijema u bolnicu te duljinu boravka u bolnicu. Za sustav zdravstvene skrbi to znači manje opterećenje, budući da je on u uvjetima fragmentacije zagušen i često duplicira postupke, a u konačnici i uštede resursa koje mu omogućuju veću učinkovitost.

Učinkovitost (*efficiency*): Integracija skrbi podrazumijeva jačanje učinkovitosti sustava skrbi općenito radi izbjegavanja komplikacija, smanjenje upotrebe zdravstvene skrbi i troškova zdravstvene skrbi te povećanje produktivnosti rada kada je u pitanju radno sposobno stanovništvo ili šire koristi koje se postižu sudjelovanjem u društvu, smanjenim opterećenjem njegovatelja i sl.

Ovaj dokument izrađen je u sklopu aktivnosti na projektu **Zdravstveni opservatorij** (UP.04.2.1.06.0045.) nositelja Krijesnice – udruge za pomoć djeci i obiteljima suočenim smaligim bolestima, u okviru Tematske mreže za društveno-ekonomski razvoj tepromicanje socijalnog dijaloga u kontekstu unapređivanja uvjeta rada.

Projekt **Zdravstveni opservatorij** sufinancirala je Europska unija iz Europskog socijalnog fonda. Sadržaj publikacije isključiva je odgovornost Krijesnice – udruge za pomoć djeci i obiteljima suočenim s malignim bolestima.

Nositelj projekta je Udruga Krijesnica, a članice mreže još su: Medicinski fakultet u Zagrebu, Pravni fakultet u Zagrebu, Pravni fakultet u Rijeci i Ekonomski fakultet u Rijeci, Zaklada SOLIDARNA, Dravet sindrom Hrvatska, Centar za zdravo odrastanje Idem i ja, Koalicija udruga u zdravstvu, RODA – Roditelji u akciji, Hrvatski forum protiv raka dojke Europa Donna, Zaklada Nora Šitum, Udruga Terra, Hrvatski Cochrane, Savez društava multiple skleroze Hrvatske, Udruga za djecu s teškoćama u razvoju Zvončići, Udruga Kolibrići i Hrvatska mreža za ruralni razvoj te Samostalni sindikat zdravstva i socijalne skrbi. Uključeno je i 11 pridruženih članica mreže - Volonteri u palijativnoj skrbi La Verna, Hrvatska udruga IBCLC savjetnica za dojenje, Hrvatski savez udruga cerebralne i dječje paralize, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Udruga za promicanje mentalnog zdravlja Feniks Split, Udruga roditelja djece s oštećenjem vida i dodatnim teškoćama u razvoju Oko, DEBRA, društvo oboljelih od bulozne epidermolize, Udruga za unapređenje kvalitete življenja LET, Zaklada Zora, Hrvatski savez za rijetke bolesti i Koalicija za rad sa psihotraumom i za mir Vukovar.

Cilj projekta je jačanje kapaciteta organizacija civilnog društva za postizanje učinkovitog dijaloga s javnom upravom, socijalnim partnerima i znanstvenim visokoobrazovnim institucijama u oblikovanju i provođenju reformi koje doprinose jednakopravnosti građana u pristupu kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti te očuvanju i razvoju javnog zdravstvenog sustava.

Za više informacija o EU fondovima posjetite web stranicu Ministarstva regionalnoga razvoja i fondova Europske unije www.strukturnifondovi.hr.



PUBLIC
HEALTH
HUB



KRIJESNICA



Zdravstveni
opservatorij



Nacionalna
zaklada za
razvoj
civilnoga
društva