

Iva Lončarić\*

## **TASK SHIFTING U ZDRAVSTVENOJ SKRBI KRONIČNIH NEZARAZNIH BOLESTI**

### **Sažetak**

Nedostatak i maldistribucija zdravstvenog kadra u zemljama Europe i svijeta negativan je trend koji zahtjeva kratkoročna rješenja kako bi se spriječile dugoročne javno-zdravstvene i socio-ekonomske posljedice lokalnih, nacionalnih i međunarodnih razmjera. Zdravstveni sustav je društveno-političkog i socijalno-ekonomskog uređenja i predstavlja najsloženiji sustav države koji svojim organizacijskim promišljanjima i planiranjem direktno utječe na efikasnost i učinkovitost zdravstvenih usluga, ključnih za dobrobit stanovništva. Zdravstveni sustav mora odgovoriti na globalne demografske promjene koje uključuju i kronične nezarazne bolesti kao vodeći zdravstveni problem društva. Nedostatak zdravstvenog kadra znači neadekvatnu kvalitetu i upitnost ishoda zdravstvene skrbi te same održivosti zdravstvenog sustava. U radu je primarni naglasak stavljen na alternativnu strategiju u rješavanju problema zdravstvenog kadra tzv. *task shifting* uz prikaz specifičnosti znanja i kompetencija zdravstvenih stručnjaka u naprednoj kliničkoj praksi.

Gljučne riječi: nedostatak zdravstvenog kadra, *task shifting*, specifično znanje i kompetencije

### **1. Organizacija i nositelji zdravstvene zaštite**

Organizacija zdravstvene zaštite danas temelji se na sustavu financiranja zdravstva i različitim oblicima zdravstvenog osiguranja, a manje na raspoloživom zdravstvenom kadru, stručnim kompetencijama i saznanjima, načelima zdravstvene zaštite te pravima pacijenta. Neprofitnost, financijska racionalnost, sveobuhvatnost, pravednost i sigurnost elementi su kvalitetne zdravstvene zaštite i temelj organiziranog sustava međusobno povezanih, međuzavisnih zdravstvenih djelatnosti. Optimalno iskorištavanje resursa i racionalnost troškova sa što manje rasipanja te što većom učinkovitošću i efikasnošću usluga organizacijski je uspjeh, ali i vječna borba (Aithal i Aithal, 2017: 37) svakog zdravstvenog sustava. Učinkovito funkcioniranje zdravstvenog

\* Iva Lončarić, univ. mag. admin. sanit; dipl. physioth, Klinički Zavod za rehabilitaciju i ortopedska pomagala, Klinički bolnički centar Zagreb Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

sustava u svakoj zemlji jednako je važno kao i ostale uslužne i proizvodne djelatnosti (Mateljak i Kekez-Poljak, 2015: 131).

Zdravstvena djelatnost u Republici Hrvatskoj organizirana je kao javna služba, obavljaju je zdravstveni radnici i radnici u zdravstvu, i to na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 150/08). Primjerenost zdravstvene zaštite razini i specifičnosti populacije koju obuhvaća, neizostavni su elementi organizacijskih promišljanja i planiranja jer direktno mogu utjecati na samu efikasnost i učinkovitost zdravstvenih usluga, odnosno sam ishod zdravstvene zaštite. Upravo je ishod, kao promjena u zdravstvenom stanju koja se može pripisati prethodno dobivenoj zdravstvenoj zaštiti (Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene, NN 79/2011) najobjektivniji pokazatelj uspješne organizacije i funkcioniranja zdravstvenog sustava.

Međusobno povezane, međuzasvisne zdravstvene djelatnosti i profesije, nositelj su najkompleksnijeg sustava države, društveno-političkog i socijalno-ekonomskog uređenja, odgovornog za zdravlje i dobrobit stanovništva. Društveno-politička i socijalno-ekonomska kretanja direktno i međusobno koreliraju kretanjima i prisutnosti zdravstvenih profesija unutar sustava zdravstvene zaštite, što jasno upućuje na činjenicu da je dostupnost i količina zdravstvenih usluga jednaka dostupnosti i količini zdravstvene profesije, odnosno kadra odgovornog za pružanje zdravstvenih usluga. Učinkovit zdravstveni sustav ovisi o postojanju dovoljnog broja dostupnih kadrova s adekvatnim vještinama na pravom mjestu u pravo vrijeme (Hauser i Šustić, 2019: 356).

## **2. Kronične nezarazne bolesti i problem zdravstvenog kadra**

Kronične nezarazne bolesti predstavljaju vodeći javnozdravstveni problem u svim zemljama svijeta, a starenje pučanstva te moderan način života popraćen urbanizacijom, industrijalizacijom i po zdravlje štetnim životnim navikama dodatno pridonose kontinuiranom rastu morbiditeta i mortaliteta. Kardiovaskularne i respiratorne bolesti, karcinomi te dijabetes, glavne su vrste kroničnih nezaraznih bolesti od kojih pobolijevaju ljudi svih dobnih skupina, regija i zemalja te predstavljaju vodeći uzrok mortaliteta u svijetu, a koji je izbjegljiv (Ngo et al., 2013: 1). Prema podacima Ministarstva zdravlja (2012: 13) Hrvatska je među zemljama Europe s najvišim stopama smrtnosti od cerebrovaskularnih bolesti, raka traheje, bronha i pluća u muškaraca te šećerne bolesti, a osobito zabrinjava trend povećanja smrtnosti od nekih oblika novotvorina u žena te stopa smrtnosti od šećerne bolesti koja je među najvišima u Europi. Ujedno, prioritetni zdravstveni problemi u Hrvatskoj više nisu zarazne i respiratorne bolesti nego ozljede, zloćudne novotvorine, bolesti alergijske etiologije, neurorazvojne bolesti te ostale kronične i nasljedne degenerativne bolesti koje uzrokuju smetnje u razvoju i trajnu invalidnost.

Svijet se paralelno s razvojem tehnologije i novim mogućnostima u medicini susreće s ozbiljnim problemom nedostatka zdravstvenih profesionalaca pred sve većim teretom kroničnih nezaraznih bolesti (Sharma et al., 2013: 112). Deficit kadra u manje razvijenim zemljama razlog je manjeg broja liječnika i velikog nataliteta, a u razvijenim zemljama zbog starenja populacije i sve većih potreba koje proizlaze iz uvođenja novih metoda (Hauser i Šustić, 2019: 356) u dijagnostici i liječenju, a ne možemo izostaviti i već prethodno spomenute društveno-političke i socioekonomske aspekte, a koji utječu na migracije i najveći su problem zemalja u razvoju (Sharma et al., 2013: 112). Uz nedostatak zdravstvenog kadra još je nekoliko izazova: disbalans u količini miješanih, specifičnih vještina koju posjeduje radna snaga, neravnoteža u urbano-ruralnoj raspoređenosti kadra, loši radni uvjeti, uključujući kompenzacije (Fulton et al., 2011: 1) u radnim procesima. Nejednaka urbano-ruralna distribucija dodatno se pogoršava „prestižnom hijerarhijom” u kojoj dominiraju liječnici, a zanemaruje se potencijalan doprinos ostalih zdravstvenih stručnjaka koji nisu liječnici (Sharma et al., 2013: 112), a čine integralan i značajan dio (Das et al., 2018: 2) zdravstvenog sustava.

Kvalifikacije između zdravstvenih stručnjaka različite su, počevši od razine formalnog obrazovanja i često su povezane s pretpostavkom razine kvalitete u pružanju zdravstvene skrbi. Kvaliteta medicinskog obrazovanja nejednaka je (Das et al., 2018: 2) i različito organizirana u razvijenim zemljama te onim u procesu razvoja, stoga, neravnoteža u ljudskim potencijalima može nastati i zbog razlike između postignute vrste i razine izobrazbe i konkretnih vještina koje se traže za specifične poslove zdravstvene zaštite (Trošelj, 2005: 3). Izobrazba zdravstvenih djelatnika u Hrvatskoj provodi se u dobro razvijenoj mreži medicinskih fakulteta i zdravstvenih škola (Ministarstvo zdravlja, 2102: 47), no čak i u potpunosti educiran zdravstveni kadar s optimalnom infrastrukturom ne uspijeva pružiti zdravstvenu skrb visoke kvalitete (Das et al., 2018: 2) što predstavlja različitost između razine kvalifikacije i znanja potrebnog za realnu kliničku praksu.

Akutni nedostatak i maldistribucija zdravstvenog kadra predstavljaju ozbiljnu prepreku u postizanju boljih zdravstvenih ishoda u prevenciji, kontroli i liječenju kroničnih nezaraznih bolesti (Joshi et al., 2014: 7). Djelotvorno pružanje potrebnih usluga temelj je uspješnosti zdravstvenog sustava; sustav koji ne može postaviti točnu dijagnozu ili adekvatno tretirati pacijenta, ne može ni postići poboljšani zdravstveni ishod (Das et al., 2018: 1). Zdravstveni sustav mora odgovoriti na globalne demografske promjene i povećani rizik povezan s promjenama u načinu života kod svih dobnih skupina (Ngo et al., 2013: 3) pri čemu su prvo potrebna operativna istraživanja za razumijevanje pitanja povezanih s kvalitetom zdravstvene skrbi, zadovoljstvom i sigurnošću bolesnika te učinkovitošću, vidljivima kroz zdravstvene ishode (Joshi et al., 2014: 7). Cilj svakog zdravstvenog sustava je da u što kraćem vremenskom roku pruži uslugu krajnjem korisniku i da on bude u potpunosti zadovoljan uslugom

(Mateljak i Kekez-Poljak, 2015: 120) te kontinuirano skraćivati vremenski ciklus pružanja usluga kako bi se u potpunosti ispunila očekivanja krajnjeg korisnika (isto: 136). U Hrvatskoj nedostaju ispitivanja javnog mnijenja kojim građani, korisnici zdravstvenih usluga iznose dvoje stavove o kvaliteti sustava javnog zdravstva, a jedino je preciznim utrdivanjem žarišta problema moguće definirati ciljne mjere njihovog otklanjanja i odgovorne nositelje tih aktivnosti (Budak, 2014: 280). Neravnoteža ljudskih potencijala u zdravstvu može biti posljedica nedostatnog ukupnog broja onih koji pružaju zdravstvenu zaštitu i broja koji je zaista potreban, odnosno koji država može osigurati, a s obzirom na to da ne postoji opći normativ za „pravi” broj, u praksi Republike Hrvatske procjene se najčešće rade uspoređivanjem sa zemljama iste regije ili podjednake razine razvijenosti (Trošelj, 2005: 3). No, uzimajući u obzir to da je Hrvatska, iako se smatra razvijenom zemljom, i dalje u procesu tranzicije i razvoja na svim područjima, uključujući socioekonomska i društveno-politička kretanja, planiranje ljudskih potencijala na temelju usporedbe ne predstavlja objektivnu metodu.

U sustavu zdravstva postoje standardne aktivnosti među kojima je najvažnija operacija, kao zadatak ili radna aktivnost jedina što dodaje vrijednost procesu (Mateljak i Kekez-Poljak, 2015: 136) zdravstvene skrbi, a nedostatak zdravstvenog kadra odgovornog za izvršenje zadataka predstavlja usko grlo u procesu zdravstvenih usluga (Hauser i Šustić, 2019: 356; Mateljak i Kekez-Poljak, 2015: 139). Kvaliteta zdravstvene skrbi ključna je za uspjeh inicijativa zdravstvenog osiguranja: građani nezadovoljni kvalitetom i opsegom pokrivenih usluga vjerojatno neće podržati javno financiranje zdravstvene zaštite (Akachi i Kruk, 2016: 465) čime će se dostupnost zdravstvenih usluga još dodatno ograničiti. Nedostatak zdravstvenog kadra izazov je na koji zdravstveni sustav mora uspješno odgovoriti, mjenjanjem koncepcije rada i korištenjem alternativnih pristupa odnosno solucija, a koji neće dovesti do snižavanja kvalitete usluge, već do osiguranja i unapređenja kvalitete zdravstvene skrbi.

### **3. Alternativna strategija za nedostatak zdravstvenog kadra: *task shifting***

*Task shifting* je alternativna strategija Svjetske zdravstvene organizacije koja pruža brzo rješenje problema nedostataka zdravstvenih radnika kroz prijenos odgovornosti za kliničku skrb sa specijaliziranih stručnjaka na manje specijalizirane stručnjake ili specijalizirane stručnjake iz paramedicinskih područja putem pravilnog delegiranja (Aithal i Aithal, 2017: 38). Prijenos odgovornosti može biti potpomognut medicinskom tehnologijom, koja standardizira izvedbu i tumačenje određenih zadataka te stoga dopušta da ih umjesto liječnika obavljaju drugi zdravstveni profesionalci koji nisu liječnici (Joshi et al., 2014: 1–2). *Task shifting* predstavlja racionalnu redistribuciju zadaća među zdravstvenim djelatnicima čime se dobiva poboljšana dostupnost

usluga, što je mnogo značajnije od formalne razine usluge i ne znači snižavanje kvalitete (Hauser i Šustić, 2019: 356). Takva inovativna rješenja u zdravstvu obećavajuća su jer se usvajanjem takve alternativne „strategije preživljavanja” brzo proširuje radna snaga, pogotovo u hitnim slučajevima čime se može zadovoljiti potražnja unutar organizacije (Aithal i Aithal, 2017: 38). Kod ograničenih resursa, taj pomak prema prebacivanju zadaća i odgovornosti postaje sve više korišten kao odgovor na svjetski nedostatak obučanih zdravstvenih radnika (Sharma et al., 2013: 113). Reorganizacija i decentralizacija zdravstvenog sustava sukladno prenošenju ovlasti i odgovornosti može značajno poboljšati učinkovitost sustava i smanjiti nedostatak liječnika te osigurati izvorne principe zdravstva u kojem je usluga dostupna, podjednaka i kvalitetna (Hauser i Šustić, 2019: 356, World Health Organisation, 2008: 2). Primarni cilj prenošenja je povećanje produktivne učinkovitosti, tj. povećanja broja zdravstvenih usluga koje se pružaju uz određenu kvalitetu i cijenu ili alternativno, pružiti istu razinu zdravstvene zaštite usluge uz određenu kvalitetu po nižoj cijeni (Fulton et al., 2011: 2). Prenosnje odgovornosti i ovlasti, ako je popraćeno restrukturiranjem zdravstvenog sustava, potencijalno je učinkovita i pristupačna strategija za poboljšanje pristupa zdravstvenoj skrbi za oboljele od kroničnih nezaraznih bolesti (Joshi et al., 2014: 1). U Strateškom planu razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015. – 2020. (2015: 15) *task shifting* navodi se kao prilika koja uključuje trend razvoja preuzimanja zadataka u skladu s ostvarenom višom razinom obrazovanja u zdravstvenim sustavima u okviru ciljeva koji uključuju kvalitetnu, održivu i pravednu provedbu zdravstvene zaštite kroz oblikovanje, organizaciju i aktivno vođenje sustava upravljanja ljudskim resursima.

Kao odgovor na sve veći nedostatak liječnika u ruralnim područjima širom svijeta, zdravstveni djelatnici koji nisu liječnici sve su više uključeni u upravljanje zdravstvenim stanjima koja su u strogom djelokrugu liječnika, dok je u razvijenim zemljama ista praksa prisutna već duže vrijeme (Sharma et al., 2013: 113). Dodatne specifične edukacije temeljene na stjecanju kompetencija (Hauser i Šustić, 2019: 356) omogućuju prenošenje odgovornosti od liječnika i provedbu zadataka od strane drugih medicinskih i paramedicinskih kadrova. *Task shifting* dovodi do razvoja novih profesionalnih kadrova ili korištenja paralelnih medicinskih kadrova poput farmaceuta, laboranta, fizioterapeuta, medicinskih sestara, njegovatelja ili paramedicinskog kadra koji se educira za upotrebu određene tehnologije time čineći alternativne ljudske resurse sa specifičnim vještinama (Aithal i Aithal, 2017: 48; Hauser i Šustić, 2019: 356). Nedostatak liječnika nastavlja se usporedno s političkim i demografskim promjenama, a koje upućuju na povećanu i održivu potrebu za visokokvalificiranim zdravstvenim radnicima specifičnih vještina čiji je utjecaj na pristup, kvalitetu, troškove i odgovornost u pružanju zdravstvene skrbi od velikog značaja (Sharma et al., 2013: 113).

Postojeća raspodjela zadataka često je pod utjecajem tradicije i političke moći određenih kadrova zdravstvenih radnika (Fulton et al., 2011: 9). Prijedlozi za

liberalizacijom uloga, odgovornosti i daljnjim napredovanjem u karijeri neke profesije mogu pozdraviti, ali im se i opirati, time štiteći svoj teritorij (Barr, 2012: 2). U Hrvatskoj su kvalificirani zdravstveni stručnjaci i strategija *task shiftinga* prvenstveno u sjeni „prestizne hijerarhije” visokokvalificiranih liječnika, unatoč kroničnom nedostatku i kontinuiranom odljevu istog te ograničenom pristupu zdravstvenim uslugama. Kako bi se potakle promjene stavova, važno je razumjeti prikladnost prisutstva zdravstvenih stručnjaka, ne-liječnika, u globalnom kontekstu te koji je njihov utjecaj u zdravstvenome sustavu obrazovanog, razvijenog i zakonom uređenog društva (Sharma et al., 2013: 113). Većina provedenih studija vezanih uz *task shifting* pokazuje poboljšanje zdravstvenih ishoda u usporedbi s uobičajenom zdravstvenom skrbi, uključujući smanjenje krvnog tlaka, povećani unos lijekova i niže rezultate depresije te generalno isplativost te strategije (Joshi et al., 2014: 1). Sharma, Ladd i Unnikrishnan (2013: 112) tvrde da pružatelji zdravstvenih usluga koji nisu liječnici ne samo da povećavaju dostupnost zdravstvene skrbi, već i predstavljaju ojačanu drugu liniju autoriteta, dodajući mogućnost provjere i izbora te ravnoteže naspram izrabljivačkoj hijerarhiji prestiža koja komprimira pružatelje zdravstvenih usluga utemeljenih na znanju. U Hrvatskoj je obrazovanje zdravstvenih profila u konstantnom vertikalnom razvoju uz mogućnost kontinuirane stručne naobrazbe, specijalizacije iz područja interesa polaznika te postizanja najviše razine akademskog obrazovanja (Lončarić et al., 2016: 151) čime obrazovni sustav slijedi pozitivne primjere iz razvijenih zemalja. No, unatoč obrazovnom profiliranju i stečenim stručnim kompetencijama te specifičnim vještinama, takav profil zdravstvenih stručnjaka još nije prepoznat ni implementiran u zdravstveni sustav naše zemlje kao u razvijenim zemljama Europe i svijeta.

#### **4. „Napredna praksa” – specifičnost znanja i kompetencije zdravstvenih stručnjaka**

Pružanje zdravstvene skrbi definirano je promjenom očekivanja i uvjerenja društva, novim načinima poimanja zdravlja i bolesti, uvođenjem niza tehnologija i, u novije vrijeme, formalnim priznavanjem određenih zdravstvenih kadrova kroz predstavljane razine i sadržaja obrazovanja te regulacijom (Nancarrow i Borthwick, 2005: 897) struke. Slijedom tih promjena i obrazovanje zdravstvenih stručnjaka mjenjalo se i dalje se mjenja, šireći uloge zdravstvenih djelatnika kako bi se postigla sigurna, učinkovita, dostupnija i pristupačnija, kulturološki prikladna zdravstvena skrb (Joshi et al., 2014: 7). S obzirom na prioritetne probleme u zdravstvu, incidenciju te ozbiljnost kroničnih bolesti koje uzrokuju trajnu invalidnost predstavljajući time i socioekonomski problem, izražena je potrebitost određenih profila zdravstvenih stručnjaka sa specifičnim znanjima i kompetencijama. Medicinske sestre i fizioterapeuti radi svog širokog djelokruga rada na svim razinama zdravstvene zaštite i kliničke prakse uteme-

ljene na dokazima i znanju predstavljaju kadar od iznimne vrijednosti za zdravstveni sustav.

Prvi program osposobljavanja medicinskih sestara na naprednoj, visokoj razini osnovan je šezdesetih godina prošlog stoljeća na Sveučilištu u Coloradu i uključivao je obrazovanje iz područja fizičkog pregleda, dijagnostike i liječenja manjih akutnih te kroničnih bolesti, kao i promociju zdravlja i prevenciju bolesti (Sharma et al., 2013: 113). Razvitkom obrazovanja na tada postavljenim temeljima, danas u zapadnoeuropskim zemljama tzv. napredne medicinske sestre (*Advanced Practice Nurses* – APN) djeluju ekstenzivno svojim ulogama i specifičnim vještinama u bolnicama kao i općim praksama, samostalno propisuju lijekove pod profesionalnom i pravnom odgovornošću (Evans, 2009: 102), mogu provoditi ultrazvučne preglede, endoskopske zahvate i sl. (Hauser i Šustić, 2019: 356) u domeni stečenih kompetencija i vještina te definiranom djelokrugu rada. Metaanalize pokazuju djelotvornost intervencija medicinske sestre (APN) kod kontrole krvnog tlaka, kod dijabetičara, u edukaciji o promjeni ponašanja i primjeni zdravih životnih navika te generalnu učinkovitost takvog netradicionalnog pristupa u zdravstvenoj skrbi (Sharma et al., 2013: 114). Iako je zdravstvena skrb za oboljele od kroničnih nezaraznih bolesti koju vodi samo medicinska sestra naprednih vještina relativno novijeg datuma (Fulton et al., 2011: 6–7), takav oblik prakse ubrzo se pokazao isplativ, čak i u uvjetima ograničenih resursa (Sharma et al., 2013: 114). Globalno gledajući, medicinske sestre i tehničari najrasprotranjeniji su i najdostupniji zdravstveni kadar na svim razinama zdravstvene zaštite te uz mogućnost nadogradnje temeljnih kliničkih kompetencija predstavljaju zdravstveni kadar na koji je moguće najjednostavnije prenijeti ovlasti i odgovornosti strategijom *task shiftinga*. Iz istog razloga, taj zdravstveni profil najčešće je obrađivan u studijama vezanim uz *task shifting* u zdravstvenoj skrbi.

Fizioterapeuti u naprednoj praksi (*Advanced Physiotherapy Practice* – APP), zdravstveni stručnjaci proširenih uloga pokazali su se kao ključni u području pružanja usluga bolesnicima s mišićno-koštanim poremećajima kod nedostatka liječnika i posljedično povećanih troškova zdravstvene skrbi (Desmeules et al., 2012: 1). *Advanced Physiotherapy Practice* (Chartered Society of Physiotherapy, 2016: 7) jest: (i) kombinacija naprednih vještina, znanja i stavova kojima fizioterapeuti rješavaju složene probleme i upravljaju rizicima nepredvidivog konteksta u sustavu; (ii) korištenje naprednog kritičkog razmišljanja u pružanju skrbi pacijentima sa složenim potrebama sigurno i kompetentno te (iii) uključuje sposobnost prepoznavanja i upravljanja nepoznatim prezentacijama te prepoznavanje kada je klinička slika izvan djelokruga rada pojedinca i odgovarajuće djelovanje. Iako su procjena i *management* stanja mišićno-koštanog sustava značajan dio preddiplomskog studija fizioterapeuta i postdiplomske edukacije, tim „proširenim ulogama” fizioterapeuti obavljaju upravo one iste zadatke kao i liječnik u istim okolnostima: uzimaju anamnezu, obavljaju klinički pregled,

propisuju te provode odgovarajuće metode dijagnostike, postavljaju privremenu funkcionalnu dijagnozu te određuju odgovarajući sadržaj intervencije i terman liječenja (Daker-White et al., 199: 643). Dokazi upućuju na to da fizioterapeuti u APP ulogama pružaju jednaku ili bolju uobičajenu skrb u usporedbi s liječnicima u smislu dijagnostičke točnosti, učinkovitosti liječenja, korištenja zdravstvenih resursa, ekonomskih troškova i zadovoljstva pacijenata (Desmeules et al., 2012: 1). Uz napredne fizioterapeute tu su i visokokvalificirani klinički stručnjaci, tzv. fizioterapeuti konzultanti, vođe prepoznati na lokalnoj, nacionalnoj i nekim međunarodnim razinama koji izravno utječu na djelotvornost, učinkovitost i kvalitetu skrbi o pacijentu, iskustvo pacijenta, obrazovanje zdravstvenih djelatnika te klinička istraživanja (Chartered Society of Physiotherapy, 2016: 10).

U Hrvatskoj su djelatnosti medicinskih sestara i fizioterapeuta zakonski definirane i regulirane. Iako podliježu standardima obrazovanja, standardima kvalitete i provode se u skladu s planom i programom mjera zdravstvene zaštite (Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti, NN 120/08; Zakon o sestrinstvu, NN 121/03) nedovoljna je njihova uključenost u inicijative i organizaciju zdravstvenog sustava, unatoč profesionalnoj autonomiji i prethodno predstavljenim pozitivnim primjerima iz razvijenih zemalja Europe i svijeta. U prilog tome govori oskudna dostupnost literature vezane za prijenos odgovornosti i ovlasti te zasad nedovoljno ostvarene inicijative Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012. – 2020. i Strateškog plana razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015. – 2020.

## 5. Zaključne preporuke

Hrvatsku nažalost, kao i ostatak zemalja Europe i svijeta, slijedi trend nedostatka zdravstvenog kadra, posebice liječnika, no Hrvatska ne slijedi pozitivne primjere razvijenih zemalja koje prijenosom ovlasti i odgovornosti između zdravstvenih djelatnika, odnosno *task shiftingom* osiguravaju održivost izvornih načela zdravstvene zaštite. Reorganizacija i decentralizacija zdravstvenog sustava i napuštanje hijerarhijske tradicije omogućit će korištenje novih strategija u organizaciji kao što je *task shifting*. Visokoobrazovani zdravstveni stručnjaci specifičnih vještina i kompetencija, dostupni su u sustavu zdravstva no potrebno ih je željeti prepoznati, kao i provesti operativna istraživanja i analize potrebne za implementaciju *task shiftinga*.



## Literatura

1. Aithal, A. i Aithal P. S. 2017. ABCD Analysis of Task shifting – an optimum Alternative Solution to Professional Healthcare Personnel Shortage. *International Journal of Health Sciences and Pharmacy*, 1 (2): 36–51.
2. Akachi, Y. i Kruk, M. E. Quality of care: measuring a neglected driver of improved health. 2017. *Bull World Health Organ*, 95: 465–472. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.18019>
3. Barr, H. 2012. Integrated and interprofessional care. *International Journal of Integrated Care*. URN:NBN:NL:UI:10-1-113110 / ijjc2012-135
4. Budak, J. 2014. Ocjena pacijenata o kvaliteti rada zdravstvenog osoblja. U: *O zdravstvu iz ekonomske perspektive*, ur. Vehovec, M., 271–281. Zagreb: Ekonomski institut.
5. Chartered Society of Physiotherapy. 2016. Understanding the contribution of advanced practice in physiotherapy to transforming lives, maximising independence and empowering populations. *Report: Advanced practice in physiotherapy*, 3–24.
6. Daker-White, G. et al. 1999. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53: 643–650.
7. Das, J. et al. 2018. Rethinking assumptions about delivery of healthcare: implications for universal health coverage. *The BMJ*, 361: 1–5. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k1716>
8. Desmeules, F. et al. 2012. Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13: 107.
9. Evans, D. 2009. Mental Health Nurse Prescribing: Challenges in Theory and Practice. *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice*, 6: 97–106.
10. Fulton, B. D. et al. 2011. Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence. *Human Resources for Health*, 9: 1–11.
11. Hauser, G. i Štutić, A. 2019. Task shifting – prenošenje ovlasti unutar zdravstvenog sustava. U: *Zbornik radova s međunarodnog kongresa „1. Kongres KOKOZ-a i 3. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem”*, ur. Kurtović Mišić, K. et al., 3: 356. Split: Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet.
12. Joshi, R. et al. 2014. Task Shifting for Non-Communicable Disease Management in Low and Middle Income Countries – A Systematic Review. *PLoS ONE* 9 (8): e103754. doi:10.1371/journal.pone.0103754
13. Lončarić, I. et al. 2016. Interdisciplinarni timski rad – izazov u suvremenoj rehabilitaciji. *JAHŠ*, 2 (2):147–154.
14. Mateljak, Ž. i Kekez-Poljak, J. 2015. Unaprjeđenje sustava zdravstva u Republici Hrvatskoj primjenom koncepta Leana. 2. *Zbornik Sveučilista u Dubrovniku*, 127–143.
15. Nancarrow, S. A. i Borthwick, A. M. 2005. Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health & Illness*, 897–919.
16. Ngo, V. K. et al. 2013. Grand Challenges: Integrating Mental Health Care into the Non-Communicable Disease Agenda. *PLoS Med*, 10 (5): e1001443. doi:10.1371/journal.pmed.1001443
17. Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene. 2011. *Narodne novine*: 79.
18. Sharma, A. et al. 2013. Healthcare Inequity and Physician Scarcity Empowering Non-Physician Healthcare. *Economic and Political Weekly*, 13; 48: 112–117.
19. Trošelj, M. 2005. Registar zdravstvenih djelatnika. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 3: 1–5.

20. *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020.* 2012. Ministarstvo zdravlja. <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Skracena%20Nacionalna%20strategija%20razvoja%20zdravstva%20-%20HRV%20-%20za%20web.pdf> Pristupljeno: 23. svibnja 2019.
21. *Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015. – 2020.* 2015. Ministarstvo zdravlja. [https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Strate%C5%A1ki\\_plan\\_razvoja\\_ljudskih\\_resursa\\_u\\_zdravstvu.pdf](https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Strate%C5%A1ki_plan_razvoja_ljudskih_resursa_u_zdravstvu.pdf) Pristupljeno: 25. travnja 2019.
22. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. 2008. *Narodne novine*: 150.
23. Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti. 2008. *Narodne novine*: 120.
24. Zakon o sestринstvu. 2003. *Narodne novine*: 121.
25. World Health Organisation. 2008. *Task shifting : rational redistribution of tasks among health workforce teams : global recommendations and guidelines.* [http://www.who.int/healthsystems/task\\_shifting/en/](http://www.who.int/healthsystems/task_shifting/en/) Pristupljeno: 23. travnja 2019.



## **„Task shifting“ in healthcare management of chronic non-communicable diseases**

### **Abstract**

Lack and maldistribution of healthcare workforce in the countries of Europe and rest of the World is a negative trend that requires a short-term solution to prevent the long-term public health and socio-economic consequences of local, national and international proportions. The health system is a social-political and socio-economic arrangement and represents the most complex system, which, through organizational reflection and planning, directly influences the efficiency and effectiveness of health services, a key to the well-being of the population. The health system must respond to global demographic changes that include chronic non-communicable diseases as the leading health problem of society. Lack of healthcare means inadequate quality and questioning of the outcomes of health care and the sustainability of the health system. The paper focuses on an alternative strategy to address the lack of healthcare workforce through „task shifting“ and on the specificity of knowledge and competencies of health professionals in advanced clinical practice.

Key words: lack of healthcare workforce, task shifting, specific knowledge and competences